

を訴え近医を受診した。CTでlt. CP angleにmass lesionを認め、開頭部分摘出術を施行された。2ヶ月後、精査と治療を目的に当科に入院した。Gd MRIでconfluenceからlt. transverse sinus, sigmoid sinusに沿って増強されるmass lesionがjugular veinまで伸展していた。Feeding arteryをembolizationした後、頭蓋内の腫瘍摘出を行った。1年後にCP angleのmassが再び増大したため、これを摘出しconfluence近傍のmassにgamma knifeで放射線治療を行った。現在左の聴力が軽度低下しているが社会生活が可能な状態である。結論：Papillary meningiomaは浸潤性で悪性腫瘍の範疇に入る。後頭蓋窩の静脈洞からjugular vein内に充満し、顎下部まで伸展していた本症例を呈示し、治療法について考察する。

B-9) mesenchymal chondrosarcoma の一例

太田 浩彰・牛渡 一盛 (小山市民病院)
脳神経外科
小川 彰 (岩手医科大学)
脳神経外科

今回我々は頭蓋内発生は稀とされているmesenchymal chondrosarcomaと診断された一例を経験したので報告する。症例は31歳男性。平成9年2月より頭重感出現し当科受診。CTにてfalxの左右の石灰化と脳腫瘍を認め入院となる。神経学的には軽度うっ血乳頭のみであった。MRIにて腫瘍は硬膜に広く付着しGd-DTPAにより強く増強された。脳血管撮影にて腫瘍は左前大脳動脈の分枝、左中硬膜動脈、左浅側頭動脈の前頭頂頂枝よりfeedingされ、前大脳鎌動脈の拡張も見られた。髄膜腫の診断で両側前頭開頭にて手術を行ったが出血が多く部分摘出にとどまった。組織では核は大小不同の類円形で分裂像はなく多数の血管を伴い増殖し、一部軟骨化も見られた。免疫組織的にはVimentin陽性の部分がありEMAには陰性であった。以上よりmesenchymal chondrosarcomaと診断されたが、髄膜腫やhemangiopericytomaとの鑑別が重要とされた。

B-10) Painful ophthalmoplegiaを呈した cavernous sinus 内 hemangiopericytoma の1例

木村 憲仁・佐々木雄彦
安斉 公雄・福岡 誠二 (中村記念病院)
岡 亨治・大里 俊明 (脳神経外科)
及川 光照・武田利兵衛 (財)北海道脳神
堀田 隆史・中村 博彦 (経疾患研究所)

Hemangiopericytomaは、全頭蓋内腫瘍の1%未満の稀な腫瘍であり、cavernous sinus内の発生は極めて稀といえる。我々は、painful ophthalmoplegiaを主症状とするcavernous sinus内hemangiopericytomaを経験したので、その臨床経過並びに放射線学的所見について報告する。症例：48歳女性、既往として1997年8月に下腿骨腫瘍の摘出術を受けている。同年9月より頭痛を自覚。12月上旬より左眼瞼下垂が進行し12月17日当院入院。入院後、動眼、滑車、外転神経の麻痺が進行し、左眼窩後部の頑性疼痛を伴った。頭蓋単純写にて、蝶形骨洞部の骨の硬化と左頭頂骨の骨透過像を認めた。MRIでは左cavernous sinus内にT1WI, T2WIともにisointensityのmassを認め、同部はGd-DTPAにて軽度の均一な造影効果を認めた。脳血管造影では、cavernous sinus内の内頸動脈がわずかに狭窄し、inferolateral trunkから栄養される腫瘍陰影が、cavernous sinusとsphenoid sinusの骨の部分に認められた。1998年1月9日左頭頂骨のbiopsyに引き続き、1月13日cavernous sinus内の腫瘍の摘出を行った。病理診断は頭頂骨部、cavernous sinus内腫瘍ともに、hemangiopericytomaであった。

B-11) 硬膜下膿瘍の4例

野下 展生・天竺 雅春 (山形市立病院)
齋藤 桂一・佐藤 壮 (済生館脳神経外科)
成田 徳雄 (米沢市立病院)
脳神経外科

【目的】硬膜下膿瘍は全頭蓋内感染症の約10~20%、脳膿瘍の1/5程度と比較的稀な疾患である。我々は痙攣発作を伴った10歳の硬膜下膿瘍の1例を経験したので、過去の自験例3例と併せて報告する。

【症例】症例は10歳、女性。頭痛、熱発で発症し、痙攣発作を伴った硬膜下膿瘍である。原因は前頭洞炎に由来するもので、当初は抗生剤による保存的治療を行っていたが改善は傾向なく、2期的に開頭排膿及びドレナージ術を施行し良好な予後を得た。他の3例は、2例が副鼻

腔炎由来、1例が菌科治療後の感染であった。

【結果】本例については元気に独歩にて自宅退院となった。過去の3症例については、2例は予後良好だったが、1例は死亡であった。

【結語】硬膜下膿瘍の外科的治療については開頭排膿術、穿頭ドレナージ術、外減圧術などの選択肢があり、また副鼻腔炎などに合併する症例は原疾患の処置が重要である。

B-12) V-P シャントチューブが小腸に穿孔し、腹側チューブ抜去後に髄膜炎をきたした1例

関 泰弘・渡辺 達雄 (竹田綜合病院)
小池 俊朗・笠原 数麻 (脳神経外科)

V-P シャントチューブによる腸管穿孔は稀な合併症であるが、腹側チューブの抜去のみで治癒するとの報告が多い。今回我々は小腸穿孔診断時には髄液所見正常ながら、腹側チューブ抜去後に髄膜炎をきたした1例を経験した。

症例は66歳女性で、クモ膜下出血 (H&K Grade V) を発症し、前交通動脈瘤クリッピング術後に正常圧水頭症をきたしたため1ヶ月後 V-P シャント術を行った。水頭症の改善が思わしくないため、シャント術2ヶ月後に施行したシャントチューブ造影でチューブ先端の小腸穿孔が認められた。この時点では髄液所見は正常で腹部症状もなかったが、腹側チューブ抜去・結紮術の5日後に髄膜炎を呈した。チューブ抜去術を契機に逆行性髄膜炎をきたしたものと思われ、稀な合併症と考え、文献的考察を加え報告する。

B-13) 術後 MRSA 髄膜炎の3例

川崎 昭一・長谷川 顕士 (佐渡綜合病院)
脳神経外科

細菌性髄膜炎は現在においても、死亡率が5~25%で、後遺症も15~30%にみられるとされており、そのため早期診断、早期治療が重要である。起炎菌が MRSA の場合は、さらに問題となると思われる。我々はこれまでに計3例の術後 MRSA 髄膜炎を経験したので報告する。

症例1は32歳男性。破裂脳動脈瘤のクリッピング術後経過は順調であったが、しばらくしてから術後 MRSA 髄膜炎を来し、治療の効なく死亡。症例2は72歳男性。

くも膜下出血後の NPH に対して V-P shunt を施行。その後シャント感染から術後 MRSA 髄膜炎を来たしたが、治療に依り治癒した。症例3は64歳女性。くも膜下出血の症例で、同じくシャント感染から腹腔内膿瘍と術後 MRSA 髄膜炎を来たしたが、治療に依り改善した。

この3症例をもとに、術後 MRSA 髄膜炎と治療と問題点につき文献的考察を加えて報告する。

B-14) 特発性低頭蓋内圧症候群の3例

松崎 隆幸・嶋崎 光哲 (函館赤十字病院)
白居 礼子 (脳神経外科)

特発性低頭蓋内圧症候群は、低頭蓋内圧、起立性頭痛を特徴とする原因不明の肥厚性硬膜炎とされる。日常臨床においては頻度的に多いとはいえないが、画像上の dural enhancement が特徴的である。また慢性硬膜下血腫の出現頻度が高く、留意すべき病態である。かかる症例を提示してその問題点を述べる。

【症例1】51歳の女性。急激な項部痛が出現し、整形外科等受診するも軽快せず、嘔気、頭痛持続した。腰椎穿刺での髄液圧測定は不可であった。保存的療法で軽快する。

【症例2】45歳の女性。同様の頑固な頭痛が持続し、前医で緊張型頭痛として内服をうける。しかし、約1ヶ月を経過しても寛解せず歩行困難に至り入院となる。CT, MRI で硬膜下血腫を認めドレナージ術を施行した。

【症例3】45歳の男性。昭和50年に血管腫の手術既往があるも、起立性頭痛で入院。薄い硬膜下血腫を認めるも保存的に軽快した。

B-15) 硬膜下血腫を合併した特発性頭蓋内圧低下症に対する epidural blood patch 施行後に動眼神経麻痺が出現した1例

三河 茂喜・えび名 勉 (岩手県立磐井病院)
須田 志優・片山 貴晶 (同 脳神経外科 同 麻酔科)

特発性頭蓋内圧低下症 (spontaneous intracranial hypotension: SIH) は安静臥床、補液等で軽快する事が多いが、難治例に対しては硬膜外腔生理食塩水持続注入や epidural blood patch が有効とされている。しかし、今回我々は硬膜下血腫を合併した SIH の治療の