障害，耳鳴，フラ付きが出現し当科入院．enhanced MRI で三叉神経節を発生母地とし，正中を越え脳幹部を圧迫し，更に C-P angle に大きく伸展した径約 6cm の三叉神経鞘腫を認めた．subtemporal extradural approach を用い，まず foramen ovale にかかる硬膜を切開し，その後硬膜切開を pyramis 縁に沿って広げ，腫瘍を鋭的に剝離してゆくと，C-P angle 内でⅦ，Ⅷ脳神経を確認出来，温存し，脳幹部の腫瘍も剝離摘出し手術を終えた．術後，聴力，味覚障害は改善し，Ⅵ，Ⅶの障害も認めなかった．［結論］本法は脳の圧排が最少で，脳幹，Ⅶ，Ⅷを直視下に認めることが出来又Ⅵを温存しうる方法と言える．

A-60）Orbitozygomatic infratemporal approach による頭蓋咽頭腫の摘出

佐藤　秀次・梅森　　勉
飯田　隆昭・東　　徹（金沢脳神経外科病院）
竹内　文彦・山本　信孝

鞍上部から第3脳室内に進展した頭蓋咽頭腫を orbitozygomatic infratemporal approach で全摘出したので術式の検討を加え報告する．症例は41歳，男．昭和63年4月頃から，両側視力低下，左同名性半盲を認め，2ヶ月後に入院．経過中，脳圧亢進症状，性欲低下，神経症状などはなかった．神経放射線学的には，腫瘍は鞍上部から prepontine cistern さらに第3脳室内に存在し，plain CT では isodensity，enhanced CT では均一な high density，MRI では short T_1，long T_2，脳血管写では hypo-vascular であった．各種 hormone の基礎値ではプロラクチン値の軽度上昇以外正常であった．手術は白馬らの術式に従った．Prefixed chiasma のため右視束管の unroofing を加え，内頸動脈の内側及び外側から CUSA を用いて全腫瘍を摘出した．下垂体茎は切断した．術後1年，腫瘍の再発はなく，左視力低下，左同名性半盲，尿崩症，cortisol，T3，T4 の低値を認めるが，薬物治療により復職している．

A-61）後咽頭への進展を伴った後頭頸椎移行部軟骨肉腫の1手術例

水野　　誠・中島　重良（秋田県立脳血管研究センター・脳神経外科）
三平　剛志
佐山　一郎・安井　信之（*現籍群馬大学医学部脳神経外科）
朝倉　　健*

39歳女性，左後頭蓋窩軟骨肉腫の症例で，14年前に後頭下減圧開頭術による摘出術，9年前に錐体骨に浸潤する同腫瘍に対し経迷路的に摘出術が施行された．昭和63年4月腫瘍再発により再入院，神経学的には発症時より存在する左顔面，舌下神経麻痺のみ．問題点として，①腫瘍が延髄を強度に圧迫し且つ後咽頭にも進展しており，神経損傷なく如何にして摘出するか，②後耳介部の開放創を腫瘍摘出後に如何にして充塡するか，③後頭頸椎移行部の骨破壊が著明でしかも以前に後頭下減圧開頭が行われており，荷重に絶え得る固定を如何にして行うかの3点が挙げられた．手術はまず後頭部より胸鎖乳突筋前縁に至る皮膚切開にて延髄外側より錐体骨，さらに後咽頭に至る石灰化腫瘍を摘出後，耳介後部の開放創は胸鎖乳突筋の一部を切断反転して被覆した．次に腹臥位とし，正中切開にて鈴木 rod を用いて後頭骨と第2，3，4椎弓との固定を行った．以上の症例につきビデオを供覧したい．

A-62）中耳根治術後に生じたと思われる中頭蓋窩真珠腫の1手術例

仲野　雅幸・佐藤　光夫
山野辺邦美・山尾　展正（福島県立医科大学脳神経外科）
児玉南海雄
菅野　秀貴・相川　　通
大谷　　巌（同　　耳鼻咽喉科）

中耳病変に続発する中頭蓋窩真珠腫が，硬膜内に存在することは稀である．今回我々は，中耳根治術後に中頭蓋窩硬膜内に扁平上皮が進展し形成されたと思われる，中頭蓋窩真珠腫の1手術例を経験したので報告する。

症例は69才女性で，1955年に右中耳根治術を受けた．33年後の1988年11月，発熱と膿性耳漏がみられ，耳漏にはコレステリン結晶が含まれていた．CT で右中頭蓋窩後外側部に直径約 2.5cm の低吸収域を認めた．右側頭開頭にて硬膜を切開すると中頭蓋底後外側部に真珠腫の matrix と白色の光沢を有する debris を認めた．Debris を摘出すると，直径約 7mm の硬膜及び骨の欠損部を認め，ここを通って matrix が乳突洞から硬膜内に進展しているのを認めた．Matrix を除去した後，硬膜欠損部を閉塞した．術後，一過性の髄液漏をみたが消失し，順調な経過をたどっている．

A-63）聴神経腫瘍術後の顔面神経と蝸牛神経機能

岡　　伸夫・遠藤　俊郎（富山医科薬科大学脳神経外科）
高久　　晃
水越　鉄理（　同　耳鼻咽喉科）
塚本　栄治（脳神経外科塚本病院）
西嶌美知春（社会保険高岡病院脳神経外科）

過去9年間に経験した聴神経鞘腫35例に対し，顔面神

経と蝸牛神経の温存に関し検討した．手術は2例に translabyrinthine approach を行った以外は全てに suboccipital approach で行った．

顔面神経は，25例（71%）で形態的に温存され，腫瘍の最大径が 20mm 以上で温存率が低下し，また形態的に温存できたものの術後に強い麻痺を呈したものは 30 mm 以上の症例に多く認められた．

蝸牛神経に関しては，形態的に温存されたものは13例（37%）にすぎず，うち3例（8.6%）に聴力が温存された．3例はいずれも腫瘍径が 20mm 以下であり，術前聴力は2例が 50dB 以下，1例が 51dB と比較的良好なものであった．

両神経の術後機能予後に影響する術前の因子，および術中の手術操作における要因に関しても検討を加える．

A-64） 急速な側副血行路を形成した頭蓋内 fibromuscular dysplasia の1例

小笠原邦昭・金子　宇一（大宮赤十字病院 脳神経外科）

症例は13才男性．朝食後，突然意識消失．発症30分後に当科受診．この時意識レベル10，右片麻痺⊕．入院時 CT にて異常なし．第3病日の CT にて左中大脳動脈灌流域の低吸収値及び著明な浮腫を認めた．また，MRI の T2 強調像にて同部に高信号値を認めた．第5病日に脳血管撮影を施行したところ，左 A1，M1，C1 の "string of beads" 様の狭窄及び左 M2 以降の閉塞像が認められた．右内頸動脈及び椎骨動脈には異常所見は認めなかった．内科的療法により意識レベル，右片麻痺は徐々に改善して行き，第26病日には意識清明，右手のみの麻痺を残すところまで回復した．この時点で追跡脳血管撮影を施行したところ，左 carotid siphon の狭窄はさらに進行し左前大脳動脈も閉塞していたが，左外頸動脈及び椎骨・脳底動脈系からの著明な側副血行路を認めた．本例の如く狭窄が進行し，しかも短期間の内に側副血行路の発達した頭蓋内 FMD は極めて稀と思われ報告した．

A-65） 類モヤモヤ病の1剖検例 —硬膜血管の透徹による検討—

金山　重明・桑原　健次（八戸市立市民病院 脳神経外科）

56才男性．両側中大脳動脈閉塞にモヤモヤ血管の発達をみた類モヤモヤ病の剖検例を経験した．中硬膜動脈を介する transdural anastomosis の発達を認め，剖検時，中硬膜動脈から注入した造影剤はこの anastomosis を介して中大脳動脈の sylvian group まで達した．

硬膜の血管構築は，昨年の本学会で報告したように外層に樹枝状に分岐分布する動脈から内層に向う分枝がある．この分枝は最内層の毛細血管網に交通する．中間層には血管が乏しい．

本症例では，外層の樹枝状血管が通常より発達．中間層にも蛇行する血管の発達をみ，これらが互に交通していた．最内層の毛細血管網には変化はなかった．脳表の軟膜血管との交通は毛細血管血管網を介してではなく，比較的太い硬膜動脈が脳表側に達し，ほぼ同じ太さの脳表軟膜血管に吻合・移行していた．

A-66） Down 症候群に類モヤモヤ病及び甲状腺機能亢進症を合併した1例

高橋　博達・清水　宏明
星野　　彰・関　　博文（公立気仙沼病院 脳神経外科）

Down 症候群とモヤモヤ病又は類モヤモヤ病の合併例は，過去7例の報告を見るに過ぎない．甲状腺機能異常は，Down 症候群にしばしば伴うと言われている．症例は28才女性で，3才時に特異な顔貌・知恵遅れより Down 症候群の診断を受けている．昭和60年11月より甲状腺機能亢進症の診断下にメルカゾール服用を始めた．昭和63年10月27日より右不全麻痺が出現し，11月1日の入院時 CT にて左前頭葉の watershed area に小梗塞巣を認めた．血管造影にて左内頸動脈終末部の高度狭窄と脳底部モヤモヤ血管を認め，類モヤモヤ病（1側モヤモヤ病）の診断下に EDMAS を施行し症状軽快した．報告例は少ないが，Down 症候群にモヤモヤ病・甲状腺機能異常を合併する確率は，健常人に比して高いと言われている．Down 症候群の甲状腺機能異常は免疫異常によるものが多いとされ，モヤモヤ病と免疫異常の関係についても示唆する症例と思われる．

A-67） モヤモヤ様血管網を伴う特発性中大脳動脈閉塞症の1例

宗本　　滋・石黒　修三
黒田　英一・山口　成仁
熊橋　一彦・高畠　靖志（石川県立中央病院 脳神経外科）
山本信二郎

9歳で一過性不随意運動を呈し，32歳でモヤモヤ様血管網を伴う特発性中大脳動脈閉塞症と診断された1例を報告する．

症例：32歳男性．**主訴**：頭痛，一過性左半身脱力．

既往歴：9歳時（1963年）左半身舞踏病の診断で2カ