

第21回日本間脳下垂体腫瘍学会 ランチョンセミナー

座長

平井 達夫 先生

藤枝平成記念病院 院長

演題
演者

頭蓋咽頭腫に対する定位放射治療

小林 達也 先生

名古屋共立病院 放射線外科センター センター長

傍トルコ鞍部腫瘍に対する定位放射線治療
～晩発性放射線障害の観点から～

芹澤 徹 先生

築地神経科クリニック 東京ガンマユニットセンター 院長

日時

2011年3月11日(金) 12:00-13:00

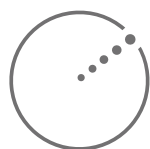
場所

秋葉原コンベンションホール A 会場

共催：第21回日本間脳下垂体腫瘍学会

エレクタ株式会社

Luncheon Seminar



ELEKTA

お問い合わせ：

エレクタ株式会社 マーケティング本部 マーケティングコミュニケーション 高柳
E-mail eri.takayanagi@elekta.com

演題 “頭蓋咽頭腫に対する定位放射線治療”

名古屋共立病院・名古屋放射線外科センター

センター長 小林 達也

定位放射線治療の最初の機器としてガンマナイフが登場したのは1967年で、これを考案作成したスエーデンの脳外科医レクセルは、最初にこれを用いて機能的外科として疼痛除去のための視床破壊術を試み、二人の癌性疼痛を治療して見事その有用性と正確性を剖検で確認している。その後彼らは脳下垂体線腫、頭蓋咽頭腫、聴神経腫瘍等の脳腫瘍に用いたが、現在のような正確な治療は困難であった。しかし1980～90年代に CT, MRI等の画像診断と治療計画ソフトの進歩によりガンマナイフの機能が充分発揮されるようになった。

日本で最初のガンマナイフは1990年治験機として導入された。演者は1991年治療器機として最初に小牧市民病院に設置した。それ以後12年間で約5,000例、そして2003年名古屋共立病院に移りガンマナイフ及びノバリスによる定位放射線治療を開始し約3,000例を治療した。そしてこの間に多数の脳腫瘍および脳下垂体腺腫、傍鞍部髄膜腫、頭蓋咽頭腫、鞍上部胚細胞腫、視神経膠腫等の間脳下垂体腫瘍を経験した。一般に間脳下垂体腫瘍では、その解剖学的特徴より近接する①視神経及び他の脳神経、②視床下部、③脳下垂体、④内頸動脈、海綿静脈洞等の血管系の存在が治療を難しくしている。特に手術ではこれら全てが障害となり全摘出が困難となり術後の追加治療が必要である。従来そのために通常分割照射が用いられて来たが、副作用もあり現在ではその主体はガンマナイフを用いた定位放射線治療と成っている。しかし腫瘍の状態によっては定位分割照射、組織内照射を用いた局所照射が必要であるし、化学療法との併用も必要なことがある。

今回は演者が30年間関心を持ってきた頭蓋咽頭腫に関して、その剖検脳による病理学的検索、治療に関しては β 線を用いた腔内照射法、ガンマナイフ治療およびノバリスを用いた定位分割照射法の適応と治療成績、各種治療法の選択を、症例を提示して述べる。