Kitakanto Med J
2011；61：73～75

第45回群馬脳腫瘍研究会

日　　時：2010年7月10日 (土)
場　　所：前橋商工会議所
代　　表：好本　裕平（群馬大院・医・脳神経外科学）
当番世話人：藤巻　広也（前橋赤十字病院　脳神経外科）

〈一般演題〉

座長　藤巻　広也（前橋赤十字病院　脳神経外科）

1．乳児水頭症で発症，キアリ奇形を伴わない脊髄空洞症に合併した脊髄悪性腫瘍の一男児例

富田　庸介，黒崎みのり，田中　志岳
甲賀　英明　（公立藤岡病院　脳神経外科）
田村　　勝　　（同　外来センター）
吉田　孝友　　（同　病理）
中里　洋一　（群馬大院・医・病態病理学）
横井健太郎
（東京慈恵会医科大学　小児科学講座）
阿部　俊昭　　（同　脳神経外科）

【症　例】 初診時5ヶ月の男児. **【主　訴】** 首の座り不良, 頭囲拡大. **【初診経過】** 2003年5月在胎40週3日で正常分娩, 体重3606g, 身長52cm, 頭位35cm. 3ヶ月までは発育発達は正常, 四ヶ月より首の座り不良, 頭囲拡大, 近医CTで水頭症を指摘され当院へ紹介となる. **【初診時所見】** 2003年10月初診時 (5ヶ月) 頭囲49cm, 体重9800g, 身長72cm, あやしても笑わない. 視線が合わない. 多動. 落陽現象著明, 大泉門緊張拡大, 頭部CTで第三脳室以上の著明な脳室拡大 (Evans index＝56%) が見られ, 第四脳室の拡大はない. キアリ奇形, 脳梁欠損等の他奇形なし. **【水頭症治療経過】** 2003年10月VPシャント術施行. 水頭症症状は改善. Spinal MRIで, C2-C6にsyrinxを認めた. 症状として右片麻痺があったが, 歩行可能, 頸髄空洞症の影響と考えていた. **【脊髄病変の悪化】** フォローアップの頸髄MRIでsyrinxの増大を認め, 右片麻痺悪化傾向. キアリ奇形を伴わない脊髄空洞症として2006年10月 (3歳5ヶ月) に慈恵医大阿部教授に紹介. **【慈恵会医大における治療】** 一年間経過観察後増大傾向で延髄にまで拡大. この時点の診断ではMagendie孔の閉塞による脊髄空洞症が延髄にまで伸展しているため大孔減圧術＋第四脳室くも膜下腔シャント術を2008年2月 (4歳9ヶ月) に予定された. 手術所見で, 膨隆した. 延髄頸髄移行部を開放すると黄色調の液体が流出, 単純な脊髄空洞症ではないと判断, 組織の生検を行った. 慈恵医大における病理組織診断はatypical etraventricular neurocytomaであった. 若年のため放射線治療は避け, 類似組織とのことでPAV療法が選択された. PAV療法5コースで脊髄病変は縮小. **【播種性脳内病変の出現】** しかし, 2009年10月 (6歳5ヶ月) のMRIで左側頭葉内にリング状造影される直径4cmほどの脳腫瘍が認められ, 左側頭腫瘍の摘出を11月に行った. その後テモダゾロマイドの外来内服治療を行っている. 症状はつかまり立ち可能, 右片麻痺, 現在7歳2ヶ月. **【病理所見（中里教授）】** 両腫瘍の形態は同一. GFAP (＋/－), S-100 (＋), Oligo-2 (＋), vimentin (＋), keratin (－), synaptophysin (＋), NFP (－), chrimogranin (－), p53 (＋), MIB-1 indexは脊髄腫瘍10.3%, 左側頭葉腫瘍42.0%, 壊死, 血管内皮肥厚を伴い, 免疫組織結果を合わせ供覧する. **【問題点】** キアリ奇形を伴わない頸髄空洞症と考えられたこと. 病理学的所見について供覧する.

2．診断治療に苦慮した幼児後頭蓋窩腫瘍の一例

神徳　亮介，藤巻　広也，藍原　正憲
宮城島孝昭，嶋口　英俊，朝倉　　健
宮崎　瑞穂（前橋赤十字病院　脳神経外科）
横尾　英明，中里　洋一
（群馬大院・医・病態病理学）

【症　例】 2歳の女児. 嘔吐, 右顔面神経麻痺症状あり受診. MRIでは右後頭蓋窩に55×50×35mm大の不規則に造影される病変を認めた. 摘出術中所見は性状の異なる部分が混在し境界不明瞭であった. 病理学的には脳実質内にて境界不明瞭に増殖する多角形ないし多極性の細胞と, 細胞間に線維性基質を伴って増殖する紡錘形の細胞が認められ, それぞれグリア系および間葉系分化を示していると考えられた. 両成分ともにMIB-1標識率は約30%で, WHO Grade III相当であった. 後療法としてPE療法, 計45Gyの拡大局所分割照射を施行した. **【考察】** 病理学的にはグリア系および間葉系への分化を示