

力視野の悪化を認めた。残りの39側では術中振幅の変動はみられず、術後視機能は3側で改善し、36側では不変であった。安定した記録が得られなかったのは9側(18%)で、このうち6側は術前から高度の視力視野障害を認め、覚醒時のVEPの振幅が術前から小さかった症例であった。残りの3側は皮弁の翻転後に消失した症例で、術前後に視力視野障害を認めなかったことから技術的な問題が原因と思われた。

【結論】種々の工夫を加えた結果、従来より高率に術中VEPが記録できるようになった。VEPの振幅はある程度視機能との相関が認められ、評価の指標となる可能性があると思われた。今後さらに記録できる確率を高くできれば、定常的なモニタリングとして使用できるものと考えている。

44 Primary leptomeningeal melanomatosis の1例

高田志保美・成田 徳雄・角田 力彌*
米沢市立病院脳神経外科
同 病理科*

症例は64歳女性。平成16年5月より嚙下障害、吃逆が出現し当科外来受診。CTにて脳室拡大、MRI・FLAIR像で左シルビウス裂に一部高信号域を認めたため5月19日に入院となった。入院時神経学的所見は意識レベルJCS I-2、HDS/R 24/30点、軽度頭痛、嘔気、嚙下障害、歩行時のふらつきを認めた。脳血管撮影では明らかな脳動脈瘤を認めず unknown origin SAHに伴うNPHと診断。脳室腹腔シャント術を施行し症状は改善し退院となった。1ヶ月半後に流涎、構音障害が出現し、MRIを施行したところ両側シルビウス裂周囲のくも膜に沿ってT1WI高信号域を認め、同部はGdで強く造影された。7月30日左前頭穿頭術による生検術を施行し、病理組織学的にmelanomatosisと診断された。皮膚病変、消化器病変の有無を検索したが明らかな全身所見はなく、脳原発性のleptomeningeal melanomatosisの診断に至った。症状出現から約5ヶ月、診断から約2ヵ月半経過した同年10月18日に永眠となった。続発性NPH

を呈したPrimary leptomeningeal melanomatosisの稀な1例を経験した。NPHで非典型的な経過をたどる症例においては、本症例のごとき腫瘍性疾患の可能性も考慮すべきと考える。

45 皮質下出血で発症した頭蓋内 inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) の1例

川島 文子・波出石 弘・師井 淳太
佐々木正弘・里見淳一郎・澤田 元史
小林 紀方・鈴木 明文・安井 信之
秋田県立脳血管研究センター脳神経外科

Inflammatory myofibroblastic tumor (IMT)は比較的稀な腫瘍であるが、その殆どが腹部臓器や軟部組織に発生し中枢神経系が原発であることは非常に稀である。今回、我々は皮質下出血で発症した中枢神経系原発のIMTを経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は57歳男性で、頭痛、嘔吐を主訴に当院外来を受診。左同名半盲を認めた。CTで右側頭葉皮質下出血(約30cc)を認め、精査加療目的に入院した。血管撮影で右 posterior temporal artery末梢にvascular massを認めた。この腫瘍は右下側頭回に存在し、径5mm×7mm、MRI上T2で高信号を示し淡く増強を受けた。開頭腫瘍摘出術および血腫除去術を施行した。腫瘍は境界明瞭で一塊として摘出した。組織は血管に富む肉芽様であり、細長い核を持つ短紡錘形細胞が様々な密度で増生していた。核は軽度の大小不同があるものの、クロマチン増加、核小体の腫大や分裂像は認められなかった。組織の全体にわたりリンパ球及び形質細胞の浸潤が認められ、免疫組織化学的にはGFAP(-)、S-100(-)、 α SMA(+), CD34(-)、MIB-1LIは7.9%であった。以上の所見からIMTと診断。可及的全摘が可能だったため、後療法は行わなかった。術後6ヶ月で明らかな再発は認めず、現在外来で経過観察中である。