

23 両下肢麻痺で発症し、診断が困難であった悪性リンパ腫2例の検討

志田 直樹・片倉 隆一

宮城県立がんセンター脳神経外科

【はじめに】神経系に病変を生じた悪性リンパ腫症例のうち、診断が困難であった症例を呈示する。

〔症例1〕75才男性。食道癌の既往有り。2002年5月、左下腿の疼痛、左大腿部、陰部のしびれが出現。6月末から両下腿の知覚低下、排尿排便障害。7月には両下肢麻痺により歩行不能となり神経内科入院。脊髄炎の診断でステロイドパルス療法を受けていたが軽快せず。胸腰髄MRIで下位胸髄にT2WIで高信号の病変あり、脊髄腫瘍疑いで当科へ紹介入院した。MMT2/5の対麻痺。MRIでTh9-10の椎体レベルでT2WIで高信号強度の髄内病変あり。Gd投与T1WIで増強効果はなかった。骨髄穿刺で腫瘍細胞の骨髄浸潤あり。悪性腫瘍の脊髄転移の診断で局所照射を施行。照射後T2WIでの高信号は消失したが対麻痺は軽快しなかった。全身状態が悪化し死亡した。剖検にて各臓器の小血管内にリンパ腫細胞が認められ、intravascular lymphomatosisの診断が確定した。

〔症例2〕59才男性。2002年9月から11月にかけて下肢の脱力、下腿の疼痛で発症。2003年1月から右上肢麻痺。前医神経内科入院の上精査。MRIで馬尾にGd-enhanced massあり。その後、左睾丸の腫脹あり、除睾術にてB cell lymphomaの診断が確定。2月20日当科紹介入院。頸髄MRIにて右C5, 6レベルで神経根から腕神経叢にGdで増強効果あり。リンパ腫による末梢神経への浸潤と診断された。

【結語】脳内に病変を形成しない悪性リンパ腫で、脊髄や末梢神経に病変を生じ、神経症状を呈するものもあり、注意が必要と考えられた。

24 Super selective venous samplingが診断に有用であった微小GH産生腺腫の1例

佐藤 健一・池田 秀敏・高橋 明*

東北大学大学院神経外科
同 神経病態制御*

症例は70歳、女性。1998年全身倦怠感にて、近医受診したところ末端肥大症を疑われ、総合病院に紹介となるが、MRIにて明らかな所見を指摘できないということで経過観察とされた。2001年、6月頃に手足のサイズが大きくなっていることを自覚した。秋より咬合不整及び眼窩上縁の突出など顔貌の変化を自覚する。ホルモン検査では、GH 3.0ng/ml, ソマトメジンC 540ng/mlとやや高値を示した。トルコ鞍内右側、及び、正中やや左側に増強効果が弱い部分を認め腫瘍の存在を示唆する所見と思われた。MRI画像上、責任病巣の局在の決定が困難なため、GH産生下垂体腫瘍の確定診断を行うため、super-selective venous samplingを行った。このデータにより、GH産生腺腫が下垂体の右側にあることが示された。経蝶形骨洞手術にて、5×5×5mmの腺腫を右側方(acidophilic wing)に確認した。術後、GH 0.2ng/ml, ソマトメジンC 216ng/ml, 糖負荷試験でGHは0.3ng/mlまで抑制され、治癒判定基準を満たした。

【結語】ホルモンの学的にも、画像所見でもGH産生が顕著でない症例の早期診断・鑑別診断にSuper selective cavernous sinus samplingは有用であると考えられた1例を供覧する。

25 くも膜下出血で発症し未破裂左内頸後交通動脈瘤を合併した後頭蓋窩髄膜腫の1例

富田 隆・高橋 昇・鈴木 保宏

村上 謙介・西嶋美智春

青森県立中央病院脳神経外科

症例は64才、女性。繰り返す嘔吐のため、他院にて逆流性食道炎の診断で入院加療中だった。突然の頭痛と意識障害を起こし、CTにてくも膜下出血と左小脳橋角部腫瘍を認め当院に紹介となった。くも膜下出血はテント上下にびまん性に分

布し、左シルビウス裂の血腫が厚かった。腫瘍は境界明瞭で均一に造影された。脳血管撮影では両側内頸後交通動脈瘤を認めた。右側の動脈瘤は小さく、形状は平滑で半球状であり、破裂したとは考えにくかった。左側の動脈瘤には bleb が存在し、CT 所見とあわせ、これが破裂したと判断し、Day 1 にクリッピングを施行した。しかし、術中所見では未破裂であった。あらためて、出血源は腫瘍と考え、spasm 期を乗り越えた Day 12 に腫瘍摘出術を施行した。病理診断は transitional meningioma であった。術後、経過は良好であった。

脳腫瘍と脳動脈瘤の合併は以前から報告されており、その頻度は診断技術の発達に伴い増加の傾向が見られる。しかし、くも膜下腫血を起こした髄膜腫に、未破裂脳動脈瘤が伴っていた例は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

26 頸静脈孔部髄膜腫の1手術例

柳澤 俊晴・鈴木 明・太田 徹
 笹嶋 寿郎・木内 博之・溝井 和夫
 石川 和夫*

秋田大学脳神経外科
 同 耳鼻咽喉科*

頸静脈孔部に発生する腫瘍は傍神経節腫、神経鞘腫などが多く、髄膜腫は稀である。最近我々は頸部腫瘍で発症した頸静脈孔部髄膜腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は43歳男性。平成5年11月右頸部腫瘍を触知し、12月に当院耳鼻科を受診し、MRIで右頸静脈孔部から頸部内頸静脈に進展する腫瘍を指摘された。平成6年5月に当院耳鼻科で腫瘍摘出術が行われた。腫瘍の主座は内頸静脈内であり、組織診断は髄膜腫であった。腫瘍の発生源は頸静脈球部のくも膜顆粒細胞と推察された。平成15年1月のMRIで残存腫瘍が増大し錐体骨を破壊して一部は硬膜内まで進展しており、当科に紹介された。入院時、右顔面神経麻痺、右聴力障害、右舌下神経麻痺を認めた。平成15年2月に右後頭窩開頭で錐体骨外側を削除し、右横静脈洞

内の腫瘍は横静脈洞を結紮して摘出し、硬膜内腫瘍も摘出した。さらに頭蓋底部に再増大した腫瘍は頸動脈管を開放して可及的に摘出した。硬膜外腫瘍の尾側部は後頸筋群との境界が不明瞭で全摘困難であった。術後に下位脳神経症状の増悪はなく、MRI所見では頸部内頸動脈周囲および後頸筋に浸潤した腫瘍を除いて大部分が摘出されていた。残存腫瘍に対して60Gyの局所照射を追加した。本症例の治療において頭蓋底アプローチによる可及的摘出と放射線治療の併用が有用であった。

27 中頭蓋窩および小脳橋角部にダンベル型に進展した顔面神経鞘腫の1手術例

高橋 昇・村上 謙介・鈴木 保宏
 富田 隆浩・西嶋美知春

青森県立中央病院脳神経外科

症例は47歳の女性。約2年前に右聴力低下、右眼の乾燥で発症した。H14年12月、右顔面の知覚低下、右顔面神経麻痺、めまいが出現し、当院神経内科を受診した。MRIで右中頭蓋窩と右小脳橋角部にダンベル型に進展する嚢胞性病変を指摘され、当科紹介受診となった。神経学的には4000Hz以下で60～80dBの右難聴、House-Brackmann grade IIIの右顔面神経麻痺、右V2, 3領域の知覚低下を認めた。H15年2月6日、anterior transpetrosal approachで腫瘍の摘出を行った。中頭蓋底、錐体骨先端部は腫瘍により破壊されていた。中頭蓋窩の腫瘍は破壊された大錐体神経管裂孔から連続し、後頭蓋窩の腫瘍は内耳道から連続していた。腫瘍は膝神経節部から発生した顔面神経鞘腫と考えられた。顔面神経鞘腫の1手術例について文献的考察を含め報告する。