

検討した。【結果】低体温により白血球数は影響を受けなかったが、リンパ球比率は35℃以下の全例で低下した。リンパ球サブセットは34.5℃以下で、Tリンパ球なかでもCD8陽性細胞比率が低下した。これらは復温後正常化した。リンパ球幼若化反応は34℃まではほぼ保たれていた。NK細胞の比率は34.5℃以下で低下した。またNK活性は35℃以下で低下した。NK活性低下は低体温導入直後より出現し、低体温中続き、復温後改善された。NK活性低下は低体温がサイトカイン、あるいは表面レセプターを介し影響を及ぼした可能性が示唆された。【結論】1. 低体温により白血球数は影響を受けなかったが、リンパ球比率は35℃以下の全例で低下した。なかでも、Tリンパ球特にCD8陽性細胞比率が低下した。しかし34℃までの低体温はリンパ球幼若化反応には影響を及ぼさなかった。2. NK細胞比率は34.5℃以下の多くの症例で低下し、NK活性は35℃以下のほとんどの症例で低下した。3. 低体温による免疫能低下は、Tリンパ球およびNK細胞比率の低下、ならびにNK活性の低下による可能性が示唆された。

#### 6) Intracellular arachnoid cyst の1例

玉谷 真一・外山 孚  
北沢 智二・大石 誠 (長岡赤十字病院)  
斎藤 有庸 (脳神経外科)

Intracellular arachnoid cyst の一手術例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

症例は59歳女性。2年前から視野狭窄に気づくも放置。その後徐々に視力低下、視野狭窄が進行したため眼科受診、両耳側半盲及び視力低下を指摘され当科紹介され受診した。craniogram では sella の拡大が認められ、CT および MRI にて intracellular から suprasellar にかけて cystic mass が認められた。内溶液は髄液と同等と考えられた。右 subfrontal approach にて cyst の開放術を行った。cyst 内溶液は髄液様で、病理診断は arachnoid cyst であった。症状出現後比較的長期の経過にも関わらず、術後速やかに視力、視野ともに改善した。

Intracellular arachnoid cyst は比較的希な疾患とされる。鑑別すべき benign intracellular cyst としては Rathke's cleft cyst, Epidermoid cyst, Pars intermedia cyst などが考えられる。治療方法としては開頭術による cyst の開放、および transphenoidal approach による cyst 開放術があるが、後者の場合

髄液漏や髄膜炎等の合併が比較的高率に起こるとの報告が多く、開頭術の方が better と考えられる。Intracellular arachnoid cyst の発症機序としてはいくつかの説があるが、empty sella がもともと存在し、そこに何らかの炎症機転が働き憩室入口部のくも膜が癒着し憩室が正常くも膜下腔との交通を断たれ cyst が形成されるとする説が有力である。われわれの症例も比較的厚いくも膜に被われた cyst であり、同様の発症機序で生じたものではないかと考えられた。

#### 7) 診断に苦慮した傍鞍部腫瘍の1例

中島 拓・森 修一  
長谷川顕士・土屋 尚人 (水戸済生会総合病院)  
早野 信也 (脳神経外科)

症例：63歳女性、右前額部から鼻弓の鈍痛と複視で発症。右眼球の内上下転制限と右眼瞼下垂、右三叉神経第1-2枝領域の知覚障害を認めるが、視力視野は正常。血液生化学検査では炎症所見なく、下垂体前葉機能を含め異常なし。MRI では辺縁不整だが、境界明瞭で、傍鞍部から後篩骨洞、蝶形骨洞に及び Gd 造影にて網状に造影される腫瘍像が認められた。嚢胞、石灰化、出血の所見無し。鞍上部、斜台への進展は軽度で、右内頸動脈は上外側後方に偏位し、脳幹と腫瘍に連続性なし。脳血管造影で腫瘍陰影なし。経鼻的生検術を行い、HE 標本で、mitosis 認め、核小体が明瞭な円形細胞の密集を認めたためリンパ腫を疑った。しかし免疫染色では、ケラチン、EMA、LCA、NSE が陰性で、HMB-45が強陽性、S100が陽性であることから amelanotic melanoma と診断された。なお転移性黒色腫を思わせる原発巣は全身検索にても指摘できず。ステロイド投与と放射線照射を行い、症状は著明に改善したが、照射後のMRIでは腫瘍の縮小は見られなかった。

考察：頭蓋内悪性黒色腫は主に脳軟膜に原発し、メラノプラストの多い脳幹腹側が好発部位だが、本例ではMRI上腫瘍と脳幹の連続性は見られない。また、副鼻腔粘膜に原発した黒色腫は通常、副鼻腔に広範に進展した後頭蓋内に進入する。本例は内頸動脈の上外側、後方変位からは副鼻腔粘膜からの発生をより強く疑うが、悪性黒色腫としては稀な発育形態である。

黒色腫の組織免疫染色では HMB-45, Fontana Masson 染色, CD68, S100 protein などのマーカーが知られるが、HMB-45は黒色腫に特異性が高く、S100は感受性が高いとされる。本例は両者が陽性であ

り、黒色腫が強く示唆された。傍鞍部には種々の組織型の腫瘍が発生しうるため、臨床経過と画像のみから鑑別を行うのはしばしば困難であるが、本例は、病理組織の免疫染色が極めて有用であった点でも重要な症例と思われた。

### 8) Basal Interhemispheric approach の3例

小泉 孝幸・谷口 禎規 (立川総合病院)  
山下 慎也 (脳神経外科)

通常の interhemispheric approach (AIH) に眉間の下方向へ骨窓を拡大した basal interhemispheric approach (BIH) は、より下方より脳へ approach することで、AIH では困難な部位へも処置が可能となる。今回同 approach を用いた3症例について、報告する。症例1は69才女性。開心術の術前評価において、前交通動脈瘤と右内頸動脈瘤を認め、clipping を行うこととなった。前交通動脈瘤は、高位かつ上方に向く為、BIHにて、clipping を行った。症例2は77才女性。くも膜下出血 (H&K grade 3, Fischer's group 3) にて、発症。右前大脳動脈膝部動脈瘤 (破裂) と右中大脳動脈瘤 (未破裂) を認めた。前大脳動脈瘤は、膝部としては、やや下位にある為、橋静脈との位置関係から、BIH を選択し、右中大脳動脈瘤に対しても一期的に処置をした。症例3は23才女性。精神機能の低下、嗜眠傾向、頭痛にて発症。嚢腫を伴う第三脳室腫瘍と診断。BIHにて、手術を行った。部分摘出に終わったが、症状は改善消失した。病理診断は、anaplastic astrocytoma であった。

BIH は、本来第三脳室前半部腫瘍に対する approach として、考案されたものであるが、脳の retract を最少限度として、第三脳室へ真直ぐ approach することが可能であった。またより下方より approach する為、後方あるいは上方に向く前交通動脈瘤には、適した approach である。前大脳動脈膝部動脈瘤に関しても、やや低位のものでは、BIHにて clipping 可能であり、その際近位側より approach することで、親動脈を確保した上での動脈瘤操作が行なえる利点があった。Clip work においても、わずかに骨窓を広げたことで、working space をより広くとりえた。更にいずれの症例においても、橋静脈を全く犠牲にすることはなく、前頭葉で橋静脈を温存するには、有利な approach であると考えられた。

### 9) 発症後約24年を経過して摘出された延髄海綿状血管腫の1例

本道 洋昭・藤本 剛士 (富山県立中央病院)  
近 貴志・河野 充夫 (脳神経外科)

発症後約24年で摘出された延髄海綿状血管腫の1例を経験したので報告する。

患者は59歳、男性。既往歴に高血圧があるも、家族歴には特記すべきことなし。1975年9/14しゃっくりが出現。15日左手のしびれが加わり、17日当院内科受診。右顔面と左手足の温痛覚低下、水平性眼振を認め、9/19-10/31右 Wallenberg's syndrome の診断で入院。1977年3/22仕事で突然めまい、しゃっくり、左上肢のしびれ出現。4/1当科初診。髄液は pinky。右顔面と左手足の dysesthesia、右手足の温痛覚低下、左ホルネル徴候、左下位脳神経症状を認めた。左 Wallenberg's syndrome の診断で保存的に加療し、9/11退院。VAGで異常所見はとらえられなかった。1985年10/24-12/8当院神経内科入院。1986年3/28他院でMRI施行。その後も神経内科でフォローされた。1991年5月にも神経症状の増悪あり。1994年5/14ふらつきと嚥下障害の悪化あり。当院のMRIで延髄に出血とmassの増大を認め、神経内科に6/10-7/3入院。シェロンテストが陽性。truncal & limb ataxia (下肢, R<L), gaze & spontaneous nystagmus, 右顔面の paresthesia, 左手に dysesthesia, 舌は左半分の変縮と fasciculation, uvula は左へ shift 等を認めた。1998年6/11MRI施行。10月他院へγナイフ治療を依頼したところ、手術適応であると指摘された。1998年11/25神経内科より当科を紹介され受診。1999年3/10手術目的で入院。3/15左側臥位にてSSEPをモニターしてmidline suboccipital approachで手術を行った。腫瘍は第四脳室底に顔をだしており、比較的容易に全摘できた。術後は嚥下障害のみ悪化した数が数日で軽快し、4/10元気に独歩退院した。

### 10) 悪性グリオーマに対する温熱療法の現状

高橋 英明・田中 隆一  
本山 浩・宇塚 岳夫  
森田幸太郎・関 泰弘 (新潟大学脳研究所)  
柿沼 健一 (脳神経外科)

我々は、悪性神経膠腫の非摘出術施行例に対して積極的に低侵襲性治療である組織内温熱療法を局所放射線治療および化学療法とともに併用してきた。今回は、その治療成績を報告する。