転性めまいを訴えて来院．CT にて右橋前側面に 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（東北大学脳研脳神経外科）
吉本 高志

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.S. から confluence が少しでる位の骨窓とする．後頭葉底部からの bridging vein を充分剝離し，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剝離することで，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て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．