

蛋白の高値持続し、外ドレナージを要した。外ドレナージにもかかわらず意識障害進行。CTで、CSF dissemination が認められた。髄液細胞診でも陽性。腫瘍全摘後、約4カ月に死亡。

1A-8) Central neurocytoma の1例

佐野 克弘・江塚 勇 (新潟労災病院)
 高井 信行・鈴木 泰篤 (脳神経外科)
 高橋 均・大浜 栄作 (新潟大学脳研究所)
 (実験神経病理)

Central neurocytoma は従来稀な腫瘍とされてきたが、電顕や酵素抗体法により症例の増加と共に、概念が確立されつつある。症例は28才女性。右上下肢の脱力感と知覚障害で発症、神経学的には軽度の右片麻痺と右半身の知覚障害を認めた。CTでは左側脳室内に嚢胞形成を伴う腫瘍を認め、ほぼ均一に増強された。脳血管写ではACAの左方偏位、静脈角の下方偏位、栄養動脈としての太い前脈絡動脈が認められた。手術はLt Parieto-occipital transcortical approachにて行い、赤灰色、表面平滑な腫瘍を認めた。柔らかく摘出は容易であった。病理組織像はHE染色ではクロマチン中等量の円形又は卵円形の核とエオジンに淡染し突起の不明瞭な胞体を持つ腫瘍細胞が密に増殖し、少量の血管・結合織が不完全に腫瘍を区画した部分や、perinuclear halo様の部分を認めた。NSE染色では大多数が陽性。電顕では多数の腫瘍細胞突起内にdense cored vesicleやclear vesicleが認められた。以上よりCentral neurocytomaと診断された。放射線治療は行わなかったが、一部残存せる腫瘍は1年後の現在も増大をみていない。

1A-9) Central neurocytoma の1例

黒木 瑞雄・土田 正 (県立中央病院)
 斎藤 明彦 (脳神経外科)
 関谷 政雄 (同 病理)

最近、我々はcentral neurocytomaの一例を経験したので報告する。症例は39才女性。1989年7月頃より集中力、記憶力の低下を自覚するようになる。同年11月8日、仕事に全身けいれんを起こし当科に搬入された。入院時、神経学的には異常を認めず。CTでは拡大した左側脳室内に等吸収値を示す大きな腫瘍を認め、腫瘍の辺縁には石灰化を伴っていた。11月14日経脳梁到達法により腫瘍を全摘した。光顕上、腫瘍は小型円形ないし楕円形の核を有する単一な細胞群からなり、比較的幅広いrosette様の構造を認めた。また細胞質が明るく

perinuclearhaloに似た細胞の集団も見られた。免疫染色では、抗NSE抗体と抗Leu7抗体に腫瘍細胞は染色された。電顕では、多数の神経突起内に神経分泌顆粒が認められ、synapse様構造も見られた。術後経過は良好で、患者は元の職場に復職している。また現在まで腫瘍の再増大は見られていない。Central neurocytomaは1982年Hassoun等により初めて提唱された新しい疾患概念である。この稀な脳室内腫瘍の臨床的、病理学的特徴につき、文献的考察を加えて報告する。

1A-10) 嚢胞と壁在結節を示した小脳脈絡叢乳頭腫の1例

新保 義勝・寺林 征浩 (富山県立中央病院)
 伊藤 靖・本山 浩 (脳神経外科)
 杉山 義昭
 三輪 淳夫 (同 臨床病理科)

小脳虫部に嚢胞と壁在結節を示した脈絡叢乳頭腫の症例を経験した。画像診断上特異であり報告する。症例(6932):70才女性。H1年9月より食思不振、嘔吐、後頭部痛、10月より右に偏る軀幹失調あり。11月当科入院。軀幹失調と極軽度の右片麻痺がみられた。鬱血乳頭なし。CTでは小脳下面虫部から右半球に嚢胞があり、腹内側面に等吸収で強くCEされる壁在結節が見られた。第4脳室は上方に圧排変形され、第3脳室、側脳室は軽度拡大していた。脳血管写では両側PICAの外方への変位と栄養血管の不明瞭で淡い腫瘍陰影がみられた。術中所見では、小脳下面虫部は膨隆非薄化し、内部に嚢胞と黄赤色顆粒状の腫瘍を認め、腫瘍摘出すると第4脳室が露出した。栄養血管を凝固採取すると右第7、8脳神経に通じた。組織学的には異型性の乏しい脈絡叢乳頭腫であった。考察:本例の術前診断は小脳astrocytomaあるいは小脳血管芽細胞腫であったが年齢や血管写の所見で考えにくい点があった。脈絡叢乳頭腫がこのような特異な発育形態を示した機序は不明であるが画像診断上念頭に置くべき腫瘍と思われた。

1A-11) 新生児多発脳腫瘍の1症例

村田光太郎・深瀬 栄一
 伊藤 俊二・山田 潔忠
 中井 晶 (山形大学脳神経外科)

新生児多発脳腫瘍の稀な症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

患者は、生後40日の女兒。妊娠、生下時ともに問題はなかったが、生後5週頃に左眼に外斜視に気付かれ発症

した。入院時、身長、体重、頭囲は正常範囲であり、四肢の動きも活発であった。右足にカフェ・オ・レ斑を1つ認めた。意識障害は無いが、左眼は外方に転位しており、その対光反射は遅延していた。左の眼底で、乳頭浮腫、静脈怒張を認めたが、単純X線撮影では、両側の視束管が拡大していた。頭部 CT では以下の所見を認めた。①視神経は、左>右で共に腫大しており、一様に CE された。②鞍上部に分葉した腫瘍があり、リング状に CE された。この腫瘍と眼窩内腫瘍との連続性は確認出来なかった。③左小脳橋角部、小脳虫部、左迂回槽にも、一様に CE される腫瘍を孤立性に認めた。これらの腫瘍は MRI で、T1, T2 共に isointensity であり、Gd にて一様に CE された。本症例は、画像上、視神経膠腫と頭蓋内多発性髄膜腫の合併と考えられたが、家族の同意が得られず組織による確定診断には到らなかった。

1A-12) 担癌による免疫抑制の形成とその細胞性機構の解析

久保田 司・八巻 稔明
川原 孝久・伊林 至洋
大坊 雅彦・田辺 純嘉 (札幌医科大学)
端 和夫 (脳神経外科)

担癌による免疫抑制の形成をその細胞性機構を中心に解析した。F344 ラット背部皮下に同系の gliosarcoma を移植し、担癌 1, 2, 3及び4週ラットを作製した。これらの脾細胞の concanavalin A (Con A), mixed lymphocyte tumor culture (MLTC), mixed lymphocyte culture (MLC), 及び LAK 活性を測定した。何れの反応も担癌3週以降で低下した。正常及び担癌1週脾細胞の各種免疫反応系に MMC 処理した正常及び担癌3週以降脾細胞を加えたところ、正常に比べ担癌3週以降脾細胞を加えた場合に抑制効果が認められた。suppress or 細胞の subset を同定する目的で、担癌各週細胞をプラスチック接着性、CD5, CD4 及び CD8 に対する monoclonal 抗体+補体処理による細胞除去にて各 subset に分け、各 subset の免疫能、及び MMC処理した各 subset の正常及び担癌1週脾細胞の免疫能に対する影響を調べた。その結果、どの subset でも反応低下を示した。以上より担癌脾細胞では全般的な免疫抑制状態が形成され、内部に suppressor 細胞を含むと考えられるが、上記の細胞除去では特定の subset 同定には至らなかった。

1A-13) 悪性神経膠腫治療剤としての nimustine hydrochloride (ACNU) 髄腔内使用に関する実験的研究

真鍋 宏・蕎麦田英治
尾金 一民・岩淵 隆 (弘前大学脳神経外科)

悪性神経膠腫の髄腔内播種の治療として、ACNU の髄腔内投与の安全性を動物実験にて検討した。(方法) 体重 5~11kg の雑種成犬を延べ42頭使用し、麻酔は Pentobarbital sodium 静脈内投与にて行った。大槽穿刺により ACNU (10mg/ml, 浸透圧: 生理的食塩水比 4, pH: 3.3) を髄腔内投与し、神経学的所見、組織学的所見、B.B.B. 機能の観察および髄腔内薬物動態の検討を行った。(結果) 神経学的所見は、0.1mg/kg 以上の投与群で障害が認められた。組織学的には、髄鞘の膨化、実質の出血、血栓、海綿状変化、クモ膜下出血、クモ膜下の細胞浸潤などを認め、dose dependent な変化であった。B.B.B. 機能は dose dependent に Evans blue の漏出を認め、電顕では内皮細胞下に白血球、赤血球の漏出を認めた。以上の変化は 0.05mg/kg 投与群では殆ど認められなかった。髄腔内薬物動態は 0.05 mg/kg 投与群では AUC=0.59-2.63mg.min/ml で glioma cell に有効な値であった。(結論) ACNU の髄腔内投与は、0.05mg/kg 投与群では組織学的変化が殆どなく、その上、充分有効濃度も得られ、臨床応用が可能と思われた。

1A-14) 局所化学療法を前提とした悪性グリオーマの手術

山嶋 哲盛・木多 真也
立花 修・長谷川光広
正印 克夫・山下 純宏 (金沢大学脳神経外科)

我々は過去5年間、悪性グリオーマに対してニトロソウレア剤の局所投与療法を行っているが、今回、本療法を前提とした悪性グリオーマ(機能野を除く)の手術手技について紹介する。手術の目標は CT や MRI 上の enhanced lesion を最小限の deficit で摘出する事であり、術後の ADL を良くするために腫瘍周囲の浮腫脳は可及的に温存する。開頭は必要最小限とし、超音波エコーを用いて硬膜上より腫瘍の大きさ、位置、方向、深さ等を評価する。腫瘍と浮腫脳との肉眼的境界を切開し、CUSA を用いて腫瘍を piecemeal に摘出する。色調や固さ、血管分布などに留意して腫瘍内摘出を行い、浮腫脳の断端を充分に露出する。その際、脳表からの深さを終始念頭におき、脳室や大脳鎌、脳主幹動脈および