

腫流出は認められなかった。頭部MRIにて、不均一に造影される頭蓋内腫瘍性病変を認めたため、開頭の上、摘出術を施行した。

【術中・術後経過】腫瘍は黄色・軟で脳との境界は明瞭、硬膜との癒着も軽度で、一塊にして全摘出した。術後左麻痺・意識障害は経時的に改善を認め経過良好であったが、摘出標本の病理組織診断に加え、体幹部造影CT・骨シンチ・大腿骨X線写などにおける特徴的な所見から上記疾病と診断した。

【考察】中枢神経病変は疾患全体の15-25%に認めるとされるが、硬膜病変は稀である。予後は不良で2004年の報告では平均19.2ヶ月とされていたが、IFN $\alpha$ 治療を積極的に行った2014年の研究では5生率68%まで上昇したと報告されている。

【結語】非典型的な占拠性硬膜下病変を診た際には、鑑別として上記疾病の可能性も念頭に置き、精査・治療を進めるべきである。

### 3 Trans - cerebellomedullary fissure approach にて摘出を行った中小脳脚海綿状血管腫の1例

神宮字伸哉・温城 太郎・谷口 禎規  
竹内 茂和

長岡中央総合病院 脳神経外科

【はじめに】中小脳脚に発生した海綿状血管腫に対しTrans - cerebellomedullary fissure approachによる摘出術を施行したので報告する。

症例は74歳、男性。既往歴に特記事項なし。数日前より続くふらつき、嘔吐の精査にて他院でCTを施行、小脳病変を指摘され当院に紹介となった。軽度の右体幹失調を認め、右を向くことにより嘔気が強くなり、嘔吐を繰り返していた。橋と右小脳の境界、すなわち右中小脳脚に腫瘍性病変を認め、海綿状血管腫と考えられた。保存的に加療を行ったが症状は改善せず、画像上、病変は増大していき、その後、増大傾向は治まるものの縮小はしなかった。反復する嘔吐により、およそ2ヶ月の長期臥床状態が続き、リハビリを行うこ

ともままならなかった。病変がさらに増大していくと合併症状が増す可能性も考えられたため、摘出術を検討した。第四脳室底より外側に位置する病変であったが、小脳橋角部側より第四脳室側からの方が病変までの距離が短かったため、Trans - cerebellomedullary fissure approachによる摘出術を行う方針とした。術中はSEP, MEP, 顔面神経核のモニタリングを行った。体位は患側を下としたlateral semiproneとした。小脳扁桃と第四脳室の間を切離していき、第四脳室底を展開した。病変は第四脳室側からは同定は出来なかった。顔面神経核を同定し、それより外側部分の右中小脳脚に相当する部分を切開すると暗赤色の病変を認め、これを白質より剥離して一塊として摘出した。病理診断は海綿状血管腫であった。術後、右体幹失調の増悪および眼球運動障害による複視を認めたが、徐々に改善していった。幸いにも反復性嘔吐は消失し、歩行も可能となったが、今しばらくのリハビリが必要と考えられ、術後1.5ヶ月の時点でリハビリ病院に転院した。画像上、病変は全摘出されていた。

【考察】Trans - cerebellomedullary fissure approachは小脳虫部を切開することなく第四脳室底にアプローチする手技である。今回、病変は第四脳室底よりも外側に位置したが、このアプローチにより無理のない摘出が可能であった。

### 4 malignant histiocytomaが疑われた右側頭葉 腫瘍の1例

遠藤 深・小泉 孝幸・加藤 俊一  
佐藤 裕之・佐藤 大輔・澁谷 航平\*  
柿田 明美\*\*

竹田総合病院 脳神経外科  
県立中央病院 脳神経外科\*  
新潟大学脳研究所 病理学分野\*\*

症例は69歳、女性。本年1/16未明に町内を裸足で彷徨しているところを発見され警察に保護。その際失見当識、左麻痺を認め当院搬入。CTにて右側頭葉に主座をおく占拠性病変を指摘され