

を併用した。脳腫瘍の病理診断は meningotheial meningioma であった。術後、左視力は LV : 0.03 (n.c), 認知機能も MMSE : 27/30 と改善し、2012年1月17日 mRS : 3 で独歩退院。

【考察】大型の鞍上部髄膜腫の摘出では、前方・側方二方向からの観察視野を要することがあり、前方からのアプローチによる腫瘍への血流遮断と内減圧が重要である。

14 延髄頸髄移行部髄内腫瘍の1例

川口 正・鈴木 健司・渡部 正俊
中山 遥子

長岡赤十字病院脳神経外科

緩徐に進行する四肢のしびれで発症し、確定診断に生検術を施行した延髄頸髄移行部 pilocytic astrocytoma の1例を報告した。

症例は51才、男性。2009年より右下肢遠位部にしびれにて発症。徐々に左下肢、右上肢に拡がった。MRIでは延髄下部にリング状に造影される髄内腫瘍性病変を認め一部に出血を伴っていた。Flairでは上下に浮腫と思われるHIAが拡がっていた。さらに腫瘍下部よりC3レベルまで空洞症と思われるT1LIA, T2HIAが併存していた。確定診断のため手術を行った。術中の心停止に備え一時体内ペーシングを挿入。MEPモニター下に左下側臥位にて部分後頭下開頭、C1laminotomy, C2laminoplastyを施行。腫瘍は灰褐色で内部は古い出血を伴っていた。空洞は腫瘍組織はなく空洞症と思われ開放するとどめた。

診断は pilocytic astrocytoma であった。Mib1 < 1%, MGMT (+)。後療法は施行せず。両下肢のしびれは改善したが、右上肢の巧緻運動障害を併発しリハビリにて軽快した。MRIでは50%の摘出であったが5ヶ月後のMRIでは増大無く空洞症は消失した。延髄頸髄移行部髄内腫瘍の画像診断は必ずしも容易ではなく生検術が必要と思われるが、延髄頸髄移行部というクリティカルな部位では周囲へのダメージを最小限に抑える必要があり術中MEPが有用である。

15 長径3cm以上の大きさの嚢胞性転移性脳腫瘍の治療

高橋 英明・宇塚 岳夫

県立がんセンター新潟病院脳神経外科

【目的】嚢胞性病変を有する転移性脳腫瘍は、充実性腫瘍に比して定位放射線治療において治療計画が難しいとされる。また、嚢胞液の貯留増大が早い場合、そのmass effectのコントロールが問題となる。今回、治療選択も含め嚢胞性転移性脳腫瘍の実態を調査し検討した。

【対象】2007年から2011年までの、4年間における当院での長径3cm以上の嚢胞性転移性脳腫瘍40例を対象とした。大きさは、直径30-73mm(平均41mm)、原発巣は肺癌22例(内、小細胞癌5例)、乳癌9例、胃癌5例、食道癌2例、その他2例である。形状は、薄い嚢胞壁16例、厚い嚢胞壁11例、壁在結節用腫瘍塊のもの4例、傍腫瘍嚢胞状3例、多房性5例であった。出血を併じたものが3例認められた。

【結果】選択された治療は、摘出術が16例、定位放射線治療26例、全脳照射9例、未治療1例で、オンマイヤーリザーバー留置例は6例であった。照射に抵抗性を示したものは消化器癌と一部の乳癌例であった。全脳照射例でも嚢胞内液の吸収には時間がかかるが、有効例も少なくない。放射線治療で嚢胞が一時大きくなる例では神経症状を悪化させる事もあるため、内溶液の吸引も有効な事がある。嚢胞壁の厚いものでは、定位放射線抵抗性のももあり、適応には何らかの工夫が必要であろう。オンマイヤーリザーバーの設置は局所麻酔下に簡便にできるため、大きなCystには試みる価値があると思われた。

【結語】3cmを超す嚢胞性転移性脳腫瘍の治療は、外科治療でコントロールされるが、高齢者、多臓器転移などの進行癌例、PS不良例ならびに一部の化療有効例においては定位放射線治療が選択されている実態が明らかとなり、個々の症例で工夫により治療効果が期待される。