

性出血を伴い境界鮮明な腫瘍を全摘出した。病理診断は海綿状血管腫であった。脳と脊髄に海綿状血管腫が多発した例は我々の渉猟しえた範囲では1例の報告があるに過ぎない。

1A-55) 脊髄海綿状血管腫の外科治療

秋野 実・小浜 好彦
小柳 泉・岩崎 喜信 (北海道大学 脳神経外科)
阿部 弘
桜木 貢・三森 研自 (北海道脳神経外科 記念病院)
斎藤 久寿 (札幌麻生脳神経外科)

MRI の臨床応用により、脊髄髄内病変の検出能が飛躍的に向上し、これまで稀とされてきた脊髄疾患の治療の機会が増大してきている。我々は過去2年間に、3例の脊髄海綿状血管腫の手術症例を経験し、これらから診断、臨床像、手術術式などについて興味ある知見を得たので報告する。3例の内訳は、出血発症の2例(61歳、12歳男)、非出血発症の1例(48歳女)であり、それぞれの発生部位は中位胸髄、下位胸髄、延髄頸髄移行部であった。MRI 上の共通所見としては、脊髄腫大およびT2 強調像での一部不均一な低信号値域の存在であった。手術は、血腫合併例ではその周囲に明らかに血腫とは異なる血管腫が存在しており、いずれの症例の血管腫そのものの摘出は比較的容易であった。病理所見では、いずれも海綿状血管腫の所見であった。MRI の導入以前には特発性脊髄髄内出血と診断された症例の中に、脊髄海綿状血管腫症例が含まれていたと考えられ、これらからの出血あるいは再出血の可能性が高く、摘出は比較的容易であるので、積極的な外科治療が重要と考えられる。

1A-56) 脊髄軟膜下脂肪腫の4例

小柳 泉・岩崎 喜信
秋野 実・阿部 弘 (北海道大学 脳神経外科)
石川 達也・黒田 敏
井須 豊彦 (釧路労災病院 脳神経外科)

脊髄軟膜下脂肪腫は先天的要素のつよい稀な脊髄腫瘍として知られている。我々は、現在まで4例の脊髄軟膜下脂肪腫を経験しているが、今回、これらの症例を報告し、治療上の問題点について考察を加える。症例1:30才男性。T4-11 レベルに存在。約2年の経過で痙性対麻痺を呈し、歩行不可能となった。症例2:66才女性。C4-T1 レベルに存在。42才頃両下肢のしびれ感で発症し、徐々に右につよい四肢不全麻痺を呈した。症例3:2才男児。延髄から T4 レベルまで存在。生下時より四肢

不全麻痺を呈した。症例4:44才男性。T4-7 レベルに存在し、約3年の経過で対麻痺を呈した。

腫瘍はいずれも脊髄背側で軟膜下に存在し、手術では、椎弓切除により腫瘍の部分摘出を行った。術後は、2例で症状の改善が認められているが、他の2例では術直後に症状の悪化が出現した。そのうちの1例では、術中にモニターしていた脊髄誘発電位が脂肪腫上の軟膜血管を凝固した直後より振幅低下を示しはじめたため、循環障害が症状悪化の原因として考えられた。

1A-57) 前頭洞骨欠損に起因した頭蓋内多発性膿瘍の1治験例

村上 寿治・小穴 勝麿 (八戸赤十字病院 脳神経外科)
別府 高明 (岩手医科大学 脳神経外科)
金谷 春之

今回我々は副鼻腔炎が前頭洞骨欠損をきたし、その後はほぼ同時期に硬膜下膿瘍と脳膿瘍の発生をみた稀な1例を経験したので考察を加えて報告する。

症例は42才男性。副鼻腔炎の既往があり。発熱、頭痛を訴えていたが3日後意識障害が出現したため来院。CL3-R, 左片麻痺を認めた。頭部単純写で右前頭部に骨欠損あり、CT では右大脳半球硬膜下と右前頭葉内に低吸収域を認めた。硬膜下膿瘍の疑いにて緊急手術を行い、白色の膿汁約100mlを吸引した。術後症状は改善したが、入院10日目のCT では硬膜下膿瘍の消失にともない右前頭葉内に低吸収域は拡大し、一部高吸収域も出現した。20日後のCT ではRingを呈する脳膿瘍が形成された。入院32日目脳膿瘍に対してCT 定位術による膿瘍液吸引術施行。その後次第に膿瘍は縮小した。入院2ヶ月後、感染経路である前頭洞骨欠損部に対して前頭洞閉鎖術施行、前頭洞から硬膜へと続く悪性肉芽を除去し、入念にcranioplastyを施行した。現在神経学的に異常なく、脳膿瘍はCTでfollowすると共に耳鼻科的処置を開始している。

1A-58) 天幕下脳膿瘍の2例

藤本 俊一・中村 公明 (青森県立中央病院)
齊藤 和子・田中 輝彦 (脳神経外科)

天幕下脳膿瘍は稀なもので、全脳膿瘍中、脳幹部膿瘍は2~3%、小脳膿瘍は10~20%とされる。最近、我々の経験した2例を文献的考察と共に報告する。

症例1は40才男性。一週間の経過で左片麻痺が増強、複視なども出現してきた。CTにて右中脳被蓋部にring enhanced massが認められた。入院時、口唇。爪の

cyanosis, 会話時息切れがあり, 心エコーにて ASD が確認された. 1989.4.18 stereotaxic に膿瘍を穿刺, 排膿したが, 翌日, 突然の心停止にて死亡した.

症例2は58才男性. 10日前から足許がふらつきはじめ, 次第に増悪. 構語障害, 意識障害も出現し, 1990.3.15 意識レベル 100の状態でご入院となった. CT にて左小脳半球内に ring enhanced mass が認められ, 脳室拡大も著明だった. 直ちに後頭下開頭にて, 穿刺排膿, 抗生物質による洗浄, 更に脳室持続ドレナージをおこなった. 術翌日より意識は回復し, 1ヵ月後, 神経学的に異常のない状態で退院した. 脳膿瘍は炎症所見が必ずしも明確でないことも多いが, 天膜下脳膿瘍は症状の進行が早いので, 速やかな対応が必要と思われた.

1A-59) 脳膿瘍の手術例

勝村 浩敏・石井 久雅 (福井医科大学)
久保田紀彦・林 實 (脳神経外科)

過去5年間に当施設で手術を行なった脳膿瘍5例(45歳から77歳, 男性3例, 女性2例)について報告する. 感染源は, 中耳炎術後1例, 開頭術後1例, 髄膜炎後1例, 不明2例あり, 組織学的に脳膿瘍と診断できたが培養検査ではすべて陰性であった. 病歴, 臨床症状, CT, MRI などより膿瘍を疑った4例に対しまず抗生剤と抗浮腫剤を投与し, 保存的に加療した. 3例は画像上腫瘍の大きさに変化が見られず, 3~5週間後摘出術(2例), 吸引術(1例)を行なった. 1例は, 4日後脳ヘルニアの症状が急激に出現し緊急手術を行なった. 1例は脳膿瘍の術前診断のもとに抗生剤を投与せず全摘術施行し, 組織学的に膿瘍と確診された. ADL1~2の3例は自宅退院し, 術前より重篤な片麻痺のあるADL4の2例は転院後リハビリテーション中である. 2~5年間のFollow up では, 膿瘍の再発はない.

1A-60) 巨大鼻茸に特異な頭蓋内病変を伴った1例

伊藤 靖・寺林 征 (富山県立中央病院)
新保 義勝・本山 浩 (脳神経外科)
杉山 義昭 (同 耳鼻咽喉科)
北川 和久 (同 臨床病理科)
三輪 淳夫 (同 臨床病理科)

巨大鼻茸に頭蓋内病変を伴った一例を経験したので報告する. 症例: 26歳男性. 小児期副鼻腔炎の既往あり. 5年前より鼻から腫瘤が突出するも放置. 初診時巨大な

腫瘤が鼻孔より突出し右眼球突出も見られた. 神経学的には右眼視力低下と視神経萎縮, 左眼外側視野欠損が見られた. 頭蓋単純写上右前頭部の骨変形と被薄化, 右頭蓋底の破壊, トルコ鞍の拡大が見られた. CT, MRI では鼻・副鼻腔を充満する腫瘤に加え右前頭部に嚢胞状病変が見られ右前頭葉は圧排されていた. またトルコ鞍~鞍上部にも嚢胞状病変が認められた. 鼻・副鼻腔腫瘤を摘出し頭蓋内の病変も経鼻的に開放し前頭部から浸出液, トルコ鞍部からは濃汁を排液した. 腫瘤の組織診断は慢性副鼻腔炎による鼻茸であった. 尚トルコ鞍部の膿汁の培養でセラチアが検出され下垂体窩膿瘍と考えられた. 術後頭蓋内病変は著明に縮小した. 考案: 慢性副鼻腔炎においても長期間放置されると本例のごとく通常見られぬような頭蓋内病変を引き起こすことがあり注意が必要と思われた.

1A-61) 慢性硬膜下血腫で発症し, 頻回の TIA, クモ膜下出血を生じた Wegener's granulomatosis

原 直行・小川 政男 (長岡赤十字病院)
小田 温・外山 孚 (脳神経外科)
鈴木満喜子 (同 眼科)
武田 元 (同 内科)

脳血管障害で発症しながら確定診断に困難であった1例を報告する. 症例は31才の男. '85-10より頭痛, 嘔吐, 発熱を主訴として初診, 神経学的に異常を認めないが, CT にて左慢性硬膜下血腫あり洗浄術を施行. 術後も発熱は続き, 腰椎穿刺で細胞増多を認め髄膜炎を疑うが末梢血で白血球増多はない. その後の腰椎穿刺でも常に細胞増多と頭蓋内圧亢進を認めた. '85-12-21 突然右片麻痺と知覚障害が出現, 脳血管撮影では主幹動脈に狭窄なく中大脳動脈の前頭枝に壁不整を認めるのみでCTは異常なかった. '86-2 うっ血乳頭も出現した. '86-8-1 左片麻痺と知覚障害も出現した. '87-2-15 突然の激しい頭痛あり腰椎穿刺にて血性髄液が認められた. しかし頭部CTでは異常なく, 脳血管撮影, 脊髄血管撮影でも動脈瘤はなく左中大脳動脈の前頭枝の壁不整のみであった. '87-8 より右片麻痺のTIAが頻回に生じるようになった. '88-1 より不明熱があり, 右眼球突出も出現, 鞍鼻を伴う特有の顔貌となりWegener's granulomatosisが最も疑われた. 結局, 本疾患による脳血管炎のためのTIAとクモ膜下出血と考えている.