

### 3. Extended Transsphenoidal Approach にて摘出した頭蓋咽頭腫の 1 例

飯島 圭哉,<sup>1</sup> 登坂 雅彦,<sup>1</sup> 長岐 智仁<sup>1</sup>  
島田 哲明,<sup>2</sup> 高橋 克昌,<sup>2</sup> 好本 裕平<sup>1</sup>

(1 群馬大医・附属病院・脳神経外科  
2 同耳鼻咽喉科)

症例は 45 歳男性、約 8 年前、第三脳室孤立型の頭蓋咽頭腫に対し、前大脳間裂アプローチにて摘出術を施行。3 年後、再発に対し、ガンマナイフを施行、腫瘍は縮小。しかし、本年 3 月の MRI にて再発がみられ、急速に増大した為、拡大経蝶形骨洞的腫瘍摘出術を施行した。右中鼻甲介を削除し、後部篩骨洞を開放、鞍結節を中心に蝶形骨平面に至る骨削除を行った。Intercavernous sinus を離断し、腫瘍に到達。白色調で硬い充実性部分と、膜部分を摘出した。大腿筋膜にて修復した。術後、髄液漏は生じなかった。拡大蝶形骨洞手術は、内視鏡下経鼻蝶形骨洞手術の発展と平行し、近年大きく進歩した手術アプローチである。視交叉下面や下垂体柄へ直線的に到達出来る合理的な方法であるが、静脈洞からの出血への対応、内視鏡下での操作、髄液漏への対応など超えるべきハードルは低くない。実際の手術ビデオを供覧し、適応と問題点について考察する。

### 4. SAH, 心肺停止を呈した延髄 hemangioblastoma の 1 例

神徳 亮介,<sup>1</sup> 藤巻 広也,<sup>1</sup> 吉澤 将士<sup>1</sup>  
大澤 匡,<sup>1</sup> 若林 和樹,<sup>1</sup> 橋場 康弘<sup>2</sup>  
朝倉 健,<sup>1</sup> 宮崎 瑞穂<sup>1</sup>

(1 前橋赤十字病院 脳神経外科  
2 桐生厚生総合病院 脳神経外科)

【症例】 29 歳の女性。意識障害、心肺停止で発症。直ちに蘇生措置が行われ前医へ搬送。搬入時自発呼吸なし、意識レベルは JCS300 であった。CT にて SAH、急性水頭症を認めたため緊急で脳室ドレナージを施行。意識レベルが JCS2 桁へ改善したところで、血管撮影を施行。出血源として右 PICA の血栓化動脈瘤が疑われ当科紹介となった。trapping 及び OA-PICA anastomosis を想定し第 4 病日に手術を施行した。術中所見において病変へは無数の細動脈が流入しており、動脈瘤よりは腫瘍性病変が示唆された。流入動脈に clipping を行い、一旦手術を終了。第 8 病日に再手術を行い病変を全摘出、病理診断は hemangioblastoma であった。【考察】 hemangioblastoma は小脳に好発する成人脳腫瘍で、約 1/3 は VHL 病の一部として出現する。本症例のように SAH を呈する case は稀であり、若干の文献的考察を加えて検討する。また当初は動脈瘤を想定していたが、その経緯についても検証したい。

### 5. 4-D CT を用いた髄膜腫症例における腫瘍内血流の評価

清水 暢裕, 村山 裕明, 阿南 英典  
加藤 達也, 八木 伸一, 井上 洋  
卯木 次郎, 清水 庸夫

(関東脳神経外科病院 脳神経外科)

髄膜腫症例において術前に腫瘍周囲の血管などの構造物との位置関係を把握することは重要である。髄膜腫の術前評価として DSA が Feeder, Drainer の評価、腫瘍内血流の評価には standard である。しかし、DSA の侵襲性を考慮すると極力、省略したい検査である。我々も小さな髄膜腫に対してはこれまでも DSA を省略してきた。しかしながら内頸動脈系が Feeder となってくる 4 cm 前後の腫瘍からは DSA を行っている。今回、4-DCT の造影タイミングを分析し、視覚化することで腫瘍内血流が評価可能か検討した。【結果】 DSA で内頸動脈系からの血流を受けていない症例と内頸動脈系からの血流を受けている症例の区別が可能であった。4-DCT にて CT 値の上昇により内頸動脈系からの関与を評価できた。大きな髄膜腫以外は DSA が省略可能と考えられる。

### 6. 小児乏突起膠腫の 1 例

塚原 隆司, 塚田 晃裕, 岡野美津子  
(北信総合病院 脳神経外科)

9 歳男子。本年 4 月 25 日、頭痛、嘔吐を主症状に当科に入院した。意識清明、明らかな神経学的局所症状は認めなかった。CT, MRI では、右前頭葉内に石灰化、多発嚢胞、周囲浮腫を伴う、長径 4.5cm の腫瘍を認め、Gd にて不規則に造影された。5 月 17 日に腫瘍摘出術を行った。病変と脳との境界は比較的良かったが、一部では不鮮明であった。術後、新たに加わった神経症状はなかったが、MRI で 5% 程度の残存腫瘍が認められた。現在、病理学的評価を行っている段階であるが、乏突起膠腫の可能性が高いとの報告を得ている。残存腫瘍の摘出、術後放射化学療法を含め、今後の治療に付きご教示賜りたく報告する。

### 7. 一時的に自然縮小し診断困難だった、視床基底核部の脳悪性リンパ腫の 1 例

風間 健,<sup>1</sup> 河野 和幸,<sup>1</sup> 渡辺 仁<sup>1</sup>  
斉藤 太,<sup>1</sup> 落合 育雄,<sup>1</sup> 米澤あづさ<sup>1</sup>  
平戸 純子<sup>2</sup>

(1 佐久総合病院 脳神経外科  
2 群馬大医・附属病院・病理部)

脳原発悪性リンパ腫は、時に非特異的な画像・経過を示すことがあるが、今回我々は、一時的に自然縮小し、診断困難だった、視床基底核部の脳悪性リンパ腫の 1 例を

経験したので、報告します。症例は58歳、男性。高血圧の既往。2012年2月、複視、めまいあり、家族から見て記憶障害あり、近医脳神経外科診療所受診、近医病院紹介され、頭部CT、MRIで悪性神経膠腫疑いにて、2月21日、組織未確認で当院放射線科に通院照射依頼で紹介あり。当院脳神経外科に相談あり、同日、当科入院。造影MRIでは、左視床を中心に、左基底核や中脳に不規則に浮腫やまだらの造影があり、右の視床にも浮腫が広がっていた。脳血管撮影では、明らかな腫瘍濃染像は、認められなかった。神経内科に診療を依頼、日本脳炎等ありうるが、熱もなく、腫瘍性病変がもっとも考えられるとの診断。3月6日、安全第一で左視床前半部の浮腫部を中心に、駒井式定位的腫瘍生検術施行。術中迅速診断は退形性星細胞腫。術後、ステロイド含め、薬剤使用せず。1週間後、やや傾眠傾向が改善、MRI再検すると、浮腫が縮小。神経内科に再度相談、髄液検査行うが、やはり神経内科的疾患は考えにくいとの返事。家族と相談、以後2週間毎にMRI行い、記憶障害は著名だが症状の増悪なく、画像は特に反対側の視床部分が徐々に造影部位が拡大。家族の遠い親戚の脳神経外科医のセカンドオピニオンでは、神経内科疾患うたがひ、とのことで、三度目の神経内科相談、やはり、腫瘍性病変が考えられるとのこと。群馬大学医学部附属病院病理部にプレパラートを送って診断を依頼、大型異型リンパ球様細胞の浸潤あり、CD20とCD79 $\alpha$ が陽性で、びまん性大型B細胞型の悪性リンパ腫の診断となった。CTやGaシンチで体の腫瘍性病変なし。髄液細胞診で悪性細胞無し、腸骨骨髓生検で悪性細胞なし。HIVなし。可溶性IL-2受容体の上昇なし。血液内科に転科、高容量メソトレキセート療法を施行中。脳原発悪性リンパ腫は自然消退がありえる疾患で、症状や画像が改善傾向の時には、鑑別に上げる必要があると

思われた。

## 8. 特異な画像所見を呈する大脳病変の1例

～腫瘍か否か～

橋場 康弘, 石原 淳治, 曲沢 聡

(桐生厚生総合病院 脳神経外科)

**【症例】** 67歳女性 **【既往歴】** 高血圧 **【現病歴】** 平成24年4月突然の左顔面の麻痺、痙攣にて発症、意識消失はなし。救急搬入。 **【初診時現症】** 意識ほぼ清明、左口角の下垂、顔面の痙攣、構音障害あり。四肢には運動・知覚障害なし。ホリゾン0.5A ivにて顔面痙攣は消失。 **【経過】** 抗痙攣薬としてテグレトール内服開始。けいれんの再燃ないものの軽度左顔面麻痺、構音障害、左上下肢腱反射亢進を認めた。これらの症状も2週間弱でほぼ消失し、画像上の変化は残るものの一旦退院となり、外来経過観察中。 **【検査所見】** 《CT》右前頭葉、頭頂葉、側頭葉の脳溝の描出が左に比較し明らかに不良。脳室の変形はなし。《MRI》右島皮質～右頭頂葉皮質に及ぶ浮腫性の病変、ごく一部前頭葉皮質下に増強域あり。MRA、MRVでは特記事項なし。MRSではChoの上昇、NAAの低下あり。経時的には皮質の浮腫状の変化は改善傾向も前頭葉皮質下の増強域は軽度増大。《ECD-SPECT》右半球に明らかな血流増加あり。《TI-SPECT》明らかな異常集積はなし。《全身PET-CT》右半球に糖代謝の低下あり、頭部を含めて全身にも明らかな異常集積はなし。《EEG》右側誘導でspike & wave、高振幅徐波が頻発。 **【問題点】** ①広範な病変の割に症状は軽微、②造影される病変がやや拡大傾向、③血流と糖代謝の所見をどう考えるか？、④鑑別診断は？（腫瘍性か脱髄疾患かあるいは…）、⑤今後の治療方針は？（画像followあるいはbiopsy）