

ニシリンG大量静脈内投与により治癒した。最近の傾向として抗生剤の普及により不顕性に進行し、神経梅毒で発症する例の報告が増えているので注意が必要と考える。頭蓋内ゴム腫の報告は過去10年間で約20例と少なく、稀な1例を報告した。

1B-45) 第三脳室内限局性の頭蓋咽頭腫の1例

岩瀬 正顕・安井 信之 (秋田県立脳血管
鈴木 明文・波出 石弘 研究センター)
曲澤 聡 (脳神経外科)

第三脳室内に発生する頭蓋咽頭腫は稀で、トルコ鞍膜上あるいはトルコ鞍内に発生する同腫瘍とは臨床症状や放射線学的に異なった特長を示すと考えられている。今回我々は第三脳室内頭蓋咽頭腫を経験し手術により良好な結果を得たので症例を提示し、文献的考察を加えて報告する。症例は64歳、女性。目のかすみ、頭痛、見当識障害、さらに意識障害、嘔吐が出現し紹介入院となった。入院時神経学的には軽度意識障害と両側鬱血乳頭を認めた。CT では鞍上部から第三脳室前半部、さらにモノロー孔に至る円形で一部に石灰化を伴った腫瘍を認め、モノロー孔閉塞による水頭症を合併していた。GD-MRI では腫瘍全体が一様に増強された。両側脳室ドレナージ、両側脳室腹腔シャント術施行1カ月後に、basal interhemispheric approach (BIH) により lamina terminalis を経由し全摘出を行った。本報では、第三脳室内頭蓋咽頭腫の特長を明らかにし、BIH 法の有用性について述べる。

1B-46) Extensive transbasal approach にて摘出した olfactory neuroblastoma の1症例

藤重 正人・森本 繁文 (札幌医科大学)
橋本 祐治・田辺 純嘉 (脳神経外科)
端 和夫

症例は36歳男性、主訴は頭痛、画像上、篩板を破壊し前頭蓋窩と篩骨洞、鼻腔内へ進展する巨大な腫瘤を認め、二期的手術を計画した。第一回目手術は、両側前頭開頭にて頭蓋内の腫瘍の摘出を行なった。腫瘍は易出血性、弾性硬で脳表との境界は明瞭、篩板近傍の硬膜に附着しており腫瘍摘出後附着部の硬膜を十分に焼却した。第二回目手術では前回の開頭に加えて、両側眼窩上壁、前頭洞および篩骨洞の一部を一塊として切除し、前頭蓋底部から鼻腔内へ進展した腫瘍にアプローチした。嗅神経が

篩板を貫く部分で硬膜を焼却切断し鼻腔内の腫瘍を正常粘膜と共に摘出した。鼻骨の内側が死角となったがミラーにて腫瘍の残存のないことを確認した。摘出腔は抗生剤軟膏を含ませたガーゼにてパックスし、骨膜と皮下組織を有茎弁として用い鼻腔内と頭蓋内の交通を遮断して、眼窩上壁をミニプレートで固定した。術後合併症は無く、組織診断は olfactory neuroblastoma であった。

1B-47) 脳原発悪性リンパ腫の1例

一画像所見と組織所見における腫瘍病変の拡がりの相違点について一

加藤 俊一・原 直行 (刈羽郡総合病院 脳神経外科)
林 森太郎・高橋 均 (新潟大学脳研究所 実験神経病理)
生田 房弘

脳原発悪性リンパ腫の腫瘍病変は画像所見で捉えられるより広範囲に及ぶとされている。本症例は発症からの経過が極めて急速で放射線療法・化学療法施行前に死亡し、画像と病理解剖所見を比較する際、病変への治療の影響がない点で適当な症例である。

症例は50才男性で、約15日前からの頭痛と嘔気及び食思不振を訴え来院。初診時意識清明で四肢の麻痺なし。鬱血乳頭の所見なし。精神症状を認めた。単純 CT で両側脳室及び右大脳基底核に軽度高吸収域を呈しほぼ均一に造影される腫瘍が多発性にみられた。MRI での腫瘍病変の拡がりは Gd で造影される腫瘍と T₂ 強調像での周囲白質の高信号域と思われた。入院後徐々に意識障害が進行し入院して10日目に呼吸停止をきたし死亡。病理解剖では小脳扁桃ヘルニアを呈し、腫瘍病変は上記画像所見以外に、両側視床、脳梁、脳弓、漏斗、各脳室の上衣下、大脳白質、脳幹及び小脳に認められた。

1B-48) “Vanishing” pituitary adenoma の1例

小笠原邦昭・甲州 啓二 (広南病院 脳神経外科)
藤原 悟・高橋 明 (東北大学脳研 脳神経外科)
吉本 高志

視床出血の発症を契機として、CT 上急激に縮小していった下垂体腺腫の1例を報告する。症例は70歳の女性。突然の左片麻痺をきたし当科を受診した。入院時、左片麻痺以外には神経学的異常所見は認められなかった。CT では右視床出血とともにトルコ鞍から鞍上部にかけて mass lesion が認められた。保存的に加療したが、CT 上鞍

上部の mass lesion は日毎に縮小していき、発症11日目には完全に消失した。この時の MRI では蝶形骨洞を充滿する腫瘍陰影が認められた。この腫瘍は鼻腔内にも一部進展しており、また第三脳室が蝶形骨洞内のこの腫瘍の中に下垂・牽引されていた。視力障害が急激に進行し、乳頭萎縮も出現してきたため、発症21日目に開頭術を施行した。腫瘍は視交叉及び第三脳室と強く癒着し、それらを下方（蝶形骨洞側）へ牽引していた。腫瘍は病理学的には chromophobe adenoma であった。本例の CT 上の経時的变化および症状発現機序について考察を加える。

1B-49) 高齢者に発生した pineal yolk sac tumor の 1 例

切替 典宏・木戸口 順 (岩手医科大学)
日高 徹雄・小川 彰 (脳神経外科)
中西 美佳 (同 神経内科)
笹生 俊一 (同 臨床病理)

yolk sac tumor は松果体原発腫瘍の中でも稀であり、ほぼ全例が30才以下で発症し、極めて予後不良であることが知られている。今回我々は65才で初発した症例を経験したので報告する。

1ヶ月前より両側下肢の筋力低下を自覚、漸次増悪するため来院。CT 上松果体の腫瘍性病変と水頭症を認めため直ちに VP shunt 施行、血清 AFP は 2,340 ng/ml であった。1週間後に rt. occipital transtentorial approach にて腫瘍全摘術を施行、腫瘍は血管豊富で中脳背側部と tight adhesion しており、組織学的に yolk sac tumor と確認された。術後2週間目の血清 AFP は 182 ng/ml と減少し、PVB (cisplatin, vinblastin, bleomycin) 療法を開始したが著明な SIADH を来したため中断。患者は一旦独歩可能となったが再び増悪、11週目の MRI にて再発と脳内播種の所見を認め、血清 AFP も 3,980 ng/ml と著増。carboplatin, etoposide 投与するも効果なく、15週目現在寝たきり状態である。本症例の経験をもとに pineal yolk sac tumor の治療について考察を加える。

1B-50) Pineocytoma と考えられた 2 症例の病理学的検討と治療

橋本 潔・伊東 民雄 (中村記念病院)
岡 亨治・堀田 隆史 (脳神経外科)
武田利兵衛・中村 順一 (脳神経外科)
末松 克美 ((財)北海道脳神経疾患研究所)
長嶋 和郎 (北海道大学第二) 病理

松果体実質細胞由来の腫瘍は pineocytoma と pineoblastoma とに分類されるが、実際には両者の中間型、あるいは混合型と思われる例がしばしば存在する。また現在、治療についても確定したものはない。今回、我々は HE 染色にて pineoblastoma が疑われたが、免疫組織化学所見、電顕所見等より pineocytoma に近い腫瘍と考えられた 2 症例を経験したので臨床経過、治療および病理学的検討を合せて報告する。2 症例とも 67 歳、女性、ともに頭痛、物忘れ等にて発症し、閉塞性水頭症を伴う松果体部腫瘍を認めた。occipital transtentorial approach にて腫瘍摘出後 synchronized chemoradiation を追加、約 1 年を経過した現在、腫瘍の増大は認められていない。

1B-51) 成人の Primitive neuroectodermal tumor の 1 例

数又 研・桜木 貢 (北海道脳神経外科)
本宮 峯生・中川 端午 (北海道脳神経外科)
三森 研自・都留美都雄 (北海道脳神経外科)
長嶋 和郎 (北海道大学第二) 病理

Primitive neuroectodermal tumor (PNET) は若年者の大脳に発生する予後不良な未分化型神経外胚葉性腫瘍の一群と言われている。私共は最近、組織学的に PNET と考えられた、成人に発症した 1 例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

症例は 39 歳女性。主訴は意識障害、約一カ月前より頭痛、次第に無気力、活動性の低下あり、うつ状態と言われ他院入院。その後傾眠、尿失禁出現し、平成 4 年 12 月 25 日当院入院。神経学的に意識障害 (I-3)、両側 Papilledema を認めた。CT、MRI で両側前頭葉内側から底部にかけて巨大な Mass を認めた。入院翌朝、急速に意識障害の進行 (半昏睡)、左に大きい瞳孔不同対光反射の消失出現と、脳ヘルニアの所見を呈し緊急手術を施行した。灰赤色で易出血性のやわらかい腫瘍を摘出。病理組織は、小型類円形の核と fibrillary な突起を有す細胞の瀰漫性増殖に豊富な血管を伴い、Homer-Wright 型の Rosettes や多核大型の異型細胞、壊死もみられ、髓