



第 143 回 日本脳神経外科学会九州支部会 プログラム・抄録集

日時：2023 年 3 月 11 日（土）

現地会場：久留米大学医学部 筑水会館

開催形式：ハイブリッド形式（現地+Zoom による Web 参加）

学術集会 受付開始：8 時 00 分

開始時間：8 時 40 分

終了時間：17 時 00 分

ランチョンセミナー 12 時 20 分～13 時 20 分

FD 講習会 17 時 00 分～18 時 00 分

（会場：久留米大学 医学部 筑水会館 2F イベントホール）

機器展示 8 時 30 分～17 時 00 分

（会場：久留米大学 医学部 筑水会館 2F ホール前スペース）

理事会 12 時 20 分～13 時 20 分

（会場：久留米大学 医学部 筑水会館 1F 小会議室 現地のみ）

会長： 久留米大学脳神経外科 森岡 基浩

連絡事項

重要事項

- ✓ 本学会は現地と Web のハイブリッド開催とさせていただきます。
- ✓ 現地、Web 問わず、参加希望者は九州支部会の新 HP (<https://jnsk.jp>) より 前日までに登録、支払いを完了させていただきようお願いいたします。
- ✓ 発表時間は6分（予鈴5分）、質疑応答2分です。
時間厳守をお願いいたします。
- ✓ 今回より 学会賞を設けました（V 部門, T 部門, N 部門, 各 1 名ずつ）。
演者の先生は簡潔でわかりやすい発表で、是非受賞を目指してください。
- ✓ 活発な討論となるよう、若手の先生方の積極的な発言・質問を期待します。
- ✓ 今回も コメンテーター制です。コメンテーターは 発表症例の診断/治療などについて質問・討論をお願いしますが、一般的な知見や統計データなどを引用して無理に発言する必要はありません。

本支部会に参加される先生方へ

- 1) 本学会より日本脳神経外科学会九州支部会のホームページ (<https://jnsk.jp>) がリニューアルされ、年会費および学会参加費、登録が可能となっております。
参加者の把握のため前日までの登録、支払いをお願いいたします。なお当日現地での支払いも可能ですが、現金のみとさせていただきます。（参加費：1000 円）
- 2) 現地におきましては脳神経外科専門医の方は、IC 会員カードでの専門医クレジット登録となりますので IC 会員カードをご持参下さい。IC 会員カードをお持ちでない方は、専門医番号での登録が可能です。
- 3) 本支部会のランチョンセミナー、FD 講習会は新専門医精度の 脳神経外科領域講習 1 単位として認定されております。現地参加の専門医の先生方は 領域講習受付にて講演前後での IC 会員カードでの入場受付、退場受付を行って下さい。失念されると単位付与ができませんのでご注意下さい。
- 4) 本支部会終了後に FD 講習会を開催します。なお医療安全講習は開催いたしません。

- 5) 外来駐車場の無料駐車券を用意しております。学会受付にてお受け取り下さい。
- 6) 発表資格：九州支部会員であり、年会費を納めていること。ただし、初期研修医および他の支部に入会し会費納入している場合は支部会参加費のみで発表が許容されます。
- 7) 現在、日本脳神経外科学会が行う学術総会・支部学術集会における発表者は、利益相反 conflict of interest (COI) 状態を開示する義務があります。COI 自己登録および発表スライドにその旨を記載することが必要ですのでご注意ください。(詳細は日本脳神経外科学会ホームページをご参照下さい。)

Web 参加（視聴のみ）の先生方へ

- 8) Zoom ウェビナーを用いた視聴となります。お手持ちの PC やスマートフォンに Zoom アプリがダウンロードされていない方は事前にダウンロードをお願いいたします。
- 9) 参会登録、単位認定のため、ご登録頂く氏名はフルネームでお願いいたします。
- 10) Zoom は①午前の部（セッション1～4）、②午後の部（セッション5～8）、③ランチョンセミナー、④FD 講習会と4つの URL で別々に入室参加が必要です。それぞれの時間帯になりましたら、新たな URL から入室参加しなおして下さい。
- 11) 前述4つの Zoom URL を事前にメールで配信させていただくため、日本脳神経外科学会九州支部会のホームページ(<https://jnsk.jp>)から開催前日までの事前登録をお願いいたします。
- 12) ランチョンセミナーと FD 講習会に関しては、講演前後でのログインを管理しております。途中での入退室は講演を通して聴いたとはみなされず単位認定になりませんため、ご注意ください。
- 13) 視聴のみの先生方はすべてカメラ、マイクはオフとなっております。質問がある場合は座長へ Q&A のほうから質問いただくようお願いいたします。

ご発表の先生方へ

- 14) 事前に現地登壇かリモート登壇かを確認するメールを送りますので、必ずお返事いただくようお願い致します。3月9日(木)までにお返事ない場合は現地参加とみなします。
- 15) 現地登壇の先生方は、遅くとも発表の30分前には受付を行ってください。一つ前の演題が開始直後には次演者席にご着席しておいて下さい。
- 16) PC 持ち込み、USB でのデータ持ち込みいずれも対応させていただきますが、準備させていただく PC は Windows 10, Power Point の version は 2013, 2019 になります。動画ありの先生、Mac で御発表の先生は、念のため PC 持ち込みでお願いします。

- 17) スクリーンへの接続コネクタはデジタル HDMI およびアナログ mini D-sub 15 pin いずれも対応可能ですが、ご自身の PC に変換コネクタが必要な方は持参ください。
- 18) 発表時は演台上にモニター、マウスを設置しますので、ご自身で操作していただくようお願いいたします。またカーソルを用いて指示していただくようお願いいたします。
- 19) リモート登壇の先生方へは事前に登壇用 URL および接続確認用の URL を送りますので、そこから入室いただくようお願いいたします。
- 20) リモート登壇の先生方は接続確認用 URL で、ご発表セッションの 30 分前までにアクセスしていただくようお願いいたします。
- 21) 各セッション開始 5 分前までに登壇用 URL で入室され、Zoom 上で待機していただくようお願いいたします。入室後はカメラ、マイクはオフのままをお願いいたします。「ホストがあなたにビデオの開始を依頼しています」「ホストがあなたにミュートを解除することを求めています」と画面に出ましたらカメラ・音声をオンにさせていただきますようお願いいたします。
- 22) 学会賞は各座長・コメンテーターが採点した評価をもとに、会長が決定させていただきます。表彰は次回の支部会で行います。

座長・コメンテーターの先生方へ

- 23) 基本的には現地参加をお願いいたします。
- 24) 現地参加できない先生方は、事前に事務局(kiyo@med.kurume-u.ac.jp)へご連絡ください。発表者と同じく Zoom 用のアドレスを送らせていただきます。(19~21 参照)
- 25) 質問につきましては Zoom 参加者からの質問は座長へ Q&A を通して送信されますので、座長が質問を選び、演者の先生へ質問をお願いいたします。
- 26) コメンテーターの先生は各症例の診断／治療法などについて質問や討論をお願いいたします。発表を非難するのではなく議論を活発にすることにご協力ください。
- 27) 今回から各部門の優秀賞を設けておりますので、座長・コメンテーターの先生は担当の発表の採点をお願いいたします。採点用紙は事務局からお渡しします。

*その他ご不明な点は下記(久留米大学脳神経外科 坂田・高松)宛てにお願いします。

電話 : 0942-31-7570 Fax : 0942-38-8179

メール : kiyo@med.kurume-u.ac.jp

なお、3月11日(土)当日は医局不在となりますので、緊急のご連絡は上記メール宛にご自身の携帯電話番号と要件を記載して御連絡下さい。こちらからかけ直します。

会場案内

会場は③の建物（赤矢印）です。なるべく公共交通機関をご利用ください。

お車でお越しの際は、外来患者用立体駐車場をご利用下さい。（会場まで徒歩3分程度）



交通アクセス

JR久留米駅から

バス： 約7分 高専方面行（行先番号18）「大学病院」下車

タクシー： 約5分 約720円

西鉄久留米駅から

バス： 約15分 4番乗り場から行先番号8

大学病院行（終点）もしくは 高専方面「大学病院」下車

タクシー： 約10分 約1140円

自家用車

九州自動車道 久留米ICから約10～15分 鳥栖ICから約20～25分

福岡空港から

高速バス：西鉄久留米駅かJR久留米駅もしくは六ツ門で下車（所要時間 約50～60分）

電車：福岡空港駅→地下鉄（約7分）→博多駅→JR鹿児島本線（特急または快速で30分）

もしくは九州新幹線（15分）→JR久留米駅→タクシー（約5分）→久留米大学病院

プログラム概要

8:00 受付開始

8:40 開会の辞（会長：森岡基浩 久留米大学脳神経外科）

<午前の部>

8:45-9:33 セッション1 脳血管障害1（6演題）

座長：有村 公一 コメンテーター：折戸 公彦

9:35-10:23 セッション2 脳血管障害2（6演題）

座長：小林 広昌 コメンテーター：賀来 泰之

—break—

10:30-11:18 セッション3 外傷/脳血管障害（6演題）

座長：出雲 剛 コメンテーター：松元 文孝

11:20-12:08 セッション4 感染性疾患（6演題）

座長：斎藤 健 コメンテーター：外間 洋平

12:20-13:20 ランチョンセミナー（領域講習：詳細は次頁）

12:20-13:20 理事会（会場：筑水会館 1F 小会議室）

<午後の部>

13:30-14:18 セッション5 脊髄・脊椎/機能的脳神経外科（6演題）

座長：小牧 哲 コメンテーター：下川 能史

14:20-15:08 セッション6 脳腫瘍1（6演題）

座長：秦 暢宏 コメンテーター：比嘉 那優大

—break—

15:15-16:03 セッション7 脳腫瘍2（6演題）

座長：山下 真治 コメンテーター：靱井 泰明

16:05-16:45 セッション8 脳腫瘍3（5演題）

座長：米澤 大 コメンテーター：中野 良昭

16:45 閉会の辞（会長：森岡基浩 久留米大学脳神経外科）

17:00-18:00 FD 講習会（領域講習）

ランチョンセミナーのご案内

ランチョンセミナー

日時 2023年3月11日(土) 12:20～13:20

場所 久留米大学医学部 筑水会館 2F イベントホール

座長 廣畑 優 (久留米大学 脳神経外科 教授)

基調講演

「クモ膜下出血術後管理のアンケート結果」

演者 折戸 公彦 (久留米大学 脳神経外科 講師)

特別講演

「破裂脳動脈瘤性クモ膜下出血後の全身管理～特に脳血管攣縮に関して～」

演者 太田 剛史 (神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科 部長)

共催 第143回日本脳神経外科学会九州支部会

イドルシアファーマシューティカルズ ジャパン株式会社

プログラム

セッション1 脳血管障害1

8:45~9:33

座長 有村 公一 (九州大学)

コメンテーター 折戸 公彦 (久留米大学)

1 ICASによる主幹動脈の急性閉塞後に解離をきたし Stent retriever waiting methodにて良好な再開通が得られた1例

¹福岡市民病院脳神経外科, ²福岡市民病院脳神経内科, ³福岡大学 医学部 脳神経外科

岩尾 由佳¹, 千住 和正¹, 福島 浩¹, 向井 達也², 中垣 英明², 吉野 慎一郎¹,
平川 勝之¹, 安部 洋³

2 Pulse Rider 支援下コイル塞栓術後に再発した脳底動脈瘤に対して Neuroform Atlas を用いて再度コイル塞栓術を行った1例

¹産業医科大学脳神経外科, ²産業医科大学脳卒中血管内科学

佐藤 甲一郎¹, 黒川 暢², 野村 得成¹, 梅村 武部¹, 山本 淳考¹, 田中 優子²

3 解離性後大脳動脈瘤破裂に対して母血管閉塞術を施行した1例

¹九州医療センター脳神経外科, ²九州医療センター脳血管内治療科

雨宮 健生¹, 徳永 聡², 大橋 一慶², 山田 義貴², 東 英司², 原 健太², 宮崎 貴大¹,
宮松 雄一郎¹, 西村 中¹, 溝口 昌弘¹

4 両側椎骨動脈解離によるくも膜下出血をきたした1例

¹長崎医療センター脳神経外科, ²長崎医療センター脳神経外科 診療看護師

定方 英作¹, 原口 渉¹, 内田 大貴¹, 森塚 倫也², 本田 和也², 川原 一郎¹,
小野 智憲¹ 案田 岳夫¹

5 破裂椎骨動脈解離性動脈瘤の病変位置診断に造影MRI vessel wall imagingが有用であった一例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

天達 俊博, 山村 理仁, 上田 隆太, 水上 秀紀, 加治 正知, 後藤 智明, 植木 航, 鈴木 和貴,
山城 重雄

6 開頭で眼窩内上眼静脈を直接穿刺し治療を施行した海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻の1例

¹九州大学大学院医学研究院脳神経外科, ²佐賀県医療センター好生館脳神経外科,

³同愛会 サンテ 溝上病院脳神経外科

岩城 克馬¹, 有村 公一¹, 福田 峻一¹, 高岸 創¹, 古賀 文崇², 原田 亜由美²,
横溝 明史² 井戸 啓介², 上床 武史³, 松本 健一², 中溝 玲¹, 吉本 幸司¹

セッション2 脳血管障害2

9:35~10:23

座長 小林 広昌 (福岡大学)

コメンテーター 賀来 泰之 (熊本大学)

7 小脳出血で発症した小児のangiographically occult AVMに対して二期的に手術を行った小児の一例

¹福岡大学病院救命救急センター, ²福岡大学医学部脳神経外科

吉永 泰介¹, 田中 秀明¹, 河野 大², 吉永 進太郎², 小田 一徳², 福本 博順²,
榎本 年孝² 小林 広昌², 竹本 光一郎², 森下 登史², 岩朝 光利¹, 安部 洋²

8 細菌性髄膜炎後に生じた円蓋部dural およびpial AVFの一例

小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科

小倉 健紀, 波多野 武人, 中島 弘淳, 宮田 武, 阿河 祐二, 梅村 武部, 塩見 晃司,
中澤 祐介, 阪本 宏樹, 古賀 統之, 安藤 徳紀, 長堀 貴, 永田 泉

9 造影MRAが診断に有用であった頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻の1例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

斧淵 奈旺, 永野 祐志, 牧野 隆太郎, 田中 俊一, 山畑 仁志, 花谷 亮典

10 前大脳動脈領域である脳梁膨大部の出血で発症した成人もやもや病の一例

福岡大学医学部脳神経外科

日下部 太郎, 小林 広昌, 河野 大, 吉永 進太郎, 小田 一徳, 榎本 年孝,
福本 博順, 森下 登史, 竹本 光一郎, 安部 洋

11 フローダイバーター留置後に再発した左内頸動脈巨大動脈瘤に対して
ハイフローバイパスを併用した近位内頸動脈遮断術を施行した一例

¹九州医療センター脳神経外科, ²九州医療センター脳血管内治療科

宮崎 貴大¹, 西村 中¹, 徳永 聡², 雨宮 健生¹, 宮松 雄一郎¹, 原 健太²,
東 英司², 山田 義貴², 大橋 一慶², 溝口 昌弘¹

12 脳皮質静脈血栓症により静脈性梗塞と脳内出血を繰り返した一例

¹長崎労災病院脳神経外科, ²長崎労災病院病理診断科

竹内 雅臣¹, 前田 肇¹, 広瀬 誠¹, 力武 美保子², 北川 直毅¹

セッション3 外傷 / 脳血管障害

10:30~11:18

座長 出雲 剛 (長崎大学)

コメンテーター 松元 文孝 (宮崎大学)

13 外傷性機序によると考えられた中大脳動脈血栓化巨大動脈瘤の一例

久留米大学医学部脳神経外科

星野 誠, 音琴 哲也, 杉 圭祐, 橋本 彩, 藤森 香奈, 梶原 壮翔, 小牧 哲,
折戸 公彦, 廣畑 優, 森岡 基浩

14 頭部外傷後に生じた前大脳動脈瘤の一例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

香野 草太, 春山 裕典, 亀田 勝治, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

15 脳出血に対するアンデキサネットアルファ (オンデキサ®) の初期使用

経験

¹社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科, ²福岡大学医学部脳神経外科

神崎 由起¹, 福田 健治¹, 藤原 史明¹, 林 修司¹, 井上 亨¹, 安部 洋²

16 脳幹arteriovenous malformation (AVM)により閉塞性水頭症を来し、
内視鏡的第三脳室開窓術 (ETV) を施行した一例

¹済生会福岡総合病院脳神経外科, ²久留米大学医学部脳神経外科

野中 崇久¹, 高島 知央¹, 大久保 卓¹, 中村 普彦¹, 河野 隆幸¹, 大倉 章生¹,
森岡 基浩²

17 Vascularized craniotomyを用いて整復治療した開放性頭頂骨陥没 骨折の1例

¹久留米大学医学部救命センター, ²久留米大学医学部脳神経外科

中原 陽一郎¹, 杉 圭祐¹, 大津 裕介¹, 吉武 秀展¹, 音琴 哲也², 森岡 基浩²

18 難治性慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術の有効性と治療後再発 の要因について

熊本赤十字病院脳神経外科

徳田 高穂, 中垣 祐紀, 坪木 辰平, 武末 吉広, 長谷川 秀, 戸高 健臣

セッション 4 感染性疾患

11:20~12:08

座長 斎藤 健 (産業医科大学)

コメンテーター 外間 洋平 (琉球大学)

19 くも膜嚢胞に併発したリウマチ性髄膜炎の1手術例

¹九州労災病院門司メディカルセンター脳神経外科, ²産業医科大学病院脳神経外科

武田 康¹, 橋田 篤知¹, 太田 浩嗣¹, 山本 淳考²

20 中耳炎との鑑別に時間を要した髄液耳漏の1例

長崎大学医学部脳神経外科

吉村 正太, 日宇 健, 松尾 彩香, 塩崎 絵理, 近松 元気, 小川 由夏, 岡村 宗晃,

高平 良太郎, 馬場 史郎, 氏福 健太, 諸藤 陽一, 吉田 光一, 出雲 剛, 松尾 孝之

21 脳膿瘍治療中に発症したメトロニダゾール脳症の一例

¹済生会八幡総合病院脳神経外科センター, ²久留米大学医学部脳神経外科

中嶋 大介¹, 渡邊 龍馬¹, 宮城 尚久¹, 岡本 右滋¹, 梶原 収功¹, 濱本 裕太²

22 経過観察中にリング状造影増強効果が新出し、多発脳膿瘍と診断した一例 嬉野医療センター脳神経外科

麦田 史仁, 土持 諒輔, 宮園 正之

23 LP shunt 術後遅発性に腹側チューブが小腸内に迷入した一例

¹長崎みなとメディカルセンター初期研修医, ²長崎みなとメディカルセンター脳神経外科
樽磨 駿弥¹, 松永 裕希², 白川 靖², 陶山 一彦²

24 Mollaret 髄膜炎で発症し交通性水頭症をきたした小脳橋角部類上皮腫の一例

¹宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野, ²宮崎大学病理診断科
河野 朋宏¹, 渡邊 孝¹, 松元 文孝¹, 木脇 拓道², 佐藤 勇一郎², 竹島 秀雄¹

ランチョンセミナー

12:20～13:20

座長 廣畑 優 (久留米大学)

基調講演

「クモ膜下出血術後管理のアンケート結果」

演者：折戸 公彦 (久留米大学 脳神経外科 講師)

特別講演

「破裂脳動脈瘤性クモ膜下出血後の全身管理～特に脳血管攣縮に関して～」

演者：太田 剛史 (神戸市立医療センター中央市民病院 脳神経外科 部長)

理事会 (筑水会館 1F 小会議室)

12:20～13:20

座長 小牧 哲 (久留米大学)

コメンテーター 下川 能史 (九州大学)

25 特発性正常圧水頭症と歯突起後方偽腫瘍を合併した一例

¹ 社会保険田川病院脳神経外科, ² 久留米大学医学部脳神経外科,³ 医療法人ニューロスパイン うちかど脳神経外科クリニック高橋 新司¹, 牧園 剛大¹, 村岡 範裕¹, 川場 知幸¹, 内門 久明³, 森岡 基浩²

26 再発小脳梗塞の塞栓源となった両側椎骨動脈閉塞症に頸椎前方除圧固定術で治療し得た1例

¹ 福岡大学筑紫病院脳神経外科, ² 医療法人ニューロスパイン うちかど脳神経外科クリニック,³ 福岡大学筑紫病院脳神経内科坂本 王哉¹, 内門 久明², 花田 迅貫¹, 井上 律郎¹, 新居 浩平¹, 白川 佐智子³, 竹下 翔³, 津川 潤³, 東 登志夫¹

27 左下肢麻痺を呈したL3椎体骨折にBKPが有効であった一例

¹ 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科, ² うちかど脳神経外科クリニック,³ 福岡大学脳神経外科藤原 史明¹, 福田 健治¹, 神崎 由起¹, 林 修司¹, 井上 亨¹, 内門 久明², 安部 洋³

28 意識障害を伴う硬膜下血腫を合併した低髄圧症候群

¹ 地方独立行政法人大牟田市立病院脳神経外科, ² 久留米大学医学部脳神経外科原田 久嗣¹, 矢内 正恒¹, 江藤 朋子¹, 山下 伸¹, 倉本 晃一¹, 森岡 基浩²

29 small cisternである若年者の特発性三叉神経痛の一例

新武雄病院脳神経外科

馬場 大地, 大中 洋平, 一ノ瀬 誠

30 スプリング状のテフロンを用いた三叉神経痛の一例

¹ 池友会福岡和白病院脳神経外科, ² 新武雄病院脳神経外科, ³ 新行橋病院脳神経外科梶原 真仁¹, 一ノ瀬 誠², 清澤 龍一郎³, 荒川 溪¹, 三本木 千尋¹, 原田 啓¹,福山 幸三¹

座長 秦 暢宏 (大分大学)
コメンテーター 比嘉 那優大 (鹿児島大学)

31 長期経過観察後に急激に増大した側脳室内膠芽腫の一例

大分大学医学部脳神経外科

麻生 大吾, 川崎 ゆかり, 靱井 泰朋, 秦 暢宏, 藤木 稔

32 Extraventricular ependymomaとの鑑別を要したGBMの一例

¹ 福岡赤十字病院脳神経外科, ² 福岡大学医学部脳神経外科, ³ 福岡赤十字病院病理診断科,

⁴ 福岡大学医学部病理学講座, ⁵ 福岡徳洲会病院病理診断科

湧田 尚樹¹, 継 仁¹, 吉岡 努¹, 入江 由希乃¹, 吉永 泰介², 西山 憲一³,
青木 光希子⁴, 鍋島 一樹⁵, 安部 洋²

33 脱髄性疾患との鑑別を要したEpstein-Barr Virus関連中枢神経原発悪性リンパ腫の1例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

渡邊 章二, 比嘉 那優大, 井上 恵理, 牧野 隆太郎, 田中 俊一, 花田 朋子,
米澤 大, 内田 裕之, 花谷 亮典

34 MRIで髄膜腫様の形態を示し、前頭部の巨大皮下腫瘤で見つかった頭蓋円蓋部リンパ腫の一例

¹ 宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野, ² 宮崎大学医学部病理診断科,

³ 宮崎大学医学部内科学講座血液内科学分野

有川 壮磨¹, 松元 文孝¹, 河野 朋宏¹, 奥山 洋信¹, 牟田 淳一郎¹, 山下 真治¹,
水口 麻子¹, 渡邊 孝¹, 大田 元¹, 横上 聖貴¹, 竹島 秀雄¹, 山下 篤², 盛口 清香²,
前川 和也², 日高 智徳³

35 Ewing肉腫の頭蓋内硬膜転移の一症例

九州労災病院脳神経外科

田中 俊也, 田代 洸太, 芳賀 整

36 肺腺癌の松果体転移を認めた1例

¹ 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座, ² 熊本大学病院病理診断科・病理部,

³ 熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学講座,

⁴ 熊本大学大学院生命科学研究部呼吸器内科学講座

合原 大騎¹, 篠島 直樹¹, 吉井 大貴², 植川 顕¹, 上谷 浩之³, 高木 僚⁴,
三上 芳樹², 平井 俊範³, 武笠 晃丈¹

セッション7 脳腫瘍2

15:15~16:03

座長 山下 真治 (宮崎大学)

コメンテーター 榎井 泰明 (大分大学)

37 40年の経過で悪性転化を来したdysenbryoplastic neuroepithelial tumor の1例

¹ 九州大学大学院医学研究院脳神経外科,

² 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学

溝邊 真由¹, 藤岡 寛¹, 尾辻 亮介¹, 野口 直樹¹, 三月田 祐平¹, 下川 能史¹,
空閑 太亮¹, 木下 伊寿美², 中溝 玲¹, 吉本 幸司¹

38 若年成人に生じ、急速な増大を示した分化傾向に乏しい後頭骨肉腫の1例

¹ 佐賀県医療センター好生館脳神経外科, ² 佐賀県医療センター好生館病理診断科

古賀 文崇¹, 原田 亜由美¹, 横溝 明史¹, 井戸 啓介¹, 増田 正憲², 森 大輔²,
松本 健一¹

39 術中迅速診断が困難であった脊髄に発生したGranular cell astrocytoma の一例

¹ 長崎大学医学部脳神経外科, ² 佐世保市総合医療センター 病理診断科,

³ 医療法人社団慶仁会川崎病院脳神経外科

小川 由夏¹, 日宇 健¹, 林 洋子², 塩崎 絵理¹, 近松 元気¹, 松尾 彩香¹,
吉村 正太¹, 馬場 史郎¹, 氏福 健太¹, 吉田 光一¹, 角田 圭司³, 出雲 剛¹,
松尾 孝之¹

40 難治性てんかんで発症し長期経過で増大をきたした小児前頭葉腫瘍

産業医科大学脳神経外科

井上 雅皓, 長坂 昌平, 佐藤 甲一郎, 野村 得成, 岡野 琳太郎, 篠原 誼,
鳥居 里奈, 鈴木 恒平, 高松 聖史郎, 梅村 武部, 齋藤 健, 中野 良昭,
山本 淳考

41 吸収性コラーゲン人工硬膜 (DuraGen®) での硬膜再建後に硬膜外水腫を形成した2例

久留米大学医学部脳神経外科

佐竹 幸輝, 橋本 彩, 吉武 秀展, 音琴 哲也, 小牧 哲, 坂田 清彦, 中村 英夫,
森岡 基浩

42 ガンマナイフ治療後の晩期障害として放射線誘発性海綿状血管腫を認めた一例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

植木 航, 上田 隆太, 後藤 智明, 加治 正知, 天達 俊博, 水上 秀紀, 山村 理仁,
鈴木 和貴, 山城 重雄

セッション 8 脳腫瘍 3

16:05~16:45

座長 米澤 大 (鹿児島大学)

コメンテーター 中野 良昭 (産業医科大学)

43 著明な石灰化を伴った下垂体黄色肉芽腫の一例

¹ 琉球大学医学部脳神経外科, ² 沖縄リハビリテーション福祉学院 作業療法学科,

³ 群馬大学医学部脳神経外科

小山 玲奈¹, 外間 洋平¹, 西村 正彦², 登坂 雅彦³, 石内 勝吾¹

44 口蓋裂と錐体骨先端部の骨形成異常を伴った頭蓋底成熟奇形腫の1例

福岡大学医学部脳神経外科

鈴木 皓一郎, 榎本 年孝, 竹山 龍平, 小田 一徳, 吉永 進太郎, 河野 大,
福本 博順, 小林 広昌, 森下 登史, 竹本 光一郎, 安部 洋

45 右錐体骨破壊をきたした顔面神経鞘腫の1例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座

佐々木 謙輔, 井上 博貴, 竹崎 達也, 武笠 晃丈

46 顔面痙攣のみで発症した後頭蓋窩小脳テント髄膜腫の1手術例

¹九州労災病院門司メディカルセンター脳神経外科,

²脳神経センター大田記念病院脊椎脊髄外科, ³産業医科大学脳神経外科

橋田 篤知¹, 武田 康¹, 清野 純平², 太田 浩嗣¹, 山本 淳考³

47 NIMによる舌下神経モニタリングが有用であった頭蓋頸椎移行部髄膜腫の一例

¹新小文字病院脳神経外科, ²新武雄病院脳神経外科, ³池友会福岡和白病院脳神経外科

日高 陽介¹, 駒谷 英基¹, 押方 章吾¹, 藤原 誠人¹, 一ノ瀬 誠², 福山 幸三³, 原田 啓³

閉会の辞

森岡 基浩

FD 講習会

17:00～18:00

[注意事項]

- 1) 本支部会終了後に行います。
- 2) 講習会の最初から最後まで視聴して頂くことを受講要件とします。
- 3) 途中退席はいかなる理由があっても無効となります。
- 4) 受講の事前登録は不要です。
- 5) 現地参加の先生は、(社)日本脳神経外科学会 IC カードで受講確認を行いますので、**必ずご自身の IC カードを持参**いただき、講習の前後で入退室管理を行ってください。
- 6) Web 参加の先生は、**事前にお送りした専用の URL で Zoom に入って**視聴してください。

抄録集

セッション1 (脳血管障害1)

1 ICASによる主幹動脈の急性閉塞後に解離をきたし Stent retriever waiting method にて良好な再開通が得られた1例

¹ 福岡市民病院脳神経外科, ² 福岡市民病院脳神経内科, ³ 福岡大学医学部 脳神経外科
岩尾 由佳¹, 千住 和正¹, 福島 浩¹, 向井 達也², 中垣 英明², 吉野 慎一郎¹,
平川 勝之¹, 安部 洋³

症例88歳、男性。室内で倒れているところを発見され、最終健常確認より2時間18分後に当院救急搬送された。当院来院時心電図上心房細動等なし、JCS3、左共同偏視、失語、右麻痺(NIHSS 19点)、頭部CT上左hyperdense MCA signを認めた(ASPECT 10)。t-PA静注療法併用下で血栓回収療法を行なった(DtoP12分)。脳血管撮影で左M1閉塞を認めた。Vecta71, Offset, Synchro select14にてlesion cross、Trepo NXT4/41mmを展開しCombined techniqueを行なった(1pass TICl 0)。次にADAPTを行いTICl 2bの再開通が得られたが、slow flow、M1の壁不整、血栓形成がみられた。今回ATBI(Atherothrombotic brain infarction)病変によって閉塞し、治療により動脈解離を生じたと判断し、アスピリン200mg、クロピドグレル300mg投与とオザグレルNa80mg点滴静注を開始した。再度病変部位をlesion cross後Stent retriever(SR)を展開し待機した。途中SR内に血栓を認めたためVectaを血栓部位まで誘導、血栓を吸引し再度SRを展開した。合計1時間20分待機し、開存確認後、SRを回収した。その後も再閉塞がないことを確認しTICl 3の再開通が得られ神経症状も改善しmRS1 自宅退院となった。

ATBIを機序とする急性脳主幹動脈閉塞の多くは狭窄部に血栓性閉塞を合併し、再開通後にも高度狭窄残存や開通直後に再閉塞が問題となる。近年閉塞病変にSRを展開し抗血小板薬の作用発現まで待機することで有効な再開通が得られた報告例が散見される。今回我々も同様の方法で有効な再開通が得られた。ATBI病変に対しての治療について文献的考察を加え発表する。

2 Pulse Rider 支援下コイル塞栓術後に再発した脳底動脈瘤に対して Neuroform Atlas を用いて再度コイル塞栓術を行った1例

¹ 産業医科大学脳神経外科, ² 産業医科大学脳卒中血管内科学
佐藤 甲一郎¹, 黒川 暢², 野村 得成¹, 梅村 武部¹, 山本 淳考¹, 田中 優子²

【はじめに】Pulse Riderは本邦においては2020年に保険償還となっており、Pulse Rider留置後の再発症例に対する再治療症例の報告は少ない。今回我々は、脳底動脈瘤に対してPulse Rider支援下コイル塞栓術後に再発した脳底動脈瘤に対してステント併用コイル塞栓術を行い、良好な経過を得た症例を経験したので報告する。

【症例】72歳女性。視床出血で入院時に脳底動脈瘤を指摘され、7年の経過で経時的に動脈瘤の増大を認めた。両側PCAはBAIに対して急峻な鋭角でありカテーテル誘導が困難であることが予想さ

れた。また右PCAは血管径が細くステント展開不良や閉塞リスクが高く、左PCAへのステント留置では右方のinflow zoneの塞栓が不十分になる可能性が考えられたため、Pulse Riderを使用しinflow zoneをtightに塞栓した。拡張した左PCA起始部の塞栓は不良であった。神経学的所見の増悪を認めず経過していたが、治療6ヶ月後の血管造影検査にて動脈瘤残存部の増大を認めた為、ステント併用コイル塞栓術を施行した。Pulse Riderのリーフレットを利用し左PCAからBAにNeuroform Atlasを展開しコイル塞栓術を行った。術後MRIにて脳幹に脳梗塞巣を認めたが、新規神経症状は認めず、術後11日目に自宅退院となった。再治療3ヶ月後も神経症状の出現は認めておらず、MRAでは動脈瘤ネック左側にわずかな血流腔を認めるのみであり、引き続きフォローアップを行っていく方針としている。

【考察】Pulse Rider留置後の再治療ではリーフレットを足場にしてマイクロカテーテルを分枝へ誘導することができ、ステント留置が容易であった。またオープンリーフレット構造の為、transcell法が容易であり、安全かつ十分な塞栓を行うことができた。Pulse Rider留置後の再発症例に対する治療報告は少ないが、再発が懸念される高難易度脳動脈瘤においてはPulse Riderを用いる事により、staged embolizationを効果的に行える可能性があると考えられる。

3 解離性後大脳動脈瘤破裂に対して母血管閉塞術を施行した1例

¹九州医療センター脳神経外科, ²九州医療センター脳血管内治療科

雨宮 健生¹, 徳永 聡², 大橋 一慶², 山田 義貴², 東 英司², 原 健太², 宮崎 貴大¹,
宮松 雄一郎¹, 西村 中¹, 溝口 昌弘¹

症例は58歳女性。2022年9月X日ごろから頭痛症状を自覚した。X+2日の勤務中に突然の左上肢麻痺、頭痛、嘔吐を認め、救急要請され当院搬送となった。来院時の神経学的所見はJCS1、GCS E3V4M6、持続する頭痛と左上下肢麻痺(MMT1)を認め、NIHSS6点だった。30分後の神経学的所見ではJCS10、右側への共同偏視、左口角下垂、左上下肢麻痺(MMT0)、重度感覚障害、軽度構音障害、半側空間無視が加わりNIHSS18点と症状の増悪を認めた。単純CTでは脳室穿破を伴う右視床出血に加えて、鞍上槽、脚間槽、迂回槽にくも膜下出血を認めた。CT Angiographyでは右後大脳動脈(PCA)のP1からP2にかけて不整形の大型動脈瘤、母血管の血管狭窄および紡錘状拡張を認めた。上記所見から右PCAの解離性動脈瘤破裂に伴うくも膜下出血(WFNS分類 grade3、Hunt & Kosnik分類 grade3)、右視床出血と診断した。経時的に神経症状の増悪を認め、アプローチ面や治療時間を考慮して、動脈瘤に対するコイル塞栓術と母血管閉塞術を選択した。術後1日目の頭部MRI検査では粗大な脳梗塞は認めなかった。眼科検査でも視野障害は認めなかった。経過とともに意識レベル、麻痺の改善を認め、X+19日時点で後遺症は左上下肢麻痺(MMT4)のみであり、NIHSS2点と評価した。X+25日にリハビリテーション目的に転院した。後大脳動脈の解離性脳動脈瘤は稀な疾患であり、多数例での検討も困難なため、その治療法は十分に確立されていない。近年、血管内治療の手技やデバイスの飛躍的な進歩に伴い、血管内治療の成功例も散見されている。本症例は解離性後大脳動脈瘤に対してコイル塞栓術と母血管閉塞術を行い、良好な転機をたどった。文献的考察を加え、報告する。

4 両側椎骨動脈解離によるくも膜下出血をきたした1例

¹ 長崎医療センター脳神経外科, ² 長崎医療センター脳神経外科 診療看護師
定方 英作¹, 原口 渉¹, 内田 大貴¹, 森塚 倫也², 本田 和也², 川原 一郎¹,
小野 智憲¹ 案田 岳夫¹

椎骨動脈解離によるくも膜下出血は急性期の再出血が高いことから緊急的な再出血の防止が求められる。今回両側椎骨動脈解離によるくも膜下出血を経験したため文献的考察を含めて報告する。

51歳女性、20XX年7月30日から近医にS上結腸癌の精査のため検査入院していた。8月3日の2:30頃に突然の後頸部痛が出現し、その後嘔吐、意識障害が出現した。CTでくも膜下出血を認め当院へ紹介となった。来院時JCSIII-300の意識障害あり、CTAで左椎骨動脈解離が疑われた。同日脳血管造影を行うと左椎骨動脈解離が疑われるため母血管閉塞を行った。SAH day 7に突然のスパイナルドレナージから血性髄液の排液と心拍数の上昇が出現したためCTを行うと血腫の増加を認めた。同日緊急で脳血管造影を行うと右椎骨動脈に解離が疑われた。同部位から前脊髄動脈が分枝しており、左椎骨動脈も閉塞していたため右椎骨動脈の温存は必要と判断し、ステントアシストでのコイル塞栓術を行った。その後、意識レベルの改善あり、リハビリテーションを行った。状態安定し、10月7日にリハビリ目的にmRS 5で転院となった。

5 破裂椎骨動脈解離性動脈瘤の病変位置診断に造影MRI vessel wall imagingが有用であった一例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

天達 俊博, 山村 理仁, 上田 隆太, 水上 秀紀, 加治 正知, 後藤 智明, 植木 航, 鈴木 和貴,
山城 重雄

【症例】50歳代女性、来院3日前に突然の頭痛があった。来院日に一過性の意識消失を来したため受診。右椎骨動脈解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血(WFNS 1)と診断した。MRAでは右椎骨動脈に壁不正が見られ、その形態から遠位端は診断可能であったが、近位端には壁不正がないため解離の範囲を診断できず、その近位側にあるPICAが解離の範囲内にあるかがわからなかった。造影MRIを行ったところ、PICAの遠位側椎骨動脈にのみ血管壁の増強効果を認めたため、PICA distal typeと診断することが出来た。脳動脈瘤用コイルによるPICA distalの母血管閉塞を行うことにより再出血予防を行うことが出来た。術後は良好に経過し、転院時にはmRS: 0であった。【考察】椎骨動脈解離性動脈瘤の診断には脳血管造影や3D-CTA、MRAなどでPearl and string signを見る方法やMRI T2WIでIntimal flapを見る方法、MRI T1WIでIntramural hematomaを見る方法、BPASやheavy T2により動脈外径の拡大を見る方法などが知られており、それらを組み合わせて診断を行うことが多い。本症例は発症から3日間経過していたこともあり、動脈の形態変化や壁在血栓の信号変化が起きていたため、これらの方法で病変長を診断することが困難であった。造影MRIで血管壁が増強効果を受ける部位があり、これによって解離の範囲を診断することが出来た。解離の範囲診断に造影MRIが有用となることがあると考えら

れた。【結論】破裂椎骨動脈解離性動脈瘤の病変位置診断に造影MRIが有用であった症例を経験した。

6 開頭で眼窩内上眼静脈を直接穿刺し治療を施行した海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻の

1例

¹九州大学大学院医学研究院脳神経外科, ²佐賀県医療センター好生館脳神経外科,

³同愛会 サンテ 溝上病院脳神経外科

岩城 克馬¹, 有村 公一¹, 福田 峻一¹, 高岸 創¹, 古賀 文崇², 原田 亜由美²,
横溝 明史² 井戸 啓介², 上床 武史³, 松本 健一², 中溝 玲¹, 吉本 幸司¹

【背景】

海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻(CSdAVF)の治療アプローチとして下錐体静脈洞(IPS)経由や、顔面静脈経由でCS内に到達する方法があるが、いずれも困難な場合、上眼静脈を直接穿刺する方法が報告されている。上眼静脈を経皮的に穿刺する方法が一般的であるが、今回我々は経皮的アプローチが困難であったため、開頭で眼窩内に到達し、上眼静脈を直接穿刺し塞栓術を施行した1例を経験したため、考察を加え報告する。

【症例】

症例は65歳男性。複視を自覚し、前医で撮影したMRIで右CSdAVFを認めた。経過観察されていたが、結膜充血、視力低下を認めるようになり、治療となった。1度目はIPS経由でCS内に到達しようとしたが、シヤントがlaterocavernous sinus内に存在し、到達困難であったため、断念された。2度目は顔面静脈経由でアプローチしたが、血管径が狭く、眼角静脈を越えることが出来ず断念され、形成外科協力の下、上眼静脈直接穿刺での治療を施行するため、当院紹介となった。術前検査でさらに眼角静脈が狭小しており、経皮的穿刺は困難となっていた。ハイブリッド手術室を使用し、形成外科により右上眼瞼経由で眼窩内に侵入し、上眼静脈到達を試みたが、困難であった。そこで、頭蓋内からアプローチする方針とし、眼窩上壁を削除し、眼窩内に侵入した。顕微鏡下で拡張した静脈を発見し、透視で確認したところ、上眼静脈であったため、切開し直接マイクロカテーテルを挿入した。CS内まで到達でき、コイルにて塞栓を施行した。塞栓後、CS、上眼静脈への逆流は消失した。

術後経過は良好で、複視、結膜充血は軽快、眼圧も正常化し、視力も回復した。

【考察・結論】

我々が渉猟する限り、開頭経由で上眼静脈を穿刺して治療を施行したCSdAVFの報告は発見できなかった。眼窩内は脂肪が充満しており、顕微鏡のみで目的血管を同定することは難しく、このアプローチを実践するためにはハイブリッド手術が必須であると考えられる。

セッション2 (脳血管障害2)

7 小脳出血で発症した小児のangiographically occult AVMに対して二期的に手術を行った小児の一例

¹ 福岡大学病院救命救急センター, ² 福岡大学医学部脳神経外科

吉永 泰介¹, 田中 秀明¹, 河野 大², 吉永 進太郎², 小田 一徳², 福本 博順²,
榎本 年孝² 小林 広昌², 竹本 光一郎², 森下 登史², 岩朝 光利¹, 安部 洋²

【背景】Angiographically occult AVMでは、脳血管撮影上異常を認めず、術中にAVMを疑う所見を認めることがある。今回小脳出血で発症したangiographically occult AVMに対して二期的に手術を行った一例を経験したので報告する。

【症例】患者は6歳男児、起床後に突然の頭痛を訴え意識障害が進行したため頭蓋内病変を疑われ当院へ救急搬送となった。来院時の意識レベルは、GCS3点、JCS300で高度の意識障害があり、頭部CT検査で左小脳半球に最大径5cmの出血と第3,4脳室への脳室内穿破を伴う脳出血所見を認めた。頭部造影3D-CT検査では、主幹動脈及び末梢血管に明らかな異常所見は指摘されず、緊急開頭血腫除去術を施行した。術中所見で血腫腔内に血管集簇を認めたため凝固切除し、摘出した。病理診断では明らかな異常はなかった。術後脳血管撮影を行ったが、術後43日目の2回目の脳血管撮影で、左SCAの末梢にAVMを認めたため、再開頭AVM摘出術をHybrid手術室で行う方針とした。ナビゲーション下での開頭術を施行し、小脳上面のconfluence近傍にred veinを認め、前回摘出腔の上方にnidusを疑う血管集簇を認めた。周囲のgliosisごと剥離し、nidusを摘出した。病理所見では、AVMに矛盾しない所見であった。

【結語】今回、小脳出血で発症した小児のangiographically occult AVMの一例を経験した。本症例の診断と治療につき、文献的考察を加え報告する。

8 細菌性髄膜炎後に生じた円蓋部dural およびpial AVFの一例

小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科

小倉 健紀, 波多野 武人, 中島 弘淳, 宮田 武, 阿河 祐二, 梅村 武部, 塩見 晃司,
中澤 祐介, 阪本 宏樹, 古賀 統之, 安藤 徳紀, 長堀 貴, 永田 泉

【緒言】後天性の脳動静脈シャント疾患の成因は多数提唱されているが、感染症も原因の一つとして報告されている。今回細菌性髄膜炎罹患後3年を経て、新たに指摘された右前頭円蓋部のduralおよびpial arteriovenous fistula (AVF)に対し、外科的に治療介入を行なった1例を経験したので、ここに報告する。

【症例】80歳男性。入浴中に複雑部分発作をきたして救急搬送され、頭部MRIで右前頭葉の浮腫性変化と出血性変化、および皮質下の髄質静脈の拡張所見を指摘された。3年前にリステリアを起炎菌とする細菌性膜炎に対し入院加療をされていたが、同病変は確認できなかった。脳血

管撮影検査にて、右前頭円蓋部に動静脈シャントを認めた。中大脳動脈皮質枝数本と中硬膜動脈がfeederであり、drainerである脳表の皮質静脈1本を介し著明な皮質静脈逆流を来していた。同病変に対し、開頭でのシャント離断術を施行した。脳表から多数のpial feederと考えられる細血管が硬膜内へ流入しており、硬膜側の1本の静脈に集簇して直下の皮質静脈に流出していた。pial feederおよびdrainerを凝固切断し、病変部の硬膜を摘出した。この時点で術中血管撮影を施行すると、硬膜を介さない動静脈シャントの残存が確認された。残存した feederを凝固離断し、皮質静脈を完全に脳表から剥離したところ、動静脈シャントは完全に消失した。術後髄質静脈の拡張所見と浮腫性変化はともに消失した。

【考察】pial feederを伴うdural AVFとpial AVFが合併した症例であり、血管内治療における合併症リスクが比較的高いと報告されているパターンを呈していた。複数箇所シャントが存在したが、術中血管撮影を施行することで正確に病態および病変部位を把握することができ、病変の処理を問題なく完遂することが可能であった。

9 造影MRAが診断に有用であった頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻の1例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

斧淵 奈旺, 永野 祐志, 牧野 隆太郎, 田中 俊一, 山畑 仁志, 花谷 亮典

【背景】硬膜動静脈瘻(dural arteriovenous fistula: dAVF)は瘻孔の局在や流出静脈のパターンによって臨床像は多彩であり、他の疾患との鑑別に苦慮することが多い。今回我々は脳幹部腫瘍と頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻(cranio-cervical junction dural arteriovenous fistula: CCJdAVF)を造影MRAで鑑別しえた症例を経験したため報告する。

【症例】65歳男性。20XX年Y月に焦点が合わない、ふらつくなどの症状が出現し、近医を受診。MRIで延髄から橋右背側にかけて浮腫及び腫大を呈しており、脳幹部腫瘍が疑われ当科紹介となった。来院時意識は清明で、体幹失調、右下肢優位の脱力を認めた。T2WIやMRAで異常血管所見は見られず、perfusion MRIでは病変周囲の灌流上昇は見られなかった。造影MRIでは T2延長域に一致した増強効果が見られ、脳腫瘍を鑑別の筆頭とした。しかし、SWIでヘモジデリン沈着を認め、造影MRAでは脳幹前面の微細静脈構造の増強が見られることから、シャント疾患も鑑別に上がった。脳血管造影検査を行うと右C1 radiculomeningeal arteryをfeederとし、椎骨動脈硬膜貫通部近傍の硬膜でshuntを形成し、lateral medullary veinを上行する CCJdAVFを認めた。流出静脈離断術を施行後、体幹失調や脱力症状は消失し、ふらつき等の自覚症状も改善が得られた。

【考察/結語】dAVFの鑑別にArterial spin labeling(ASL)などの灌流画像の有用性が報告されている。今回は灌流上昇所見を認めなかったが、造影MRAにおける脳幹表面の微細な血管像から診断に至った。シャント血流がそれほど多くない場合は灌流上昇の所見を得られない可能性も考えられ、MRIでシャント疾患を鑑別するためには、灌流画像のみならず造影MRAなどの各種のシーケンスを詳細に確認することが必要であると考えられた。

10 前大脳動脈領域である脳梁膨大部の出血で発症した成人もやもや病の一例

福岡大学医学部脳神経外科

日下部 太郎, 小林 広昌, 河野 大, 吉永 進太郎, 小田 一徳, 榎本 年孝,
福本 博順, 森下 登史, 竹本 光一郎, 安部 洋

【背景】

もやもや病の出血発症は、多くは側副血行路に代表されるLSAやchoroidal arteryへの血行力学的負荷により生じることが多い。ACA領域の出血で発症することは稀で、その側副血行路のパターンや治療方針は不明な点が多い。今回前大脳動脈領域である脳梁膨大部の出血で発症した成人もやもや病の一例を経験したので報告する。

【症例】

45歳女性。X-6年,交通事故を契機に近医脳神経外科を受診し、偶発的に左中大脳動脈狭窄を指摘され、無症候性のため経過観察となっていた。X年に会話の辻褄が合わないことに友人が気付く救急搬送となり、CTで脳梁膨大部の出血と脳室内穿破を認めた。DSAで左MCA, ACA(A1)の脱落ともやもや血管の増生を認め、鈴木分類3期(右1期)のもやもや病と診断した。左ACA領域は、右ACAからAcomを介した順行性がメインで、その他 ethmoidal artery からの trans-dural anastomosisから還流された。ACAの描出は左右差があり、血行力学的負荷の強い左のA3に動脈瘤を形成し、出血原因と判断した。Periventricular anastomosisはchoroidal typeであった。IMP-SPECTでMCA領域はPowers分類 stage II 相当であった。左A3動脈瘤への血行力学的負荷の軽減とMCA領域への血流改善のために、左STA-A4 target bypass + EMAS, STA-MCA bypassを施行した。術後合併症なく、再出血なく経過し、DSAでは動脈瘤は消退していた。

【結論】

今回前大脳動脈領域である脳梁膨大部の出血で発症した成人もやもや病の一例を経験した。側副血行路のパターンと治療戦略について文献的考察を踏まえ報告する。

11 フローダイバーター留置後に再発した左内頸動脈巨大動脈瘤に対してハイフ

ローバイパスを併用した近位内頸動脈遮断術を施行した一例

¹九州医療センター脳神経外科, ²九州医療センター脳血管内治療科

宮崎 貴大¹, 西村 中¹, 徳永 聡², 雨宮 健生¹, 宮松 雄一郎¹, 原 健太²,
東 英司², 山田 義貴², 大橋 一慶², 溝口 昌弘¹

【緒言】フローダイバーター(FD)留置術後の再発に対する治療方針について、一定の見解はなく様々な報告がなされている。今回我々はFD留置後に比較的短期間で増大した未破裂左内頸動脈巨大動脈瘤に対してハイフローバイパスを併用した近位内頸動脈遮断術を施行した症例を経験したため報告する。

【症例】63歳女性。頭重感、左眼の違和感を主訴に近医受診し、MRIで左内頸動脈(C2)に大型動脈瘤を指摘され当科に紹介となった。動脈瘤は最大径24mmでblebを伴い、トルコ鞍内に進展していた。FD留置術を施行したが、術後9カ月で32.5mmまで増大し、視野・視力障害も進行して両側失明したため、FDを追加で留置した。2回目の術後3カ月で瘤の更なる増大を認め、血管造影

検査でジェット状の血流が未だ残存していた。2回目の術後4カ月でハイフローバイパスを併用した近位内頸動脈遮断術を施行した。前脈絡叢動脈が盲端となることを防ぐため、バイパスからの血流が眼動脈へflow outするように頸部内頸動脈での遮断とした。術翌日に施行した脳血管造影では、バイパスからの逆行性の血流はC4まで認めるものの、瘤内への造影剤の流入は認めず、MRIでは脳梗塞などの異常所見も認めなかった。術後中枢性尿崩症および下垂体前葉機能低下症を認めたためホルモン補充療法を行った。眼症状は変わらないものの、その他の神経学的異常所見は認めず、全身状態良好で自宅退院した。術後1か月で動脈瘤の増大なく経過している。**【考察】**本症例では、2度のFD留置術後に再発した巨大内頸動脈瘤に対するハイフローバイパスを併用した近位内頸動脈遮断術が奏功した。

12 脳皮質静脈血栓症により静脈性梗塞と脳内出血を繰り返した一例

¹ 長崎労災病院脳神経外科, ² 長崎労災病院病理診断科

竹内 雅臣¹, 前田 肇¹, 広瀬 誠¹, 力武 美保子², 北川 直毅¹

【緒言】脳静脈・静脈洞血栓症は全脳卒中の1%以下とされている。とりわけ静脈洞血栓症を伴わない皮質静脈や深部静脈に限局した脳静脈血栓症は非常に稀な疾患である。今回当施設で皮質静脈血栓症により静脈性梗塞と脳内出血を繰り返した一例を経験したので報告する。

【症例】既往に高血圧症のある60代女性。失語症と右不全麻痺で発症し救急搬送、CTで左前頭葉皮質下出血を認めた。造影CTで左前頭葉皮質静脈からSSS, 左vein of LabbeからTSIにかけての造影欠損あり、DSAでも同様の所見とうっ滞による流出遅延を認めた。保存的加療としていたが入院17日目に右麻痺増悪あり、左大脳半球の高度浮腫を呈するもDSA再検では所見変わりなく、静脈血栓症の確証は得られなかったため抗浮腫薬投与で経過観察した。25日目に意識障害増悪、新規出血を認め開頭血腫除去+外減圧を行い、拡張した左前頭葉皮質静脈が確認でき前頭葉切除し病理検体として提出した。静脈血栓症を疑い29日目にヘパリン持続投与を開始したが、32日目に再出血をきたし血腫除去を行った。63日目に頭蓋形成を行い108日目にmRS5で転院した。病理検査結果では、アミロイドアンギオパチーは認めず静脈内に血栓あり、皮質静脈血栓症の診断であった。

【考察と結語】静脈洞閉塞を伴わない皮質静脈単独の血栓症の一例を経験した。本症例のように診断と治療に難渋する場合もあり、若干の文献的考察を加えて報告する。

セッション3 (外傷 / 脳血管障害)

13 外傷性機序によると考えられた中大脳動脈血栓化巨大動脈瘤の一例

久留米大学医学部脳神経外科

星野 誠, 音琴 哲也, 杉 圭祐, 橋本 彩, 藤森 香奈, 梶原 壮翔, 小牧 哲,
折戸 公彦, 廣畑 優, 森岡 基浩

【背景】外傷性頭蓋内動脈瘤は、全脳動脈瘤の1%以下と稀な病態であり、鈍的外傷による伸展力や頭蓋内構造物への直接外傷により生じるとされ、頭蓋骨骨折をほぼ全例に伴う。今回我々は、陥没骨折から3年の経過でmass effectにより症候性となった外傷性中大脳動脈血栓化巨大動脈瘤の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

【症例】70歳男性。3年前に左頭頂骨陥没骨折を受傷したが神経学的に異常はなかった。1か月前より記憶力低下と浮遊感を認め、2週間前より左上下肢の不全麻痺が出現した。前医MRIにて頭蓋内腫瘍性病変を指摘され、当科紹介となった。単純MRIでは、右側頭葉～頭頂葉の約40mm大の腫瘍性病変を認めており、T1WI高信号 T2WI低信号 T2* 低信号を示した。ガドリニウム造影にて一部増強効果を認め、出血を伴う腫瘍性病変が当初疑われた。造影CTでは、腫瘍辺縁を走行する右中大脳動脈M2から、腫瘍内に連続する3mm程度の造影病変を認め、最終的に3年前の陥没骨折を契機に発症した外傷性血栓化動脈瘤と診断した。同病変に対してはEC-ICバイパスとトラッピングを行い、さらに瘤内血栓摘出によるmass reductionを追加した。術後、認知機能および神経学的所見は改善傾向にあり、さらなるリハビリテーション継続目的に転院となった。

【考察】外傷性脳動脈瘤は、受傷後1～2週間間に生じ、受傷後3週間以内に破裂することが多いとされるが、その経過は数日後から数年後まで様々である。本症例は外傷後に仮性動脈瘤が形成されたものの出血は見られず、受傷後3年間の経過で血栓化を伴いながら増大し、神経所見を来したと考えられた。本症例のように巨大かつ血栓化した動脈瘤に対しては、必要時バイパスを行った後にトラッピングを行い、動脈瘤を摘出することが必要である。

【結語】外傷性の血栓化動脈瘤はまれであり、文献的考察を加え、報告する。

14 頭部外傷後に生じた前大脳動脈瘤の一例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

香野 草太, 春山 裕典, 亀田 勝治, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

【背景】外傷性脳動脈瘤は、全脳動脈瘤の0.15—0.4%を占めるまれな動脈瘤であり、遅発性に破裂を来すと予後不良となることが多い。今回我々は頭部外傷後に増大傾向を示した前大脳動脈瘤に対して、トラッピングを行い良好な転帰を得たため、文献的考察を交え報告する。

【症例】67歳、男性。飲酒後に転落し、廊下で倒れて痙攣しているのを発見され当院搬送となった。頭部CTにて右脳梁に近接した帯状回に45×15×15mm大の出血及び右前頭部、基底層などにも膜下出血を認めた。造影CTにて明らかな動脈瘤は指摘できなかったが、発症11日目の造影CTにて動脈瘤の顕在化を認め、発症12日目の血管造影検査にて外傷性脳動脈瘤と診断し同日

開頭動脈瘤トラッピング術を施行した。術後新規梗塞は認めず、回復期リハビリテーション病院へ転院となった。

【考察】外傷性脳動脈瘤は受傷から動脈瘤破裂に伴う出血まで平均21日程度であり、死亡率は50%に達するとの報告もある。受傷時点で画像・神経学的に軽症であっても、早期より造影CT、DSA等でのフォローアップ、及び迅速な治療介入が必要な疾患を合併しうることを再認識しておく必要がある。

また、治療に関してはclippingの他、trapping(&bypass)、コイル塞栓術などの治療が報告されており、症例毎の詳細な検討が必要である。

15 脳出血に対するアンデキサネットアルファ(オンデキサ®)の初期使用経験

¹ 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科, ² 福岡大学医学部脳神経外科
神崎 由起¹, 福田 健治¹, 藤原 史明¹, 林 修司¹, 井上 亨¹, 安部 洋²

【はじめに】第Ⅹa因子阻害薬に対する中和剤であるアンデキサネットアルファ(オンデキサ®)が、2022年より本邦で使用可能となった。今回、エドキサバン内服中に左被殻出血を発症し、オンデキサ®を投与した後、神経内視鏡下血腫除去術を行った症例を経験した。オンデキサ®を使用するに当たっては投与方法が煩雑であり、その注意点も含め報告する。

【症例】67歳男性。ゴルフ練習場で歩いていた際、突然の右半身麻痺と失語症を発症し当院搬送となった。頭部CTで左被殻に最大径45mm(血腫量:40ml)の出血を認めた。非弁膜症性心房細動に対してエドキサバン60mg内服しており、同日朝も内服していた。1時間30分後に再度CTを施行し、出血の拡大(血腫量:65ml)を認めたため、オンデキサ®投与後に、神経内視鏡下血腫除去術を施行する方針とした。添付文書に基づき、B法で、オンデキサ® 800mgを30mg/分(27分)で投与した後、960mgを8mg/分(2時間)で投与し、投与終了まで2時間27分であった。投与終了直後に執刀開始となり、術後再出血を認めず、第21病日にリハビリ病院にmRS4で転院となった。

【考察】オンデキサ®はB法では特に使用量が多く、シリンジポンプの種類によっては最大流量設定をオーバーする可能性があり、かつ投与終了までに2時間以上の時間を要する。また、非常に高額な薬剤であり、使用に当たり躊躇する場面があるかもしれないが、使用方法をよく理解し、特に緊急手術が必要な際には、迅速に準備対応を行うことが求められる。

16 脳幹arteriovenous malformation(AVM)により閉塞性水頭症を来し、内視鏡的第三脳室開窓術(ETV)を施行した一例

¹ 済生会福岡総合病院脳神経外科, ² 久留米大学医学部脳神経外科

野中 崇久¹, 高島 知央¹, 大久保 卓¹, 中村 普彦¹, 河野 隆幸¹, 大倉 章生¹,
森岡 基浩²

【背景】中脳水道狭窄症は先天性の器質的な素因が関係している症例が大部分であるが、一部血管奇形が原因となる。今回我々は中脳に発生したAVMが原因となった閉塞性水頭症に対し、内視鏡下に第三脳室開窓術を施行し良好な転帰となった症例を経験したので報告する。

【症例】58歳女性。アルコール性肝硬変の既往があり過去数回肝性脳症での入院歴を認める。20XX年11月頃から小刻み歩行およびJCS2程度の意識障害が出現した。かかりつけ内科で肝性脳症が除外され、頭部CTで水頭症を認めたため、精査加療目的に当院に紹介入院となった。

【経過】頭部MRIで中脳被蓋左側にflow voidを伴った病変があり、AVMが疑われた。血管造影検査で、両側posterior choroidal arteryからのfeederおよび左basal veinをdrainerとするAVM(S-M grade 3)を認めた。入院後も症状は進行し、意識レベルもJCS100にまで低下したため、水頭症解除を目的として、入院17日目に内視鏡的第三脳室開窓術(ETV)を施行した。術中には中脳水道周囲に赤色の異常血管を認めた。術後は症状も速やかに改善し、術後2日目にはJCS2、経口での食事摂取も可能となった。

【考察】非出血性AVMが原因となり閉塞性水頭症を来した報告は文献上渉猟する限り10例に満たない。今回の症例では成人後にAVMを原因とした中脳水道狭窄を来し、亜急性に閉塞性水頭症が生じた。その発症機序に関して文献的考察を踏まえて報告する。

17 Vascularized craniotomyを用いて整復治療した開放性頭頂骨陥没骨折の1例

¹久留米大学医学部救命センター, ²久留米大学医学部脳神経外科

中原 陽一郎¹, 杉 圭祐¹, 大津 裕介¹, 吉武 秀展¹, 音琴 哲也², 森岡 基浩²

【序論】頭蓋骨陥没骨折は手術による整復が必要であるが、開放性の場合には骨片が遊離すると感染を起こすためその治療には慎重さが要求される。今回我々は、筋膜からの血流を骨片に温存した状態で開頭(Vascularized craniotomy)する手法で手術を行い、感染性合併症もなく良好な創傷治癒を得た症例を経験したため、文献的考察も踏まえてその有用性について報告する。

【症例】54歳男性。ヘルメットなしでのバイク単独事故で頭部を受傷し、当院へ搬送された。意識レベルはJCS100、GCS8(E1V2M5)であり、瞳孔所見は異常なく四肢に明らかな麻痺症状は認めなかった。左頭頂側頭部に約5cm×7cm程度の皮膚欠損を伴う裂創があり、その直下の骨が陥凹していた。頭部CTで左頭頂骨陥没骨折、及びその直下に脳挫傷と外傷性くも膜下出血を認めた。約18mmの陥没であり、硬膜損傷の可能性や開放創からの感染も懸念され緊急での外科的手術の方針とした。術前画像から陥没骨折部位がlinear temporalis付近であり、筋膜からの血流を骨片に温存できる位置にあったため、骨折部位を囲むような全周性の開頭ではなく、線鋸を用いて基部は内板側より骨切りを行い、筋膜の血流を骨弁へ残して開頭した。その後陥没部位を徒手的に整復し自家骨にて閉頭した。術後創部の治癒は良好であり、急性期の感染性合併症は認めなかった。症状として軽度の右手指巧緻運動低下および運動性失語が残存したが概ね経過良好にて受傷より19日後に自宅退院となった。【考察】頭蓋骨陥没骨折の複雑骨折の場合に対する外科手術では、骨折範囲を含めた開頭を行い、一度骨弁を遊離させ整復することが一般的であるが、今回我々は感染防止の観点から血流を温存した状態での頭蓋形成を目的とした開頭を行い良

好な経過を得た。今後長期的な経過観察が必要ではあるが、Vascularized craniotomyは、陥没骨折の外科的手術方法として有用であると考ええる。

18 難治性慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術の有効性と治療後再発の要因について

熊本赤十字病院脳神経外科

徳田 高穂, 中垣 祐紀, 坪木 辰平, 武末 吉広, 長谷川 秀, 戸高 健臣

【目的】慢性硬膜下血腫(CSDH)は穿頭血腫除去術が標準的な治療であるが、再発率は少なく、難治性の慢性硬膜下血腫もしばしば経験することがある。近年では、慢性硬膜下血腫の際に形成される新生血管に注目し、新生血管につながる中硬膜動脈(MMA)を塞栓によることで血腫拡大を抑制する治療法が報告されているが、難治性の症例に対する治療効果についての報告は依然として乏しい。当院では2018年ごろより、難治性の慢性硬膜下血腫に対してMMA塞栓術の併用を行っており、当院での治療成績と再発例の特徴について報告する。

【方法】症例は2018年4月から2022年12月の間に行われた慢性硬膜下血腫のうち、2回以上の穿頭血腫除去術後も再発した症例もしくは再発のリスクが高いと判断された症例に対してMMA塞栓術が行われた。治療はマイクロカテーテルをMMAへ誘導し、塞栓物質を使用し塞栓を行った。塞栓物質はn-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA)もしくはトリスアクリルゼラチンマイクロスフィア(エンボスフィア)を使用し、コイルを併用する症例もあった。

【結果】MMA塞栓術を行ったのは全7例、年齢は60代～90代、2例は抗血栓薬内服中で、3例で血小板低下を認めていた。血腫除去後から再発までの期間は12日～38日と比較的短期間での再発が多かった。MMA塞栓術を行った7例中3例において再発認め、再手術が必要となった。再発例で認めた特徴として新生血管の残存(2例)、エンボスフィア使用(3例)、血腫の器質化(2例)であった。

【考察】難治性の慢性硬膜下血腫症例においてもMMA塞栓術は一定の治療効果を認めた。一方で新生血管の残存や塞栓物質の差異、器質化の有無が治療成績に影響を与えており、MMA塞栓術の適応や戦略を考える際の判断基準になるかについても文献的考察も加えて報告する。

セッション4 (感染性疾患)

19 くも膜嚢胞に併発したリウマチ性髄膜炎の1手術例

¹九州労災病院門司メディカルセンター脳神経外科, ²産業医科大学病院脳神経外科
武田 康¹, 橋田 篤知¹, 太田 浩嗣¹, 山本 淳考²

【背景】関節リウマチは全身性の炎症性疾患であり、中枢神経系の合併症を起こすことは少なく、無治療では予後不良である。硬膜を侵すリウマチ性肥厚性硬膜炎は比較的知られているが、軟膜を侵すリウマチ性髄膜炎の報告は少ない。我々は、原発性くも膜嚢胞に髄膜炎を併発したリウマチ性髄膜炎という極めて稀な症例を経験したため、文献的考察をふまえ報告する。

【症例】77歳女性。関節リウマチで当院内科通院中、疾患はコントロールされていた。2022年X月に突然、一過性の左下肢の脱力を認め当科を受診した。受診時は神経症状はなかったが、頭部MRI上10年前と大きさが変わらないくも膜嚢胞を右前頭円蓋部に認め、T2、FLAIRではくも膜嚢胞壁および脳表面の高信号と嚢胞内液の軽度の信号上昇もみられた。くも膜嚢胞に炎症が波及しているものと判断し、入院とした。髄膜刺激徴候はなかったが、入院中にも一過性の左上下肢の脱力がみられ抗てんかん薬を導入した。髄液検査では感染や悪性を示唆する所見は得られなかった。Gd造影ではくも膜嚢胞壁および脳表に増強を認め、脳血管撮影では上矢状洞前方が閉塞し脳表静脈が発達していた。確定診断のために嚢胞除去生検術をしたところ、肥厚した嚢胞壁や、ややキサントクロミーの嚢胞内液、微小な茶褐色肉芽や白色結節、嚢胞に接した脳表には細血管網などの所見が得られた。病理検査ではリウマトイド結節はみられなかったが、炎症細胞浸潤や壊死組織がみられたことからリウマチ性髄膜炎と診断した。又、悪性を疑う病理所見は認められなかった。ステロイド治療を行い、症状は改善し再燃はなく、MRI所見でも改善を認め、現在も外来で経過をみている。

【考察】リウマチ性髄膜炎の診断には感染性髄膜炎や腫瘍浸潤、くも膜下出血などの鑑別疾患を除外する必要があるが、MRI画像診断の進歩から早期診断ができる可能性がある。又、今回は病変の周囲に発達した脳表静脈や細血管網がみられたことから、リウマチ性血管炎がくも膜嚢胞に波及したものと推測された。

20 中耳炎との鑑別に時間を要した髄液耳漏の1例

長崎大学医学部脳神経外科

吉村 正太, 日宇 健, 松尾 彩香, 塩崎 絵理, 近松 元気, 小川 由夏, 岡村 宗晃,
高平 良太郎, 馬場 史郎, 氏福 健太, 諸藤 陽一, 吉田 光一, 出雲 剛,
松尾 孝之

症例は74歳男性。幼小児期に中耳炎の罹患歴があった。2年前に右側頭部を強打したが病院未受診であった。1年6ヶ月前に髄液耳漏を発症し、A耳鼻咽喉科を受診した。症状が改善しなかったため、B耳鼻咽喉科を受診した。慢性中耳炎の急性増悪として加療されたが改善なく、当院耳鼻咽喉科に紹介受診となった。側頭骨CTで鼓室天蓋や乳突洞上面の骨の菲薄化を認め、頭蓋内と交通している可能性を指摘され、当科紹介となった。頭部MRIでは同部位に右側頭葉紡錘状回が欠損部にはまり込み、一部は乳突蜂巣内に落ち込んでいる所見を認めた。髄液漏閉鎖術

が施行され、2箇所骨の菲薄化部位を認め、一方は硬膜との癒着、他方は側頭葉の嵌入所見を認めた。硬膜内で側頭葉を凝固切離し、欠損した硬膜を縫合した。硬膜外で骨欠損部に脂肪の充填・フィブリン糊での固定・有茎の側頭筋膜を敷き込んだ。術後1週間はスパイナルドレナージでの管理を行った。術後経過は良好で髄液耳漏の再発や髄膜炎はみられていない。髄液耳漏は頭部外傷、炎症性疾患、腫瘍性疾患、手術後の合併症などが主な原因として知られている。今回、中耳炎との鑑別に時間を要し、外傷後半年後に発症した髄液耳漏の症例に対して、髄液漏閉鎖術を施行し、治癒に至った症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

21 脳膿瘍治療中に発症したメロニダゾール脳症の一例

¹ 済生会八幡総合病院脳神経外科センター, ² 久留米大学医学部脳神経外科
中嶋 大介¹, 渡邊 龍馬¹, 宮城 尚久¹, 岡本 右滋¹, 梶原 収功¹, 濱本 裕太²

【はじめに】メロニダゾール (MNZ) は嫌気性菌に有効であり、髄液、中枢への移行性も良好であるため、2021年の適応拡大以降脳膿瘍の治療に使用されるようになった。一方、長期投与による治療において歩行障害、意識障害、構音障害等の症状を呈することがあり、メロニダゾール脳症 (metronidazole induced encephalopathy ; MIE) といわれる。今回我々は MNZの長期、高用量投与により MIE を発症し、同薬剤中止により速やかに軽快した症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】66歳男性。前医で肺炎加療中にふらつき、嘔吐で発症し当科紹介となった。造影MRIでリング状に増強される腫瘤性病変を右小脳半球に認め、脳膿瘍を疑い入院となった。穿刺排膿を行い、抗菌薬としてCTR 4g/day、MNZ 1500mg/dayの投与を開始した。膿瘍の培養結果は陰性であったが、その後は膿瘍の縮小、症状の改善を認めた。経過中に汎血球減少を認めたため第27病日でCTRを中止とし、ABPC/SBT 12g/dayへと変更した。その後も膿瘍は縮小傾向であり、培養陰性の結果から原因菌として嫌気性菌を最も疑い、第57病日にABPC/SBTを終了、MNZのみ内服へ切り替え継続とした。MNZのみでも膿瘍の更なる縮小を認め、第67病日に外来治療へと移行した。第101病日より体幹失調を認め、頭部MRIでは小脳歯状核及び脳梁にFLAIR高信号を認めたため、MIEを疑いMNZを中止とした。その後症状は速やかに軽快し、MRIでのFLAIR高信号も改善した。

【考察】 MIE の発生機序は不明であり、投与量や投与期間に必ずしも関連している訳ではない。脳膿瘍に対して抗菌薬は長期投与となりやすく、経過中の症状や画像所見でのフォローアップが必要であり、MIEを疑う症候及び画像所見を認めた場合には速やかにMNZを中止するべきである。

22 経過観察中にリング状造影増強効果が新出し、多発脳膿瘍と診断した一例

嬉野医療センター脳神経外科
麦田 史仁, 土持 諒輔, 宮園 正之

【背景】脳膿瘍は発生初期には被膜がなく、数週間の経過で被膜形成し、リング状造影増強効果が現れるものと知られている。経過中にリング状造影増強効果が新出し、手術によって脳膿瘍と診断した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】80歳女性。農業に従事。X-10日程から頭重感あり、歩行時ふらつきを認めた。X-1日に転倒し、右肩関節脱臼と第3腰椎横突起骨折でX日に整形外科へ入院した。偶発的に左上肢でマダニ咬傷を発見され、MINO内服を3日間行われたが血清リケッチア陰性だった。X+3日まで発熱を認めた。X+4日に頭部CTを撮影すると偶発的に右前頭葉前方、右前頭葉頭蓋底部、左頭頂葉の3か所に低吸収値の病変を認め、同部位は頭部単純MRIでDWI高信号・FLAIR高信号であったが、頭部造影CTで造影増強効果を認めず、血管奇形や静脈洞塞栓の所見もなかった。髄液生化学検査、培養、細胞診で髄液中細胞数は上昇していたが、他に感染兆候や悪性所見なく、血中腫瘍マーカーや髄液中のsIL-2R・ β 2MGはいずれも陰性であった。血培陰性であり、血中トキソプラズマも陰性で、体幹部精査で悪性疾患や動静脈奇形を認めなかった。しかしX+30日に改めて頭部造影MRIを施行すると3か所の病変すべてにリング状造影増強効果を認めた。口腔内評価で右上顎に重度歯周炎を認めた。X+51日に開頭術を行った所、脳膿瘍の所見であった。社会的にMEPMの供給不足があり、Empiric therapyとしてまずはCTRX+MNZ+AMPC+VCMの点滴投与を開始し、現時点で加療中である。

【考察】新たに造影増強効果を認めた事から悪性疾患や脳膿瘍が鑑別に挙がり、手術による診断を施行した。結果として脳膿瘍の診断を得る事ができた。脳膿瘍の画像経過や感染の契機について、文献的考察を交えながら論ずる。

23 LP shunt 術後遅発性に腹側チューブが小腸内に迷入した一例

¹ 長崎みなとメディカルセンター初期研修医, ² 長崎みなとメディカルセンター脳神経外科
樽磨 駿弥¹, 松永 裕希², 白川 靖², 陶山 一彦²

【症例】69歳男性、交通外傷による急性硬膜下血腫のため開頭血腫除去術施行され、その後続発性水頭症に対してLP shunt術を施行された。シャント術2年7ヶ月後に1ヶ月の経過で再燃する発熱・腹痛を認め、シャント関連感染症疑いとして当科紹介となった。腹部CTで上行結腸に多発性憩室と限局性腹膜炎の所見を認めたが、シャント感染を示唆する所見はみられなかった。憩室炎に伴う腹膜炎と判断し抗菌薬加療で症状改善が得られた。シャント術3年後に発熱・頭痛・不穏傾向認め当科外来再診となった。JCS3程度の軽度意識障害と項部硬直がみられ、腹部CTで小腸内へのシャントチューブ迷入を認めた。来院当日消化器外科と合同でシャント抜去と小腸瘻孔閉鎖術を施行した。術中所見として髄液は混濁を認め、腹側チューブは腹膜貫通部から小腸穿孔部まで肉芽組織で覆われており、腹膜炎の所見は認めなかった。術後抗菌薬加療を行い、発熱・頭痛・不穏などの症状は改善しシャント抜去27日後mRS0で自宅退院となった。

【考察】シャント術後の消化管内迷入は稀な合併症であるが、その多くは小児例であり、シャント術後早期に発生することが多い。本例では、憩室炎に伴う腹膜炎のため腹腔内に炎症が惹起された状態が持続し、脆弱化した腸管壁へ穿通した可能性が考慮された。今回腹部症状を認めず髄膜炎で発症したが、形成された肉芽組織によるsheathのため消化管内容物の漏出が防がれたためと考えられていた。シャント術後の症例において、腹部症状で発症しない消化管穿孔の可能性も念頭に診察を行うことが、早期治療につながり、救命率の向上に寄与するものと考えられる。

24 Mollaret 髄膜炎で発症し交通性水頭症をきたした小脳橋角部類上皮腫の

一例

¹ 宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野, ² 宮崎大学病理診断科

河野 朋宏¹, 渡邊 孝¹, 松元 文孝¹, 木脇 拓道², 佐藤 勇一郎², 竹島 秀雄¹

【背景】Mollaret 髄膜炎は、ウィルス感染をはじめとする様々な原因によって引き起こされる再発性無菌性髄膜炎の総称である。類表皮腫も原因の一つであるが、極めて稀であり、その病態は十分に解明されていない。今回我々はMollaret 髄膜炎で発症し交通性水頭症をきたした小脳橋角部表皮腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】64歳女性、約6ヶ月の経過で間欠的に後頸部痛を自覚。左小脳橋角部類表皮腫による無菌性髄膜炎の診断でステロイドを投与し、症状が改善したため経過観察となっていた。その2週間後に意識障害をきたし、抗けいれん薬が開始されたが、進行性に意識状態が悪化し、当院へ搬送された。入院時は交通性水頭症をきたしており、髄液所見は正常で、腰椎ドレナージにより症状は改善した。しかし、その2週間後から間欠的な発熱、後頸部痛と高度な認知機能障害(HDS-R: 9/30)を認め、髄液検査でリンパ球優位の細胞数上昇、蛋白濃度上昇に加え、Mollaret細胞を認めた。そのため、小脳橋角部類表皮腫によるMollaret 髄膜炎と診断し、左外側後頭下到達法で、外視鏡下に類表皮腫の摘出を行った。病理所見は、類表皮腫に合致する所見であり、扁平上皮様細胞はp53がびまん性に陽性でMB-1 index 15.0%と高値であった。摘出術後速やかに髄液所見は正常化した。交通性水頭症の改善はなく、脳室腹腔シャント術を必要とした。認知機能の著明な改善(HDS-R: 26/30)を認め、リハビリテーションを継続している。

【結論】Mollaret 髄膜炎を呈する小脳橋角部類表皮腫では、類表皮腫を摘出することにより良好な予後が期待できるため、早期の診断と治療介入が重要である。

セッション5 (脊椎・脊髄 / 機能的脳神経外科)

25 特発性正常圧水頭症と歯突起後方偽腫瘍を合併した一例

¹ 社会保険田川病院脳神経外科, ² 久留米大学医学部脳神経外科,

³ 医療法人ニューロスパイン うちかど脳神経外科クリニック

高橋 新司¹, 牧園 剛大¹, 村岡 範裕¹, 川場 知幸¹, 内門 久明³, 森岡 基浩²

【背景】高齢者は複数の疾患を併存することが多く、症候が重複する場合鑑別に難渋することがある。特発性正常圧水頭症(iNPH)は認知機能障害、歩行障害、排尿障害を三徴とし、有病率0.9-2.5%程度とされ、脳神経外科外来診療でもしばしば遭遇する。歯突起後方偽腫瘍(ROPT)は稀な疾患でmyelopathyを呈する。ともに歩行障害を来すが、神経診察で鑑別することが可能である。

【症例】頸椎後方除圧術の既往がある70歳女性が他院のもの忘れ外来より正常圧水頭症疑いで紹介となった。認知機能障害、歩行障害、尿失禁の三徴と頭部画像検査possible iNPHと判断してTAPテストを行った。初圧は200mmH₂O、25ml排出し終圧40mmH₂Oで終了した。髄液性状に問題はみられなかった。髄液排出後に認知機能の改善を認めたが、歩行速度が一過性に悪化した。神経診察では下肢優位の腱反射亢進と上肢の巧緻運動障害を認め、頸髄病変が疑われた。頸椎MRIでROPTを認め、probable iNPHおよび頸椎症性脊髄症の診断とした。治療はC1後弓切除術およびVPシャントを一期的に行った。

【考察/結語】iNPHは頸椎脊柱管狭窄とでは75%、頸椎症性脊髄症とでは17.3%合併すると報告されており稀ではないが、ROPTとiNPHの合併は渉猟する限り報告がない。ROPTは中下位頸椎の可動制限に伴う環軸椎関節への過負荷が成因の1つと考えられており、中高年に多いびまん性特発性骨増殖症(DISH)や頸椎術後などでみられる。本症例では髄液排出後に歩行障害が悪化した。髄液排出により脳脊髄液の圧が低下し静脈圧が上昇することによって起こるshunting myelopathyの機序が考えられた。神経診察での矛盾点に着目したことでiNPHにROPTを合併していることを術前に認知できた。特に高齢者を診療する際には、複数の病態が併存していることを念頭に診療する必要がある。

26 再発小脳梗塞の塞栓源となった両側椎骨動脈閉塞症に頸椎前方除圧固定術で治療し得た1例

¹ 福岡大学筑紫病院脳神経外科, ² 医療法人ニューロスパイン うちかど脳神経外科クリニック,

³ 福岡大学筑紫病院脳神経内科

坂本 王哉¹, 内門 久明², 花田 迅貫¹, 井上 律郎¹, 新居 浩平¹, 白川 佐智子³, 竹下 翔³, 津川 潤³, 東 登志夫¹

【はじめに】頸部回旋による椎骨動脈の間欠的閉塞および塞栓により、めまいや時に虚血症状を起こすBow Hunter stroke(BHS)が知られている。今回、頸椎後屈位で両側椎骨動脈圧迫により閉塞を来し、小脳梗塞を繰り返した非常に稀な症例を経験し、治療し得た症例を報告する。

【症例】79歳、男性。2021年X月、X+4ヶ月後に起床時ふらつきを主訴にそれぞれ左小脳梗塞、右小脳梗塞の診断で、明らかな塞栓源はなくアテローム血栓性脳塞栓症の診断で抗血小板療法を行なった。X+9ヶ月後に再度、起床時のふらつきを主訴に両側小脳梗塞の診断で入院となった。CTA,DSAでは両側椎骨動脈閉塞を認めた。頸動脈動態エコーで体位性閉塞が疑われ、動態DSAを再施行した。両側椎骨動脈は頸椎中間・後屈位では閉塞し、前屈位では再開通した。また、deep cervical arteryからの副側血行路がみられた。C5-6骨棘が両側椎骨動脈を圧迫閉塞による塞栓源と診断。抗凝固療法コントロール下に術中アンギオ下に頸椎前方除圧固定術を行った。術後、両側椎骨動脈の閉塞は消失した。術後半年間、再発なく経過している。

【考察】本症例は小脳塞栓性梗塞を3回繰り返した。いずれも起床時発症で、両側椎骨動脈閉塞を起こして血栓を形成し、再開通による塞栓いわゆるtilting BHSを起こしたと考察した。椎骨動脈閉塞の原因である骨棘除圧固定術が再発予防になると考え、両側椎骨動脈の除圧固定術を行った。

【結語】頸椎症が原因の可逆性両側椎骨動脈閉塞症により繰り返す小脳梗塞に対して頸椎前方除圧固定術症例を経験した。

27 左下肢麻痺を呈したL3 椎体骨折に BKP が有効であった一例

¹ 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科, ² うちかど脳神経外科クリニック,

³ 福岡大学脳神経外科

藤原 史明¹, 福田 健治¹, 神崎 由起¹, 林 修司¹, 井上 亨¹, 内門 久明², 安部 洋³

【目的】骨粗鬆症は人口の高齢化に伴い増加している。それに伴う骨粗鬆性椎体骨折は急増し骨折によるQOLの低下や死亡率の上昇が問題となっている。脆弱性椎体骨折による症状は主に腰痛であるが、稀に神経根症状を呈する症例がある。今回我々はOVFIにより神経根症を発症した症例に対して経皮的椎体形成術(BKP)で治療した一例を経験したので報告する。

【症例】76歳、女性 4月上旬に背部痛があり4月下旬頃から左大腿の疼痛も出現し歩行困難になり当院総合内科に紹介となった。MRIで第3腰椎に新鮮椎体骨折の所見があったが腰痛は消失しており、疼痛部位は左大腿前面が著明であったため左大腿神経障害の疑いで当科に紹介となった。神経所見は左大腿前面-膝の感覚障害、疼痛と左腸腰筋、大腿四頭筋にMMT3程度の麻痺を呈していた。CT・MRIでL3椎体骨折に伴う骨片が脊柱管内に突出し、それによる左L3神経根の圧迫所見があり責任病変と診断した。神経所見は改善がなく発症から1ヶ月半で外科治療を行った。L3椎体骨折をBKPで整復することで脊柱管内に突出した骨片を間接的に整復できたことを確認し手術を終了した。術直後から左下肢麻痺と左大腿の疼痛は著明に改善した。

【考察】本症例では骨折により脊柱管内に突出した骨片を間接的に整復することで治療が可能であった。骨折により脊柱管狭窄を呈している症例に対して骨折部を整復することで間接的整復する(Ligamentotaxis)は有効的な治療方法と考える。

28 意識障害を伴う硬膜下血腫を合併した低髄圧症候群

¹ 地方独立行政法人大牟田市立病院脳神経外科, ² 久留米大学医学部脳神経外科
原田 久嗣¹, 矢内 正恒¹, 江藤 朋子¹, 山下 伸¹, 倉本 晃一¹, 森岡 基浩²

【症例】 38歳、男性、2ヶ月前に突然の頭痛にて発症。複数の病院を受診し画像検査を施行されたが異常所見は指摘されず経過観察となっていた。しかしふらつき・嘔気も認めるようになり、再度頭部CT検査を施行、硬膜下血腫を認めたため当院に緊急搬入となった。診察時、意識清明、起立時に増悪する頭痛以外に神経学的異常所見は認めなかった。頭部CTで両側硬膜下血腫、頭部造影MRIで硬膜の造影効果並びに肥厚・下垂体の腫大・脳幹部の扁平化を認め、低髄圧症候群と診断した。脊椎MRIではC1-2レベルでroot sleeve後方部分に髄液漏の所見を認めた。まず臥床安静・補液で症状緩和を図ったが、頭痛は持続、入院7日目にJCS10の意識障害が出現し、頭部CTで両側硬膜下血腫の増大を認めたため緊急で穿頭血腫ドレナージ術を施行した。術直後より頭痛・意識障害は著明に改善し、硬膜下血腫の再発なく経過した。入院8日目のMRIでは入院時MRIで認めていたC1-2レベルの髄液漏所見は縮小傾向、下垂体の腫大や脳幹部の扁平化も改善を認め、入院23日目で自宅退院となった。退院後も症状の再燃なく、画像上も硬膜下血腫や髄液漏の再発はなく経過している。

【考察】 本症例は、当初、低髄圧症候群に対して安静・補液による治療を開始したが経過中に意識障害を来し、血腫の増大を認めたため緊急手術を要した。本症例の病態としては①低髄圧症候群に硬膜下血腫を合併、血腫の増大とともに頭蓋内圧亢進を来し、髄液漏が増加して脳ヘルニアが進行し意識障害を来した可能性、または②髄液漏が安静により改善傾向であったところに血腫による頭蓋内圧亢進を来した可能性が考えられた。硬膜下血腫を合併した低髄圧症候群の治療においてはどちらの病態を先に治療するかは議論されているが、本症例のように保存的治療下で意識障害が進行した場合、緊急の血腫除去術を行う事を念頭に置く必要がある。また頭痛発症後の経過において頭痛の性状より低髄圧症が把握できれば、病態の進行を防げた可能性があったと思われる。

29 small cistern である若年者の特発性三叉神経痛の一例

新武雄病院脳神経外科
馬場 大地, 大中 洋平, 一ノ瀬 誠

はじめに

特発性三叉神経痛は50-60歳代に多く、30歳以下の若年者では稀である。若年者では後頭蓋窩容積および脳槽が狭いことも多く、術前評価での責任血管の正確な同定が困難であったり、狭い空間での手技が制限されるため微小血管減圧術(MVD)が困難であることも少なくない。

今回われわれは、若年者の特発性三叉神経痛に対して微小血管減圧術を行う経験があったので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例

30歳男性。約1年前より右下奥歯の発作的な痛みが生じるようになり、近医歯科を受診。歯科的異常なく、ペインクリニックを受診。特発性三叉神経痛の診断でカルバマゼピン(CBZ)内服が開始された。鎮痛効果あり内服継続されたが、個人の希望で当院を受診。頭部MRIでsmall cisternがみられ、また、右三叉神経に上小脳動脈(SCA)が接している所見があり責任血管と判

定した。次第にCBZの効果が減弱したため、MVDを行った。術野の確保のため腰椎ドレナージで間歇的に髄液を排除しながら行ったが、それでもスペースは狭かった。SCAの圧迫を確認し、テフロンリング・フィブリン糊で転移固定した。また、三叉神経運動枝と感覚枝との間を貫通する静脈があり、これを焼灼切離した。術後より三叉神経痛は消失した。

考察および結語

若年者の特発性三叉神経痛では、MVDによる効果が高齢者に対する成績が劣るとの報告がみられる。これには脳容積の違いにより責任血管の移動に制限があり、術後の癒着も来しやすいことが原因と考えられる。さらにsmall cisternではさらにこの傾向が強くなると推察される。今回、実際に経験した症例では責任血管の移動や処理が可能であり良好な経過を得ることができたが、長期的な効果をみていく必要がある。

30 スプリング状のテフロンを用いた三叉神経痛の一例

¹ 池友会福岡和白病院脳神経外科, ² 新武雄病院脳神経外科, ³ 新行橋病院脳神経外科
梶原 真仁¹, 一ノ瀬 誠², 清澤 龍一郎³, 荒川 溪¹, 三本木 千尋¹, 原田 啓¹,
福山 幸三¹

移動が困難なために手術難易度が高いといわれている。通常のMVDではテフロンフェルトを紐状にして使用するが、BA本幹の場合巻きつける操作が困難である。当院での工夫例を紹介する。

【現病歴】

64歳女性。4年前、左V2領域の電撃痛で前医受診された。頭部MRI検査にて責任血管がBAの左三叉神経痛と診断され内服治療が開始された。当初内服にてコントロール良好であったが、頻度も増加、痛みも増強し食事困難となり当院紹介受診となった。

MRI-FIESTAでは左三叉神経をSCAが頭側からrootを、尾側からBA・AICAがREZを圧迫していた。手術の難易度も高いことが推測され十分なインフォームド Consentの上、手術の方針とった。SCAはテフロンを紐状にして、吊り上げることによりtransposition (TP)した。BA・AICAはテフロンをスプリング様に形成してテントからギャッチアップすることによりTPLした。術後症状は消失し合併症なく自宅退院された。

【考察・結語】

BA本幹が責任血管である、三叉神経痛のMVDを経験した。術前のCTによる動脈硬化の評価は重要であった。今回はテフロンをスプリング様に形成することによりTPできたが、再発のリスクも高いと考えられ、今後も症状の経過観察が必要である。

セッション6 (脳腫瘍1)

31 長期経過観察後に急激に増大した側脳室内膠芽腫の一例

大分大学医学部脳神経外科

麻生 大吾, 川崎 ゆかり, 靱井 泰朋, 秦 暢宏, 藤木 稔

膠芽腫は、脳実質内発生が大半を占め、脳室内での発生は非常に稀である。今回当初は良性腫瘍と考え、長期経過観察の後に急激に増大した側脳室内発生 of 膠芽腫を経験したので報告する。症例は80歳男性。めまい精査で偶発的に認められた15mm大の左側脳室腫瘍に対してX-8年より年に一度のfollow upを施行されていた。X年3月に18mm大へ増大を認めたが無症状であった。X年9月より歩容の悪化、認知機能低下が出現。腫瘍は53mmにまで増大し、造影効果も出現していたため、経皮質到達法で腫瘍を全摘出した。病理組織は、紡錘形細胞が密に増殖する領域が主体で、アストロサイト様の多極性突起を有するやや低異型度の細胞からなる領域、粘液変性を示す腫瘍細胞が主体の領域が混在し、血管周囲性配列及び偽乳頭状の増殖を認めた。微小血管増殖は明らかでなかったが壊死所見、核分裂像も散見され、MIB1抗体陽性率は20%であった。免疫染色で、GFAP陽性、p53陽性、ATRXは変異性の染色を認めず、INI1陽性(発現保持)、IDH1-R132H、シナプトフィジン、CD34は陰性であった。遺伝子解析ではIDH1、IDH2、BRAF、H3F3A、TERT promoterは全て変異を認めなかった。病理診断は膠芽腫であり、後療法としてStuppレジメン(75mg/m²/day, 60Gy/30Fr)を施行した。現在、初期治療終了時点でのMRIで病変の再発は認めず、高次脳機能障害の残存あるも四肢麻痺なく、リハビリテーションを継続とし、今後テモゾロミド維持療法を継続する予定である。本症例は、病理組織として粘液変性所見が目立つこと、偶発的に長期間の画像上の経過観察が可能であったことから膠芽腫として様々な点で非定型的であり、貴重な症例と考えられ、報告する。

32 Extraventricular ependymomaとの鑑別を要したGBMの一例

¹ 福岡赤十字病院脳神経外科, ² 福岡大学医学部脳神経外科, ³ 福岡赤十字病院病理診断科, ⁴ 福岡大学医学部病理学講座, ⁵ 福岡徳洲会病院病理診断科
湧田 尚樹¹, 継 仁¹, 吉岡 努¹, 入江 由希乃¹, 吉永 泰介², 西山 憲一³,
青木 光希子⁴, 鍋島 一樹⁵, 安部 洋²

【症例】70歳、女性。【現病歴】2か月前から認知機能が低下しているように家族が感じていた。20××年4月×日、朝出勤したものの職場で会話が成立せず、当院に救急搬送となった。【既往歴】特記なし。【現症】JCS3、運動性失語優位の失語症状あり。頭部CTで左側頭葉に4cm大の血腫を認め、頭部CT、MRIで右前頭葉にも2cm大の腫瘤影があった。いずれもT2WIで周囲に脳浮腫を認めた。造影MRIで両病変ともにわずかに増強効果を認めるのみで、体幹部CTで腫瘍性病変はなかった。【経過】術前は転移性脳腫瘍や悪性リンパ腫、グリオーマを考えた。発症7日目、開頭手術を施行し血腫を除去すると共に周囲脳組織からも病理検体を採取した。

病理所見ではclear cellが血管周囲偽ロゼットを形成し、核分裂像や壊死もありanaplastic ependymomaを考慮したが、周囲脳組織にびまん性浸潤があり、免疫染色でGFAPやOlig2が陽性でありGBMと診断した。術後、TMZおよび拡大局所放射線治療を開始したが、認知機能の更なる低下や自発性の消失に伴いADLは全介助となった。治療開始20日目、治療を中止した。【考察】extraventricular ependymomaとの鑑別を要したGBMの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

33 脱髄性疾患との鑑別を要したEpstein-Barr Virus関連中枢神経原発悪性リンパ腫の

1例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

渡邊 章二, 比嘉 那優大, 井上 恵理, 牧野 隆太郎, 田中 俊一, 花田 朋子,
米澤 大, 内田 裕之, 花谷 亮典

【はじめに】本邦の中枢神経原発悪性リンパ腫 (Primary Central Nervous System Lymphoma: PCNSL) は免疫不全を合併しない高齢者に多い。今回、全身性エリテマトーデス(SLE)加療中に発症し、tumefactive multiple sclerosis(TMS)を鑑別筆頭としたが、組織生検によりEpstein-Barr virus(EBV)関連PCNSLと診断した症例を経験した。特徴的な経過について文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例はSLEにて免疫抑制剤を長期内服中の40代男性。発熱と意識障害を呈し近医受診。頭部MRIで多発病変を指摘され当科紹介となった。病巣は不均一な造影効果と弱い拡散制限を呈し、灌流は乏しく、一部に出血を伴っていた。TMSを鑑別の筆頭に、脳神経内科での診断的治療も検討したが、感染症や腫瘍性病変を否定する目的で定位生検を行った。術中迅速診断では高度な壊死と炎症細胞浸潤が指摘され、免疫染色にてDiffuse large B-cell lymphoma, non-germinal center B-cell-like typeと診断確定した。EBV-encoded small RNA in situ hybridizationによりEBVの関連が示唆された。体幹に病変は認められず、PCNSLとして血液内科でmethotrexate(MTX)中心の化学療法が行われた。腎機能が悪化したため、全脳照射を追加。外来でチラブルチニブ導入が検討されている。

【考察】本症例はWHO 2016でother iatrogenic immunodeficiency-associated CNS lymphomaに該当し、近年EBV活性機序との関連が注目されている。EBV関連PCNSLは本症例でもみられたように、出血や壊死の合併が多く、MRIで不規則な造影効果を呈する。免疫抑制剤中止後に自然消退する例もあるが、MTX中心の化学療法が行われることが多い。

【結語】本邦で免疫不全に伴うPCNSL患者に遭遇する頻度は少ないが、認識しておくべき病態である。

34 MRIで髄膜腫様の形態を示し、前頭部の巨大皮下腫瘤で見つかった頭蓋円蓋部

リンパ腫の一例

¹ 宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野, ² 宮崎大学医学部病理診断科,

³ 宮崎大学医学部内科学講座血液内科学分野

有川 壮磨¹, 松元 文孝¹, 河野 朋宏¹, 奥山 洋信¹, 牟田 淳一郎¹, 山下 真治¹,
水口 麻子¹, 渡邊 孝¹, 大田 元¹, 横上 聖貴¹, 竹島 秀雄¹, 山下 篤², 盛口 清香²,
前川 和也², 日高 智徳³

症例は66歳女性。元々軽度の精神発達遅滞を指摘されていた。X-1年11月に前頭部が少し突出してきていることに気付いたが、経過観察していた。X年7月に家庭の事情で施設入所し、この頃から前頭部腫瘤の増大を周囲の人に指摘され始めた。X年11月に前頭部の痛みが強くなってきたため近医受診した。頭部MRI検査で頭皮下の2cm厚で、最大径10cm大の腫瘤と頭蓋内へ進展する腫瘍性病変を指摘されたため、X年11月に当科紹介初診となった。造影MRI検査では前頭骨を挟むように頭蓋内外に進展した増強効果をもつ腫瘍性病変であった。頭蓋内病変はdural tail sign様の硬膜増強効果を有し、術前診断はintraosseous meningiomaを考えた。局所麻酔で皮下腫瘤の生検を行い、腫瘍の悪性度によっては骨や硬膜の再建法を検討することとした。病理診断はDiffuse large B-cell lymphomaであった。術後FDG-PETで全身の多発異常集積を認め、化学療法を行なう方針とし血液内科へ転科となった。X年12月よりR-CHOP療法を開始、皮下腫瘤は経時的に縮小し、近医へ転院し、化学療法を継続している。

頭蓋内外へ進展する悪性リンパ腫の腫瘍性病変の報告は稀であるが、通常の中樞神経原発の悪性リンパ腫に比較して、緩徐進行性であるため、多くは術前画像診断で髄膜腫を疑われている。このため術後病理診断で悪性リンパ腫と診断され化学療法を行われた報告が殆どである。今回我々は生検で診断がつき、化学療法のみで前頭部腫瘤が改善した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

35 Ewing肉腫の頭蓋内硬膜転移の一症例

九州労災病院脳神経外科

田中 俊也, 田代 洸太, 芳賀 整

【はじめに】Ewing肉腫は小児や若年者で発症することが多い悪性骨腫瘍であり、発生部位としては下肢の長骨に最も多く見られる。転移好発部位として肺、脊椎を含む骨、骨髄が大部分を占め、中枢神経系への転移は稀である。今回我々は後頭葉表面の硬膜に発生し後頭骨破壊像や上矢状静脈洞内浸潤を呈したEwing肉腫の硬膜転移の一例を経験したので報告する。

【症例】症例は44歳男性。3年前に腎原発Ewing肉腫に対し手術、化学療法、および放射線治療を施行された。今回、頭痛を主訴に当院を受診した。受診時、頭痛と左上1/4の視野狭窄を認め、頭部CT、MRIで右後頭頭頂葉表面髄外に7cm大の腫瘍性病変を認めた。また後頭骨の破壊像を伴い、上矢状静脈洞内へ浸潤していた。不均一な増強効果を伴っており、脳血管造影検査にて中硬膜動脈からの腫瘍濃染像を認めた。Ewing肉腫の硬膜転移の術前診断にて腫瘍塞栓術を施行後、開頭腫瘍摘出術を施行し、上矢状静脈洞内に浸潤する部分を除き大部分を摘出した。病理組織検査ではEwing肉腫の硬膜転移の診断であった。術後、頭痛は消失し、視野狭窄も改善傾向を示した。

【考察】Ewing肉腫はCNSにも転移することがあるが6%程度と稀であり、その転移様式には頭蓋骨からの直接転移と血行性転移が挙げられる。また悪性腫瘍の硬膜転移はCNS転移の9%を占めており、乳癌、前立腺癌、メラノーマなどの腫瘍が硬膜転移を起こすことがあるが、Ewing肉腫の硬膜転移はほとんど報告されていない。本症例は病理組織検査の結果Ewing肉腫の転移と診断され、骨転移としては骨破壊像が軽微であり所見が合わず脳実質との境界は明瞭であったため硬膜転移の診断となった。

【結語】非常に稀な疾患であるEwing肉腫の硬膜転移の一症例を経験した。術前の画像所見は髄膜腫と類似していたが、治療方針も異なるため鑑別が重要である。本症例の画像所見、病理所見を提示し、文献的考察を加えて報告する。

36 肺腺癌の松果体転移を認めた1例

- ¹ 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座, ² 熊本大学病院病理診断科・病理部,
³ 熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学講座,
⁴ 熊本大学大学院生命科学研究部呼吸器内科学講座
合原 大騎¹, 篠島 直樹¹, 吉井 大貴², 植川 顕¹, 上谷 浩之³, 高木 僚⁴,
三上 芳樹², 平井 俊範³, 武笠 晃丈¹

松果体腫瘍の生検から肺腺癌が発覚した症例を報告する。

症例は82歳男性。膀胱癌の既往あり。歩行時ふらつきで近医受診し頭蓋内腫瘍が認められ当科紹介。来院時JCS0、HDS-R28/30点、パリーノ徴候あり。四肢麻痺や小脳失調認めないが歩行障害を認めた。尿失禁なし。腫瘍マーカーは扁平上皮癌で特異的なCYFRAの軽度上昇を認める以外は異常無し。頭部造影MRIで松果体部に一部出血成分を伴う増強効果のある境界明瞭な分葉状の腫瘍と、中脳水道閉塞による水頭症があり歩行障害の原因と考えられた。その他、頭蓋内造影病変なし。鑑別診断としてPPTIDなど松果体実質性腫瘍、グリオーマを考えた。内視鏡下生検術及び第三脳室底開窓術を施行し、歩行障害は改善。病理組織では核形不整、核の大小不同、核分裂(20-30個/10HPF)のほか、腫瘍細胞は一部乳頭状ないし篩状に増殖していた。免疫組織学的にはGFAP、Synaptophysin、chromogranin A、尿路上皮マーカーであるp63、GATA3や腸型分化を示すマーカーCDX2はすべて陰性であった。CAM5.2がびまん性に陽性で、上皮系マーカーEMAが大部分で陽性で癌腫が考えられた。肺腺癌や甲状腺マーカーであるTTF-1がびまん性に強陽性、甲状腺マーカーのPAX8は陰性であった。これらの結果から肺腺癌の転移が考えられ全身造影CTを施行。右下葉S6にコンソリデーションと、縦隔肺門部と鎖骨下リンパ節、右副腎に転移を認めた。以上より右下葉腺癌を原発とする全身転移(松果体部、右副腎、縦隔肺門リンパ節、鎖骨下リンパ節)の診断となった。

松果体部転移は非常に珍しく2005-2008年全国脳腫瘍統計では松果体への転移は0.3%(11例/3200例)である。またこれまで英文報告は47例ありそのうち松果体部転移で見つかったケースは23例であった。本症例のように松果体部に単発で見つかる転移例はまれであり文献的考察も加えて報告する。

セッション7 (脳腫瘍2)

37 40年の経過で悪性転化を来したdysembryoplastic neuroepithelial tumorの1例

¹ 九州大学大学院医学研究院脳神経外科,

² 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学

溝邊 真由¹, 藤岡 寛¹, 尾辻 亮介¹, 野口 直樹¹, 三月田 祐平¹, 下川 能史¹,
空閑 太亮¹, 木下 伊寿美², 中溝 玲¹, 吉本 幸司¹

【初めに】Dysembryoplastic neuroepithelial tumor(DNT)はてんかんの原因となるWHO grade 1の良性腫瘍であり、悪性転化することは極めて稀である。今回我々は40年の経過で悪性転化を来したDNTの症例を経験したため報告する。

【症例】症例は41歳女性。1歳時にてんかんに発症し、4歳時頭部CTで左前頭葉に低吸収を示す病変を指摘された。てんかんのコントロール不良で7歳時に開頭腫瘍摘出術が施行された。その際の診断はneurocyoma(後にDNTと診断)であり、術後にてんかんのコントロール可能であった。20歳時に摘出腔内に増強病変出現し、再手術を行いDNTの再発の診断となった。25歳時にも再発し再手術を施行した。その後も当科で加療を継続していたが、41歳時再度摘出腔に増大傾向にある増強病変の出現を認め、再手術を行った。病理組織学的には典型的なDNTの組織に加え、以前の組織には認めなかった多核細胞を伴った未分化な腫瘍細胞の増生を部分的に認め、一部でMib-1 index 15%と上昇し悪性転化を疑う所見であった。分子遺伝学的には増強病変において Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification 法により FGFR1 TKD duplicationを確認できた。増強病変は全摘出されており、慎重に経過観察の方針としたが、術後2ヶ月後のMRIで増強病変が出現しており、再度摘出を行った。

【考察】FGFR1変異はDNTの60%程度に認めると言われ、悪性転化を来した本症例でも確かめられた。DNTの悪性転化は現時点までに10数例報告されるのみであり、極めて稀である。本症例に新たな分子遺伝学的な考察を加え報告する。

38 若年成人に生じ、急速な増大を示した分化傾向に乏しい後頭骨肉腫の1例

¹ 佐賀県医療センター好生館脳神経外科, ² 佐賀県医療センター好生館病理診断科

古賀 文崇¹, 原田 亜由美¹, 横溝 明史¹, 井戸 啓介¹, 増田 正憲², 森 大輔²,
松本 健一¹

【背景】若年成人の後頭骨に生じ、短期間に急速な増大を示す肉腫の一例を経験した。稀な腫瘍であり文献的考察を加えて報告する。

【症例】生来健康な25歳男性。20XX年X月に左後頭部腫瘤を自覚し当院神経内科を受診。CTで左後頭骨に腫瘍性病変を認め当科紹介。同病変は溶骨性変化を伴い小脳の圧排で軽度の水頭症をきたしていた。MRIでは境界明瞭な分葉状腫瘤で、T1WI低信号、T2WI - FRAIR高信号を示し、造影では不均一な強い増強を呈した。硬膜の連続性はあると思われた。造影CTで左後頭動脈と左椎骨動脈筋肉枝から栄養血管が多数見られた。脳血管撮影でも同様で極めて強い腫瘍濃染像を示し

た。全身検索で他病変の指摘はなく腫瘍マーカーはいずれも陰性であった。術前診断は solitary fibrous tumor(SFT)やLangerhans cell histiocytosis、髄膜種、悪性骨軟部腫瘍などが鑑別に挙げられた。治療は腫瘍血管塞栓術後に摘出術を行い病理診断結果で後療法も検討の方針とした。待機手術予定だったが、経過観察のMRIにて約1週間の経過で腫瘍増大と水頭症増悪がみられ、準緊急で腫瘍塞栓および摘出術を施行した。病理検査では類円形非上皮様細胞が束状に増生し、一部staghorn様の拡張血管も見られた。SFTが疑われたが、免疫染色ではCD34(-)STAT(-)の所見で、外部コンサルトにて分化傾向に乏しい肉腫の診断となった。希少腫瘍であり遺伝子パネル検査ではBRAF V600Eの変異が検出された。若年者に生じた分類不能の肉腫であり肉眼的全摘出は行ったが、後療法は必須と判断し他院腫瘍内科にて放射線化学療法を施行中である。

【考察】日常臨床でも稀に悪性骨軟部腫瘍に遭遇し、後療法選択など脳神経外科単独では困難に直面することもある。本例では他院腫瘍内科に紹介し後療法を施行している。標準治療終了後には遺伝子パネル検査結果に基づき分子標的治療を行うことも想定される。

39 術中迅速診断が困難であった脊髄に発生した Granular cell astrocytoma の一例

¹ 長崎大学医学部脳神経外科, ² 佐世保市総合医療センター 病理診断科,

³ 医療法人社団慶仁会川崎病院脳神経外科

小川 由夏¹, 日宇 健¹, 林 洋子², 塩崎 絵理¹, 近松 元気¹, 松尾 彩香¹,
吉村 正太¹, 馬場 史郎¹, 氏福 健太¹, 吉田 光一¹, 角田 圭司³, 出雲 剛¹,
松尾 孝之¹

【緒言】Granular cell astrocytomaはGlioblastomaの亜型に分類される浸潤性高悪性度の稀な腫瘍で、大脳半球の症例が多く脊髄の報告は非常に少ない。【症例】15歳女性。半年前からの頸部や背部の痛みを主訴に近医を受診後、当科紹介。MRIでTh4-5に辺縁が造影される胸髄髄内腫瘍を認め、椎弓根の菲薄化、腫瘍の上方には空洞を認めた。腫瘍の形態から上衣腫が疑われ、手術を行なった。腫瘍は淡黄色調、境界は不明瞭で、術中迅速診断では顆粒細胞腫が鑑別に挙がるもその他明らかな悪性所見は指摘されず、計3回異なる部位から標本を提出したが結果は同様であった。永久標本では免疫染色にてGFAP(+), S-100(+), Olig-2(+), Ki-67: 2.4%であり、最終的にGranular cell astrocytomaの診断となった。術後MRIでは腫瘍は亜全摘出されており脊髄空洞症の改善も認めた。リハビリ転院を経て自宅退院後、外来にてテモゾロミド内服および局所放射線療法(46Gy/23fr.)を行った。3か月後のMRIでは残存病変の明らかな拡大は認めていない。がん遺伝子パネル検査を実施予定である。【考察】Granular cell astrocytomaは稀な腫瘍で、脊髄に発生した症例は特に稀少である。病理診断では顆粒細胞腫との鑑別が重要となる。今回われわれは、術前画像や術中迅速病理において診断に苦慮したGranular cell astrocytomaの稀な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

40 難治性てんかんで発症し長期経過で増大をきたした小児前頭葉腫瘍

産業医科大学脳神経外科

井上 雅皓, 長坂 昌平, 佐藤 甲一郎, 野村 得成, 岡野 琳太郎, 篠原 諄,
鳥居 里奈, 鈴木 恒平, 高松 聖史郎, 梅村 武部, 齋藤 健, 中野 良昭,
山本 淳考

症例は11歳男児。X-7年に繰り返す眼球偏位、口角のぴくつき、反応低下でてんかんが疑われ、脳波検査で左前頭部に棘波を認めたが頭部MRIで異常は指摘されなかった。抗痙攣薬の内服を調整するも治療に難渋した。X年に発作が連日出現し前医で頭部MRI施行、左前頭葉に腫瘍性病変を認め当院紹介。頭部MRIで嚢胞を伴い、T1WIで一部高信号、T2WIで低信号で造影効果のある石灰化を伴う腫瘍性病変を認めた。術前診断では神経膠腫、髄膜腫、SFTなどを鑑別に挙げ開頭腫瘍摘出術を行った。術中所見では比較的境界明瞭な部分と一部脳実質へ浸潤する柔らかい腫瘍であり、一部に砂粒状の石灰化を認めた。腫瘍は可及的に摘出された。病理組織学所見では、石灰化を伴う乏突起膠腫様の細胞形態を示し、壊死領域や微小血管の増殖は認めないものの、mitosisが散見された。免疫学的所見ではolig2(+),CD34(+),IDH-1(-),H3K27me3(-)で1p19q共欠失(-)であり、当院最終病理診断ではPolymorphous low-grade neuroepithelial tumor of the young(PLNTY)が疑われたが、現在、遺伝子解析待ちである。術後から発作は著明に減少し、後療法は行わず状態は安定している。

PLNTYはpediatric-type diffuse low-grade gliomaとして2021年から分類されたgrade 1の腫瘍である。若年に多く、嚢胞や石灰化を伴い、てんかんを主症状とし、病理所見では乏突起膠腫様細胞でCD34(+)となる。分子遺伝学的にはBRAFやFGFRなどを含むMAPK経路の異常を認めることが知られている。また、神経節膠腫、多形黄色星細胞腫、胚芽異形成性神経上皮腫瘍などの長期てんかん関連腫瘍のひとつとして考えられているが、他の腫瘍と異なる点も多く、初発時の病理学的所見と長期予後は不明である。CNS WHO grade 1に分類されるPLNTYではあるが、本症例のように7年の経過で腫瘍が増大してくる可能性があり、術後慎重な経過観察が必要である。

41 吸収性コラーゲン人工硬膜(DuraGen®)での硬膜再建後に硬膜外水腫を形成した 2例

久留米大学医学部脳神経外科

佐竹 幸輝, 橋本 彩, 吉武 秀展, 音琴 哲也, 小牧 哲, 坂田 清彦, 中村 英夫,
森岡 基浩

【はじめに】開頭手術において吸収性コラーゲン人工硬膜(DuraGen®)は硬膜欠損部に留置するのみで縫合する必要はないと言われているが、構造がスポンジ状シートであり硬膜の吊り上げが困難で術後硬膜外水腫・血腫の合併症の問題が報告されている。今回、髄膜腫に対しDuraGen®で硬膜再建を行い、術後に硬膜外水腫を合併した2例を経験したので報告する。

【症例1】47歳女性。左前頭円蓋部髄膜腫に対し開頭腫瘍摘出術を施行(Simpson grade)。術数日後に右上肢の巧緻性低下があり術後7日目のMRIで20mmの硬膜下水腫を認めたため穿頭ドレナージ術を施行した。術中、水腫内を軟性内視鏡で観察を行うとDuraGen®での硬膜形成は良好であ

ったが、外側に被膜形成しておりその間に硬膜外fluid貯留を認めた。術後に症状は改善し、その後は硬膜外fluid貯留を認めず自宅退院となった。

【症例2】71歳男性。20年前に傍矢状洞部髄膜腫に対して腫瘍摘出術施行。1年前より左下肢の脱力及び左顔面麻痺が出現。頭部MRIで両側前頭円蓋部に多発性髄膜腫を認めており、開頭腫瘍摘出術を施行。退院後7日目に両眼瞼の腫脹を認め当科外来受診し、CTで35mmの硬膜外水腫を認めており、その後も増大傾向であったため当科入院となった。脳槽造影を施行したところ僅かに24時間後のCTで硬膜外水腫のdensityの上昇を認めたが、経時的に硬膜外水腫は自然縮小かつ無症候性であったため経過観察とした。

【考察】DuraGen[®]は1週間程度で線維芽細胞の増生、4~6ヶ月で硬膜用組織に置換され自家組織の代用となりうる素材とされている。DuraGen[®]の使用により骨膜弁などの自家組織採取が必要なく、また縫合が不要なことで手術時間の短縮にも繋がる利点がある。しかし、本症例のように脳表に留置するだけでは術後に硬膜外水腫を認めたという報告が散見される。本症例の形成機序と予防法について考察する。

42 ガンマナイフ治療後の晩期障害として放射線誘発性海綿状血管腫を認めた

一例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

植木 航, 上田 隆太, 後藤 智明, 加治 正知, 天達 俊博, 水上 秀紀, 山村 理仁,
鈴木 和貴, 山城 重雄

【背景】脳動静脈奇形に対するガンマナイフ治療は標準的な治療の1つであるが、その晩期障害として放射線誘発性腫瘍や慢性被包化拡張性血腫等が報告されている。今回、ガンマナイフ照射17年後に照射部位近傍に血腫主体の腫瘍性病変を認めて左上下肢麻痺をきたした症例を経験したため報告をする。

【症例】59歳女性。17年前に右前頭葉脳動静脈奇形 (spetzler-martin分類 grade 1)に対して当院でガンマナイフ治療を行い、5年後の脳血管撮影検査で nidusの完全消失を確認して以降は外来が中断されていた。半年前より左不全麻痺が徐々に進行して精査したところ右前頭葉に強い脳浮腫を伴う3cm大の腫瘤性病変を認めた。術前診断は放射線誘発性腫瘍 (海綿状血管腫)と考えられ、症状改善のため開頭腫瘍摘出術を施行した。術中所見としては閉塞した脳動静脈奇形の栄養枝下に周囲が皮膜に囲まれた暗赤色の器質化した血腫成分主体の腫瘤性病変を認めた。腫瘍は顕微鏡観察下で一塊にして全摘出した。病理所見としては血管内皮細胞により被覆されている不規則に拡張した大小の血管の増生を含んだ肉芽組織であったことから放射線誘発性腫瘍 (海綿状血管腫)と診断した。術後は脳浮腫が改善、左上下肢麻痺は完全に回復し mRS 1で自宅退院となった。

【考察】本症例は、強い浮腫を伴う病変に対して摘出術を施行して症状の改善が得られた。また、病理所見では腫瘍内部に海綿状血管腫成分を含んでおり、放射線誘発性腫瘍 (海綿状血管腫)と診断した。今回の経過のようにnidusの完全消失を確認しても定期的に経過観察が必要と思われる。

セッション8 (脳腫瘍3)

43 著明な石灰化を伴った下垂体黄色肉芽腫の一例

¹ 琉球大学医学部脳神経外科, ² 沖縄リハビリテーション福祉学院 作業療法学科,

³ 群馬大学医学部脳神経外科

小山 玲奈¹, 外間 洋平¹, 西村 正彦², 登坂 雅彦³, 石内 勝吾¹

【症例】50歳女性

【主訴】倦怠感、眠気、めまい

【現病歴】来院3か月前に胃のむかつき、起床時の倦怠感、眠気、めまいを自覚され前医を受診し、頭部MRIでトルコ鞍部に腫瘍性病変を認め、二次性副腎機能不全の診断となった。トルコ鞍部腫瘍に対して精査加療目的に当院紹介となった。

【経過】画像精査では周囲に著明な石灰化を伴った腫瘍で、頭蓋咽頭腫が鑑別としてあげられた。VEPのモニタリングを併用しながら、経鼻内視鏡下腫瘍摘出術を施行したところ術後は尿崩症、電解質異常は認めず、ヒドロコルチゾン15mg、デスモプレシン酢酸塩水和物60 μ g内服で全身状態は安定し、術後12日目に自宅退院した。術後3か月後の画像所見では、外殻の残存はあるものの腫瘍内部は摘出され、再発は認めていない。視野検査評価では右側の視野狭窄の改善を認めた。

【考察】トルコ鞍部黄色肉芽腫は非常に稀な脳腫瘍の一種であり、頭蓋咽頭腫、ラトケ嚢胞との鑑別が難しいことが知られている。症状として視野欠損、内分泌障害を呈することが多い。画像所見上はT1高信号、T2低信号が大多数で腫瘍内部や辺縁が不均一に造影されることに加えて、石灰化はあまり顕著でないこと、海綿静脈洞浸潤欠如などが黄色肉芽腫を疑う所見とする報告もある。本症例は症状や病理所見は黄色肉芽腫として矛盾しない所見ではあったが、腫瘍本体、外縁ともに強い石灰化を伴っていた。石灰化を伴う症例もいくつか報告があり、石灰化があることが黄色肉芽腫を否定する要因にはならないと考えられる。VEPモニタリングは、視神経温存を促進した安全な手術が可能となる。当院で経験した下垂体黄色肉芽腫の一例について報告する。

44 口蓋裂と錐体骨先端部の骨形成異常を伴った頭蓋底成熟奇形腫の1例

福岡大学医学部脳神経外科

鈴木 皓一郎, 榎本 年孝, 竹山 龍平, 小田 一徳, 吉永 進太郎, 河野 大,

福本 博順, 小林 広昌, 森下 登史, 竹本 光一郎, 安部 洋

【背景】

成熟奇形腫は、頭蓋内胚細胞腫瘍の1種であり、発生頻度は脳腫瘍の0.2%とされている。今回、口蓋裂を合併した頭蓋内成熟奇形腫の一例を経験したので報告する。

【症例】

34歳女性、X-2日から頭痛・嘔気が出現し、症状が増悪傾向で体動困難となったため近医へ救急搬送された。頭部MRIでは小脳橋角部から TENT 上に進展する大型の腫瘍を認め、小脳・脳幹

の圧排が著明であった。中脳水道閉塞による閉塞性水頭症を呈しており、精査加療目的に当科へ紹介された。神経学的脱落症状は認めず、画像所見ではCTで腫瘍の大部分が低吸収を呈していた。MRIでは分葉状の腫瘍を認めそれぞれ腫瘍の信号は異なっており、ガドリニウム造影では腫瘍の一部に造影効果を認めた。腫瘍内容物は、脂肪を含め多様な成分をもつと思われたため成熟奇形腫が疑われた。また、錐体骨先端部の骨形成異常を伴っていた。閉塞性水頭症に対して脳室外ドレナージ術を施行した。その後combined transpetrosal approach + retrosigmoid approachを行い腫瘍を摘出した。腫瘍の前方は暗赤色の嚢胞性腫瘍、中央部分は黄色の脂肪組織と黄褐色や暗赤色を呈する成分が確認され、腫瘍被膜を切開すると内部から黄褐色の半固形物が流出した。内減圧を行いつつ腫瘍を摘出し、脂肪成分については温存した。病理所見では、腫瘍に悪性成分はなく成熟奇形腫の所見であった。

本症例は出生時に口蓋裂を指摘され手術加療が行われていた。口蓋裂と錐体骨先端部の骨形成異常を伴った頭蓋内成熟奇形腫は比較的稀であり、文献的考察を加え報告する。

45 右錐体骨破壊をきたした顔面神経鞘腫の1例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座
佐々木 謙輔, 井上 博貴, 竹崎 達也, 武笠 晃丈

顔面神経鞘腫は稀な疾患で、良性腫瘍だが根治性と機能温存の観点から、治療に難渋するケースが多い。外科的治療のほか放射線療法や経過観察なども含めて、総合的に治療法を選択する必要がある。今回我々は錐体骨を破壊し中頭蓋窩を占拠する巨大な顔面神経鞘腫の症例を経験したので報告する。症例は43歳女性、既往歴は特になし。10年程前に右顔面の動きが悪い時期があったが自然軽快した。検診で右聴力低下を指摘されその後右耳鳴が出現したため近医を受診した。右中頭蓋窩を占拠する嚢胞性腫瘍を指摘され、精査加療のため当院に紹介となった。初診時、右聴力低下の自覚はなかったが聴力検査では4分法で右22.5dB、左10dBであった。House-Brackmann grade IIの顔面神経麻痺を確認した。頭部CT・MRIでは右錐体骨・乳突蜂巣を破壊して中頭蓋窩を占拠し、内耳道拡大・顔面神経管拡張を伴って内耳道から右小脳橋角部に突出する硬膜外腫瘍を認めた。造影すると多房性の嚢胞性腫瘍で灌流の上昇を認めた。以上より顔面神経由来の神経鞘腫と診断した。加療希望があり、顔面運動及び聴力の機能温存を目的とした摘出術を計画した。手術は側頭開頭の後、中頭蓋底硬膜外に腫瘍を認め、腫瘍皮膜を小塊に分けて切除した。錐体骨側蝸牛や半規管などの構造物を温存し、NIM刺激にて膝神経節を同定、機能温存に努めて腫瘍を摘出した。内耳道上壁を削開して内耳道内から脳槽に突出した腫瘍を確認し、脳槽内腫瘍の減圧も行った。内耳道、錐体骨、中頭蓋窩の再建を行い手術を終了した。術後、耳鳴は残存したが顔面運動と聴力は術前と著変なく、髄液漏などの合併症も認めなかった。自宅退院後、術前同様に職務復帰している。これまで顔面神経由来の神経鞘腫は全摘出後に神経再建を行うことが多かったが、顔面神経機能の改善には限界があった。現在は定位放射線治療と組み合わせ、機能温存を主体とする治療方針で良好な結果が得られたとの報告も見られる。文献的考察を加え報告する。

46 顔面痙攣のみで発症した後頭蓋窩小脳テント髄膜腫の1手術例

¹ 九州労災病院門司メディカルセンター脳神経外科,

² 脳神経センター大田記念病院脊椎脊髄外科, ³ 産業医科大学脳神経外科

橋田 篤知¹, 武田 康¹, 清野 純平², 太田 浩嗣¹, 山本 淳考³

脳神経外科医が携わる顔面痙攣の多くは、顔面神経と周囲の血管、もしくは腫瘍性病変による圧迫により生じるが、離れた病変が小脳を圧排し間接的に顔面神経と周囲の構造物が接することで生じることもある。今回、顔面痙攣のみで発症した後頭蓋窩小脳テント髄膜腫を経験した。

症例は68歳女性。2週間前より右眼瞼及び頬に痙攣を自覚し受診。他に脱落所見は認めなかった。頭部MRIで、後頭蓋窩静脈洞交会部に接する周囲浮腫を伴う45mm大の髄外腫瘍性病変を指摘、第4脳室、中脳水道、及び右小脳橋角部脳槽の狭小化と軽度の水頭症を伴い、小脳扁桃も下垂していた。造影MRIで境界明瞭で増強され、小脳テント上に進展していた。脳血管造影検査でPosterior meningeal arteryより著しい腫瘍濃染を認めた。術前診断では、髄膜腫を考え、腫瘍栄養血管塞栓術後に、右後頭下開頭腫瘍摘出術を行った。腫瘍は乳白色、弾性硬で内減圧を加え肉眼的全摘出した。病理診断はTransitional meningioma, WHO grade I。術後より右顔面痙攣は軽快し、MRIで小脳橋角部脳槽の狭小化は改善、顔面神経と前下小脳動脈や周囲構造物との接触は指摘されなかった。

本症例は、静脈洞交会部テント髄膜腫により小脳が圧排され小脳橋角部脳槽が狭小化し、間接的に顔面神経が前下小脳動脈に圧迫されることで顔面痙攣が生じていたと考えた。また、顔面痙攣が出現するまでは無症候性と考えられ、周囲浮腫を伴う45mm径のテント髄膜腫が、局所症状なく経過していたことは稀と考えられ報告した。

47 NIMによる舌下神経モニタリングが有用であった頭蓋頸椎移行部髄膜腫の一例

¹ 新小文字病院脳神経外科, ² 新武雄病院脳神経外科, ³ 池友会福岡和白病院脳神経外科

日高 陽介¹, 駒谷 英基¹, 押方 章吾¹, 藤原 誠人¹, 一ノ瀬 誠², 福山 幸三³,

原田 啓³

はじめに: 頸髄まで進展するような大きな頭蓋頸椎移行部髄膜腫では、術後に舌下神経麻痺を来す危険性がある。術中モニタリングシステム(NIM)により、術中舌下神経の同定ができ術後神経損傷の回避に有用であった一症例を経験したので報告する。

症例提示: 66歳女性。

既往歴: 本態性高血圧、耐糖能異常、甲状腺機能低下症、高度肥満(BMI 33.9)、頸椎脊柱管狭窄症
起床時の両上肢のこわばり感と後頸部から後頭部痛、嚥下障害にて脳神経外科受診。頭蓋内精査にて斜台から大後頭孔、上位頸髄にかける脳腫瘍が認められた。腫瘍により脳幹、頸髄の前方からの圧迫所見が著明であった。術中モニタリングは舌前2/3に針電極を刺入しNIM responseを使用した。Left transcondylar fossa approach、C1 Laminectomy + C2 partial Laminectomy にて腫瘍摘出術を行った。舌下神経の一部は腫瘍により全周性に陥入し

ており、走行の同定が困難であった。術中NIM responseを使用することにより神経の走行を同定が可能となった。腫瘍被膜から陥入した舌下神経を剥離ができ、腫瘍を全摘出した。術後、舌下神経麻痺や他の神経学的脱落症状出現なく経過し自宅退院となった。

考察:Nerve Integrity Monitoring(NIM)TM システムは顔面神経の機能保存を目的に1986年に制作された術中神経モニタリングシステムである。筋収縮反応を音に変換できるため、聴神経腫瘍手術や甲状腺腫瘍手術など、術野から直接筋収縮反応が見えない部位のモニタリングが音を聞くことでできることである。本症例においても舌下神経を同定しモニタリングを行いながら摘出することができた。

結語:頭蓋頸椎移行部髄膜腫に対してNIM responseを用いた腫瘍摘出術の報告を行った。NIM responseは術中神経走行の同定に有効であり、神経温存の有用性が高いと考えられた

