

ニシリンG大量静脈内投与により治癒した。最近の傾向として抗生剤の普及により不顕性に進行し、神経梅毒で発症する例の報告が増えているので注意が必要と考える。頭蓋内ゴム腫の報告は過去10年間で約20例と少なく、稀な1例を報告した。

1B-45) 第三脳室内限局性の頭蓋咽頭腫の1例

岩瀬 正顕・安井 信之 (秋田県立脳血管
鈴木 明文・波出 石弘 研究センター)
曲澤 聡 (脳神経外科)

第三脳室内に発生する頭蓋咽頭腫は稀で、トルコ鞍膜上あるいはトルコ鞍内に発生する同腫瘍とは臨床症状や放射線学的に異なった特長を示すと考えられている。今回我々は第三脳室内頭蓋咽頭腫を経験し手術により良好な結果を得たので症例を提示し、文献的考察を加えて報告する。症例は64歳、女性。目のかすみ、頭痛、見当識障害、さらに意識障害、嘔吐が出現し紹介入院となった。入院時神経学的には軽度意識障害と両側鬱血乳頭を認めた。CT では鞍上部から第三脳室前半部、さらにモノロー孔に至る円形で一部に石灰化を伴った腫瘍を認め、モノロー孔閉塞による水頭症を合併していた。GD-MRI では腫瘍全体が一様に増強された。両側脳室ドレナージ、両側脳室腹腔シャント術施行1カ月後に、basal interhemispheric approach (BIH) により lamina terminalis を経由し全摘出を行った。本報では、第三脳室内頭蓋咽頭腫の特長を明らかにし、BIH 法の有用性について述べる。

1B-46) Extensive transbasal approach にて摘出した olfactory neuroblastoma の1症例

藤重 正人・森本 繁文 (札幌医科大学)
橋本 祐治・田辺 純嘉 (脳神経外科)
端 和夫

症例は36歳男性、主訴は頭痛、画像上、篩板を破壊し前頭蓋窩と篩骨洞、鼻腔内へ進展する巨大な腫瘤を認め、二期的手術を計画した。第一回目手術は、両側前頭開頭にて頭蓋内の腫瘍の摘出を行なった。腫瘍は易出血性、弾性硬で脳表との境界は明瞭、篩板近傍の硬膜に附着しており腫瘍摘出後附着部の硬膜を十分に焼却した。第二回目手術では前回の開頭に加えて、両側眼窩上壁、前頭洞および篩骨洞の一部を一塊として切除し、前頭蓋底部から鼻腔内へ進展した腫瘍にアプローチした。嗅神経が

篩板を貫く部分で硬膜を焼却切断し鼻腔内の腫瘍を正常粘膜と共に摘出した。鼻骨の内側が死角となったがミラーにて腫瘍の残存のないことを確認した。摘出腔は抗生剤軟膏を含ませたガーゼにてパックスし、骨膜と皮下組織を有茎弁として用い鼻腔内と頭蓋内の交通を遮断して、眼窩上壁をミニプレートで固定した。術後合併症は無く、組織診断は olfactory neuroblastoma であった。

1B-47) 脳原発悪性リンパ腫の1例

一画像所見と組織所見における腫瘍病変の拡がりの相違点について一

加藤 俊一・原 直行 (刈羽郡総合病院 脳神経外科)
林 森太郎・高橋 均 (新潟大学脳研究所 実験神経病理)
生田 房弘

脳原発悪性リンパ腫の腫瘍病変は画像所見で捉えられるより広範囲に及ぶとされている。本症例は発症からの経過が極めて急速で放射線療法・化学療法施行前に死亡し、画像と病理解剖所見を比較する際、病変への治療の影響がない点で適当な症例である。

症例は50才男性で、約15日前からの頭痛と嘔気及び食思不振を訴え来院。初診時意識清明で四肢の麻痺なし。鬱血乳頭の所見なし。精神症状を認めた。単純 CT で両側脳室及び右大脳基底核に軽度高吸収域を呈しほぼ均一に造影される腫瘍が多発性にみられた。MRI での腫瘍病変の拡がりは Gd で造影される腫瘍と T₂ 強調像での周囲白質の高信号域と思われた。入院後徐々に意識障害が進行し入院して10日目に呼吸停止をきたし死亡。病理解剖では小脳扁桃ヘルニアを呈し、腫瘍病変は上記画像所見以外に、両側視床、脳梁、脳弓、漏斗、各脳室の上衣下、大脳白質、脳幹及び小脳に認められた。

1B-48) “Vanishing” pituitary adenoma の1例

小笠原邦昭・甲州 啓二 (広南病院 脳神経外科)
藤原 悟・高橋 明 (東北大学脳研 脳神経外科)
吉本 高志

視床出血の発症を契機として、CT 上急激に縮小していった下垂体腺腫の1例を報告する。症例は70歳の女性。突然の左片麻痺をきたし当科を受診した。入院時、左片麻痺以外には神経学的異常所見は認められなかった。CT では右視床出血とともにトルコ鞍から鞍上部にかけて mass lesion が認められた。保存的に加療したが、CT 上鞍