

A-41) 嗅神経より発生した granular cell tumor の1例

林 征志・井上 慶俊
 松本 行弘・大宮 信行
 三上 淳一・佐藤 宏之 (大川原脳神経外科)
 大川原修二 (病院)
 森永 一生・上田 幹也 (とまこまい脳神経外科)

極めて稀な、嗅神経より発生した granular cell tumor の1例を報告する。症例は21歳女性、頭痛を主訴に来院した。神経学的には左嗅覚脱出を認めるのみであった。CT では左前頭葉底面に径 4 cm 程の cystic mass を認め、内部には腫瘍内出血と思われる高吸収域を認めた。MRI では T₁: low T₂: high, 内部に nodule が存在した。手術により腫瘍は全摘されたが、cyst は固い線維性の被膜により嗅神経を取り囲む様に存在し、一部脳実質の境界不鮮明の部位があった。病理所見では、腫瘍は豊富な顆粒を有する大型細胞と長紡錘形細胞の2種類とその中間的性状の細胞からなり、免疫染色では S-100, Vimentin 陽性, GFAP, NFP, ケラチン等は陰性であった。術後新たな神経症状は認めず自宅退院となった。

A-42) 興味ある MRI 所見を呈した気管支カルチノイド多発性脳転移の1例

近 貴志・原 直行 (刈羽郡総合病院脳神経外科)
 蘇 牧・高橋 均 (新潟大学脳研究所病態神経学部門病理学分野)

剖検にて診断が確定した気管支カルチノイドの1例を経験したので報告する。

症例は76歳男性。右麻痺、歩行障害を主訴に受診し、CT にて大脳深部白質、小脳半球、小脳虫部に多発性の腫瘍を認め当科入院。MRI にて腫瘍は均一に造影され、浮腫は軽度であった。胸部 CT にて右下肺に腫瘍を認めたが細胞診では確定に至らず。転移性腫瘍を疑い、50 Gy の放射線照射を行ったところ多発性腫瘍は縮小。患者は一時退院したが8か月後に全身性痙攣で再入院。再入院時の MRI にて多発性腫瘍の増大および浮腫の増強が認められた。1年後の MRI では、腫瘍径の増大と浸潤性発育、嚢胞性変化、脳室内出血を認めた。剖検にて気管支カルチノイドの多発性脳転移と診断された。

本例での経験より、カルチノイドが疑われる場合は早期の全身検索と内分泌学的検査が重要であると思われた。

A-43) Occipito-atlantal dislocation (OAD) の1例

高萩 周作・石井 正三 (石井脳神経外科眼)
 尾田 宣仁・金 奉均 (科病院脳神経外科)
 尾田 宣仁 (同 神経内科)

Occipito-atlantal dislocation (OAD) は、そのほとんどが即死し、実際に臨床で接する事は極めて稀である。今回我々は、受傷後症状が緩徐に進行した OAD の1例を経験したので報告する。症例: 76歳男性。30年前前、前方に転倒し下顎部を強く打撲した。20年前前から徐々に両上肢の脱力を自覚するようになった。2年前両手指の筋萎縮を自覚、さらに歩行障害が出現し、数回頭部を打撲し来院。来院時意識清明。左上肢及び右下肢に強い四肢麻痺、及び病的反射の出現を認めた。頸部 Xp, CT で C1 の前方偏位を認めた。3D-CT にて明瞭な OAD が証明された。考察: OAD は致死性であることが多く、受傷後症状が緩徐に進行することは極めて稀である。診断は頸部 Xp にて容易であるが、上位頸椎の骨折を伴っていることが多く、さまざまな角度から観察できる 3D-CT が有用であった。

A-44) 頭蓋脊椎接合部異常を合併した Chiari 奇形の2例

佐々木 修・小池 哲雄 (新潟市民病院)
 清野 修・本多 拓 (脳神経外科)
 佐藤 光弥・森 宏 (新潟大学脳研究所)
 田中 隆一 (脳神経外科)

頭蓋脊椎接合部異常を合併した Chiari 奇形の2例を報告する。症例1は37才の女性、嚥下障害や右片麻痺の発作を繰り返しながら約6ヶ月で徐々に悪化、歩行も介助を要する状態となった。画像診断は複雑な頭蓋脊椎接合部異常を合併した Chiari 奇形で、延髄は腹側背側の両側から強く圧迫されていた。instability なく、手術は経口減圧術を行った。症状は直後より劇的に改善したが、1ヶ月後より再度嚥下障害、歩行障害が出現。後方減圧術、頭蓋頸椎接合術を追加した。術後、症状は更に悪化したが、その後徐々に改善、2ヶ月後独歩退院した。症例2は39才女性。フラツキを主訴に来院。失調を認めた。C1C2 の変形、invagination, Chiari 奇形, syringomyelia を認めた。腹側からの圧迫が軽いこと、将来の前方減圧の可能性を考慮し、後方減圧に頭蓋頸椎接合術を併用した。経過良好である。本症の如く、延髄が前後両方から圧迫されている例では、instability の問題も考慮し、症例ごとに手術法を慎重に選択しなければなら

らない。

A-45) 頸部脊髄症に対する脊柱管拡大術 (片開き法) の成績
En-bloc laminoplasty for compressive myelopathy

橋本 正明・南出 尚人 (公立能登総合病院)
泉 祥子 (脳神経外科)

頸部脊椎管狭窄症に対してその簡便性、安全性より我々は片開き式椎弓形成術を採用しており、長期経過による成績を検討し報告する。

対象及び方法：頸部脊椎管狭窄症に基づく頸髄症33例 (年齢：35～81歳，OPLL 5例を含む) に対し片開き式椎弓形成術 (伊藤法) を施行した。形成術の範囲はMR, myelo-CT を参考に決定し、おおむね C3-6, 7 の範囲に及ぶ4～5椎間であった。術式の要点は 1) Myelopathy もしくは radiculopathy の強い側を open side とし骨溝を作成した。2) C2 の椎弓及び C7, もしくは TH1 の椎弓は Dural sac の後方移動や黄靭帯切離を容易とするために Semilaminectomy とした。3) 椎弓の固定は刺突起を形成しこれらを2カ所で椎弓と椎体を固定した。4) 前方成分の強い5例において計14椎間に foraminotomy を追加した。平均手術時間は3.5時間であった。術後3日間の安静臥床後、起座位とし7～10日で立位歩行とした。結果：術前術後の JOA score は 6.8 ± 3.80 より 13.81 ± 3.6 と回復が見られた。70才未満の非高齢者 (20例) と高齢者 (13例) ではその回復率に差はみられなかった。術後回復率の低い症例は DM 合併、長期経過例などにみられた。結語：頸部脊椎管狭窄症に対する片開き式椎弓形成術は、1) 広範な脊髄除圧 2) 頸椎柱の支持性と可動性の維持 3) 手術の安全性、簡易性などの利点を持ち foraminotomy も追加しえ 4) 高齢者にも対応しうる極めて有効な手術術式と思われた。

A-46) 頸椎症性脊髄変化との鑑別が困難であった髄内腫瘍初期病変の2症例

八巻 稔明・稲村 茂
石崎 努・大滝 雅文
伊林 至洋・上出 延治 (札幌医科大学)
田邊 純嘉・端 和夫 (医学部脳神経外科)

頸髄内腫瘍の多くは発見された時点で脊髄のびまん性腫大を呈していることが多く、発生の初期段階を画像的に捕えることは稀と思われる。我々は椎間板突出によ

る脊髄圧迫部位に MRI 上脊髄の異常信号を認め、頸椎症性脊髄変化と思われた病変が、その後の経過観察で髄内腫瘍であることが判明した稀な2症例を経験したので報告する。症例1は65歳、男性。13年前から右前腕のしびれがあり、2年前から指先の痛みが出現した。受診時、両側第3～5指領域に知覚低下を認めた。MRI 検査で C5/6 レベルの椎間板突出と脊髄圧迫、脊髄内の異常信号、Gd による増強効果を認めた。頸椎症性脊髄病変としては非典型的と思われたが、同部の前方固定を行い、経過を MRI で追跡した。病変部は徐々に増大し、5年後腫瘍摘出術を行った。病理診断は上衣腫であった。症例2は66歳、女性。両下肢から上行する知覚異常があり、整形外科で C5/6 間の椎間板ヘルニア、同部位に一致する脊髄病変および脊柱管狭窄を認め、前方固定および椎弓形成を行った。症状は進行性に増悪し、9ヶ月後の MRI で頸椎症による脊髄変化と思われた部位の増大を認め髄内腫瘍と診断された。腫瘍摘出を試みたが正常脊髄との区別がつかず、病理組織を採取できなかった。

A-47) 特発性脊髄ヘルニアの1例

松島 忠夫・渡辺 一夫 (南東北病院)
(脳神経外科)

特発性脊髄ヘルニアと考えられる (非手術例) 症例を報告した。

[症例] 60歳女性 [主訴] 右胸下より右下肢のしびれ、走れない、つまづきやすい [経過] 昭和58年頃より上記症状が出現、持続した。平成3年初診。[所見] 右 Th9 以下の痛覚、触覚低下、左 Th12 以下の触覚低下、PSR 亢進、ASR 減弱、両下肢筋力低下4/5、病的反射なし。

MRI, CTM findings : an enlarged dorsal arachnoid space in association with an apparently focally narrowed thoracic cord, kinked towards the anterior dura at the Th4, 5 level.

[経過] 外来 follow した。平成8年6月では、知覚障害は同様、筋力低下の悪化はなし。初診時尿が漏れることがあったが、その後はなくなった。MRI, CTM の所見も変化なかった。