

の臨床応用 (Phase (特) trial) を行なった。

【方法】神経膠芽腫 5 例, 退形成星状神経細胞腫 2 例。年齢は 24-70 歳 (男性 3 例, 女性 4 例)。患者末梢血単核細胞より DC を誘導し, 培養腫瘍細胞でパルス後, 頸部皮内に投与した。基本的に外来通院にて治療を行なった。【結果】腫瘍細胞をパルスした DC から誘導された CTL は 51 Cr 放出試験にて細胞障害活性を認めた。DC 治療後, 摘出腫瘍内に CD4 + および CD8 + T 細胞の浸潤を認めた。本治療による明らかな副作用は認めなかった。【結論】DC 療法により脳腫瘍に対する特異的免疫反応が誘導されることが示唆された。我々の方法による DC 療法の安全性が示された。

#### 71) GH 産生腺腫術後海綿静脈洞内残存例の長期治療成績

森井 研・田村 哲郎 (新潟大学)  
大野 秀子・田中 隆一 (脳神経外科)  
田村 哲郎 (県立中央病院)  
(脳神経外科)

【対象と方法】GH 産生腺腫手術後に海綿静脈洞内に腫瘍が残存した非寛解例のうち経過を 2 年以上追跡し得た 19 例 (平均 6 年 8 カ月) の治療経過の後方視的検討。【結果】1) 術後 GH 基礎値:  $\geq 10$  ng/ml, 7 例;  $5 \sim 10$  ng/ml, 5 例;  $< 5$  ng/ml, 7 例。2) 後療法: 外照射 ± Bromocriptine (BC), 13 例; BC 単独投与, 7 例; 経過観察, 1 例。3) 照射群 (照射後平均 65.8 ヶ月): GH  $\geq 10$  ng/ml の 7 例中 6 例で  $< 5$  ng/ml (平均 21.7 ヶ月), 3 例で  $< 2$  ng/ml (平均 36.7 ヶ月), 5 例で IGF-1 が正常化 (平均 38.6 ヶ月)。 $5 \sim 10$  ng/ml の 3 例全例で  $< 5$  ng/ml (平均 11.3 ヶ月),  $< 2$  ng/ml (平均 50 ヶ月), IGF-1 正常化 (平均 13.3 ヶ月) が得られた。4) BC 単独群 (平均 81.9 ヶ月): 7 例中 2 例で IGF-1 が正常化した。GH  $\geq 5$  ng/ml 例では IGF-1 正常化は得られなかった。【結論】外照射は BC 無効例に対しても有効性を示し, 術後海綿静脈洞内残存例に対する後療法として有用である。

#### 72) Non-hindbrain related syringomyelia

— 3 例報告と文献的考察 —

青木 悟・中川 忠 (富山県立中央病院)  
河野 充夫・本道 洋昭 (脳神経外科)

Non-hindbrain related syringomyelia の 3 手

術例を経験したので報告する。

症例 1 は 45 歳, 男性。31 歳時 Th5 で脊髄完全横断損傷, 36 歳頃より両上肢の感覚障害が進行した。45 歳時に MRI で C1 以下の脊髄空洞症と診断され, Th1 での S-S shunt を予定したが, 癒着のためくも膜下腔へのチューブ挿入は困難で, 硬膜下に留置した。その後も空洞の増大を認め, 50 歳時に C5 での S-S shunt 施行, 空洞は縮小した。症例 2 は 38 歳, 女性。小児期より Th12 ~ L1 で kyphosis。28 歳頃より左半身の感覚障害, 筋力低下が進行した。38 歳時に MRI にて C1 以下の脊髄空洞症と診断され, 空洞が最大であった Th12 で S-S shunt 施行。41 歳時, 頸髄のみ空洞の再増大を認め, C4 で S-S shunt を追加, その後は空洞の再増大を認めていない。症例 3 は 45 歳, 男性。25 歳時 C6 で脊髄不完全横断損傷, 45 歳時より両上肢の感覚障害が進行した。MRI にて延髄まで及ぶ空洞症を認め, C1 で S-S shunt 施行, 空洞の縮小を認めた。

#### 73) 頸椎脱臼症例の治療に関する検討

鈴木 晋介・上之原広司  
西野 晶子・荒井 啓晶 (国立仙台病院)  
桜井 芳明 (脳神経外科)

頸椎脱臼 (亜脱臼も含む) の治療に関し, 早期の脱臼解除にコンセンサスは得られているものの, その方法として closed reduction 或は手術に関しては現在でも議論が多い。今回, 当科の経験をもとに検討を加えた。平成 5 年 4 月より平成 13 年 3 月までの当科の脊椎・脊髄損傷症例は 202 例中, 頸椎脱臼症例は 38 例あり対象とした。closed reduction で脱臼解除を施行した 15 例のうち 2 例 (13.3%) で retrospective に脱臼解除後に神経症状の増悪をみている。この理由として脱臼とともに椎間板ヘルニア, 後縦靭帯の断裂等前方要素が多い症例であった。このことより入院時 MRI にて脱臼に伴う前方成分の破綻の多い例では急性期に前方除圧・脱臼整復固定術を行っている。この方法で行った 5 例では脱臼整復後の神経症状の悪化は認められていない。ただし合併損傷 (頭蓋内病変, 胸腹部病変, 四肢骨折等) が重篤な場合は closed reduction にて対応している。