

第46回群馬脳腫瘍研究会

日 時：2011年1月15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：菅原 健一(群馬大医・附属病院・脳神経外科)

〈一般演題〉

座長：菅原 健一
(群馬大医・附属病院・脳神経外科)

1. 造影効果の乏しい続発性脳悪性リンパ腫の一部検例

中田 聡, 富田 庸介, 田中 志岳
黒崎みのり, 甲賀 英明, 田村 勝
(公立藤岡総合病院 脳神経外科)
外山耕太郎 (同 血液内科)
吉田 孝友 (同 病理部)

症例は78歳男性。2007年に後腹膜原発の悪性リンパ腫(組織型:DLBCL)と診断され当院血液内科にてR-CHOP 6コース施行しCRとなった。その後自己判断で通院中止。2009年11月から意思疎通困難,歩行障害が出現。頭部MRIで両側前頭葉,脳梁にDWI,FLAIRで高信号となる腫瘍を認め,髄液検査でリンパ腫の脳転移と診断した。Gd造影MRIでは同部位は明らかな造影効果は示さず,脳室周囲がわずかに造影されるのみであった。その後MPV療法2コース施行するも自己判断で退院し,血液内科外来で経過観察されていた。2010年4月下旬から性格の変容あり,5月に痙攣のため入院。入院後JCS1-2,明らかな麻痺,神経症状はなし。頭部MRIで2009年11月と同様の腫瘍を認めた。ご家族の希望があり,予後も見込めない状態であることから追加の化学療法など積極的な治療は行わず経過を見る方針となった。その後,消化管転移によると思われる吐血,敗血症性ショックなどを起こし全身状態不良が続き,同年8月に死亡。死因の推定,リンパ腫浸潤の程度を見るため同意の上,病理解剖を行った。本例は頭部MRIで造影効果を示さない,中枢神経悪性リンパ腫としては珍しい症例と考えられた。病理解剖の結果と悪性リンパ腫の画像診断に関する若干の文献的考察を加え提示する。

2. 頸椎椎弓拡大形成術後に急速に増大した脊髄悪性神経膠腫の一例

大澤 匡, 本多 文昭, 登坂 雅彦
菅原 健一, 伊部 洋子, 好本 裕平
(群馬大医・附属病院・脳神経外科)

症例は80歳の男性。平成20年ころから歩行時のふらつきに気づいていたが様子を見ていた。平成21年秋より左上下肢の脱力が出現し歩行が困難となったため,10月に近医整形外科を受診し,Cervical spondylotic myelopathyの診断で入院,平成22年1/5,C3-7 laminoplastyを施行した。しかし術直後に症状の増悪を認めたため,同日C3-5 laminectomyを追加している。術後リハビリテーションを行い,3/15に自宅退院となった。

しかし同年8月頃,胸背部痛と歩行障害の増悪を認めたため前医に再入院となり,MRIで頸髄の腫脹を認めたため同院神経内科を紹介となった。steroid pulse療法1クール施行したが症状の改善が得られないため,9月に入り当院神経内科を紹介,転院となった。当院で施行した造影MRIとFDG-PETにより頸髄髄内腫瘍が疑われたため,10/4に当科紹介転科となった。

当科転科時の神経学的所見は,握力は左右とも0kg,MMTは右上肢が3~4/5,左上肢が2~3/5でもにも末梢は0~1/5の筋力低下を認めた。下肢は右が2~3/5,左が0~1/5であった。温痛覚は四肢末梢並びに体幹部はT8高位以下での障害を認めた。振動覚は両下肢ほぼ消失していた。MRIでは上位頸髄~上位胸髄にかけて脊髄の腫脹を認め,C4下端~T1下端に至る範囲で脊髄髄内やや左側に造影される病変を認めた。同部はFDG-PETで強い集積を認めた。脊髄悪性腫瘍が疑われたため,10/18に手術を施行。C2 partial laminectomy+C3-T1 laminectomy+T2 partial laminectomyを行い,広範囲で硬膜を切開した。C6高位でmyelotomyをおき,腫瘍の一部を迅速病理診断に提出すると,壊死組織を伴うgliomaとのことであった。臨床所見からも悪性神経膠腫が疑われたため,摘出はbiopsyに留めて広範囲にduralplastyを行い手術を終了した。術後はtotal 57.6Gyの照射に

temozolomide (TMZ) 100mg 点滴を併用して治療を行った。途中、肺炎を疑う所見を認めた数日間は TMZ を休止したが、それ以外では特に目立った合併症は見られなかった。照射後の MRI では造影病変の増大は認められず、edema の改善が得られた。神経学的にも照射前は両上肢の挙上も困難な状況にまで症状が増悪したが、照射終了時には右上肢は MMT 3-4 程度、左上肢は 2-3/5 程度にまで改善した。12/17 に紹介元の病院に転院となり、引き続き TMZ 治療を継続していく予定である。

頸椎症に脊髄髄内腫瘍を合併した症例の報告は、これまで3例のみである。本症例を retrospective に見ると、MRI にて脊髄髄内に不規則な信号変化所見が認められており、術後の cord の肥大も非典型的な経過であった。頸椎症に非典型的な画像所見や臨床経過を認めた時は、脊髄髄内腫瘍や炎症性疾患合併の可能性を疑うべきである。

また、脊髄神経膠腫に対する化学療法は依然として controvertial であるが、放射線治療に TMZ を併用することで、予後の改善が得られる可能性がある。

3. 斜台部骨外脊索腫の一例

長岐 智仁, 登坂 雅彦, 堀口 桂志

伊部 洋子, 好本 裕平

(群馬大医・附属病院・脳神経外科)

甲賀 英明

(公立藤岡総合病院 脳神経外科)

本徳 浩二

(高崎総合医療センター 脳神経外科)

症例は12歳男性。2010年4月頃より頭痛と左目の奥の痛みにて近医受診。MRにて斜台部の腫瘍を指摘され様子をみていた。7月中旬より複視を訴え、8月に入って左外転神経麻痺が出現当院紹介となる。斜台部上半で後床突起後部から頭蓋内に半球型の造影に乏しい腫瘍がみられた。典型的な脊索腫でみられる斜台骨内でなく、骨外の発育がみられた。2010年8月19日経鼻的斜台部腫

瘍摘出術を施行した。蝶形骨洞は presellar type であり、比較的長距離の drilling が必要であった。Neuronavigation, 神経内視鏡を使用し、最終的には顕微鏡的な摘出を行った。病理学的診断は chordoma with BNCT (benign notochord cell tumors) like area で、基本的には脊索腫の診断であった。亜全摘出されたが、残存腫瘍に対する粒子線治療を予定している。Primitive notochord の残存部位は発生学的に詳細に解明されており、骨外に発育する extraosseous chordoma の発生部位には特徴があり、大変興味深い。

4. 良性脳腫瘍の不完全摘出 一症例検討 2例一

塚原 隆司, 塚田 晃弘, 岡野美津子

(北信総合病院 脳神経外科)

良性脳腫瘍は手術によって根治可能な反面、生命予後が良好なため機能の温存や合併症予防が厳しく求められる。しかし、実際の手術に当たっては相反するとも言える二つの命題の間で苦慮する事もある。今回、2例の良性脳腫瘍のケースを提示し、この問題について検討した。一例目は、前頭蓋底から篩骨洞に首座を占める髄膜腫で、前頭蓋底の硬膜が保たれていたため、髄液漏のリスクを避けて、篩骨洞内の腫瘍を残した。二例目は、径3cm強の左聴神経鞘腫で術前に患者より顔面神経機能温存の強い希望があった。顔面神経と腫瘍の剥離が容易ではなかったため顔面神経周囲の腫瘍を残した。これらの判断は論議の多いところと思われる。

〈特別講演〉

座長：好本 裕平 (群馬大院・医・脳神経外科学)

重粒子線治療 ～群馬大学重粒子線医学センターの現状、及び、中枢神経系腫瘍に対する今後の展望～

鈴木 義行 (群馬大院・医・腫瘍放射線学)