

8 ガンマナイフ治療後3年以上経過した転移性脳腫瘍症例の検討

佐藤 光弥・森井 研・秋山 克彦
五十川瑞穂*

北日本脳神経外科病院
新潟大学脳神経外科*

【目的・方法】 転移性脳腫瘍の生存期間中央値は、積極的な治療を行っても原発巣や他臓器転移の進行により治療後6カ月から1年といわれている。したがって、脳転移については、診断後6カ月から1年間のQOLを第1に考えて治療戦略を立てることが一般的であり、ガンマナイフ(GK)は極めて有用な治療法である。一方、癌に対する集学的治療の進歩により、GK治療後長期生存する症例は増えている。今回、初回GKから3年以上経過した20症例について、長期経過した場合の問題点などを検討した。

【結果】 14例が生存しており、そのうち8例は原発巣も寛解状態で、KPS 90以上であった。腫瘍が一旦消失後に照射部位が造影されたり、一旦縮小後に増大したものが11例あり、その時期は照射後1年から4年経過した頃であった。増大による症状が問題になった症例は2例で、放射線壊死と思われた。1例で腫瘍の再発と判断して追加照射を施行した。

【結論】 高線量照射の治療効果は良いが、副作用のリスクは高くなる。線量を控えめにしても初期効果は悪くない場合があるが、再発の頻度が高くなる可能性がある。治療時に原発巣の状況を十分把握し、腫瘍の制御を強力にめざすのか、正常脳組織への線量をできるだけ抑えた照射計画とするのか、など意識した戦略を立てる必要がある。病変が再増大した場合、MRI所見やCT所見を検討し、T1-SPECTやFDG-PETなどを追加しても、再発と放射線壊死の確実な鑑別は困難である。長期生存が期待できる場合は、その後の変化に対応して2回目の照射や摘出術も考慮しつつ、綿密な経過観察を継続する。病変の性状を分析できる検査手技の開発も必要である。

9 Trans-cerebellomedullary fissure approach による小脳腫瘍の1例

小泉 孝幸・佐藤 裕之・遠藤 深
中村 公彦

財団法人竹田総合病院脳神経外科

症例は27歳の男性。嚥下時の違和感を主訴に耳鼻科を受診。良性の甲状腺腫の診断を受ける。その際の精査としての頭部MRIにて、小脳虫部に腫瘍を認め、紹介となった。特に、頭痛・嘔気・嘔吐・めまいなどの訴えはなく、神経学的には特記すべき所見を認めなかった。頭部CTでは、一部小石灰化と中心部にcystを伴うほぼisodensity mass。MRI上もT1・T2ともにiso～若干hyperintensityを示し、Gdにて一部造影された。腹臥位(コンコルド姿勢)、正中後頭下開頭にて、trans-cerebellomedullary fissure approachにて、腫瘍摘出術を行なった。病理組織診断は、pilocytic astrocytoma (WHO分類grade I)。術後神経学的脱落症状を認めず、独歩退院した。Pilocytic astrocytomaはその85%は小児の小脳に見られるが、約25%は、18才以上に認める。発生部位は正中線付近に一般的に存在する。近年、小脳と高次機能の関係が論じられる。“Cerebellar cognitive afferent syndrome”としてまとめられているが、遂行能力の障害・空間認知機能の障害・パーソナリティーの変化・言語機能障害などが小脳の病巣にて、生じることが報告されている。今回術前に神経学的に特記すべき所見を認めていなかったため、小脳の切開を極力避けるために、trans-cerebellomedullary fissure approachを用いて、腫瘍摘出を行なった。一般的に本アプローチは第四脳室及びその近傍に発生する腫瘍に対するものであるが、第四脳室底に比し、第四脳室室頂は覗き込みにくい。しかし、今回の様に下部小脳虫部の腫瘍部分の摘出腔により、周囲をあまり圧迫することなく、室頂部まで摘出することが可能であった。