

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験を報告する。

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。