

覚障害を認めた。MRI, CTmyelography にて L4 レベルで腹側より突出する骨棘と線維性中隔により脊髄が左右に分割しており, tethered cord を呈していた。また L2/3 レベルに cyst を伴っていた。

手術は後方よりアプローチし, 中隔を削除, filum terminale を切断し稽留を解除した。術後足背部痛は消失し退院となった。

A-37) TFC screw (Threaded Fusion Cage) を使用した腰椎分離すべり症の手術経験

松島 忠夫・霜田 茂 (南東北病院)
大谷 敏幸・渡辺 一夫 (脳神経外科)

腰椎分離すべり症の手術には, 症状や病態により前方固定, 後方固定, 後側方固定といった手術方法があるが, 最近では spinal instrumentation を併用する報告が増している。今回我々は TFC screw system を用い後方侵入椎体間固定術を行ない良好な術後経過をえたので報告する。

症例は48歳の男性で, 主訴は腰痛, 右下肢痛, 間欠性跛行で保存的治療で改善なく, 検査上は L4/5 の分離すべりがありこのための症状と診断し, TFC screw system を用い固定術を行った。術直後より下肢痛は消失し, 術4日目より歩行開始した。術6ヶ月経過したが特に訴えはなく, 社会生活に復帰した。

A-38) 胸椎孤立性形質細胞腫の2例

高橋 敏行・冨永 悌二 (東北大学)
渡部 憲昭・吉本 高志 (脳神経外科)
甲州 啓二 (広南病院)
(脳神経外科)

脊椎腫瘍において形質細胞腫は鑑別すべき疾患の1つであるが, 脊椎の後方要素を中心に増大した孤立性形質細胞腫の報告例は少ない。今回胸椎の椎弓根, 椎弓を中心に増大し脊髄圧迫症状をきたした孤立性形質細胞腫2症例を経験したので報告する。

症例は72歳の男性及び77歳の男性, それぞれ第8胸椎以下, 第4胸椎以下の感覚障害及び下肢対麻痺を主訴に来院した。画像上, 神経所見に一致するレベルでの椎弓根, 椎弓の骨破壊を伴う脊椎腫瘍, 脊髄の圧迫所見を認めた。他の全身検索で腫瘍性病変を認めず, 原発性脊椎腫瘍の診断のもと腫瘍全摘術及び Instrumentation を使用した後方固定術を施行した。組織学的診断は形質細胞

腫瘍であり孤立性と考えられた。

脊椎の孤立性形質細胞腫は椎体骨髄を中心に増殖することが多く, 今回の症例は稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

A-39) 上位頸椎硬膜動静脈奇形の1例

伏見 進・米谷 元裕
羽入 紀朋・佐々木正弘 (平鹿総合病院)
平山 章彦 (脳神経外科)

くも膜下出血で発症した上位頸椎硬膜動静脈奇形の稀な1例を報告し, その分類や治療法につき文献的考察する。

症例は62歳の男性で, 突然の激しい後頸部痛とめまいで発症し, 救急搬送された。来院時, 意識は清明で, 頭痛・嘔気・嘔吐があり, 構語障害・注視性眼振が見られた。頭部 CT で大槽を中心に後頭蓋に強くも膜下出血があり, 脳血管撮影で右椎骨動脈の硬膜貫通部に硬膜動静脈奇形があり, 髄根静脈を介して後脊髄静脈へ逆流して varix を形成していた。手術で varix が出血源と確認され, 流入する髄根静脈を凝固切断したところ動静脈シャントは消失した。患者は神経脱落症状はなく退院し, 6カ月後の血管撮影でも再発はなかった。

自験例は硬膜動静脈奇形が硬膜内のみで導出する Borden JA らの type III (J Neurosurg 82:166-179, 1995) に分類でき, 導出静脈の凝固切断のみで根治し得ると考えられた。

A-40) 高位胸椎硬膜動静脈瘻の1手術例

木内 博之・成田 徳雄
小笠原邦昭・長嶺 義秀 (広南病院)
藤原 悟・甲州 啓二 (脳神経外科)
高橋 明・吉田 昌弘 (同
血管内脳神経外科)
溝井 和夫・吉本 高志 (東北大学医学部)
(脳神経外科)

脊髄硬膜動静脈瘻 (dAVS) の多くは胸腰椎移行部に存在し, coronal venous plexus への動脈血の流入による venous hypertension のため myelopathy を呈し, その診断には脊髄血管撮影と myelography における硬膜上の動静脈短絡と拡張, 蛇行した脊髄静脈の描出が重要とされている。今回, 我々は, 広範な脊髄障害を呈し, MRI 上興味ある所見を示した Th5 の dAVS の1例を経験した。症例は64才男性, 徐々に進行する両