

2, 3では590~1000 μ , 420~590 μ の細粒を追加した。塞栓術後6~10日でCTを施行しているが、全例腫瘍内にIvalon particleが存在し、それに伴い造影剤のpooling, 腫瘍内低吸収域の出現を認めた。このうち手術を施行した2例ともsuckable necrotic tissueを腫瘍内に認めた。造影後比較的早期に増強効果が消退する髄膜腫においてこのような長期にわたる造影剤のpoolingを認めるのは、腫瘍内血液還流がかなり広範囲かつ高度に途絶された状態で、wash outに必要なrouteも静水圧も絶たれた状態が持続していると予想される。このことは、外頸動脈分枝に栄養されるmalignancyに対し、腫瘍内に抗癌剤をpoolingさせるような塞栓術治療の可能性を示唆していると思われる。

38) 小児プロラクチノーマの1例

笹沼 仁一・後藤 恒夫	(財団法人脳神経 疾患研究所 附属南東北脳神 経外科病院 脳神経外科)
安田 恒男・小鹿山博之	
後藤 博美・渡辺 一夫	

下垂体腺腫は成人に好発し、その発症年齢のピークは20~40歳とされている。最近小児に発生したプロラクチノーマを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は14歳の女兒。1986年11月20日、視力低下と視野欠損を主訴として来院。視力は右0.15, 左0.4で右耳側上1/4半盲がみられた。頭蓋単純写でトルコ鞍のballooningとdouble floor及び後床突起の菲薄化があり、plain CTではトルコ鞍から鞍上部に進展するlow density massがみられ、造影剤により辺縁はリング状に、内部は不均一に増強された。脳血管撮影では腫瘍陰影や腫瘍血管は造影されなかったが、両側内頸動脈のサイフォン部が前方に圧排されており、avascular massの所見であった。また、ホルモン検査ではプロラクチンが1,040ng/mlと高値であった。11月27日に右前頭側頭開頭を行い、pterional approachで腫瘍を全摘した。組織診断は、chromophobe adenomaであった。術後、放射線療法を行い、視力・視野障害は改善され、プロラクチン値も正常化したため1987年1月23日に独歩退院し、現在外来で経過観察中である。

39) 経過中 hydrocephalus や pneumocephalus を合併した FSH 産生巨大下垂体腺腫の1例

二渡 克弥・平山 章彦	(平鹿総合病院 脳神経外科)
世島 寿郎	

FSH 産生腫瘍は、下垂体腺腫の1.0~3.6と稀である。我々は、トルコ鞍上に大きく進展し、手拳大の腫瘤

を形成し、経過中、急性水頭症や、pneumocephalus を合併した1例を経験したので報告する。

症例：29才女性。主訴：視野視力障害。CT上、トルコ鞍より第III脳室を充滿し、Monro孔を経て両側々脳室に進展する7×7×8cm大で強い増強効果を示す腫瘤を認めた。内分泌学的には、FSHが500mlU/ml以上と単独で高値を示し、LHRH, TRH, CB154に対する反応は認められなかった。ゴナドトロピンに対する生物学的活性は低値であった。開頭生検(60.4.23)の組織像は、papillary typeの嫌色素性下垂体腺腫で、免疫組織学的にFSH産生下垂体腺腫と診断された。

治療は、(60.6.27)蝶形骨洞経路で摘出を試みるも出血多量の為、トルコ鞍内腫瘍のみの摘出に終り、Lineac 39Gy, 照射後(61.2.3)右前頭開頭にて腫瘍部分摘出術を施行した。(61.7.16)急激な意識障害を来し、CT上acute hydrocephalusを認め(61.7.18)v-p shunt施行。(62.2.17)起床時より頭の中で水の音がするとの訴えがありCT上、両側々脳室内に大量の空気存在が確認された。

本症例のhydrocephalusとpneumocephalus発生のmechanismについて考察する。

40) 典型的な症状を呈した pituitary apoplexy の1例

作田 善雄・椎名 巖造 (長井市立総合病院
脳神経外科)

pituitary apoplexyは突然に発症する頭痛、悪心、嘔吐、視力視野障害、意識障害などを特徴とする疾患で、その原因は下垂体腫瘍内の出血や出血性梗塞と考えられている。頻度は3~12%と報告されているが典型的症例は比較的稀である。患者は63才男子、昭和61年10月18日頭痛、悪心、嘔吐で発症し、翌日視力低下をきたし10月20日紹介され入院した。入院時の頭部単純X線写真、CT所見から下垂体腫瘍と診断しステロイド療法を開始した。治療開始後症状は徐々に改善したが11月3日右眼部から前頭部にかけての激痛とともに右眼失明状態となった。この時のCTでは入院時にはみられなかったトルコ鞍内から第3脳室底にかけての高低吸収域が証明された。pituitary apoplexyと診断しrt. fronto temporal craniotomyを行ない、右視神経を強く圧排していたcystic tumorを摘出した。腫瘍内容は陳旧性の血液と胆汁様液のまじり合ったものであり、またcystの病理組織はinflammatory granulation tissueで腫瘍細胞の確認は出来なかった。術後一過性に多尿と