

〔症例2〕62歳女性・膠芽腫。特記すべき既往歴なし。脳ドックCTで左島に長径1cmの低吸収域が認められ無症候性脳梗塞と診断された。受診2ヶ月後のCT再検で長径3cmと病変拡大が認められたが再度脳梗塞の診断となった。9ヶ月後に運動性失語が出現し、MRIで左島から前頭弁蓋に進展し嚢胞を伴う長径6cm超の病変に拡大したため当科紹介となった。

〔症例3〕69歳女性・退形成星状細胞腫。高血圧と狭心症の既往歴あり。脳ドックMRIで右島に長径1.5cmのT2WI高信号の病変が認められ無症候性脳梗塞の診断で経過観察された。年1回のMRI追跡で病変が徐々に拡大したが経過観察され、脳ドック初診より4年が経過した段階で腫瘍長径4cmとなり当科紹介となった。

【考察】稀に島・弁蓋部梗塞を生ずることがあるが、提示症例のように神経膠腫の初期像を捉えている場合がある。この事を念頭に密な画像評価を行い、この結果病変の拡大をみた場合は早期の外科的治療の考慮が重要と考える。

6 脳実質内出血性病変におけるPET鑑別診断

笹嶋 寿郎・柳澤 俊晴・木内 博之

下瀬川恵久*・溝井 和夫

秋田大学医学部脳神経外科

秋田県立脳血管研究センター

放射線科*

最近、増大あるいは反復する脳実質内出血性病変で腫瘍性、非腫瘍性の鑑別が困難なCT・MRI所見を呈した症例を経験し、PET鑑別診断は治療方針の決定に有用であったので報告する。

〔症例1〕74歳、男性。喉頭癌の既往があり、めまいと嘔吐で発症し、CTで右小脳脚部に低吸収域を認めた。1ヵ月後にCTで低吸収域は増大し、MRIで占拠性病変は混合信号を示し、増強効果はみられなかった。SPECTで病変部の血流は低下し、PETでもMetは集積せず、後頭下開頭で病変を摘出し、海綿状血管腫と組織診断された。

〔症例2〕53歳、男性。CTで右後頭葉に石灰化を伴うリング状増強域があり、anaplastic astrocy-

tomaと組織診断され、60Gyの腫瘍局所が行われた。照射後2年目に頭蓋内圧亢進症状を訴え、CTで右側頭葉に低吸収域を認めた。Metは低吸収域の周囲に高集積し、血腫を含めて広範囲に摘出し、Metの集積部位に腫瘍細胞が確認された。

〔症例3〕75歳、男性。完全房室ブロックがあり、ペースメーカーが留置されていた。右下肢の脱力で発症し、CTで左内包後脚に小梗塞巣と右角回皮質下に最大径1cmの軽度、低吸収域があり、増強効果はみられなかった。1ヵ月後に低吸収域は1.5cmと増大し、FDGが占拠性病変に高集積した。定性的生検でgliosarcomaと組織診断され、放射線化学療法で占拠性病変は著しく縮小した。CT、MRIなど形態学的画像で鑑別困難な脳実質内病変ではPETによる代謝機能情報が術前診断に有用であった。

7 グリオーマの手術ステージ分類の試み

園田 順彦・藤巻 高光*・佐藤 慎哉

渋井壮一郎**・野村 和弘**・嘉山 孝正

山形大学医学部脳神経外科

帝京大学医学部脳神経外科*

国立がんセンター中央病院脳神経外科**

【背景と目的】Gliomaの手術方針を検討する上での標準ガイドラインは存在せず、各施設あるいは主治医による個別の治療方針により、治療がなされているのが現状である。しかしながら施設間で治療成績等を比較するうえでは、community standardとなりうる、治療ガイドラインを確立する必要が生じている。そこで今回、厚生労働省、がん研究助成金、野村班「神経膠腫の標準的治療の確立に関する研究」において、gliomaの手術ステージ分類を作成したので、その結果を報告する。方法)まず、テント上gliomaを対象に、腫瘍の大きさ(<1cm, 1-3cm, >3cm)、進展範囲(sylvian fissure, corpus callosum), eloquency (eloquent non-eloquent)から5つのステージに分類した。その分類法を用い、野村班班員、班友、班長協力者22施設に協力を依頼し、390例のテント上gliomaを各ステージに分類した。