

12 高流量 ACNU 動注を主体とした化学療法単独で治療している，成人テント上 Low-grade glioma の 3 例

菅井 努・武田 憲夫・井上 明
 妻沼 到・熊谷 孝・野村 俊春
 温 城太郎・田村 元*・棗田 学**
 藤井 幸彦**・高橋 均***

山形県立中央病院脳神経外科
 同 中央検査部病理*
 新潟大学脳研究所脳神経外科**
 新潟大学脳研究所病理学分野***

Low grade glioma (LGG) の治療に関してはまだ確立されておらず議論の余地がある。LGG に対して放射線治療は有効な治療法であるが，長期生存が望める症例では高次脳機能障害等のリスクを考える必要がある。

今回我々はニドランの動注化学療法を中心とした化学療法のみで治療し，良好に経過している 3 症例を報告する。

〔症例 1〕発症時 72 歳，女性。平成 14 年 3 月でんかん発作で発症。MR では左前頭葉に造影効果のない広範な腫瘍を認めた。部分摘出を行い診断は fibrillary astrocytoma, grade 2。高齢で放射線治療は脳障害の危険性が高いと判断し ACNU 100mg/NS20ml/min. で注入する高流量動注療法を施行。その後平成 18 年 11 月まで計 8 回の動注化学療法を行い現在まで 9 年間再発なく，高次機能を含め異常なし。

〔症例 2〕発症時 39 歳，男性。平成 16 年 10 月めまい，頭痛が出現。MR にて左前頭葉に腫瘍性病変を認めた。部分摘出を行い診断は Oligo-dendroglioma。若年で長期生存が期待でき放射線治療を加えず PAV 療法の方針とし ACNU は高流量動注とした。平成 22 年 7 月まで計 10 回行い 7 年間再発なく経過している。

〔症例 3〕64 歳，女性。平成 21 年 6 月 23 日めまいのため近医を受診。MR にて右前頭葉中心に広範な腫瘍を認めた。部分摘出を行い診断は fibrillary astrocytoma, grade 2。画像上腫瘍は右大脳半球から脳梁，左前頭葉にも浸潤。このため左右の半球への ACNU 動注化学療法の方針とし，これ

まで計 6 回施行，短期間だが再増大なく経過している。現在，MGMT を含めた免疫組織学的検索中。

【結語】長期生存が期待できる LGG 症例に対して，動注化学療法を中心とした化学療法のみで治療している 3 例を報告した。2 例は 5 年以上再発無く長期間生存し，高次機能障害もない。本治療は，放射線障害を回避でき，症例によっては有効な治療法と考える。

13 摘出に異なる approach を要した鞍上部髄膜腫の 1 例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之
 遠藤 深・藤原 秀元

竹田総合病院脳神経外科

症例は，35 歳，女性。特記すべき家族歴・既往歴なし。2010 年秋頃よりの左視覚障害で発症。徐々に左視覚障害は進行し，2011 年 1 月からは右視覚障害も自覚し，理解力低下，行動異常，尿失禁のため，家事に支障がみられるようになった。2011 年 10 月 13 日当院眼科より紹介初診。神経学的所見は，JCS I-3，GCS13 (E4V3M6)，両側嗅覚脱出，右視力は光覚弁，左視力は光覚弁なし，瞳孔径 4mm，対光反射あり，認知機能低下 (HDS-R : 14/25, WAIS-R : VIQ54)，四肢に麻痺なし。骨条件 CT では，正中及び左側の蝶形骨平面から鞍結節にかけて，蝶形骨洞と連続する blistering の所見。頭部 MRI では，腫瘍の大きさは長径 6 cm 強で，正中を越えて左右の蝶形骨平面に広く付着し，下垂体茎は後方へ圧迫。モンロー孔圧迫による閉塞性水頭症も併発。周囲脳の浮腫は腫瘍サイズの割に軽度。DSA では，両側の後篩骨動脈から主に栄養される腫瘍陰影がみられた。2011 年 10 月 25 日第 1 回目手術は，bicornal subfrontal approach で腫瘍部分摘出術。長時間手術となったため，外減圧して閉頭。第 2 回目手術は，初回手術から 3 週間間隔をとり同年 11 月 15 日に腫瘍全摘出術を施行。Bicornal subfrontal approach と左側の pterional transsylvian approach

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にとどめた。

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。