

れたものが3例あったがいずれも意識障害で発症したもので、症状が不変であったもの2例であった。死亡例が3例あったが(6ヶ月, 6ヶ月, 12ヶ月), いずれも全身状態の不良が原因であった。

【結論】後頭蓋窩の転移性腫瘍は意識障害で発症することが多いが、外科的治療と放射線治療により頭蓋内局所制御が可能であった。

59 脊髄髄内結核腫の一手術例

高橋 敏行・清水 宏明・富永 悌二
広南病院脳神経外科

結核感染症は再び増加傾向にあり重要な疾患として再認識されているが、中枢神経系の中でも脊髄髄内の結核腫は非常に稀である。今回他臓器や髄膜炎などの先行感染の徴候を認めず、進行性脊髄症を呈した胸髄結核腫の患者を経験したので報告する。症例は33歳の男性で特に既往歴はなく、約3ヶ月の経過にて両下肢運動感覚障害、膀胱直腸障害を呈し当科紹介入院となった。入院時血液学的に炎症所見はなく、胸部単純写や髄液一般検査も異常所見はなかった。MRIでは下部胸髄髄内に約1cmのT1でiso, T2にてhigh intensity (内部が一部low), ring状に造影される病変を認め、周囲には広範な浮腫を伴っていた。進行性脊髄症を呈した髄内占拠性病変であり、組織学的検討の必要性もあることより摘出術を施行した。組織はnecrosisを伴うepithelioid granulationを認め、抗酸菌染色、培養結果より結核腫と診断した。術後神経症状は改善し、リハビリおよび内服治療中である。これまでの脊髄髄内結核腫の臨床像、画像所見などの考察と伴に報告する。

60 腰仙髄硬膜外神経線維腫の2例

松本 亮司・藤原 昌治*・磯部 正則*
井須 豊彦*

釧路労災病院
同 脳神経外科*

神経線維腫症1型(neurofibromatosis type 1, 以下NF1)は、von Recklinghausen病とも呼ば

れ、皮膚や末梢神経に発生する多発性神経線維腫を主徴とするが、NF1を伴わない腰仙髄の神経線維腫は比較的まれとされている。今回、我々は、腰仙髄硬膜外神経線維腫の2例(1例はNF1を合併したもので、1例は合併しないものであった)を経験したので報告する。

〔症例1〕52歳、女性。10年前よりNF1を指摘され、当院外科にて、乳癌、甲状腺腫瘍の治療歴あり、1年前からの腰痛、数か月前からの左足の痛みにて当科を初診となる。MRI上、左の第3/4腰椎の椎間孔部に最大径約2cmの腫瘍を認め、手術を施行した。

〔症例2〕35歳、女性。1年前より左下肢の脱力としびれが出現し、徐々に進行し、しだいに左下肢を引きずって歩くようになった。他院にてCT・MRI上、左の第5腰椎と第1仙椎間の椎間孔から前方の左腸腰筋の背部に進展する最大径約2.5×4.0cmの腫瘍を認め、当科紹介となり、手術を施行した。

手術は2例とも後方からのアプローチにて施行。症例2では、仙椎を削り腫瘍に到達し、ほぼ全摘出が可能であった。術後の病理所見はいずれも神経線維腫であった。

61 くも膜下出血で発症した頸髄神経鞘腫の一例

大野 秀子・田村 哲郎・関 泰弘
土田 正

新潟県立中央病院

49歳男性。朝食後、突然後頭部、後頸部痛を生じた。整体師、整形外科医院に通院していたが症状が続くため、発症後13日目に脳神経外科を受診。項部硬直以外明らかな神経症状はなく、頭部CTでも異常は認めなかったが、腰椎穿刺でキサントクロミーがあり、くも膜下出血と診断した。初診時MRIでは、T1強調画像で大孔近傍に小さな高信号を認め、またFLAIR画像で延髄後面から小脳半球間裂に及ぶ高信号域があり、出血と考えた。脳血管撮影では脳動脈瘤や動静脈奇形を認めなかった。入院後、対症的治療で頭頸部痛は