

中心に、VTR で供覧したい。

症例：17才，男子。16才時より右上肢上肢及び筋萎縮，両上肢の知覚障害（C₄-Th₃）あり。MRI でアーノルドーキアリイ奇形1型と C₂~L₁ までの脊髓空洞症が認められた。手術は腹臥位で C₁~C₂ の椎弓切除を行ない，硬膜とくも膜をシャープに縦切開した。小脳扁桃は C₂ まで落ち，くも膜炎なしであった。空洞は左寄りで見られる左後外側の後根間に約 2mm の切を入れ，1.2mm 外径，40mm 長のサッポロ式チューブを挿入し，軟膜に縫合固定した。Obex も開放し，ゴアテックスシートで硬膜形成を行った。

術後知覚障害の改善と，MRI 上の空洞の縮小が認められる手術所見の VTR で供覧したい。

2B-5) 片開き脊椎管拡大法及び Nb-YAG コンタクトレーザーによる頸部 Meningioma の手術

堀田 隆史・小笠原俊一（中村記念病院 脳神経外科）
 岡田 好生・中村 順一（脳神経外科）
 西谷 幹雄・井出 渉（函館脳神経外科病院）
 片岡 丈人（函館赤十字病院 脳神経外科）
 嶋崎 光哲（禎心会病院）
 高梨 正美（財）北海道脳神経疾患研究所
 末松 克美（疾患研究所）

脳外科領域における手術用治療器具の進歩発展は目覚ましいものがあり，医用レーザーもその一つである。Nb-YAG レーザーは CO₂ レーザーと異なり光ファイバーで導光されるため，コンタクトプローブを用いて組織に直接接触させることができ，組織の切開，凝固，蒸散が可能である。また外科用ハンドピース内にファイバーがマウントされており，術者は電気メスと同様の接触術感を持ってハンドピースによる手術操作を行うことが出来る。従って手術操作が容易である。演者らは SLT コンタクトレーザーを用いて頸椎髄膜腫を全摘出したのでビデオ供覧する。〈症例〉40歳女性。昭和60年頃より両側第4第5指の知覚異常を自覚する。昭和62年両下肢の知覚低下が出現。平成元年始めより走行が不能となり，同年11月歩行障害が出現し同年12月1日入院となる。MRI にて C₄-C₆ に硬膜内髄外腫瘍を認めたため同年12月14日摘出術を行った。腹臥位にて C₄-C₆ 椎弓を片開き脊椎管拡大法を行い，脊椎管後方を露出し，YAG コンタクトレーザーを使用して C₄-C₆ に存在する髄膜腫を全摘した。椎弓は切除した棘突起を用いて形成した。患者は平成2年1月14日独歩退院した。

2B-6) 脳神経 monitoring system が有効であった transpetrosal transtentorial approach による錐体骨先端部髄膜腫の手術

石井 正三・尾田 宣仁（石井脳神経外科・眼科病院脳神経外科）
 尾田 宣仁（同 神経内科）
 石井 敦子（同 眼科）
 関谷 徹治・野々垣洋一（弘前大学医学部 脳神経外科）

近年，approach の工夫等により成績は向上しつつあるが頭蓋底領域の腫瘍に対する直達手術は様々な困難を伴う。とりわけ狭少な視野の中で腫瘍内に involve されたり圧平され，偏位した脳神経や血管を温存しつつ適切な進入路から腫瘍摘出を進める事が肝要である。今回，関谷らの考案による microclip 電極を用いた術中 monitoring によって脳神経系を術野で確認温存し良好な結果を得た経験からそのうち1例を報告する。症例は71才女性で，右錐体骨先端部髄膜腫に対し，右第3-第8脳神経の術中 monitoring 下に transpetrosal transtentorial approach にて手術を施行した。滑車神経が腫瘍に involve されていたがこれを確認，経天膜下に圧平偏位した三叉神経を確認し，内耳道を開放して圧平された聴神経及び顔面神経も含め温存して腫瘍摘出施行した。この脳神経術中 monitoring は脳神経を術中確認して温存を図るのみならず，腫瘍により圧排変形された解剖学的位置関係を把握して安全で素早い手術操作を行う為の navigator としても有効な方法であると考えられる。

2B-7) Subtemporal approach による tentorial meningioma の手術

大石 光・勝田 洋一（仙北組合総合病院 脳神経外科）
 沢田石 順

tentorial meningioma は，最近の画像診断の進歩により術前にその硬膜附着部位や占拠部位に関する情報が正確に得られるようになり，最も適切な approach が選ばれるが，やはり困難な手術の一つであること変わらない。我々は2例の tentorial meningioma を subtemporal approach で全摘しえたので，ビデオにてその手術を供覧する。症例1は62才女性で右外転神経麻痺と右顔面神経麻痺にて来院，CT にて右小脳橋角部から大後頭孔上部にかけての大きな enhanced mass を認め，tentorial meningioma と診断した。手術は subtemporal approach にて行ない全摘した。術後外転神経麻痺は残ったが，顔面神経麻痺は改善した。症例2は61才女性で回

転性めまいを訴えて来院。CTにて右橋前側に enhanced mass を認め tentorial meningioma と診断、症例1と同様に subtemporal approach にて全摘した。この手術法は側頭骨を十分外側まで削り、Labbe の静脈の損傷に注意すれば、広い術野が得られ、Feeding artery を最初に処理出来、脳幹部を圧排することなく腫瘍を摘出出来る利点があり有用と考えられた。

2B-8) Pineal region tumor に対する Supratentorial transoccipital approach

片倉 隆一・小川 彰 (東北大学)
吉本 高志 (脳研脳神経外科)

我々は、第3脳室近傍腫瘍に対する手術方法として、前半部腫瘍には、bifrontal interhemispheric approach を、後半部腫瘍には、transoccipital supratentorial approach を用いている。今回は、pineal region tumor に対して行っている transoccipital supratentorial approach を供覧し、その advantage, disadvantage について述べる。

本法では、体位は腹臥位で行っている。頭位は左右への回転はせず、進入側の対側へ軽く傾け、術者が肩側へ近づき過ぎないようにする。又、必要に応じて手術台を回転する。進入側は、腫瘍の進展方向で決めるが、左右差がなければ原則として右側から入る。開頭時には S.S. から confluence が少しする位の骨窓とする。後頭葉底部からの bridging vein を充分分離し、sacrifice しないように注意する。テントを直静脈に沿って切開し、この部の arachnoid を充分に腫瘍ならびに静脈系から剥離することで、比較的広い視野が得られる。precentral

cerebellar vein も温存し、摘出が可能である。

本法は、麻酔も容易であり、静脈系の切断も不要で、安全性の高い手術方法と考えている。

2B-9) 大脳運動領のグリオーマにより部分発作重積状態を呈した症例の1手術例

貝嶋 光信・程塚 明 (恵み野病院)
脳神経外科
田中 達也・米増 祐吉 (旭川医科大学)
脳神経外科

53歳男性。右利き。左顔面のけいれん発作を主訴に来院。脳 CT scan, MRI において、右大脳運動領、またはその近傍のグリオーマが疑われた。脳血管撮影で、malignancy の特徴はないと判断し、患者の神経脱落症状の軽微なことを考慮し、抗けいれん剤の投与で経過を見た。しかし、多種の抗けいれん剤の投与にも、日増しに発作の頻度が増加し、部分てんかん重積状態を呈したため、手術を行なった。術中の感覚性大脳誘発反応上、腫瘍は大脳前中心回そのものに位置していた。腫瘍と脳との境界は明瞭であった。術中の脳波で、発作波は記録されず、腫瘍境界部の脳の電気刺激により、発作が誘発された部位を焦点と考え焦点部脳組織を含め腫瘍をほぼ全摘した。手術後、左手指の筋力の低下と構語障害を軽度認めたが、発作は抗けいれん剤の使用下に消失した。腫瘍組織診断は、anaplastic astrocytoma であった。大脳皮質運動領に局在する脳腫瘍でも難治性のでんかんを呈した場合、積極的に手術を考慮すべきである。この場合、腫瘍の摘出、てんかん焦点の摘出と術後神経機能の可能な限り温存が考慮されなければならない。