

おり、現在も外来にて temozoromaide の維持療法を継続中である。

【考察】小児、若年時に放射線治療を行っている患者では、局所再発がなくても、常に放射線誘発腫瘍の出現を念頭に置いた follow-up が必要である。放射線誘発 glioma の予後は、病理学的に grade II であったとしても不良であると考えられており、厳密な経過観察が必要であると思われる。

13 痙攣後脳症を併発したグリオーマの1例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之
遠藤 深・塚本 佳広

竹田総合病院脳神経外科

症例は、69歳男性。既往歴に、心房細動（未治療）と他院脳ドックで指摘された脳腫瘍（未治療）。2011年4月14日失語症で発症。同日救急車で救急外来到着後に3分間の硬直性全身痙攣。発作直後の神経学的所見は、JCS I-3、GCS13 (E4V3M6)、脳神経症状なし、四肢に麻痺なし。頭部CTでは左前頭葉白質に造影効果がなく、石灰化病変を伴わない低吸収の mass lesion。頭部MRIで mass lesion は、T1WI で high signal intensity と low signal intensity との混合した信号で Gd.での造影なし、T2WI で high signal intensity。DSAでは腫瘍陰影なく、early venous filling の所見なし。脳波では、左大脳半球に広範囲な同期性放電・棘徐波混合の所見。入院直後より抗てんかん剤（DZP, PHT, PB）を開始し、痙攣発作は消失していたが、経時的に意識障害が進行。頭部CT・MRIのフォローで腫瘍自体は著変なかったが、左大脳半球皮質及び反体側右側小脳半球にDWIで high signal intensity が出現。MRAでは左中大脳動脈分枝の拡張所見で、同領域の過灌流が示唆された。以上より、左前頭葉グリオーマ及び非痙攣性てんかん重積状態と診断。2011年4月19日左開頭脳腫瘍摘出術施行。脳腫瘍の病理診断は退形成性稀突起膠腫。術後痙攣なく、意識障害は徐々に軽快し約3週間で意識清明となったが、左大脳半球皮質層状壊死による大脳高次機能

障害を後遺した。術後脳波ではてんかん脳波は消失。放射線・化学療法（テモゾロミド）の併用療法を術後3週間目から開始した。

【考察】非痙攣性てんかん重積状態は、てんかん発症脳腫瘍患者の意識障害進行例では念頭に置くべき病態であり、早期から全身麻酔を含めた強力な抗てんかん治療を考慮すべきであった。

14 小児の小脳 pilocytic astrocytoma の1例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一
佐野 正和・高橋 均*

長岡中央総合病院脳神経外科
新潟大学脳研究所病理学分野*

小児の小脳に発生した pilocytic astrocytoma を経験したので報告する。症例は7歳男児。2011年1月上旬から間歇的に頭痛、嘔気あり。1月下旬から首を動かさなくなった。2月下旬から歩行がふらつくようになった。3月4日近医受診し同日当科へ紹介入院となった。神経学的所見は、意識清明。体幹失調あり。片足立ち、両側とも2秒以内。Tandem gait は不可。CTでは小脳の正中から右寄りにかけて約5cmの嚢胞性病変があり、一部に結節性病変を伴っていた。この結節と嚢胞壁が造影剤で増強された。水頭症を伴っていた。MRIでは結節性病変内に小さな多房性の嚢胞が認められ大きな嚢胞壁も enhance された。脳血管撮影では結節の部分に一致して淡い stain を認めた。以上より low grade glial tumor の術前診断で3月10日に後頭下開頭により fluorescence の静脈投与下に嚢胞壁を含めた腫瘍全摘出術を行った。病理診断は pilocytic astrocytoma で MIB-1 陽性細胞はほんの数個であった。術後右側方注視眼振、右 limbic ataxia の出現と体幹失調の増強を認めたが、改善し軽度の体幹失調を残し4月9日退院。以後通学し体育の授業も行っている。Pilocytic astrocytoma に伴う大きな嚢胞の壁には腫瘍細胞はなく摘出不要とされている。しかし、小児の小脳 astrocytoma にも成人の大脳に発生する type の報告もある。加えて術前の画像検査で嚢胞壁が enhance されていたことより嚢胞壁ご