

## 72 ガンマナイフ治療を施行した悪性リンパ腫の1例

加藤 俊一・竹内 茂和 (厚生連長岡中央総合病院脳神経外科)  
 藤本 剛士  
 佐藤 光弥 (北日本脳神経外科病院ガンマナイフセンター)

ガンマナイフ治療を行った悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。症例は71歳男性。既往歴に胃癌、気管支喘息、高血圧症及び脳梗塞があり当院内科通院中で、脳梗塞による左片麻痺を後遺。2001年10月中旬より右上下肢脱力を自覚し、次第に増強。10月27日当科初診時、神経学的には脳梗塞後遺症の左片麻痺の他に右片麻痺で、頭部CTで左頭頂葉白質に増強効果を持つ高吸収域。フォローのCTで病変の拡大と新たに左尾状核頭部に同様の病変。経時的な右片麻痺の進行と肺炎の併発により全身状態が悪化。11月9日定位的生検術を施行し悪性リンパ腫と診断。11月15日ガンマナイフを施行。照射後右片麻痺の改善と画像上の腫瘍の縮小が得られ、全身状態も回復し12月13日独歩退院。照射後4カ月の現在、画像上腫瘍は消失し患者のADLは自立。本例では全身状態が不良で化学療法は不可能と判断し、病状の進行もあり、迅速な局所制御が期待されるガンマナイフの適応とした。

## 73 転移性脳腫瘍として発症した腎細胞癌の1例

中右 博也・東 良 (金沢大学大学院医学研究科脳機能制御学(脳神経外科))  
 林 裕・立花 修  
 長谷川光広・山下 純宏

腎細胞癌は腎に発生する腫瘍のうち最も多く、40-70代の男性に好発する。遠隔転移を初発症状とする例は約10%とされるが、転移性脳腫瘍を初発とすることは極めて稀である。我々は脳室内腫瘍で発症した腎細胞癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症例は57才男性。20日前より頭痛があり、10日前より階段昇降に困難を感じた。見当識障害が明らかになり、翌日脳腫瘍の診断を受け、前医に入院、5日後、紹介にて当院へ転院した。転院時、計算・記銘力障害、左同名性半盲、左不全麻痺を認

めた。CTでは右側脳室三角部に不規則な高吸収域を呈する腫瘍を認めた。この病変はMRI T1強調画像では不規則な高信号域を、T2強調画像では著明な低信号域を呈し、腫瘍内出血が疑われた。また、術前の全身検索にて腎腫瘍を指摘された。開頭全摘出術の結果、腫瘍組織はclear cell typeの腎細胞癌と診断された。

## 74 顔面痙攣再手術例の検討

畑山 徹・木村 正英 (青森市民病院脳神経外科)

当科で平成12-13年に顔面神経減圧術を施行した40例中、再手術例は3例であった。1例目は、他施設で顔面神経のroot exit zone (VII REZ)と圧迫血管の間に挿入されたスポンジを除去したところ、痙攣は消失した。2例目は、他施設でVII REZと圧迫血管の間に挿入されたテフロンの癒着が強く、除去によって痙攣は消失したが軽度の顔面神経麻痺を合併した。3例目は、初回手術でVII REZを圧迫するAICAを移動して痙攣は消失したが3カ月後に再発し、前回で放置したVII REZに接触する小動脈を移動したところ痙攣は消失した。

【結論】 VII REZと圧迫血管の間に充填物が挿入された再発例は、充填物の除去で痙攣が消失する可能性があるが、剥離には注意を要する。また、主幹動脈による圧迫を解除しても、小動脈による圧迫が残存した場合には再発を来す可能性があるため、特にREZ周囲に対しては十分な減圧処置が必要であることが再認識された。

## 75 神経血管減圧術におけるMRAの有用性—SPGR法による責任血管の同定—

浅利 潤・仲野 雅幸 (財)脳神経疾患研究所附属南東北福島病院脳神経外科  
 笹沼 仁一・渡邊 一夫

神経血管減圧術に際し、MRAを用いて脳神経とその周囲血管を観察し、術前術後の評価を試みたので報告する。



【対象及び方法】98.9-01.10に当院にて神経血管減圧術を施行した10例（三叉神経痛3例，半側顔面痙攣7例）について手術前後にSPGR法によるMRAを施行した。画像はいわゆるMRA元画像としてaxial sliceで観察し，三叉神経または顔面神経のroot entry/exit zone周囲の血管走行及び神経の圧排変形について評価した。

【結果】全例において手術前に病側root entry/exit zoneに責任血管と思われる血管陰影を認めた。うち8例においては血管による神経の偏位あるいはくびれ状の変形を認めた。術後，全例において責任血管の移動あるいは神経変形の改善を認めた。臨床症状は9例においては術後速やかに消失したが，顔面痙攣の1例で術後症状が残存した。しかし，MRAにて責任血管の移動が認められていたので，再手術は行わず外来にて経過観察したところ，術後6ヶ月に症状は完全に消失した。

【結語】SPGR法を用いた脳神経と血管の観察は神経血管減圧術の術前術後評価として有用と思われる。

## 76 左小脳動静脈奇形の流出静脈が責任血管と考えられた右三叉神経痛の1例

刈部 博・佐藤 健一  
城倉 英史・白根 礼造（東北大学大学院）  
吉本 高志（神経外科学）

症例は48歳の女性。1999年12月より右三叉神経第2枝領域に三叉神経痛が出現したが，カルバマゼピンで良好にコントロールされていた。同じところから構語障害・歩行障害が出現。精査にて左小脳半球に動静脈奇形が発見された。Nidusは径3cmで，左上小脳・前下小脳動脈が流入動脈となり，左右小脳半球表面を走行する流出静脈は太く拡張蛇行し下虫部静脈に流入していた。2001年4月に左小脳動静脈奇形に対し $\gamma$ -knifeを施行。6ヶ月後にはnidusの縮小を認めたが，右三叉神経痛は徐々に増悪しカルバマゼピン無効となったため，2002年3月に微小血管減圧術を施行。術直後から右三叉神経痛は消失した。術中所見では太く拡張・蛇行した流出静脈が右三叉神経root entry

zoneで圧痕を形成しており責任血管と考えられた。動静脈奇形の対側への流出静脈が三叉神経痛の責任血管であったとする報告はない。本症例の病態・診断につき若干の考察を加えて報告する。

## 77 くも膜下出血で発症した後頭蓋窩内硬膜動静脈瘻の一例

原 一志・石川 修一（石巻赤十字病院）  
北原 正和（脳神経外科）

38歳男性。起床時に突然後頭部痛，嘔気発症。近医受診しMRI撮影。翌日同医腰椎穿刺施行し血性髄液を認め当科紹介となった。初診時意識清明，神経学的所見異常なし，頭痛，嘔気も消失していた。明らかな血腫はCT，MRIでは認められなかったが，発症3日後の髄液も明らかに血性であった。MRIおよび3D-CT血管造影では頭蓋頸椎移行部から左小脳扁桃にかけて異常血管をみとめた。脳血管撮影では同部に左上行咽頭動脈をfeederとし，頭蓋内を走行してpetrosal vein, superior petrosal sinusを介して左S状静脈洞に流入するvarixを認めた。発症13日後に左側方後頭下開頭を行い，くも膜下腔を延髄に沿って上行する，硬膜付着部を持つvarixを認めた。その一部にはフィブリンの付着が認められた。硬膜付着部とともにvarixを摘出した。病理組織学検査では，硬膜付着部での動静脈壁移行部をみとめた。また，菲薄化した血管壁への血液成分の浸出と血栓形成がみとめられた。これはvarixの出血の既往を示唆するものであった。

## 78 傍矢状洞髄膜腫術後早期に発生した後頭蓋窩硬膜動静脈瘻の1例

柳澤 俊晴・太田 徹  
高橋 和孝・木内 博之（秋田大学）  
溝井 和夫（脳神経外科）  
高橋 聡・戸村 則昭（同）  
渡会 二郎（放射線科）

硬膜動静脈瘻は病因が不明であり治療に難渋することの多い疾患である。今回我々は傍矢状洞髄膜腫の摘出術3ヶ月後に耳鳴にて発症した硬膜動