

強調画像, T₂ 強調画像を使用し, 海綿静脈洞内進展様式の検討項目として ① 内頸動脈の偏位, ② 内頸動脈 encasement の有無, ③ 海綿静脈洞内側部(下垂体と内頸動脈間の venous strip) の形態, ④ 海綿静脈洞外側部の形態, ⑤ 海綿静脈洞内側面の硬膜の断裂, 欠損の有無について検討した. 結論として, 海綿静脈洞内進展が外側部まで及んだ時には, Gd-DTPA T₁ 強調画像で進展形式, 進展程度の判定は可能であるが, 進展が海綿静脈洞内側部に限局する時は T₂ 強調画像が有用であった.

C-6-2) 下垂体腺腫の兄弟発生例

村上 寿治・小穴 勝磨 (八戸赤十字病院)
 和田 司 (脳神経外科)
 金谷 春之 (岩手医科大学)
 (脳神経外科)
 苗代 弘 (八戸海上自衛隊)
 病院

脳腫瘍の家族発生は非常に稀であり, 脳腫瘍全国集計(vol 4)によると19,580例の脳腫瘍のうち Phacomatosis を除いては30例(0.15%)の家族例が報告されているにすぎない. 今回我々は兄弟に発生した下垂体腺腫例を経験したので報告する.

<症例1>: 38才男性(6人兄弟の6番目).

昭和54年視力障害にて発症. CT scan にてトルコ鞍部腫瘍の診断にて腫瘍摘出術施行. 組織学的に非分泌性下垂体腺腫と診断された. 現在も再発なく就業している.

<症例2>: 60才男性(6人兄弟の3番目).

平成2年3月頭痛を主訴に来院. CT scan にて両側前頭葉に大きく広がる腫瘍を認め両側前頭開頭にて腫瘍摘出. 組織学的に非分泌性下垂体腺腫と診断された.

脳腫瘍の家族発生例では70~80%が glioma であり本例のような下垂体腺腫例はきわめて稀である. 以上脳腫瘍の家族発生について文献的考察等を加え報告する.

C-6-3) 画像診断上非典型的所見を呈した ACTH 産生下垂体腺腫の2症例

大坊 雅彦・久保田 司
 柴田 和則・川原 孝久 (札幌医科大学)
 田辺 純嘉・端 和夫 (脳神経外科)

CT, MRI の進歩により Cushing 病の画像診断は容易になっているが, 下垂体病変が通常の腺腫と所見を異にする場合には, 本症の責任病巣であるのか判断に困難を伴うことがある. 下垂体病変を術前に腺腫と確診でき

なかった2症例につき報告する.

症例1: 58歳女性で, 昭和63年よりめまい, 複視, 構音障害, 四肢の筋力低下, 左上下肢の知覚異常, 全身皮膚の着色を認めた. CT, MRI ではトルコ鞍から斜台上部3分の2を占める腫瘍病変を認め, 術前 chordoma を第一に疑ったが, 病理診断は下垂体腺腫であった.

症例2: 24歳女性で, 平成元年より無月経, 中心性肥満を呈し, 骨粗鬆症による椎体圧迫骨折も認めた. Venous sampling では病変部位を特定できなかった. MRI でトルコ鞍後部に位置する cystic な腫瘍を認め, 下垂体茎は前方に偏位し T₁ で iso, T₂ では low intensity であった. 術前 Rathke 嚢胞を第一に疑ったが, 病理診断は下垂体腺腫であった.

C-6-4) 頭蓋内多発性脳腫瘍の1例

吉田 一彦・柏原 謙悟
 円角 文英・滝波 賢治 (福井県立病院)
 村田 秀秋 (脳神経外科)

我々は, 異なる組織よりなる頭蓋内多発性脳腫瘍の1例を経験したので, 文献学的考察を加えて報告する. 症例は, 66歳女性. 1990年9月29日, 左上下肢に力が入らず歩行不能となり30日当科へ入院した. 神経学的に, 左不全片麻痺を認めた. 鬱血乳頭なし. 放射線治療の既往や母斑症はなく, 糖尿病と高血圧症を認めた. CT, MRI で左前頭蓋底より, 左前頭葉内へ延び一部石灰化を伴いはぼ均一に増強される径4.5cmの円形の腫瘍と, トルコ鞍内~鞍上部の径1.8cmの円形の腫瘍, 及び右基底核に小さな梗塞巣を認めた. 脳血管写で左前頭蓋窩からの多数の栄養血管を持つ前頭葉内の腫瘍陰影を認めた. 手術は左前頭側頭開頭により行い, 左前頭蓋窩硬膜より発生した弾性硬の腫瘍は, CUSA を用いて全摘出した. 続いて, 鞍内~鞍上部の易出血性の腫瘍を全摘出した. 組織学的に, 前者は砂粒体が散在する transitional type の meningioma 後者は; chromophobe adenoma であった.