

症例を経験したので報告する。

症例は63歳女性。数日前より急に歩行障害と構語障害が出現した。近医を受診し、脳腫瘍の診断で当院に入院となった。神経学的に意識は傾眠傾向で、左片麻痺と構語障害を認めた。CT, MRI では右側頭葉、前頭葉、頭頂葉に存在する脳腫瘍で、嚢胞を合併し、一部に出血を認めた。enhance MRI では脳腫瘍実質と嚢胞壁が造影された。脳血管撮影では中硬膜動脈から著明に feeding される腫瘍で、中大脳動脈からもわずかに feeding された。右前頭側頭開頭で摘出術を行った。一部硬膜に癒着し、シルビウス裂から側頭葉先端に主座をおき、嚢胞を形成した境界不鮮明な腫瘍であった。嚢胞壁も含めて摘出した。病理組織学的には glioblastoma であった。

B-2) 術中 DSA が有用であった thalamic glioma の1例

永山 徹 (白河厚生総合病院 脳神経外科)
岡田 仁 (大宮赤十字病院 脳神経外科)

術中 DSA は、主に脳動脈瘤や脳動脈静脈奇形の手術中に使用され、動脈瘤の neck clipping・重要な血管の温存の確認、AVM 摘出途中での feeder・drainer・nidus の確認等に有用である。今回、血管に富む左 thalamic glioma の術中に DSA を使用し、feeder の把握と腫瘍濃染像消失の確認に有用であった1例を経験したので報告する。症例は、28才男性。頭痛・嘔吐・視力低下・右軽度片麻痺・右半身知覚低下を主訴に来院。腫瘍は左側脳室内にも進展し、径約 6 cm と大きく、後脈絡叢動脈から feed されていた。昨年5月28日に lt. temporal transcortical approach で腫瘍摘出術を施行。退院後、現在も軽度知覚障害以外神経学的に異常なく外来通院中である。

B-3) 小脳半球原発の神経膠芽腫の一症例

林 俊哲・波出石 弘 (秋田県立脳血管研究センター)
上山 憲司・鈴木 明文 (脳神経外科)
安井 信之

症例は41才男性で早朝起床時の頭痛、嘔吐を訴え近医を受診した。神経学的には特記すべき所見は認めなかったものの、頭部 CT で右小脳半球に出血、および石灰化巣を伴った腫瘍性病変を認め、脳血管撮影で右後下小

脳動脈からの腫瘍濃染像を認めたため当科紹介入院となった。頭部 MRI ではガドリニウムで不均一に造影される境界不明瞭な腫瘍性病変を認め、Positron CT では同部に¹¹C-methionine の高集積を認めた。腫瘍摘出術を行い病理組織所見は神経膠芽腫であった。患者は術後に摘出腔を含む総量60グレイの放射線照射療法を受けたが、術後1年で側脳室内に転移再発したため、さらに前回照射野を避けて総量61グレイの放射線照射療法、ガンマナイフ療法を追加施行されたが、術後2年には脊髄播種をきたした。小脳原発の神経膠芽腫は稀であり文献的考察を含め報告する。

B-4) 自然退縮を示した小児視神経膠腫の2例

竹内 浩明・兜 正則 (福井医科大学)
佐藤 一史・久保田紀彦 (脳神経外科)

我々は術後に放射線治療、化学療法の後療法を行わず、経過観察中に腫瘍の縮小した小児視神経膠腫の2例を報告する。

症例1 1978年1月(3歳10ヵ月)某病院にて開頭腫瘍摘出術施行。1988年1月頃より集中力なく、視力低下してきたため、1988年3月7日(14歳)当科受診。受診時右失明、左光覚弁、対光反射両側消失、両側視神経萎縮。頭部 MRI にて鞍上部より第3脳室に進展する直径約 4 cm の嚢胞を有する mass を認めた。脳室拡大(+). 右脳室腹腔シヤント術および左前頭側頭開頭腫瘍部分摘出術を施行。組織診断は pilocytic astrocytoma。1989年と1992年施行の頭部 MRI ではサイズはほぼ不変であった腫瘍が1994年の MRI では縮小していた。

症例2 生下時より頭囲拡大、左半身の角化性母斑あり。頭部 MRI にて T1 low T2 high intensity を示す鞍上部より上前方に進展する直径約 4 cm の mass を認めた為、当科紹介、頭囲 48 cm、両側対光反射鈍、左眼形成異常あり。生後5ヵ月に右前頭側頭開頭腫瘍摘出術施行。組織診断は pilocytic astrocytoma。術後1年後の MRI で腫瘍の縮小を認めた。

これらの症例の Ki-67, TUNEL 法の免疫組織学的検査を加え検討する。