

(治療開始後8カ月で消化管出血にて死亡、剖検で確認)、1例は部分寛解が得られ、治療開始後18カ月の現在腫瘍の再増大なく経過観察中である。

1A-30) 悪性神経膠腫の化学療法中に輸血後 GVHD を合併したと考えられる1例

塩屋 齊・伏見 進 (平鹿総合病院 脳神経外科)
 米谷 元裕・平山 章彦 (同 皮膚科)
 岡部 俊一 (同 皮膚科)

輸血後の graft versus host disease (GVHD) は、供血者のリンパ球が患者の体組織を攻撃して引き起こす重篤な輸血合併症で、わが国で年間100件以上と推定されているが、渉猟し得た限り脳神経外科領域での報告例は無い。今回、悪性神経膠腫の化学療法中に輸血後 GVHD を合併したと考えられる1例を経験したので報告する。症例は74歳の女性で、1990年6月18日に左側頭葉皮質下出血で発症し、開頭による血腫除去術と生検が行われ、腫瘍内出血 (astrocytoma grade III) と診断された。局所に 54 Gy の放射線治療を受けたが再発し、1991年1月11日に ACNU 120 mg と β interferon 300 万単位を静脈内投与された。2月上旬に骨髄抑制のため濃厚血小板10単位と濃厚赤血球6単位を輸血され、3月上旬から発熱・下痢を伴う著明な紅皮症を呈した。臨床経過と皮膚生検で輸血後 GVHD が疑われ、methylprednisolone 1000 mg と predonine 60 mg の漸減投与で軽快したが、6カ月後に腫瘍の増大と多量の腫瘍内出血が生じて死亡した。

1A-31) 照射・化学療法が著効を示し、昏睡状態より回復した小児脳幹部神経膠腫の1例

近藤 礼・今井 邦英 (山形大学 脳神経外科)
 佐藤 清・山田 潔忠 (同 脳神経外科)
 中井 昂 (同 脳神経外科)

脳幹部神経膠腫は小児に好発し、予後は不良であることが多い。発症後急速に経過し半昏睡となり、両側の除脳硬直を呈したものの治療に劇的に反応し、独歩にて退院した小児例を経験したので報告する。

患者は2歳9カ月の女兒、後腹膜原発神経芽細胞腫の既往がある。歩行障害、無表情で発症し、約2週後に入院。すでに軽度の意識障害があり、両側第V・VII脳神経障害、左片麻痺、排尿障害などを認めた。MRI では橋脳の正中から右寄りに不規則に Gd で増強される腫瘍があり、一部 exophytic に発育していた。入院後も症状は急速に進行し“100”の意識障害、両側の除脳硬直

を呈した。生検術は行なわず、直ちに照射・ステロイド投与・Etoposide, Carboplatin による化学療法を開始。約2週間後より徐々に改善し、MRI 上も著明な腫瘍縮小を認めた。患児はごく軽度の左下肢の麻痺を残すも他の症状は消失し、元気に退院した。

1A-32) 脳室内及びクモ膜下腔へ播種性転移をきたした松果体部良性神経膠腫の1例

外山 孚・山本 潔 (長岡赤十字病院 脳神経外科)
 増田 浩・小林 勉 (同 病理)
 金子 博 (新潟大学脳研 脳神経外科)
 田中 隆一 (同 脳神経外科)

Low grade glioma の leptomeningeal dissemination は稀である。我々は、pineal region から発生した pilocytic astrocytoma の播種例を経験したので報告する。症例は26歳の男性。23歳より聴力障害を自覚。25歳より複視出現。家族歴、全身所見に Von Recklinghausen 病を疑う所見なし。神経学的には両側聴力障害以外は異常なし。MRI にて松果体部、第III脳室前部、両側小脳橋角部、上位頸髄髄外硬膜下に腫瘍あり。造影態度から同一病理像の腫瘍が疑われた。まず、occipital transtentorial に松果体部から第III脳室腫瘍を摘出。松果体部と癒着あり。1カ月後、左小脳橋角部腫瘍を摘出。腫瘍はルシュカ孔から小脳橋角部にあり、第VII・VIII神経は腫瘍に埋没していた。両神経を温存して腫瘍を摘出。両者とも pilocytic astrocytoma であった。病理像、播種について考察し発表する。

1A-33) MRI にて早期に髄腔内播種を認めた松果体部悪性 glioma の1例

松本 行弘・林 征志 (大川原脳神経外科 病院)
 森永 一生・大宮 信行
 三上 淳一・上田 幹也
 佐藤 宏之・井上 慶俊
 大川原修二

最近、悪性 glioma の髄腔内播種における MRI の有用性を論ずる報告が増加しつつある。今回我々は、MRI にて早期に髄腔内播種の所見を認めた松果体部 glioma の1例を経験したので報告する。

〈症例〉70歳男性。平成4年1月初めより複視、目のちらつきが徐々に進行し、近医での CT にて松果体部腫瘍を指摘され、1月22日入院。同日の MRI にて松果体、中脳背側、両側視床内側部にかけて直径3cm の mass lesion が認められ、T₁: 低信号、T₂: 高信号、Gd-enhance T₁: 境界明瞭な一様の enhancement を呈した。また、

右側脳室前角内側壁に線状の enhancement が認められた。2月5日、水頭症に対し V-P shunt を施行し、脳室内髄液細胞診にて悪性 glioma 細胞が検出され、2月10日の MRI では側脳室壁の enhancement が明らかに増大し髄腔内播種と考えられた。2月22日、parietal transcallosal approach にて腫瘍の部分摘出を行い、anaplastic astrocytoma (Grade 3) の病理診断を得た。

1A-34) 多発性グリオーマの1例
—病理組織像・MRI および PET 像との対比—

鹿野 英生・増山 祥二 (東北大学脳研)
嘉山 孝正・吉本 高志 (脳神経外科)

症例は47歳男で平成2年6月頃より左手指にしびれ感を自覚、翌年3月より左手の細かい運動障害が出現。当院神経内科受診し、CT 施行され、多発性脳腫瘍の診断にて当科に入院した。MRI にて腫瘍は多発性に認められ、また FDG を用いた PET study にても腫瘍に一致して high uptake を認めた。CT ガイド下に stereo. biopsy を施行、組織学的に anaplastic astrocytoma であった。ACNU を中心とした放射線化学療法を施行したが、施行中に肺炎及び消化管出血を併発、全身状態悪化し死亡した。剖検が行われ、CT 及び MRI に一致した多発性腫瘍が認められ、それぞれの組織型は同一であった。神経放射線的に各腫瘍間に交通は認められなかったが、病理組織学的に詳細に検討してみると多発性の各腫瘍間には交通が認められた。即ち腫瘍は病理学的に連続し、CT, MRI, PET などの画像と相違しており、グリオーマの診断の困難性を示しているものと思われた。

1A-35) 8年間の経過において発生した多発性 glioma の1例

小川 欣一・菅野 三信 (帯広第一病院)
清水 幸彦 (脳神経外科)

今回我々は、8年の期間において全く別の部位に発生した多発性 glioma の稀な1例を経験したので報告する。

〈症例〉48歳男性。1983年4月中旬より頭痛、5月より左知覚障害も出現し当科紹介入院となる。頭部 CT にて右側頭後頭葉に mass を認め、5月26日摘出術を施行。組織診断では astrocytoma grade III で、放射線療法 (66 Gy) + 化学療法 (ACNU, FT-207, PSK) のいわゆる RAFP 療法を行い症状は軽快し退院。以降

外来にて経過観察していた。1991年12月頭痛、眩まいを自覚、MRI により左小脳半球より虫部にかけて G-d enhancement 陽性の mass を認め1992年3月後頭蓋窩開頭にて摘出術を施行した。術後髄液漏のため V-P shunt 術を施行したが、現在のところ良好に経過している。組織学的診断の結果は astrocytoma grade III であった。

1A-36) Callosal astrocytoma の一例

高坂 研一 (医療法人社団函館
脳神経外科病院)

最近、我々は脳梁部に発生した、比較的にまれな astrocytoma の一例を経験したので、その臨床上的特徴、診断、治療等につき、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は31歳、女性で、頭痛・嘔吐・歩行時のふらつき、幻覚を主訴として来院した。CT, MRI 及び脳血管撮影を施行し、callosal tumor と診断した。特に MRI は術前の tumor の location, approach を検討する上で有効だった。

tumor の摘出術を施行し、病理学的検索の結果は、astrocytoma の grade II だった。術後、ACNU の動注、インターフェロンの点滴静注をおこない経過は良好である。

1A-37) 臨床的にいわゆる Gliomatosis cerebri が疑われ、診断に苦慮した1例

渡辺 徹・寺林 征
小股 整・妻沼 到 (富山県立中央病院)
本道 洋昭・杉山 義昭 (脳神経外科)
三輪 淳夫 (同 臨床病理科)
林 森太郎 (新潟大学脳研究所
実験神経病理学
部門)

Gliomatosis cerebri (GC) の診断には組織所見が必須であり、臨床症状や画像所見のみから確定診断を下すのは困難である。早期診断に苦慮した GC の1例を報告する。症例は63歳男性。全身倦怠感、耳鳴、高血圧に続き、記憶力障害、活動性低下出現し進行。発症5カ月で一過性の高血圧と意識障害、嘔吐を認め入院。CT 上両側大脳半球の腫脹を認めるも増強効果なし。一般血液検査正常。髄液圧が高値以外髄液所見に異常なく、脳血管撮影では腫瘍陰影は認めず。入院後、来院時と同様の症状を反復し、意識障害進行。入院2カ月後の CT, MRI にて右側頭葉内側に増強所見出現したため、同部を含めた側頭葉切除術を施行。病理組織所見からは極めて浸潤