

に入れ診療する必要がある。また、その治療において小児（腫瘍）科との連携が非常に重要であると考えられた。

### 3. 第四脳室上衣腫の一例

甲賀 英明, 若林 和樹, 黒崎みのり

(公立藤岡総合病院 脳神経外科)

田村 勝, 田中 壮信

(同 附属外来センター)

症例は6歳男児。2003年6月中旬より活動性低下、食欲不振、7/4強い頭痛、吐き気、全身性强直性けいれんのため救急車で来院。入院時意識ほぼ清明、強い頭痛と吐き気を訴える。左右への水平性眼振 おきあがろうとすると吐き気。頭部CT/MRI第四脳室を充満し上方は中脳水道、下はC1左Lushkaから左CPAに進展する縦65mm横40mm前後30mmの不規則な造影効果がある腫瘍。テント上の閉塞性水頭症あり。脳血管撮影では軽度のstainあり。閉塞性水頭症に対し入院後緊急でオマヤリザーバー設置術施行(初圧520mmH2O)。7/17後頭下開頭、第四脳室腫瘍摘出術 自発呼吸モニター下(何度か自発呼吸停止あり)第四脳室上半部は摘出、C1内も摘出、第四脳室底部に1層と延髄左に残存腫瘍少量あり。病理所見ではEpendymoma with focal anaplasiaクロマチンに富む腫瘍細胞が増殖。核の大小不同あり、核分裂像なし。欠陥周囲性ロゼット形成あり、部分的に細胞密度高く、内皮の腫大した血管増生と広範な壊死像(+)。MIB-1部分的に高い部分あり。化学療法 照射前後PE療法、全脳室40Gy+局所Boost16Gy(Total56Gy)の放射線治療を行い、残存腫瘍は第四脳室内と延髄左に認められる。歩行自立、日常生活の不自由なし。ごく軽度の失調のみを残し9月29日退院。化学療法を1-2ヶ月おきに繰り返し行っていたが、MRIで腫瘍はやや増大傾向であったため。2004年1月21日第二回腫瘍摘出術施行。腫瘍は亜全摘され、被膜を残した(Ependymoma,部分的にMIB-1は高値で7-8%,前回同様の病理所見)。その後は維持療法として化学療法を行っている。最終術後二年半になるが現在のところ再発の徴候を認めない。神経学的にほとんど失調も含め明らかな異常所見を認めないが、現在小学校3年生で体育で走ることが遅い、軽度学業困難のため特殊学級に通学中。最近両親は離婚。

### 4. 水頭症を伴った多発性血管腫の1例

栗原 秀行, 曲澤 聡, 霜田 茂

渡邊 孝

(桐生厚生総合病院 脳神経外科)

桑島 信, 中島 一恵 (同 小児科)

この度我々は、在胎時より水頭症、頭蓋内血腫を認め、脳内に多発性の腫瘍性病変及び、全身皮膚に多発性の血

管腫が存在する症例を経験した。症例は0歳男児、家族歴・既往歴に特記事項無し。妊娠33週、胎児エコーにて水頭症を認めた。その後のエコー、MRIにて松果体部から後頭蓋窩にかけて血腫を認めた。平成18年1月5日、在胎36週5日、帝王切開にて出産。全身に0.2~2cm大の扁平もしくは腫瘤状の血管腫が多数散在し、大泉門は、5×5cmで膨隆していた。出生後頭囲は急速に増大し、平成17年1月20日、日齢15日、V-Pシャント術施行。シャント感染有り、シャント再建し、頭囲拡大は改善した。皮膚血管腫は増多、増大傾向を示し、出血、感染を来した。特に哺乳に支障のある口唇などの大きな血管腫は結紮・切除した。18ヶ月現在、発達は遅れているものの比較的良好で、人見知り・喃語あり、歩行可能となっている。本例につき、若干の文献的考察を加え報告する。

### 5. 小脳無言症を呈した髄芽腫の手術例

楮本 清史, 早瀬 宣昭, 卯木 次郎

(埼玉県立がんセンター 脳神経外科)

黒住 昌史

(同 病理科)

症例は13歳男児。臨床経過：2006.2.上旬より頭痛、中旬より嘔吐が出現した。3.14県立小児医療センターにて、MRにより小脳虫部腫瘍と診断され、3.15当科入院。神経学的には意識は清明で、小脳失調、Parinaud徴候を認めた。頭部MRI：第四脳室を充満し、中脳水道から四丘体に及ぶ44×26×34mmのT1やや低信号、T2やや高信号で一様に増強される腫瘍を認めた。閉塞性水頭症を伴っていた。血管撮影では、両側のAICAから派生する一部数珠上の腫瘍血管がみられ、淡いtumor stainを認めた。年齢、局在、画像所見から、術前診断は、髄芽腫と考えられた。3.22Vernian approachにて腫瘍摘出術を施行。手術所見：暗赤色で柔らかくきわめて出血性で、内減圧を行いつつ周囲組織との境界を剥離し、肉眼的に全摘出した。腫瘍と第四脳室の癒着はなく、両側の脈絡叢動脈からの血流遮断に時間を要した。摘出後は、中脳水道から拍動性の髄液の流出が見られた。術中腫瘍摘出前に採取した髄液細胞診は、Class Vであった。病理所見は、髄芽腫であり、Ki67 LI>50%と高い増殖能を有していた。手術後2日間の意識障害から回復後、小脳虫部症状とともに無言症が明らかとなった。第四脳室より中枢の脳室拡大が出現し、髄液ドレナージの後、4.5シャント術を施行した。Microscopic dissemination (+)のhigh risk群と考え、放射線治療：全脳36Gy/20Fr、局所18Gy/10Fr、全脊髄36Gy/18Frを施行し、化学療法(ICE)を開始した。発語は、術後27日目から出現し、その後徐々に改善した。本例で経験した小脳性無言症を中心に報告する。