

ご 案 内

1. 参会受付

石川県立音楽堂 B1 階交流ホール受付にて 7 月 27 日(金)8:30 より、参会受付を行います。名札の記載事項をご確認の上、参会費 13,000 円 (JNEF10,000 円 + 同時通訳研修 3,000 円) を添えて受付にご提出下さい。

2. グループ分け

Trainee の先生方のグループ分けを致します。オリエンテーション、説明に従って研修を行っていただきます。同時通訳研修は、会場の同時通訳ブースで行います。

3. Ken's Award

日英同時通訳の評価点で最高点の先生には“Ken's Award”が贈られます。

4. 会長賞

英日同時通訳の評価点で最高点の先生には会長賞が贈られます。

5. 表彰式・懇親会のご案内

7 月 27 日(金) 19:00 より、学会場にて表彰式と懇親会を開催致します。皆様のご参加をお待ち申し上げます。

同時通訳研修グループ分け(敬称略)

番 号	Group A	Group B	Group C	Group D
1	木下 祐介	斉藤 敦志	樋口 芙美	丹羽 愛知
2	竹内 幹伸	立石 健祐	田中 一寛	旭 雄士
3	青山 正寛	松原 鉄平	高安 武志	北本 昂大
4	中富 浩文	新田 雅之	吉田 陽一	****
Trainer	中村 聡	遠藤 俊毅	宮原 孝寛	松山 純子
	棗田 学	下地 一彰	樋口 佳則	徳川 城治
	黒川 龍	竹中 勝信	近 貴志	朴 在鎬

【 注 意 】

グループを A, B, C, D の 4 グループに分けています。各 Trainee には、1 から 4 まで番号をふっています。Time Table の「各グループ 1」は、A-D それぞれのグループの 1 番の方が担当という意味です。各 Trainee は Trainer とペアでブースに入って頂き、指示に従ってください。他の担当者はブース近くのテーブルで同時通訳を聞きながら待機して下さい。

通訳中は自分の個人札(事務局で用意します)をブースの窓に掲示して下さい。

今年は、同時通訳団のメンバーにも Trainee として参加して頂きます。Trainer の先生方は、タイムテーブルに「通訳団」とある演題の同時通訳を、他の Trainer と調整しながらご担当下さい。Trainer の同時通訳に対する採点は致しません。

事務局より：このプログラム中の氏名は敬称略とさせていただきます。ご了承下さいますようお願い申し上げます。

Time Table

7月27日(金)

Time	Session	No	Speaker	同時通訳	日⇄英
8:30	受付開始				
9:00	同時通訳オリエンテーション				
9:15	教育講演 1	EL-1	植村研一		
9:45	同通研修	SI-1	笹川泰生	グループ全員	日→英
10:05	Advice time				
10:15	JNEF Opening address		Takuya Akai		
10:20	Vascular 1	1	Yusuke Kinoshita	各グループ 1	英→日
10:30		2	Kodai Kitamoto	各グループ 2	英→日
10:40		3	Taku Shigeno	各グループ 3	英→日
10:50		4	Aichi Niwa	各グループ 4	英→日
11:00		5	Takahiro Murata	各グループ 1	英→日
11:10	Vascular 2	6	Atsushi Saito	各グループ 2	英→日
11:20		7	Yoichi Yoshida	各グループ 3	英→日
11:30		8	Osamu Nagano	各グループ 4	英→日
11:40		9	Chie Mihara	各グループ 1	英→日
11:50		10	Teppey Matsubara	各グループ 2	英→日
12:00	Break				
12:10	ランチョンセミナー	LS-1	飯田幸治	通訳団	日→英
12:55	JNEF 世話人会/Break				
13:25	Spine	11	Takahiro Miyahara	各グループ 3	英→日
13:35		12	Mashiro Aoyama	各グループ 4	英→日
13:45		13	Satoshi Nakamura	各グループ 1	英→日
13:55		14	Mikinobu Takeuchi	各グループ 2	英→日
14:05	特別講演 1	SL-1	中川 衛	通訳団	日→英
14:40	Tumor 1	15	Fumi Higuchi	各グループ 3	英→日
14:50		16	Takeshi Takayasu	各グループ 4	英→日
15:00		17	Hirofumi Nakatomi	各グループ 1	英→日
15:10		18	Yoshinori Higuchi	各グループ 2	英→日
15:20	Tumor 2	19	Manabu Natsumeda	各グループ 3	英→日
15:30		20	Masayuki Nitta	各グループ 4	英→日
15:40		21	Kensuke Tateishi	各グループ 1	英→日
15:50		22	Kazuhiro Tanaka	各グループ 2	英→日
16:00	Break				
16:10	Tumor 3	23	Junko Matsuyama	各グループ 3	英→日

16:20		24	Yasuo Sasagawa	各グループ 4	英→日
16:30		25	Soichi Oya	各グループ 1	英→日
16:40		26	Kohei Fukuoka	各グループ 2	英→日
16:50	Pediatrics, Function	27	Kazuaki Shimoji	各グループ 3	英→日
17:00		28	Hitoshi Yamahata	各グループ 4	英→日
17:10		29	Takashi Asahi	各グループ 1	英→日
17:20		30	Takeshi Kondoh	各グループ 2	英→日
17:30	特別講演 2	SL-2	齋藤中哉		
18:15	イブニングセミナー	ES	桑山直也	通訳団	日→英
19:00	表彰式・懇親会				

7月28日(土)

Time	Session	No	Speaker	同時通訳	日⇄英
9:00	教育講演 2 同通研修	EL-2	名取良弘	グループ全員	日→英
9:45	Advice		藤巻高光		
10:00	同通研修	SI-2	竹中勝信	グループ全員	日→英
10:20		SI-3	近 貴志	グループ全員	日→英
10:40		SI-4	遠藤俊毅	グループ全員	日→英
11:00		SI-5	徳川城治	グループ全員	日→英
11:20		SI-6	黒川 龍	グループ全員	日→英
11:50	ランチョンセミナー	LS-2	山本貴道	通訳団	日→英
12:35	挨拶 1	新任教授	平 孝臣		
12:45	挨拶 2	次期会長	坂田勝巳		
12:50	表彰式	Ken's Award, 会長賞			
12:55	総括	通訳団長	伊達 勲		
13:00	閉会挨拶		赤井卓也		

SI-1

悪性リンパ腫における神経内視鏡下生検術の有用性 ～定位的生検、開頭生検術との比較～

The utility of neuroendoscopic biopsy for central nervous system lymphoma

笹川 泰生、赤井 卓也、鳥越 恵一朗、白神 俊祐、岡本 一也、飯田 隆昭、立花 修、
飯塚 秀明

金沢医科大学 脳神経外科

【目的】悪性リンパ腫の治療は化学療法が主体であり、生検術による安全かつ正確な組織診断が求められる。また診断確定後に迅速な化学療法への移行が重要である。自施設では2005年より脳室内および脳実質内の腫瘍生検をナビゲーション誘導神経内視鏡手術で施行している。自施設で行われた悪性リンパ腫における神経内視鏡下生検術について過去の定位的および開頭生検術と比較検討した。

【方法】2000年4月から2011年4月まで生検術を施行した頭蓋内悪性リンパ腫20例(内視鏡8例、定位的3例、開頭9例)について検討した(減圧目的および硬膜や脳表病変で施行した開頭術は除外した)。各生検術の手術時間、診断の正確性、術後の48時間以内の合併症(出血、けいれんなど)、生検術から化学療法施行までの期間などについて検討した。

【結果】手術時間は内視鏡、定位的、開頭群でそれぞれ140、93、190分であった。手術後から化学療法開始までの期間はそれぞれ7、8、14日であり、内視鏡生検術は全例で正確な組織診断が得られ、開頭生検術にくらべ手術時間も短く、術後比較的早期に化学療法へ移行できた。また定位的生検術は手術時間が短いものの、1例に術後CTで血腫形成を認め、同症例では組織診断に至らず、後日開頭生検術を行った。

【結論】悪性リンパ腫における神経内視鏡生検術は安全かつ正確な診断が可能であり、術後早期に化学療法へ移行できる。

Key words:

中枢神経原発悪性リンパ腫 central nervous system lymphoma,
神経内視鏡 neuroendoscope, ナビゲーション navigation,
腫瘍生検術 tumor biopsy

SI-2

急性期脳梗塞に対する rt-PA 静注療法後、心破裂を併発した一剖検例

竹中勝信 1) 加藤雅康 1) 林克彦 1) 次田夏美 2) 岡本清尚 3)

- 1) 高山赤十字病院 脳神経外科
- 2) 高山赤十字病院 循環器内科
- 3) 高山赤十字病院 病理検査部

症例は 90 歳女性。右半身麻痺、失語で当院へ救急搬入された。頭部 CT、頭部 MRI で左中大脳動脈流域の心原性の急性期脳塞栓症と診断。年齢が 90 歳と高齢であったが、ご家族の同意のもと最終未発症確認時刻より 1 時間 45 分で rt-PA 静注療法 (40 kg、24 mg) を開始した。治療開始時 NIHSS (NIH ストロークスケール) は 25 点、治療後、右上肢の運動障害の改善を認めた (NIHSS は 17 点) が、rt-PA 投与から 1 時間 30 分後、突然の嘔吐と共に意識レベルは JCS200 と低下して収縮期血圧 60 mmHg とショック状態となった。緊急で全身 CT を施行した。頭部 CT において頭蓋内出血性病変は否定されたが、全周性の心嚢液貯留を認めた。心タンポナーデによる心原性ショック状態と考えた。次第に呼吸状態も不安定となり rt-PA 静注から 3 時間 35 分後に死亡された。剖検では亜急性心筋梗塞と梗塞部位に一致する心破裂の所見を認めた。急性期脳梗塞に合併し心筋梗塞患者への rt-PA 静注療法の実施に当たっては、十分注意する必要があると考えられた。

Key words:

脳梗塞 rt-PA、心破裂 cardiac rupture、急性心筋梗塞 myocardial infarction

SI-3

下垂体腺腫に対する照射 22 年後に meningioma, 30 年後に glioma を発症した 1 例 Delayed occurrence of meningioma and glioma after initial radiation of pituitary adenoma

近 貴志 1,2、山中 龍也 3、棗田 学 4、藤井 幸彦 4、高橋 均 5

1.長岡中央総合病院脳神経外科、2.柏崎総合医療センター脳神経外科、3.京都府立医科大学大学院保健看護学研究科、4.新潟大学脳研究所 脳神経外科、5.新潟大学脳研究所 病理学分野

今回われわれは、下垂体腺腫の術後放射線照射を行った 22 年後に meningioma, 30 年後に glioma を生じ、glioma は一度 ACNU, Temozolomide (TMZ) に反応したものの、その後増大して死に至った 1 例を経験したため報告する。

症例は 48 歳女性。16 歳時 (1975 年) に下垂体腺腫の生検術を受け、術後対交 2 門 50Gy の照射を受けた。外来 follow 中に左側頭葉に腫瘍を認め、徐々に増大したため 1997 年 (照射 22 年後) 摘出術を受けた。組織診断は fibrous meningioma であり、照射範囲からの発生であるため、radiation induced と考えられた。2005 年 (照射 30 年後) から、会話が成り立たないなどの症状がみられ、MRI にて右側頭葉に腫瘍を認めたため、摘出術を施行した。組織診断は glioblastoma であった。この腫瘍も照射範囲から発生しており、radiation induced と考えられた。術後 ACNU を投与し、画像上腫瘍の消失をみたが、その後再増大し、2006 年 9 月当科にて摘出術を施行した。術後 Temozolomide を処方したところ、腫瘍は縮小したものの、5 クール投与後に再増大をきたし、永眠された。

Glioma について Comparative Genomic Hybridization 法 (CGH) を用いて検討した結果、p53 の LOH および EGFR の増幅を認めた。

本例のように放射線照射後遅発性に meningioma, glioma の両方を合併し、ACNU 投与後に一度画像上腫瘍が消失した症例はまれと思われるため、その臨床像について、glioma についての CGH 法によるゲノム情報の解析結果を含めて検討し報告する。

Key words:

放射線誘発グリオーマ radiation induced glioma, テモゾロミド temozolomide

SI-4

脊髄海綿状血管腫手術におけるインドシアニングリーンの使用経験

Use of Microscope-integrated Near-Infrared Indocyanine Green Videoangiography in the Surgical Treatment of Spinal Cavernous Malformations.

遠藤俊毅

東北大学医学系研究科神経外科学分野

Venous anomaly を合併した胸髄内外の multiple cavernous angioma の稀な一例を経験した。術中ICG videoangiographyにて病変を観察しえたので報告する。症例は55歳男性、突然の側腹部痛、両下肢運動感覚麻痺、膀胱直腸障害で発症。近医を受診し、出血発症の髄内腫瘍の診断にて当科紹介となった。入院時、右下肢不全麻痺、深部覚低下のため車いすを必要とし、さらに、左下肢優位の温痛覚低下を認め、右Brown Sequard症候群様の症候を呈した。MRIではTh6右腹外側にT1WIで等信号、T2WIで高信号を呈する髄内病変と脊髄左背側に拡張した血管構造が指摘された。Venous anomalyを合併したcavernous angiomaの術前診断のもと、神経モニタリング下に腫瘍摘出術を行った。Cavernous angiomaは右外側脊髄表面から透見できた。さらに、髄内病変とは別に左脊髄背側髄外に拡張した静脈構造とそれに連続するぶどうの房様の血管病変を複数認めた。この血管病変は術前に指摘されていなかったが、髄内病変とともに摘出した。すべての病変は術後病理学的検索によりCavernous angiomaの診断を得た。これら病変におけるICG Videoangiographyの所見ならびにこれまでの当科での経験症例につき、文献的考察を加えて報告する。

Key words:

海綿状血管腫 cavernous malformation、髄外 extramedullary、
髄内 intramedullary、インドシアニングリーン indocyanine green、
脊髄手術 spinal cord surgery、静脈奇形 venous anomaly

SI-5

脳血管撮影における後耳介動脈の解剖学的検討；特に中大脳動脈領域の血行再建術に使用でき得るサイズの出現率について

Angiographical Study of the Posterior Auricular Artery; Potential as a Donor Artery for Middle Cerebral Artery Territory Revascularization

徳川城治¹、趙成済²、江崎孝徳¹、中尾保秋¹、山本拓史¹、森健太郎¹

順天堂大学静岡病院 脳神経外科¹、放射線科²

【背景】中大脳動脈領域の血行再建に際し、浅側頭動脈の代わりに後耳介動脈を使用し、後耳介動脈－中大脳動脈吻合術を施行した症例を経験した。この経験より後耳介動脈の脳血管撮影における解剖、就中、donorとなり得るサイズの出現率を調査、検討した。

【対象と方法】当院で脳血管撮影を施行された連続187人の患者の左右後耳介動脈を対象とした。その内、大きな外傷による皮膚損傷や開頭術の既往などがある側の動脈は検討から除外した。検討は外頸動脈撮影もしくは総頸動脈撮影の側面像で行われた。後耳介動脈はその長さにより以下のごとく4型に分類された：グループA、起始部から外耳孔中点の高さまでの間で終わるもの：グループB、外耳孔から耳介頂点の高さまでの間で終わるもの：グループC、耳介頂点から頭頂までの間で終わるもの：グループD、頭頂まで続くもの。

【結果】総数324本（右163本、左161本）の後耳介動脈が検討対象となった。男性89名、女性89名、12歳から89歳（平均61.0歳）の患者で、62例が脳動脈瘤、42例が閉塞性脳血管疾患、35例が出血性病変、22例が腫瘍性病変、などであった。各グループの出現率はグループA、B、C、Dがそれぞれ14.8%、35.2%、48.5%、1.5%であった。グループDに分類された後耳介動脈のみがdonorになり得るサイズと思われた。

【結語】後耳介動脈がdonorとなり得るほど発達している可能性は1.5%と非常に稀であることが判明した。

Key words:

後耳介動脈 posterior auricular artery、浅側頭動脈 superficial temporal artery、
血行再建 revascularization、開頭術 craniotomy、除外 exclusion、外耳孔 external auditory canal、耳介頂点 top of the helix、頭頂 vertex、
閉塞性脳血管疾患 occlusive vascular disease、出血性病変 hemorrhagic disease

SI-6

腰椎除圧手術後の変形：筋層構築的手術と開窓術の比較

Postoperative instability after surgery for degenerative lumbar stenosis or spondylolisthesis: comparison between fenestration and myoarchitectonic spinolaminoplasty

黒川龍、金彪、川本俊樹、新郷哲郎、山本慎司、糸岐一茂

獨協医科大学脳神経外科

【目的】我々は腰部脊柱管狭窄症に対して従来、不安定性予防のため棘突起、棘間靭帯、椎間関節包を温存した開窓術を行っていた。2005年からは脊柱起立筋の後方支持組織としての重要性を考慮し、筋を脊椎から剥がさない筋層構築的除圧術を行っている。これまでの研究では筋層構築的手術の方が開窓術に比べ、術後の多裂筋の浮腫が軽く、鎮痛剤屯服量が少ない傾向を認めた。今回は長期的な脊柱安定性に関して検討した。

【方法】診療記録による後ろ向き研究。対象はL4/5一椎間の狭窄症で、腰椎手術の既往がなく、術後観察期間が6か月以上の症例で、2004年8月から2005年3月に開窓術を行った12人(F群)、2005年3月から2005年8月に筋層構築的減圧術を施行した14人(M群)である。腰椎X線側面動態撮影で腰仙椎前彎角、L4/5椎間板角、すべり%（下位椎体上終板の長さに対するすべり距離の比）を計測した。

【結果】経過観察期間は6-86か月だった。腰仙椎前彎角(平均、以下同じ)はF群で術前-41°、術後-33°、M群で術前-39°、術後-45°だった。L4/5椎間板角はF群で術前-11°、術後-11°、M群で術前-6°、術後-8°だった。すべり%はF群で術前2%、術後8%、M群で術前7%、術後10%だった。

【結論】術後不安定性は認めなかった。術後不安定性のリスクは過大評価されている可能性がある。今後症例数、経過観察期間を拡大した研究を行う予定である。

Key words:

腰椎脊柱管狭窄症 lumbar spinal canal stenosis

腰椎変性すべり症 lumbar degenerative spondylolisthesis

後彎 kyphosis

前彎 lordosis