

で障害される可能性は高いものの、時期的な観点からは、病期のある時期に近接あるいは集中的に障害される可能性が高いと考えられた。

11 ホルモン療法中止により退縮した多発性頭蓋底腫瘍の1例

本間 順平・川崎 昭一*

桑名病院脳神経外科

佐渡総合病院脳神経外科*

【目的】LAM (lymphangioliomyomatosis: びまん性過誤腫性肺脈管筋腫症) に対する偽閉経療法の治療経過中に発症し、治療の中断によって速やかに退縮傾向を示した多発性頭蓋底腫瘍の1症例を経験したので報告する。

症例は51歳、女性。頭痛、吐気を発症し当院を受診された。来院時、神経学的異常を認めていない。頭部CT、MRIにて右前頭蓋底、左小脳テント上面、右蝶形骨縁内側、右錐体骨上面に基部を有する多発性頭蓋底腫瘍を認め、画像上の特徴より髄膜腫と診断した。当患者は17年前より両側に気胸を繰り返しており、LAMと診断されmedroxyprogesterone, Gn-RH agonistによる偽閉経療法が行われていた。当科受診後、頭痛は速やかに改善し、またすでに閉経年齢に達していた為、これら内分泌治療を中断して経過観察を行う方針とした。患者は無症状に経過し、画像上腫瘍はいずれも著しい退縮傾向を示した。

【考察】LAMはTSC遺伝子変異により形質転換したLAM細胞の増殖により、肺組織の破壊、多発性嚢胞の発生を認め、呼吸機能低下や反復する自然気胸を発症する疾患である。有効な治療法は確立されていないが妊娠可能年齢の女性にみられ、Estrogen製剤の使用や妊娠による悪化、閉経後は症状が改善する事等から抗エストロゲン作用を持つプロゲステロン製剤やGn-RH agonistが使用されている。また髄膜腫組織中にはプロゲステロンレセプターが高率に認められ、抗プロゲステロン製剤による増大停止例も報告があるなどプロゲステロンと髄膜腫も深い関わりがある事が知られている。また、髄膜腫組織や発生

母地であるくも膜絨毛組織中におけるGn-RHレセプター発現も確認されており、これらホルモン療法が髄膜腫発生を促していた可能性が考えられた。外科治療困難な髄膜腫に対するホルモン療法の可能性を内包した1例として文献的考察を加えて報告する。

12 松果体部腫瘍に対する放射線療法から41年後に発生した放射線誘発グリオーマの1例

丸屋 淳・西巻 啓一・平安名 常一*

宮内 孝治**・宮田 元**・皆河 崇志

秋田赤十字病院脳神経外科

同 放射線科*

秋田県立脳血管研究センター

脳神経病理学研究部**

【はじめに】松果体部腫瘍に対する放射線療法が施行され、その41年後に発症した放射線誘発グリオーマの1例を経験したので報告する。

症例は57歳の男性。昭和44年(16歳時)に松果体部腫瘍および水頭症と診断された。病理組織学的検査は施行されていないが、年齢や腫瘍発生部位より松果体腫あるいは奇形腫と推察されていた。水頭症に対しVAシャントが施行され、その後放射線治療(48Gy)および化学療法(Bleomycin)が施行された。退院後、当科外来にて画像追跡検査が行われていた。MRIでは中脳から松果体部にかけての石灰化病変があり、脳室はスリット状で軽度の脳萎縮を認めた。Parinaud徴候、左動眼神経麻痺、右上下肢の軽度失調を認めたものの、日常生活は自立していた。57歳になり、右上下肢の動きにくさと言葉の出にくさを自覚。MRIにて石灰化病変の前方、左大脳脚近傍に、Gdにて造影される腫瘍性病変が新たに出現していた。腫瘍マーカーはすべて陰性であった。腫瘍生検術にてdiffuse astrocytoma, grade IIと診断、経過より放射線誘発 gliomaであると判断した。画像上急速に腫瘍が増大していたことから、臨床的には悪性である可能性が高いと考え、放射線療法(局所に50.4Gy)および化学療法(temozoromide)を施行した。初期治療後、腫瘍は縮小して

おり、現在も外来にて temozoromaide の維持療法を継続中である。

【考察】小児、若年時に放射線治療を行っている患者では、局所再発がなくても、常に放射線誘発腫瘍の出現を念頭に置いた follow-up が必要である。放射線誘発 glioma の予後は、病理学的に grade II であったとしても不良であると考えられており、厳密な経過観察が必要であると思われる。

13 痙攣後脳症を併発したグリオーマの1例

加藤 俊一・小泉 孝幸・佐藤 裕之
遠藤 深・塚本 佳広

竹田総合病院脳神経外科

症例は、69歳男性。既往歴に、心房細動（未治療）と他院脳ドックで指摘された脳腫瘍（未治療）。2011年4月14日失語症で発症。同日救急車で救急外来到着後に3分間の硬直性全身痙攣。発作直後の神経学的所見は、JCS I-3、GCS13 (E4V3M6)、脳神経症状なし、四肢に麻痺なし。頭部CTでは左前頭葉白質に造影効果がなく、石灰化病変を伴わない低吸収の mass lesion。頭部MRIで mass lesion は、T1WI で high signal intensity と low signal intensity との混合した信号で Gd.での造影なし、T2WI で high signal intensity。DSAでは腫瘍陰影なく、early venous filling の所見なし。脳波では、左大脳半球に広範囲な同期性放電・棘徐波混合の所見。入院直後より抗てんかん剤 (DZP, PHT, PB) を開始し、痙攣発作は消失していたが、経時的に意識障害が進行。頭部CT・MRIのフォローで腫瘍自体は著変なかったが、左大脳半球皮質及び反体側右側小脳半球にDWIで high signal intensity が出現。MRAでは左中大脳動脈分枝の拡張所見で、同領域の過灌流が示唆された。以上より、左前頭葉グリオーマ及び非痙攣性てんかん重積状態と診断。2011年4月19日左開頭脳腫瘍摘出術施行。脳腫瘍の病理診断は退形成性稀突起膠腫。術後痙攣なく、意識障害は徐々に軽快し約3週間で意識清明となったが、左大脳半球皮質層状壊死による大脳高次機能

障害を後遺した。術後脳波ではてんかん脳波は消失。放射線・化学療法 (テモゾロミド) の併用療法を術後3週間目から開始した。

【考察】非痙攣性てんかん重積状態は、てんかん発症脳腫瘍患者の意識障害進行例では念頭に置くべき病態であり、早期から全身麻酔を含めた強力な抗てんかん治療を考慮すべきであった。

14 小児の小脳 pilocytic astrocytoma の1例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一
佐野 正和・高橋 均*

長岡中央総合病院脳神経外科
新潟大学脳研究所病理学分野*

小児の小脳に発生した pilocytic astrocytoma を経験したので報告する。症例は7歳男児。2011年1月上旬から間歇的に頭痛、嘔気あり。1月下旬から首を動かさなくなった。2月下旬から歩行がふらつくようになった。3月4日近医受診し同日当科へ紹介入院となった。神経学的所見は、意識清明。体幹失調あり。片足立ち、両側とも2秒以内。Tandem gait は不可。CTでは小脳の正中から右寄りにかけて約5cmの嚢胞性病変があり、一部に結節性病変を伴っていた。この結節と嚢胞壁が造影剤で増強された。水頭症を伴っていた。MRIでは結節性病変内に小さな多房性の嚢胞が認められ大きな嚢胞壁も enhance された。脳血管撮影では結節の部分に一致して淡い stain を認めた。以上より low grade glial tumor の術前診断で3月10日に後頭下開頭により fluorescence の静脈投与下に嚢胞壁を含めた腫瘍全摘出術を行った。病理診断は pilocytic astrocytoma で MIB-1 陽性細胞はほんの数個であった。術後右側方注視眼振、右 limbic ataxia の出現と体幹失調の増強を認めたが、改善し軽度の体幹失調を残し4月9日退院。以後通学し体育の授業も行っている。Pilocytic astrocytoma に伴う大きな嚢胞の壁には腫瘍細胞はなく摘出不要とされている。しかし、小児の小脳 astrocytoma にも成人の大脳に発生する type の報告もある。加えて術前の画像検査で嚢胞壁が enhance されていたことより嚢胞壁ご