

膠腫36例 (Grade II ; 9, III : 19, IV ; 7) の摘出標本に対して, 抗 Fas 抗体, 抗 Le^v 抗体, ApopTagTM, bcl-2 を用いて ABC 法による免疫染色を行い, 標識率を算出. まず WHO 分類による grading, 抗 PCNA 抗体から得られた増殖率と比較. アポトーシス発現率より新たに grading し, それぞれの群での Kaplan-Meier 法による生存率曲線を作成, 臨床的悪性度との相関を検討した. (結果) アポトーシス発現率は, WHO 分類 Grade II 群で Grade III, Grade IV 群に比べ有為に高値を呈した. アポトーシス発現率と抗 PCNA 抗体の発現率とは逆相関した. アポトーシス発現率と生存曲線との相関も高く認められた. (結論) アポトーシス関連抗体などによる免疫組織学的検索が, 神経膠腫の細胞生物学的悪性度の判定において有用であると考えられた.

A-19) 神経膠腫 2 例の画像所見と病理所見

根本 仁・山口 克彦 (太田西ノ内病院)
 斉藤 利重・北口 順二 (脳神経外科)

神経膠腫は脳実質内に浸潤性に進展するために手術の際に腫瘍と正常の脳組織との境界が不明瞭であることが多い. そこで神経膠腫の手術例及び剖検例で画像所見と病理所見を比較してみた.

症例 1 は 30 歳女性, 右側頭葉の良性の神経膠腫であった. 腫瘍全体を含んで lobectomy を行った. 症例 2 は, 62 歳男性, 1 年前に悪性神経膠腫の診断にて肉眼的に全摘出術を受けている. その後肺炎にて死亡した. 剖検脳を死亡 10 日前の CT と同じスライスで切片を作製し画像と病理所見を比較した.

その結果, 良性の神経膠腫では, 腫瘍周囲の脳浮腫の部分は gliosis であり腫瘍細胞は認められなかったのに対し, 悪性の神経膠腫では, 腫瘍周囲の脳浮腫の部分のみならず画像上正常と思われる部分にも腫瘍細胞が散在していた.

A-20) 卒中様の発症を示したテント上グリオーマの 1 例

八巻 稔明・野中 雅
 秋山 幸功・大滝 雅文 (札幌医科大学)
 田辺 純嘉・端 和夫 (脳神経外科)

脳腫瘍が腫瘍出血によらず, 卒中様の急性発症を示すことは例外的である. 文献的には急性発症もありうるということがあがるが, その背景となる病態生理に関する検

索はなされていない. 我々は, 片麻痺, 構音障害で急性発症した右前頭葉深部のグリオーマの 1 例を経験した. CT, AG および diffusion image を含めた MRI 検査所見を総合し, 急性発症の機序について考察する.

症例は, 68 歳, 男性. 平成 8 年 3 月 20 日, 夕食時に突然左上肢の脱力を自覚. 症状に改善なく, 3 日後には言葉のもつれ, 左下肢麻痺による歩行障害が明らかとなった. 受診時, lacunar infarction による pure motor hemiparesis を疑って CT 検査を行ったが, 右前頭葉深部, 運動領野の直下に長径約 4 cm のほぼ均一に増強される mass lesion を認めた. 病理組織検査では astrocytoma Grade II-III の診断であった.

A-21) 浸潤性に発育し, 4 年間増大の認められていない大脳 Low-grade glioma の 1 例

佐藤 健・武田 憲夫
 佐藤 進・関口賢太郎
 井上 明・井瀨 安雄 (山形県立中央病院)
 白旗 正幸・菅井 努 (脳神経外科)

大脳 Low-grade glioma (LGG) の治療方針については, 放射線や, 化学療法のような副作用を考えると, いまだに議論のあるところである. 今回われわれは大脳内の広い範囲に浸潤した成人大脳 LGG で約 4 年間経過観察し, 症候上, 画像上ともに変化のない症例を経験したので報告し, LGG に対する我々の治療方針について述べる. 【症例】67 歳女性, 1992 年 4 月下旬より時折左手の脱力感を自覚, MRI で左前頭葉および基底核に mass effect が認められ, T1 強調像で低信号, T2 強調像で高信号を示した. 入院時神経学的検査では, 特記すべき所見を認めなかった. 生検術にて, Astrocytoma grade II と診断した. それぞれの副作用を考え摘出術, 放射線治療, 化学療法は行わず経過観察とした. その後 1996 年 3 月に至るまで, 神経学的に異常所見なく, 正常な家庭生活を送っており, 画像上も変化を認めていない.

A-22) Gliomatosis Cerebri の 2 症例

田村 彰・土田 正 (新潟県立中央病院)
 山崎 英俊・乳井 新 (脳神経外科)
 関谷 政雄・石澤 伸 (同 病理検査科)

Gliomatosis Cerebri は, 腫瘍化した Astrocyte のびまん性浸潤を特徴とする希な疾患である. MRI が導

入されてから当施設で2症例を経験したのでその臨床経過、画像診断、病理所見に文献的考察を加えて報告する。

症例1. 51歳女性. 意欲の低下, 乳汁分泌のためMRIを施行したところ, 左右大脳半球に広く対称にひろがる病変が発見された. Corpus Callosum をバイオプシーし, 大小不正型の核を持つ glial cell が散在している所見を見た. 急速に進行する頭蓋内圧亢進のため各種治療に抵抗し, 診断から約2ヶ月で死亡した.

症例2. 39歳女性. 全身けいれんで発症. MRI で発見された左頭頂葉の病変をバイオプシーし, 60 Gy 局所照射した. 約10ヶ月後, 照射野からはずれていた右前頭葉が腫脹してきたため Frontal lobectomy を行った. 組織学的には2回とも同様で, Hyperchromatic な核をもつ glial cell が腫瘍塊を形成せず散在性に広がっていた. 現在追加照射中である.

A-23) 放射線誘発膠芽腫に認められた homozygous p53 gene mutation

野崎 道雅・多田 光宏
加藤 功・石井 伸明 (北海道大学)
澤村 豊・阿部 弘 (脳神経外科)

Radiation-induced glioma は近年その報告が増加しているが, その原因としての癌遺伝子や癌抑制遺伝子の異常については報告されていない. 今回我々は, 放射線治療10年後に発生した glioblastoma において ionizing-radiation に特異的と考えられる癌抑制遺伝子 p53 を同定したので報告する. 症例は16歳女性. 頭痛・嘔吐にて来院, 右 temporo-frontal の巨大な腫瘍を発見された. 10年前に胚細胞腫に対して 50 Gy の照射が施行されており, 腫瘍発見の3ヶ月前に施行された MRI では腫瘍の発生は認められず, 急激な腫瘍増大が示唆された. p53 遺伝子産物の転写活性を指標として, 検体中の変異 p53 遺伝子の割合を赤色コロニーの%で示すことができる yeast functional assay にて, 両親及び患者血液には p53 変異は検出されなかったが, 腫瘍中の p53 が95%変異していることが示され, somatic mutation が起こっていると考えられた. Sequencing にて変異は codon 238-239 にまたがる 3-base deletion と判明した. Base deletion は ionizing-radiation による DNA 損傷に特異的と考えられているが, ヒト放射線誘発腫瘍において癌抑制遺伝子内にその存在が確認されたのは本例が初めてである. 尚, 腫瘍の急速な増大は radiation によるこの single hit に引き続き, 10年後に対立 wild-

type p53 allele の消失 (LOH) を起こしたためと推定された.

A-24) 動注化学療法が有効であった再発悪性神経膠腫の2例

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

当科では悪性神経膠腫に対し, 手術療法, 放射線療法を主とした初期治療の後, 維持療法として定期的 (4ヶ月ごと) に動注化学療法を施行している. そのうち, 画像診断上, 再発腫瘍と考えられた病巣が, 動注化学療法中に消失した anaplastic astrocytoma の2症例を報告する. (症例1) 29歳 (発症時) 女性. 左側頭葉の腫瘍. 術後1年3ヶ月, 左中小脳脚に, 術後4年3ヶ月, 左側頭葉に再発巣を認めたが, それぞれ, ACNU の動注療法 (左内頸動脈および左椎骨動脈より投与) にて消失した. 術後7年を経過して, 現在, 通常の生活を過ごしている. (症例2) 45歳 (発症時) 女性. 右側頭葉の腫瘍. 術後10ヶ月に右側頭葉に再発巣を認めたが, ACNU の動注療法 (右中大脳動脈または右内頸動脈より投与) にて消失した. 術後5年を経過して, 現在, 通常の生活を過ごしている.

現在の当科での動注化学療法のプロトコルおよび治療成績についても簡単に言及する.

A-25) 頭蓋内胚細胞腫瘍に対する EP/ICE 化学療法を用いたプロトコルの治療成績

村田 純一・池田 潤
石井 伸明・加藤 功 (北海道大学)
澤村 豊・阿部 弘 (脳神経外科)

頭蓋内原発胚細胞腫瘍は組織型により予後が大きく異なる. 従来, 本腫瘍の補助療法として全脳脊髄照射が治療の中軸をなしていたが, 近年のその副作用である脳脊髄障害が大きな問題となっている. 当科では1992年以降, 組織型, 進展度, 腫瘍マーカー等により3つの予後群に分類し, 予後群別に, 化学療法を先行させ照射線量を減量した新たなプロトコルにて治療している. 治療方針としては, まず原則として外科手術により組織診断を確定し, 予後良好群 (solitary pure germinoma, mature teratoma) には, EP 療法 (VP-16+CDDP, 5 days) を4週毎に3~4コース, 中間群 (immature teratoma