

## 2. 脳原発の移植後リンパ増殖性疾患 (PTLD) について

(東京女子医科大学<sup>1</sup> 神経内科,<sup>2</sup> 第一病理学,  
<sup>3</sup> 脳神経外科,<sup>4</sup> 腎臓外科,<sup>5</sup> 泌尿器科)

鈴木美紀<sup>1</sup>・

小濱 愛<sup>1</sup>・柴田亮行<sup>2</sup>・赤川浩之<sup>3</sup>・

三宮彰仁<sup>4</sup>・田邊一成<sup>5</sup>・内山真一郎<sup>1</sup>

PTLD は臓器移植後の免疫抑制状態を基盤に発症し、反応性のリンパ増殖から腫瘍性増殖まで様々な病態をとる。2例の腎移植後脳原発 PTLD を報告する。〔症例1〕51歳女性。腎移植 20 年後に右不全片麻痺が出現。頭部 MRI で左前頭部に浮腫を伴い造影効果のある病変。血清 EBV 抗体価上昇、可溶性 IL-2 レセプター抗体高値。脳生検で T cell 優位の炎症細胞浸潤。病変は自然消退したが、3 ヶ月後に別の病変が左放線冠に出現。再度施行の脳生検で前回同様の炎症細胞浸潤を認め悪性リンパ腫は否定。ステロイドパルスと免疫抑制剤の減量にて病変は消退。〔症例2〕58歳女性。腎移植 10 年後に歩行障害と眼症状出現。可溶性 IL-2 レセプター抗体高値。頭部 MRI で多発する造影効果のある病変を認め、脳生検ではポリクローナルな炎症細胞浸潤。免疫抑制剤の減量で病変は消退。2症例とも生検組織の in situ hybridization で浸潤リンパ球への EBV 感染が認められ、多形性 PTLD と診断。確定診断には生検による病理診断が必要である。

## 3. 若年発症した Tumefactive MS の 2 例

(東京女子医科大学<sup>1</sup> 小児科,<sup>2</sup> 脳神経外科)

岸 崇之<sup>1</sup>・

村上てるみ<sup>1</sup>・齋藤聖子<sup>1</sup>・佐藤孝俊<sup>1</sup>・

舟塚 真<sup>1</sup>・藍原康雄<sup>2</sup>・大澤真木子<sup>1</sup>

Tumefactive multiple sclerosis は脳内白質に特徴的 MRI 所見を示す大きな脱髄病巣を有し、比較的急速な発症、経過を呈する疾患である。脳生検で診断した若年発症の 2 例を経験したので報告する。〔症例1〕11歳女児。左半身麻痺で発症し、髄液のミエリン塩基性蛋白 (MBP)、IgG index 高値、MRI で T2WI、FLAIR で高信号、造影では open-ring enhance を認めた。MRS で NAA/Cr 低下、Glx 上昇を認めた。脳生検で脱髄病変を確認し診断。ステロイドパルス、血漿交換で治療し症状改善、3 年半後も再発、後遺症なく寛解している。〔症例2〕11歳女児。予防接種の 1 ヶ月後に左半身麻痺、左同名半盲で発症した。髄液の MBP 高値、MRI で T2WI、FLAIR で高信号を認め、脳生検施行し診断した。症例 1 と同様の MRS 所見認めた。ステロイドパルス、免疫吸着療法で治療し症状は改善傾向であったが、発症 3 ヶ月後に再発した。

## 4. ウイルスを利用した標識法による、海馬周辺皮質単一ニューロンの軸索形態の解析

(<sup>1</sup> 東京女子医科大学医学部解剖学教室,<sup>2</sup> 京都大

学大学院医学研究科高次脳形態学教室,<sup>3</sup> 東京農工大学大学院共生科学技術研究院獣医解剖学研究室)

本多祥子<sup>1</sup>・古田貴寛<sup>2</sup>・

金子武嗣<sup>2</sup>・柴田秀史<sup>3</sup>・佐々木宏<sup>1</sup>

記憶形成回路では、様々な感覚情報が嗅内野から海馬体に送られ記憶情報として処理された後、再び嗅内野に戻ることが知られている。海馬周辺皮質領域の一つである前海馬台は海馬体からの情報が嗅内野へ戻る経路の途中に位置し、記憶情報に何らかの修飾を加えている可能性が示唆される。しかしその線維連絡には不明な点が多い。前海馬台の機能を解明する目的で、我々はこの領域の皮質間結合関係、即ち嗅内野、海馬台、脳梁膨大後部皮質等との線維連絡を部位・層レベルで調べており、現在単一ニューロンレベルでの解析を進めている。GFP 発現ウイルスベクターを利用したニューロン標識法を用い、前海馬台の主要な出力層の一つである V 層の単一ニューロンの軸索投射様式に注目し、各 V 層ニューロンがどのような皮質領域に軸索側副枝を送っているのかを形態学的に解析した。結果として、前海馬台 V 層の内部には様々な軸索分岐様式を持つ皮質投射細胞が混在していることが明らかになった。

## 5. インテリジェント手術室におけるグリオーマ摘出術について

(<sup>1</sup> 東京女子医科大学脳神経外科,<sup>2</sup> 東京女子医科大学先端生命医科学研究科先端工学外科分野、

<sup>3</sup> 東京女子医科大学第一病理学,<sup>4</sup> 東京都神経科学総合研究所臨床神経病理)

田中雅彦<sup>1,2</sup>・

村垣善浩<sup>1,2</sup>・丸山隆志<sup>1,2</sup>・乙供大樹<sup>1</sup>・

小西孝典<sup>1</sup>・谷野絵美<sup>1</sup>・生田聡子<sup>2</sup>・

鈴木孝司<sup>2</sup>・吉光喜太郎<sup>2</sup>・澤田達男<sup>3</sup>・

小森隆司<sup>1</sup>・伊関 洋<sup>2</sup>・岡田芳和<sup>1</sup>

〔はじめに〕脳深部病変や eloquent lesion において、摘出率を上げるためには工夫が必要である。当科では、インテリジェント手術室を確立することで摘出率の向上をめざしてきた。〔症例と方法〕症例はインテリジェント手術室で摘出された神経膠腫症例である。代表症例を提示し、外科的治療成績を検討する。手術に用いるモダリティーは、術中 MRI、Up-date Navigation、術中迅速病理診断、各種術中電気生理学的モニタリング（主に運動誘発電位と感覚誘発電位）である。症例に応じて、覚醒下手術、錐体路ナビゲーションを行う。〔結語〕インテリジェント手術室における術中 MRI システムは、Up-date Navigation を可能にし brain shift による誤差を回避できる。さらに、覚醒下手術、各種電気生理学的モニタリングや錐体路ナビゲーションを用いることで機能温存を重視した可及的摘出が可能となる。