

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

との摘出を行った。本腫瘍はWHO grade 1の腫瘍であり、全摘出された場合の予後がいいことから術後の補助療法は行わずに経過を観察する方針である。

15 3回の修復術にてようやく髄液漏を治癒せしめた外傷性頭蓋底脳腫の1症例

倉島 昭彦・斎藤 隆史・関 泰弘
土屋 尚人・阿部 英明・根津 公教*
長野赤十字病院脳神経外科
同 耳鼻咽喉科*

【緒言】前頭骨門蓋部から前頭洞、嗅窩、鞍結節、トルコ鞍まで縦走する頭蓋底骨折に外傷性脳腫を伴って、難治性髄液漏を来した症例の治療経過を報告する。

症例は17歳、男性。統合失調症で経過観察中自宅2階から転落して頭部を強打して受傷。頭蓋骨骨折、気脳症、脳挫傷の診断で当科入院。Day4に髄液鼻漏、化膿性髄膜炎を発症し、腰椎ドレナージと安静臥床にて髄液漏は一旦消失したが安静を解除すると髄液漏再発した。RI脳槽シンチでは前頭洞、蝶形骨洞双方からの髄液の漏出が疑われた。MRIとCT脳槽造影では前頭洞後壁の骨欠損と、鞍結節部の開離した骨折部から蝶形骨洞内に前大脳動脈の逸脱を伴う外傷性脳腫を認めた。保存的治療を継続していたが髄液漏は治癒しないことから、Day51に前頭洞後壁の欠損に対して開頭下に帽状腱膜-骨膜有茎弁移植による修復術を行った。しかしDay58に髄液漏は再発した。脳腫部修復が不可欠と考えられたため、Day90に左pterional approachで顕微鏡下にACAの硬膜内への修復、骨折部を脂肪・筋膜の複合移植弁で修復した。しかし5日後に髄液漏が再発した。最終的にはDay105に経鼻的内視鏡的修復術を行った。2回目の手術で硬膜内から敷いたgraft materialは脳圧で蝶形骨洞内に部分的にherniateし、生じた間隙から髄液漏出を確認した。同部に大腿筋膜をover lay graftとし、それを支えるように脂肪でpackingした。経過は良好で術後3ヶ月を経た現在も髄液漏は見られない。

【考察】外傷性髄液漏の70%は1週間以内に自然停止すると言われるが、広範高度の頭蓋底骨折で、しかも本例のように脳腫を伴う場合は早期の外科的修復が必要と考えられた。その際髄液漏の病態や漏出箇所を診断を迅速かつ正確に行い、経鼻的内視鏡的修復術、経頭蓋的修復術、もしくはその両者の複合を適切に方法選択すべきと考えられた。血管の逸脱を伴う脳腫の修復や修復には、経鼻的な修復も報告されているが、血流障害を避ける意味で開頭による硬膜内操作の方が安全と考えられた。

16 がんの髄腔内浸潤。固形癌と比固形癌の対比

高橋 英明・宇塚 岳夫・吉田 誠一
県立がんセンター新潟病院脳神経外科

固形癌の髄膜癌腫症に対しては2007年から症状緩和のため、triple intrathecal chemotherapyを行い、一方、非固形癌の中脳神経浸潤に対しては、MTXないしAraCの髄腔内投与を行ってきた。両者の髄注化学療法について検討する。

症例は髄液細胞診においてClass Vと診断された固形癌髄膜癌腫症症例69例と非固形癌12例である。固形癌の原発は乳癌24例、肺癌32例、その他13例であり、非固形癌では骨髄腫1例、白血病6例、リンパ腫5例であった。

固形癌では原則的に腰椎穿刺による髄注で、3回のみ行う化学療法である。非固形癌では、長期に頻回に行う場合は脳室内または腰髄腔内にオンマイヤーリザーバーを設置して行った。

固形癌ではMST4ヶ月ではあるが、1年を超す長期生存者が観察されるようになってきた事、乳癌ではMSTの延長効果なく症状緩和が主であるが、肺癌では積極的介入でMST7ヶ月となってきた。非固形癌では白血病など長期にわたって髄腔内抗がん剤投与で生存期間の延長が観察された。また、両者には臨床症状の違いや髄液検査の特徴もあり、興味深い。

髄膜癌腫症、中脳神経浸潤に対して積極的に診断および治療に介入すべきであると考えられる。