

## D-2-1) 頸髄 intramedullary tumor の5手術例

小林 享・藤田 隆史  
沼沢 真一・鈴木 恭一  
川上 雅久・佐藤 昌宏 (福島県立医科大学)  
佐々木達也・児玉南海雄 (脳神経外科)

頸髄 intramedullary tumor の5手術例について若干の考察を加え報告する。症例は男性2例、女性3例で、年齢は31歳から67歳(平均57歳)であった。初発症状は感覚障害が4例、筋力低下が1例で、手術時には全例に感覚障害と運動麻痺を認めた。5例ともに tumor は上位頸髄に存在し、1例では延髄まで進展していた。手術は SEP, spinal evoked potential のモニタリング下を行った。2例で total, 1例で subtotal, 2例は partial resection を行った。病理診断は5例ともに異なり、astrocytoma, cavernous hemangioma, ependymoma, chronic myelitis および melanoma であった。術後は一過性に後索症状の出現ないし増悪を認めたが、時間の経過とともに回復している。

術前鑑別診断は Gd-MRI を用いても困難なことがあった。また手術に際しては、術中迅速診断、術中モニタリングを参考にしながら機能予後を考慮した摘出範囲の決定が重要である。

## D-2-2) subependymoma と考えられた胸髄腫瘍の1例

梅澤 邦彦・秋元 義弘 (岩手県立中央病院)  
小野寺 耕・鶴見 勇治 (脳神経センター脳)  
長嶺 義秀・樋口 紘 (神経外科)  
阿部 弘 (北海道大学脳神経)  
外科

今回我々は、胸髄に発生した稀な subependymoma と考えられた1例を経験したので報告する。

症例は32歳の男性で平成元年5月に右下肢のしびれにて発症した。徐々に症状悪化し、痙性跛行となり、平成2年6月当科受診した。MRI にて Th7~Th11 にかけて T<sub>2</sub> 延長, Gd にて軽度増強効果を示す脊髄の腫大像を認めた。髄内腫瘍の術前診断にて、同年7月手術を施行した。紡錘状に腫大した脊髄を正中切開し、黄白色で柔らかく、境界不明瞭な腫瘍を全全摘出した。組織所見では線維性 astroglia が特異な集族をなくして増生しており、腫瘍は subependymoma と考えられた。subependymoma は発生起源のいまだ確定していない稀な腫瘍で、第4脳室壁におもに発生する事が多く、脊髄髄内腫瘍としては渉猟し得た範囲ではいまだ11例の報告しか

認められなかった。この非常に稀な腫瘍について、若干の文献的考察を交えて報告する。

## D-2-3) radiculopathy で発症した頸髄髄内 cavernous angioma の1例

松本 行弘・林 征志  
森永 一生・大宮 信行  
三上 淳一・上田 幹也  
佐藤 宏之・井上 慶俊 (大川原脳神経)  
大川原修二 (外科病院)  
井須 豊彦 (釧路労災病院)  
脳神経外科

脊髄髄内 cavernous angioma は従来非常に稀とされてきたが近年 MRI の普及に伴い報告は増加しつつある。その初発症状の多くは対麻痺、病変部以下の知覚障害などの myelopathy であり、radiculopathy で発症した報告はみあたらない。今回我々は Chiari malformation (type I) に合併し、左頸部 (C<sub>2</sub>-C<sub>3</sub> 領域) の知覚過敏で発症した頸髄髄内 cavernous angioma の1例を経験したので報告する。<症例> 53歳女性。昭和63年12月より Chiari malformation (type I) について経過観察していたが、平成元年12月頃より左頸部の熱感、痛みが出現し平成2年2月入院。神経学的には左 C<sub>2</sub>-C<sub>3</sub> 領域の知覚過敏を認め、MRI では C<sub>2</sub>/3 レベルの頸髄左側部に T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> 強調画像とともに低信号を呈する直径約4mmの病変が認められた。4月13日、Chiari malformation に対する後頭下減圧術および第1-3頸椎椎弓切除による頸髄病変の摘出を行い、cavernous angioma の病理診断を得た。

## D-3-1) 小後頭神経痛様の頭痛を呈した低脳圧症候群4例の治療

— Sophy Valve の有用性 —

金木 慎哉・池田俊一郎 (上都賀総合病院)  
脳神経外科

低脳圧症候群は原発性と続発性に分けられ、続発性には腰椎穿刺、開頭術、シャント手術、頭頸部外傷後に見られる広義の外傷性のものと脱水や脳動脈硬化症に基づく脳血流低下に伴うものがある。またその特徴的な臨床症状として起立性頭痛、随伴症状として嘔気、嘔吐、めまいなどがある。当院において昭和60年以後、動脈瘤の根治術を行った後、正常圧水頭症のため V-P シャント or L-P シャントを施行した中、数ヶ月を経て CT 上著しい脳室の狭小化を伴わず小後頭神経痛様頭痛が出現、遷延し薬物療法や神経ブロックなどの治療で効果のなかつ