

MCA 穿通枝領域に梗塞巣。脳血管写で右側 M1 遠位部に限局性の狭窄像。動脈解離を疑い抗血小板療法を施行。発症約4年後の脳血管写では新たに右 M1 の近位部に狭窄像を認め、動脈解離は否定的。脳循環動態の再検、全身性疾患の検索予定。若年者脳梗塞では心血管病変危険因子以外の基礎疾患を背景に持つことが多い。病態把握のため、脳血管写の経時的フォローが重要である。

#### 45) 出血発作を起こした脳血管炎と思われる2例

相場 豊隆・秋山 克彦(新潟県立新発田病院 脳神経外科)  
西山 健一

症例1: 58才女性。頭痛発作の後、数時間脳虚血症状あり。CT, 3D-CTA, MRI, 髄液所見いずれも正常。一度症状は軽快したが、3日後に左前頭葉の血腫を発症。血管撮影では ACA, MCA の spasm を認め、手術では主に脳溝内に限局した血腫であった。病理組織所見では小動脈の破綻とその周りの好中球の集積がみられた。2週後の血管撮影では spasm は改善している。

症例2: 34才女性。第3子を出産後3ヶ月。突然の腹痛と頭痛で発症。その後頭痛は時々軽快。4日後強い頭痛発作で初診。右 Sylvius 列に SAH を認めた。血管撮影では両側 ACA, MCA に多発性の spasm と ectasia を認めた。ステロイドを使用し、症状は軽快し、2週間後には血管撮影所見もかなり改善している。

#### 46) 脳膿瘍で発症した副鼻腔 Osteoma の1手術例

川村 強・小野 靖樹(八戸市立市民病院)  
藪藤 順・金山 重明(脳神経外科)

副鼻腔 osteoma は一般に無症候性で incidental に見つかることが多く、臨床問題になることは少ない。しかし、極めて稀ながら、頭蓋内に進展して脳内感染を惹起した報告が散見される。今回我々は脳膿瘍で発症した副鼻腔 osteoma の1手術例を経験したので報告する。症例は37歳の男性。約2ヶ月に及ぶ発熱と頭痛を主訴に来院。頭痛・発熱以外に臨床所見なし。CT にて前頭洞から篩骨洞内、更に前頭蓋底からカリフラワー状に突出する骨性の塊を認めた。MRI では突出する塊は脳内に進展し、これに接した硬膜は炎症反応を伴い、更に脳内にはリング状に造影される膿瘍形成を認めた。まず脳膿瘍を制御すべく抗生剤の投与を行い、炎症所見のなくなった時点で手術を行った。前頭洞内と頭蓋内に突出

する骨性塊を摘出。病理結果は osteoma だった。開放した鼻前頭管並びに硬膜欠損部を帽状腱膜にて修復した。本症の画像診断・頭蓋内進展の機序・手術方法について考察報告する。

#### 47) 乳児の腰椎部硬膜外膿瘍の1例

高田 久・飯田 隆昭  
岡本 一也・赤井 卓也(金沢医科大学 脳神経外科)  
飯塚 秀明

症例は生後1ヶ月半の男児。妊娠分娩に異常なく体表奇形もなかった。生後3週頃より抱くと泣き出すことが多くなり、下肢の動きも鈍くなった。生後1ヶ月頃から臀部の腫脹がみられ徐々に増大、発赤を伴うようになり入院となった。入院時、体温は37.1℃、臀部から腰背部にかけ10×7cmの皮膚の発赤を伴う膨隆があり両下肢の動きは鈍く肛門の弛緩も疑われた。白血球増多(29280/μl)とCRP高値(14.0mg/dl)を認めた。MRIでは腰椎部硬膜外腔から傍脊柱筋?腎筋に及ぶ隔壁を伴った多房性の嚢胞があり、髄液に比べT1強調像でやや高信号、T2強調像で高信号を呈し辺縁が淡く増強された。膿瘍を疑い緊急に排膿ドレナージを行った。黄緑色の膿瘍が臀部筋層内から、第2腰椎レベルより尾側の硬膜外腔に存在し、硬膜嚢は強く圧迫されていた。壁は厚い肉芽様組織であった。培養で黄色ブドウ球菌が検出された。術後抗生剤(PIPC, IPM)を3週間投与した。術後8ヶ月の現在、再発なく下肢筋力も良好である。

#### 48) 慢性炎症性硬膜肥厚により静脈環流障害を繰り返した1例

廣瀬 敏士・小寺 俊昭(公立小浜病院 脳神経外科)  
佐藤 一史・久保田紀彦(福井医科大学 脳神経外科)

症例は、56才女性。4才で、ツ反が陽転後、13才より肺結核の治療を受け、17才に、右眼球(結核性)摘出。25才時に、右側頭葉結核腫の摘出術を受けた。46才の時に痙攣発作で当科初診。右側頭葉手術痕と、両側 convexity・falx 周囲および、テントに沿って硬膜の肥厚と石灰化を認め、右前頭葉内に LDA 認めた。保存的に加療し軽快。50才時には左前頭葉前方に LDA 認め、翌年には、左前頭葉の中央に LDA 生じた。アンギオ

では、静脈相で、上矢状静脈洞・下矢状静脈洞・直静脈洞・横静脈洞・S状静脈洞が、描出されず、Trolard・Labbe vein の吻合から sphenoparietal sinus および、後頭蓋窩 marginal sinus へと流出されていた。今回、構音障害と物忘れで受診。CT で左前頭側頭部硬膜下に well-enhanced mass および、やや内側に LDA を認め、midline shift を認めた。術中所見は、頭蓋骨・硬膜ともに肥厚しており固く、腫瘤状に突出。病理で、炎症性硬膜肥厚と診断された。

49) 術後、術側麻痺を来した parasagittal meningioma の1例

田中 雅彦・関谷 徹治 (弘前大学)  
大熊 洋揮・鈴木 重晴 (脳神経外科)

症例は、66歳女性。平成12年11月中旬よりめまいがあり、近医で頭部 CT・MRI を施行された。左前頭葉の頭蓋内占拠性病変を指摘され、平成13年1月9日当科紹介入院となる。入院時の神経学的異常所見は認められなかった。2月8日、摘出術 (Simpson Grade 2) を施行した。手術所見は、Lt. parasagittal meningioma であった。術後、麻酔が覚醒した時点で、左上下肢麻痺が出現、至急頭部 CT をしたところ、術側とは反対の右前頭葉に低吸収域～高吸収域を認めた。翌日からリハビリテーションを施行、症状は回復し、3月2日独歩自宅退院されている。

本症例において、術中明らかな静脈損傷は認めず、また、術前脳血管写にて左前頭葉腫瘍陰影以外に異常血管は認めなかった。以上、本症例の病態発生機序に関し、開頭および腫瘍摘出操作により微量なレベルで対側の静脈環流傷害を来とし、出血性の venous infarction を生じたことが考えられる。Parasagittal meningioma 摘出術におけるピットフォールの意味で報告する。

50) メラノサイトーマの1症例

湯川 宏胤・関 博文  
菅原 孝行・朴 永俊 (岩手県立中央病院)  
樋口 紘 (脳神経外科)

術中の肉眼的所見からメラノーマを考え、摘出範囲をどのようにすべきか苦慮した症例を経験したので報告する。症例は29歳女性。平成12年2月より頭痛、嘔気を自覚。4月当科受診。神経学的に異常なし。画像上、左側頭葉に嚢胞を伴う腫瘍性病変を認め、MRI では T1 高

信号、T2 低信号であった。腫瘍の増大を示したため、8月に手術施行。開頭部位から頭蓋底にかけて骨は黒く変色しており、硬膜も広汎に黒く変性していた。腫瘍は充実性で黒色を呈していた。腫瘍は頭蓋底の硬膜まで連続しており、肉眼的に極力摘出した。迅速病理では、悪性腫瘍と診断されたが、その後の病理学的精査により、メラノサイトーマと診断された。全身の臓器、皮膚も検索したが特に所見なく、経過良好にて10月退院した。以後、外来で追跡しているが再発は認めていない。若干の文献的考察を加えて報告する。

51) 前頭葉 Central Neurocytoma の1例

大塚 聡郎・師井 淳太 (秋田県立脳血管)  
牛久保 修・波出石 弘 (研究センター)  
鈴木 明文・安井 信之 (脳神経外科)

脳室外に発生、伸展する Central neurocytoma (CN) の報告は少ない。我々は7年の経過で診断された右前頭葉 CN の1例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は42歳の男性で、1993年に意識消失発作で発症した。右前頭葉 low grade glioma の術前診断で摘出術が行われ、oligodendroglioma と病理診断された。術後に 50 Gy の照射治療と化学療法が追加され、以後外来で経過観察されていた。2000年8月に MRI で残存腫瘍が増強されるようになり、腫瘍の再増大が考えられて2001年1月に腫瘍摘出が施行された。光顕では oligodendroglioma の所見で、synaptophysin 陽性を示した。電顕ではシナプス様構造や dense-core vesicle 等の所見がみられ、CN と組織診断された。MIB-1 は 2.8% であり再発の傾向があると判断された。治療方針を検討するうえで Oligodendroglioma と CN の鑑別は重要であり、脳実質の発生であっても CN に留意する必要がある。

52) 特異な発育形態を呈した中枢神経系原発悪性リンパ腫の一例

佐藤 昌宏・平 敏 (公立藤田総合病院)  
倉島 康夫 (脳神経外科)  
中村 直哉 (福島県立医科大学)  
第一病理

中枢神経系原発悪性リンパ腫は、そのほとんどが頭蓋内に腫瘍性病変として発育するが、今回、MRI 上脳梗塞様の所見を呈した一例を経験したので、報告する。症