

後下小脳動脈の圧迫は責任血管の一部と考えられた。さらに前下小脳動脈が顔面神経の起始部腹側面を圧迫しておりこれを除圧した。前下小脳動脈が顔面神経と聴神経の間を走り、顔面神経の背側面を回って再び顔面神経の起始部背側面へもどってきていた。この顔面神経の起始部背側面も圧迫されていると考えられた。この走行途中には脳幹と聴神経への分枝がみられ、また顔面神経背側面は十分に観察できなかったため除圧が不完全となった。術後2日間で再発した。

【結語】責任血管が顔面神経と聴神経の間を走り、顔面神経背側面を圧迫する場合には減圧が困難であると考えられた。

1B-75) シリコン製脳室腹腔短絡管の離断例

伊藤 康信・佐々木順孝 (秋田大学)
峯浦 一喜・古和田正悦 (脳神経外科)

脳室腹腔短絡術の合併症としてシャント管離断が知られているが、最近私たちは脳室腹腔短絡術後9年でシリコン管の変性によりシャント管の離断例を経験したので、走査電顕所見を加えて報告する。症例は9歳男児で、生後2カ月(1983年7月12日)の時に水頭脳形成不全症の診断で脳室腹腔短絡術を行った。シャント管はHeyer-Schulte社製のシリコン製管を使用した。術後経過良好であったが、1993年1月20日から頭痛を訴えるようになり、CTで水頭症が疑われ、1月28日に入院した。意識は清明で、精神発達遅延があり、塔状頭蓋であった。胸部X線撮影で腹側管が第2-3肋骨間で離断しており、翌29日に既設シャント管をすべて除去し、新しいAmes型に置換した。既設シャント管は脆弱化し、周囲組織と強く癒着していた。走査電顕ではシリコン管外表面は砂粒状に変性し、断端破面は比較的滑らかで、引張応力破壊の様相を呈していた。

1B-76) バルブレス V-P シャント療法が有効であった低髄圧水頭症の1例

西原 哲浩・斉藤 延人 (総合会津中央病院)
白井 雅昭 (脳神経外科)

最近、当科では低圧シャントバルブによるV-Pシャントでは機能不全をきたしバルブレスV-Pシャント療法が有効であった特殊な水頭症の症例を経験した。症例は、くも膜下出血で加療中に細菌性髄膜炎を併発したため持続脳室ドレナージを施行したが、髄膜炎治癒後も髄

液圧は外耳孔以下であり、髄液圧調節部を外耳孔下100mmに下げるまで意識障害等の症状は改善しなかった。脳室ドレナージの中止により脳室の著明な拡大とPVLが出現し無言性無動症を呈したためASD付き低圧バルブを用いてシャント術を施行した。しかしシャント閉塞がないにもかかわらず症状が改善しなかったためバルブを除去し脳室チューブと腹腔チューブを直接接続したところ症状は著明に改善し歩行可能となった。本症例は正常圧水頭症の中で、現在のシャント療法では低バルブを用いても効果の期待できない特殊な病態、すなわち低髄圧水頭症が存在する可能性を示唆している。

2A-77) 脳室内に exophytic extension した神経膠腫の手術例

須貝 和幸・嘉山 孝正 (東北大学)
溝井 和夫・吉本 高志 (脳神経外科)

【はじめに】神経膠腫の手術が困難な部位としては脳幹や基底核のものがあるが、進展様式によれば、摘出可能な例もある。今回は視床、第3脳室前半部および後半部から発生し脳室内に exophytic extension した神経膠腫の3例の手術摘出例を経験したので報告する。

【症例、結果】17才男性、19才女性、16才女性で、2例は頭蓋内圧亢進症状のみで発症し、最後の例は局所症状で発症している。術前の画像診断では、1例目を除き神経膠腫とは断定するのが困難であった。手術は視床および第三脳室後半部の例に対して transcallosal approach を第三脳室前半部の例に対しては pterional approach をもちいた。前2例はほぼ全摘しえたが、第三脳室前半部の例では部分摘出に終わった。術後、2例は uneventfull であったが、視床の例は一過性に両上肢に hyperrigidity が認められた。病理学的には視床の例が anaplastic、他の2例が fibrillary astrocytoma であった。

【考察】視床等の eloquent area と考えられる部位の神経膠腫でも発生様式によっては摘出可能例があると考えられた。

2A-78) Gliosarcoma の1例

川瀬 誠・天笠 雅春 (山形市立病院)
小笠原邦昭・佐藤 壮 (済生館脳神経外科)
湯田 文朗

Gliosarcoma は glioblastoma と sarcoma の混合腫瘍である。Glioblastoma with sarcomatous components

とも呼ばれ、欧米にて百数例の報告が見られるが本邦においては十数例を数えるのみである。今回、glioblastomaの手術、放射線、化学療法後に発生した gliosarcoma の1例を経験したので報告する。症例は60才女性、けいれん発作にて発症し、頭痛、失語、健忘を呈し当科受診し、CT、MRIにて左側頭葉に占拠性病変を認め、手術にて肉眼的に全摘した。病理診断は glioblastoma であった。放射線療法として計 45 Gy 照射し、化学療法としてラニムスチン、免疫療法としてインターフェロン β を静注した。全身状態良好にて退院したが、3か月後悪心、頭痛、意識混濁が見られ、CTにて腫瘍摘出部とその内側に占拠性病変を認め、手術にて摘出した。病理学的に gliosarcoma と診断された。本邦での gliosarcoma の報告例を踏まえて、若干の考察を加えて報告する。

2A-79) Gliomatosis cerebri の1例
—CT, MRI, PET 所見—

北上 明・木戸口 順
黒田 清司・日高 徹雄 (岩手医科大学)
切替 典宏・小川 彰 (脳神経外科)
浜登 文寿・東儀 英夫 (同 神経内科)
秦野健一郎 (同 サイクロ
トロンセンター)

症例は50才女性、神経学的には異常を認めない。CTでは右大脳半球白質を中心に広汎な low density area を認め脳室の圧排、midline shift などの mass effect も認めた。増強効果はなかった。MRIでは T₂ 強調画像で右大脳半球白質に連続性に広汎に high intensity area が見られた。T₁ 強調画像では isointensity で mass effect が見られた。rCBF では病変部位の血流低下を認めた。メチオニンによる PET では病変部位の取り込みは見られなかった。開頭による生検で、白質における glia 細胞の浸潤性の増殖が見られ fibrillary astrocytoma の像を呈していた。以上、CT、MRI で腫瘍塊を認めず脳の構築を保ちながら腫瘍細胞が浸潤性に増殖していることにより gliomatosis cerebri と診断した。PET では本症例ではメチオニンの取り込みを示さず、診断には有用ではなかった。このような病変の診断には生検が必須であると思われた。

2A-80) 頭蓋咽頭腫の放射線治療後16年目に発生した傍側脳室悪性星細胞腫の1例

清水 宏明・藤原 和則 (石巻赤十字病院)
小林 伸一・北原 正和 (脳神経外科)

放射線誘発星細胞腫 (RIA) は文献上約90例の報告があるが、今回我々は頭蓋咽頭腫治療後16年目に発生した RIA 症例を経験したので報告する。症例は36才男性。

1975年 (20才時) 他院にて頭蓋咽頭腫摘出術及び術後放射線治療 (60 Gy) をうけた。1981年より当院外来に通院し汎下垂体不全に対し投薬をうけ家庭内自立していた。経過中の CT で鞍上部石灰化病変以外、著変を認めなかった。しかし放射線治療から16年経過した1992年3月に施行した CT、MRIにて、脳梁部に腫瘍を疑わせる所見を認めた。その後動作緩慢などが増悪し同年9月入院した。意識は JCS2、軽度右片麻痺あり MRI 上脳梁部及び側脳室三角部を中心に側脳室周囲に腫瘍が進展していた。定位的生検で悪性星細胞腫であった。インターフェロン静注及び髄注にて症状は軽快傾向であったが、11月24日突然ショックとなり死亡した。剖検は得られなかった。症例を呈示し、RIA に関する文献的考察を加える。

2A-81) 広範な脳浮腫を伴った planum sphenoidale meningioma

金 奉均・蛸名 国彦
深瀬 栄一・鈴木 重晴 (弘前大学)
岩瀬 隆 (脳神経外科)

従来より、髄膜腫の腫瘍性脳浮腫を来す要因については、未だ多くの議論がある。

今回我々は、CT、MRI 上、両側前頭葉—側頭に著明な腫瘍性脳浮腫を伴い、SPECTにて広範な脳循環障害の認められた50才、女性の planum sphenoidale meningioma の症例と、同部位、ほぼ同大の髄膜腫でほとんど脳浮腫を認めない58才、男性の1例を経験した。

これらを対比、呈示し、過去に報告された症例を交え、文献的考察を加えながら腫瘍性脳浮腫を来す要因について考察したい。