

型（坐位訓練時の型→起立訓練時の型）をみると，Ia 4例（1→1が2，2→2が2），IIIa 7例（3→2が3，4→3および4が各2），IIIb 2例（4→4が2），IVa 2例（4→2が2），(2) 視床出血16例．IIb 12例（1→1が2，2→1が3，4→2，3，4がそれぞれ2，2，3），IIIb 4例（4→3および4が各2）．(3) 脳梗塞17例．穿通枝領域群5例（2→2が2，3→3が3），辺縁枝領域群4例（4→4が4），穿通枝+辺縁枝群8例（4→3および4がそれぞれ3，5）．【結論】脳血管障害急性期例の管理上，CT分類に基づいた早期リハの検討が重要である．

A-12-4) 脳血管障害後の歩行機能に対する高次脳機能の影響

今田 隆一（宮城厚生協会泉
病院脳神経外科）

【目的】近年，脳血管障害後の機能障害における高次脳機能の役割が注目されている．そこで長谷川式簡易精神機能評価法（HDS）と非言語的精神機能を表現するとされている Kohe block design test（KBD）とを取り上げ，これらと発症3カ月時点での歩行自立度とを比較検討した．【検討内容】① rehabilitation を要した急性期脳血管障害の麻痺側別の歩行自立度．② KBD を測定した左片麻痺症例116例における IQ score 別の歩行自立度．③ 脳出血症例52例における KBD・HDS・麻痺 stage と歩行自立度．【結果】① 歩行自立度は左片麻痺症例において有意に低い傾向を認めた（ $p<0.01$ ）．また全群において麻痺 stage に相関していた．② 左片麻痺症例では歩行自立度は KBD の IQ score に相関する傾向を認めた．③ 脳出血症例でも同様の傾向であったが，HDS との相関度は KBD との相関に比してやや希薄であった．

V-1-1) 聴神経腫瘍に対する Trautmann の三角からの手術

山嶋 哲盛・長谷川光広（金沢大学脳神経
立花 修・山下 純宏（外科）

聴神経腫瘍に対する Trautmann の三角からの手術の適応と手技，特徴について報告する．

適応は，(1) 内耳道内の腫瘍が大きく，後頭下開頭による Retromastoid Approach では全摘が困難，(2) 背面を覆う小脳が厚く，後頭下開頭では小脳の圧排が強

くなる，(3) 腫瘍が Petrous Apex より Clivus にかけて伸展している為，後頭下開頭では術野が深くなる事が予想される等の聴神経腫瘍である．

手術手技（Video 供覧）の要点は，(1) Trautmann の三角は直径が 2 cm 以下と小さいが，側頭葉底面や S 状静脈洞の圧排することで拡大し得る，(2) Fallopian Canal は開放せず，しかもぎりぎりまで乳様突起を削る，(3) 腫瘍は被膜のみが残るぎりぎりまで debulk し，薄くなった被膜を愛護的に脳幹や小脳から剥す等である．

本手術の長所は，(1) 小脳の圧排が少ない，(2) 内耳道内の腫瘍を摘出しやすい，(3) 3×4 cm 大の聴神経腫瘍は全摘が可能，(4) 後頭下開頭よりは Clivus に 2 cm 近い等である．一方，短所は，(1) 視野が狭く，周囲構造の確認は困難で，(2) 聴力低下，感染，髄液漏等を合併する危険があることである．

V-1-2) Transsphenoidale approach により垂全摘出した斜台部脊索腫の1例

会田 敏光・阿部 弘（北海道大学脳神経
外科）
三森 研自・中川 端午
本宮 峯生・桜木 貢（北海道脳神経外科
磯部 正則（記念病院）

斜台部に発生した脊索腫は，その発生部位から，手術到達法の選択には苦慮することが多い．我々は，最近，transsphenoidale approach により垂全摘出できた斜台部脊索腫の症例を経験した．症例は，62歳男性で，右外転神経麻痺以外には，陽性所見は認められなかった．腫瘍は，斜台下端近くから，鞍上部まで達し，斜台は全て，腫瘍に置きかわっていた．transsphenoidale approach により摘出し，一部，トルコ鞍上部に腫瘍が残存したが，外転神経麻痺は改善した．術中に，髄液の流出をみたが，パッキングと髄液ドレナージにより髄液漏を防止できた．側方伸展が著しくない斜台部脊索腫に対しては，transsphenoidale approach により，斜台部下端近くまでの腫瘍摘出は可能であり，安全な到達法と考えられ，手術ビデオを供覧したい．

V-1-3) 第4脳室 epidermoid の1手術例

栗本 昌紀・西嶋美知春
久保 道也・岡 伸夫（富山医科薬科大学
高久 晃（脳神経外科）

第4脳室に発生した epidermoid の摘出術を経験したのでビデオを用いて報告する．症例は54歳女性，数年

来の頭痛とめまいを主訴に来院した。軽度の頭蓋内圧亢進と体幹失調を認めた。術前 CT scan では腫瘍は低吸収値を示し、一部に増強効果を認めた。MRI では腫瘍は T1-WI で低信号、T2-WI では不均一な高信号を示した。後頭下開頭で手術を行った。真珠様光沢を有した腫瘍は、大槽を充満し第4脳室に連続していたが、結節状の腫瘍間隙を通して良好な髄液の流出を認めた。piece by piece に腫瘍除去を行ったが、第4脳室内腫瘍除去は自発呼吸下で注意深く行い、脳室底に強く癒着した腫瘍被膜の除去は行わなかった。腫瘍は脈絡叢に強く癒着し、腫瘍に移行する豊富な血管を認め凝固切断した。術中に呼吸運動の異常や血圧、脈拍の異常は認められなかった。摘出標本は角化層と表皮様構造を認める epidermoid であった。術後経過は良好で神経学的後遺症状無く、独歩退院した。

V-2-1) 視神経下部に存在した眼窩後半部 neurinoma の1手術例

杉本 信志・北川 道生
 鎌田 恭輔・伊東かほり (北海道大学)
 会田 敏光・阿部 弘 (脳神経外科)
 吉田 哲憲 (北海道大学)
 形成外科

眼窩内 neurinoma は眼窩内腫瘍の数%にあたる比較的まれな腫瘍で、多くは muscle cone 外に存在する。われわれは、眼窩後半部 muscle cone 内、視神経下部に存在した neurinoma の全摘手術を経験したので、手術法、画像診断等についての考察を加えて報告する。患者は56歳男性。左視力低下、眼球突出を認めた。CT、MRI では左眼球後部に境界鮮明で嚢胞を伴う腫瘍がみられた。腫瘍は視神経を上方に圧排し、apex に進展していた。手術では、frontozygomatic approach に準じた開頭のち眼窩上外側壁を開放し、さらに眼窩外側壁を apex まで切除した。periorbit を切開し、外直筋下方より muscle cone 内に入り、apex 近くの毛様体神経に由来したと思われる腫瘍を全摘出した。眼窩外側壁は頭蓋骨内板を用いて再建した。術後、視力は改善し、瞳孔散大、眼球下転障害が出現したが改善中である。

V-2-2) Beriplast P による髄膜腫術中塞栓術

中村 俊孝・鏡谷 武雄
 井須 豊彦・小林 延光 (釧路労災病院)
 山内 亨・田中 徳彦 (脳神経外科)

髄膜腫は、その易出血性のため、術前に導入動脈に対

する塞栓術が併用されることが多い。一般に、ジェルフォームなどによる塞栓術が行われるが、再開通、腫瘍内出血などの問題が生じることがある。また、近年新しい塞栓物質が使用されるようになっているが、超選択的なカテーテル操作が必要であり手技的に困難な面が多い。今回我々は、髄膜腫において、fibrin を主成分とする生理的組織接着剤である Beriplast P を用いて硬膜上の導入動脈より術中塞栓術を行い、ほとんど出血せずに容易に腫瘍を摘出できた症例を4例経験したのでビデオを供覧し報告する。

V-2-3) Osteoblastic meningioma の1手術例

大平 広道・西坂 利行 (星総合病院脳神経外科)
 高橋 秀和・高萩 周作 (福島県立医科大学)
 脳神経外科

Osteoblastic meningioma の1手術例を経験したので術中ビデオを供覧し報告する。症例は65歳女性、頭部単純写にて正中部を中心に左右に広がる石灰化様陰影を認めた。CT にて右前頭葉を中心に対側にも及ぶ、辺縁不整で著名な high density の mass と周囲の浮腫を認め、CE-CT では均一に増強された。血管撮影では、rt. A2 の branch と bilt. MMA に feeding される tumor stain を認めたため、術前に bilt. MMA の塞栓術を施行した。右前頭側頭開頭を行うと dura は intact で、dura を open すると薄く引き伸ばされた脳組織を認め、falx side から剝離していくとその下に腫瘍を認めた。腫瘍は非常に硬く、易出血性で、レーザー、bipolar にて凝固しながら picece by piece に摘出した。組織学的には osteoblastic meningioma と診断された。その発生頻度は、すべての meningioma の 1.0~1.9% と稀であり、興味ある症例と考えられたので報告する。

V-3-1) 高齢者破裂脳動脈瘤 (Grade III, IV) に対する急性期手術

青木 広市・中川 忠章 (新潟県厚生連中央総合病院脳神経外科)
 田村 彰・小出 章

高齢者クモ膜下出血 (SAH) の特徴の1つは、若年者に比しくクモ膜下腔に大量の血腫を生ずることで、この血腫の存在が頭蓋内圧亢進、髄液の通過吸収障害、水頭症、脳血管れん縮の発生を促し、加齢に伴う脳の脆弱さと相俟って脳血流低下→乏血性脳病変→不可逆性変化→予後不良といった一連の図式をもたらすことである。治