

## 9) 転移性脳腫瘍の治療

—治療成績におよぼす諸因子の検討—

松本 正博・中沢 省三 (日本医科大学)  
吉田 大蔵 (脳神経外科)

〈目的〉 転移性脳腫瘍の治療効果に及ぼす諸因子を

① 原発巣症状出現から脳転移までの期間別, ② 転移部位別, ③ 病理組織別 (肺癌), ④ 単発あるいは多発転移別, ⑤ 年齢別, ⑥ 治療法別などについて脳転移症状出現からの各々の平均生存期間を中心に検討した。

〈対象〉 男性45例・女性30例の75例で手術施行群52例・非手術群23例を対象とした。

〈結果〉 ① 原発巣症状出現から脳転移までの期間別の平均生存期間では, 脳転移症状先行群・原発巣症状出現から脳転移までの期間が半年・1年・2年・3年以下・3年より長期群に分け検討したが明らかな相関関係は認められなかった。② 脳転移部位をテント上・下に転移巣を有する群・テント上下・テント下のみの3群に分け, 平均生存期間をみると, 各々7.2ヶ月, 5.0ヶ月, 3.5ヶ月であった。③ 病理組織別 (肺癌) の平均生存期間は, Adenocarcinoma (5.5ヶ月)・Squamous cell (7.2ヶ月)・Undifferentiated (6.2ヶ月) で明らかな差を認めなかった。④ 単発性と多発性転移別では, 手術群では両者の間に差を認めなかった。⑤ 年齢群別では, 各年代群で手術群は非手術群に比べ良好であった。しかし60才代までの群と70才以上の高齢者群との間には明らかな差を認めなかった。⑥ 手術施行群における術後補助療法別の術後平均生存期間では, Adriamycin 腫瘍床内局所注入療法 (局注療法) を28例に施行したが, 腫瘍摘出のみ (1.8ヶ月)・化学療法のみ (4.5ヶ月)・化学療法+放射線療法 (6.1ヶ月)・局注療法+化学療法 (5.9ヶ月)・局注+化学療法+放射線療法 (13.3ヶ月) であった。また局注非施行群 (4.3ヶ月)・施行群 (10.0ヶ月) と局注療法群で有意な治療効果を認めた。

〈結論〉 転移部位がテント上・下に限局している群・手術施行群・局注療法施行群で平均生存期間の優位性が示唆された。

## 10) 当科における転移性脳腫瘍の治療

恩田 清・田中 隆一  
武田 憲夫・鷺山 和雄 (新潟大学)  
本道 洋昭 (脳神経外科)

CT 導入以後の1976年9月から1987年9月までに入院治療した脳内転移例は136例で, 原発巣別内訳では肺癌83例 (61.0%), 消化器癌17例 (12.5%), 泌尿生殖

器癌13例 (9.6%), 乳癌9例 (6.6%), その他14例, 年令別内訳では30~49才27例 (19.9%), 50代45例 (33.1%), 60代42例 (30.9%), 70才以上22例 (16.2%) である。初回治療時の CT 上の転移巣数は単発78例 (57.4%), 多発58例 (42.6%) で, 治療別内訳は照射単独87例 (64.0%), 摘出+照射34例 (25.0%), 摘出6例 (4.4%), その他9例である。1989年2月までの追跡調査では, 全136例の50%生存6ヶ月, 25%生存14ヶ月で, 原発巣別の50%生存は肺癌6ヶ月, 消化器癌4ヶ月, 乳癌13ヶ月, 年令別の50%生存は30~49才12ヶ月, 50代7ヶ月, 60代6ヶ月, 70才以上4ヶ月, 初回治療別の50%生存は照射単独6ヶ月, 摘出+照射12ヶ月であった。経過を十分追跡しえた症例の死因を分析すると, 脳転移で死亡したのは全体の26.1%, 全身転移など脳転移以外によるものが61.3%, 脳転移および全身転移の両方が関与したのは12.6%である。

放射線治療について検討すると, 照射施行例で完遂しえたのは106/121 (87.6%) で, 不完全照射に終わった原因は, 神経学的所見の悪化3例, 全身状態の悪化12例である。放射線治療の効果を CT で評価すると, 評価可能例+照射終了後1ヶ月以上 CT で追跡できた症例の CR+PR は45/64 (70.3%) であった。照射単独群の治療前後の Performance status をみると, 70才未満では満足すべき改善率が得られたが, 70才以上の改善率は著しく不良であった。また6ヶ月以上生存した症例の局所再発は摘出 (3/4), 照射単独 (21/41), 摘出+照射 (5/21) の順で, 再発した症例の半数以上は再治療を要した。

我々は, 数ヶ月以上生存する見込みがあり現在の苦痛が脳転移による神経症状である患者に対しては, 積極的に治療する方針で臨んでいる。新しい治療法の工夫など, 今後さらに検討したいと考えている。

## ビデオセッション

## 1) Syringosubarachnoid Shunt for Syringomyelic Cord Syndrome

寺林 征・伊藤 靖  
新保 義勝・大倉 良夫 (富山県立中央病院)  
本山 浩・杉山 義昭 (脳神経外科)  
大野 司・井上 雄吉 (同 神経内科)

Syringomyelic Cord Syndrome を呈した3例で空洞クモ膜下シャント (S-S Shunt) を経験したので, 術中 VTR を提示する。〔症例〕1例目は47才の女性, 33才で右手脱力と温度覚障害で発症し, 14年後両上肢

帯～上肢の脱力・筋萎縮と両上肢・軀幹の知覚障害を訴えて来院。神経学的には、腱反射は両側共上肢低下・下肢亢進、温痛覚は両側 C<sub>3</sub>～Th<sub>12</sub> で低下。MRI で Chiari Malformation I と C<sub>1</sub>～Th<sub>11</sub> で Syrinx を確認。高度の筋萎縮のため支持性を考え、手術は C<sub>6,7</sub> 右半側椎弓切除術を行い REZ で S-S Shunt 施行。術後症状の改善は見られないが進行は無し。2 例目は男性で30才頃右肩のしびれで始まり、39才で右上肢の温度覚障害と脱力を訴えて来院。神経症状は、両側共腱反射は上肢で低下・下肢で亢進、顔面右半・右 C<sub>2</sub>～L<sub>1,2</sub>・左 C<sub>3</sub>～C<sub>4</sub> で温痛覚は低下。MRI で Chiari Malformation I, C<sub>1</sub>～Th<sub>11</sub> の Syrinx。後頭下開頭に C<sub>1,2,3</sub> 椎弓切除術を加え、大孔部減圧と右 C<sub>4</sub>REZ で S-S Shunt を施行。術後は右上肢温度覚と脱力は軽快。3 例目は男性で26才の転落事故後 Th<sub>5</sub> 横断症状が続いていたが、35才で右上肢知覚障害、39才左上肢脱力も加わり40才で初診。MRI で C<sub>1</sub>～Th の Syrinx。手術は Th<sub>1,2</sub> 椎弓切除を行い、正中で S-S Shunt を施行。術後しびれは軽快。〔考案・結語〕Chiari 奇形の脊髄空洞症が Magendie 孔の間歇性閉塞に因り生ずるものならば、Magendie 孔の開放と S-S Shunt の組合わせが根治的手術ということになる。この点からすると、1 例目で行った手術には問題が残る。外傷性対麻痺に遅発性進行性に向上性脱落症状が加わってきた3 例目では、症状の進行を止める目的で Cyst 開放を行った。この症例ではクモ膜と脊髄は癒着していたために、空洞硬膜下シャントに終わっている。本症例では Cyst からのシャントがいつまで機能してくれるか、という点についても疑問は残る。

2) 舌咽神経痛に対する microvascular decompression

小林 啓志・岸田 興治 (信楽園病院) 脳神経外科  
皆川 信

3) PTA of the carotid artery

小林 士郎・中澤 省三 (日本医科大学) 脳神経外科  
Fong Y. Tsai (ミズーリ大学) カンザスシティ校

4) 脳動脈瘤術中破裂例

大塚 顕 (長野赤十字病院脳神経外科)

これ迄に演者が経験した脳動脈瘤術中破裂例の中から3 例を紹介し、手術手技や動脈瘤の性質、術中の対処の

方法、反省点などについて述べてみたい。

症例 1, 67才女性。

頭痛を主訴として近医受診。CT にて脳動脈瘤を疑われ当科に入院。CAG にて両側 ICPC 動脈瘤を認めた。先ず右 ICPC の大きな未破裂動脈瘤のクリッピングを行なった。1 ヶ月後左 ICPC 動脈瘤に対して手術を行ったが、動脈瘤柄部を充分に剝離する前に IC からの枝と思われる所からの出血があり、その止血操作中に更に血管の損傷を来たし、止むなく IC の Trapping を行う結果となった。術後一時的に意識障害、失語などがみられたが、幸いにもよく改善し日常生活に支障ない迄になった。この例では対側からの血液が充分であった為と考える。

症例 2, 69才女性。

左 ICPC 動脈瘤で G II, Day O で手術、クリップをかけた瞬間 Dome 附近から出血を来たした。IC に temporary clip をおいて出血をコントロールしながら柄部にクリップをかけた。術後経過は良好であった。Dome が癒着している場合にありがちなことで、破裂をみた場合は短時間の Trapping で完全な neck clipping が可能であるので、落ちついて手術操作をすすめることが大切である。

症例 3, 59才女性。

右 IC dorsal 動脈瘤で、あらかじめ破裂を予想して頸部内頸動脈を露出しておいて直達手術を行ったが、予想通りクリップをかけた瞬間破裂した。頸動脈を閉じても十分な出血のコントロールは不能で結局 Trapping によりハイフェッツの円筒型のクリップをかけた。術後 CAG 上も臨床的にも良好な結果を得た。

この部の動脈瘤に対しては破裂を充分予測して手術にのぞむべきである。円筒型のクリップが有効であり、常に2, 3の種類のサイズのものを用意しておくべきである。

5) BA-SCA aneurysm の 1 例

佐々木 修・小泉 幸孝 (桑名病院) 脳神経外科

6) 後頭蓋高多発性脳動脈瘤 (BA top and VA-PICA) の 1 例

土田 正・黒木 瑞雄 (新潟県立中央病院) 脳神経外科  
斉藤 明彦・高橋 祥  
森 宏

椎骨脳底動脈系の破裂脳動脈瘤によるくも膜下出血