

出して動脈を遊離させる。上方のライル輪状溝側に走行する放線冠への穿通枝 (long insular artery) は温存する。6) 最も外側に LSA が張り出してくる位置は、M1分岐部遠位の M2深部であるため、この位置での摘出操作は十分に注意する必要がある、LSA 走行方向に沿ってへらで腫瘍をこそげ取っていく方法が比較的安全であると考えられる。

97) 側脳室三角部を占拠する Glioblastoma に対する手術法

— 術中オリエンテーションの指標 —

橋本 正明・向井 裕修 (公立能登総合病院)
瀬戸 陽・本多 拓 (脳神経外科)

【目的】側脳室三角部を占拠する Glioblastoma の 5手術症例を経験した。そのアプローチ法及び術中オリエンテーションの指標を検討し報告する。【結果】各腫瘍サイズは 50 mm を超へ、その発生母地及び進展方向により、手術アプローチを決定した。側脳室下角から三角部を占拠する 2 症例には Middle temporal gyrus approach を選択した。三角部より上方及び体部へと進展する 2 症例では superior parietal-occipital lobe approach を選択した。脳ヘルニアが進行し、側脳室下角、三角部から上方へ進展の見られた症例には transtemporal horn-occipital temporal gyrus incision (TTH) にて対処した。いずれの症例も視床への術中障害を避ける必要があり、浸潤性腫瘍の摘出と共に脈絡叢及び taenia choroidea~taenia fornicus を確認することが術中オリエンテーションの指標として最も重要であった。TTH の症例では ambient cistern への侵入に際して choroidal art.~choroidal fissure の route が有用であった。以上の要点をビデオにて報告する。

98) ダンベル型頸静脈孔部神経鞘腫の 1 例

木内 博之・高橋 和孝
平野 仁崇・鈴木 明 (秋田大学)
笹嶋 寿郎・溝井 和夫 (脳神経外科)
石川 和夫・中田 吉彦 (耳鼻咽喉科)

頸静脈孔を介し頭蓋内外にダンベル型発育を示した副神経鞘腫を combined suboccipital and infratemporal approach にて全摘出し得たのでビデオにて手術所見を呈示する。症例は29才、男性で右聴力障害

および右顔面神経麻痺を主訴に来院した。MRI にて C-P angle に主座を置き、頸静脈孔を介し、頭蓋外に一部進展する神経鞘腫を認めた。Suboccipital approach にて頸静脈孔より頭蓋内の腫瘍を亜全摘した。術後、顔面神経麻痺は改善したが、一過性に嘔声と嚥下障害が生じた。その後の MRI にて頭蓋外の残存腫瘍が嚢胞状に増大したため、前回のアプローチに加え、infratemporal approach (Fish type A) を用いて全摘出を行った。まず、前回の皮切を胸鎖乳突筋前縁に沿って延長し、mastoidectomy を行い、顔面神経管を開放した後、S 状静脈洞と頸静脈を切離し、頸静脈球を除去した。頸部で副神経が腫瘍に移行している部位を確認し、その部で切断した。最後に、頭蓋内より頸静脈孔部の硬膜と腫瘍を切離し、全摘出した。硬膜欠損部に筋膜を補填し、手術を終了した。術後、同側の胸鎖乳突筋および僧帽筋の萎縮を認めた。

99) 血管芽腫の手術経験

上之原広司・鈴木 晋介
荒井 啓晶・西野 晶子 (国立仙台病院)
桜井 芳明 (脳神経外科)

血管芽腫のうち cyst を伴わない充実性の腫瘍は易出血性であり、内減圧も思うにまかせず、困難な手術となることがしばしば認められる。今回、今まで経験した数例の手術より、その問題点を検討した。

Cyst を伴うものにおいては cyst の space を利用することにより比較的容易に摘出できるが、充実性のものはその多くが小脳あるいは脳幹部にあり、また一部境界が不鮮明なこともあり全摘出が難しいとされている。摘出においては易出血性でその豊富な血管網が退縮せず、一部、導出静脈よりの逆流もあり全摘出して始めて止血されるような症例もある。今回、発生部位はテント上であるが導出静脈をはじめに処理し腫瘍を比較的容易摘出し得た症例を経験したので報告した。

100) 頸椎カリエスの一例

鴨嶋 雄大・藤原 昌治 (釧路労災病院)
中村 俊孝・井須 豊彦 (脳神経外科)

頸椎カリエスは比較的稀な疾患となりつつあるが、患者数の減少、高齢化に伴い、現在でも転移性脊椎腫瘍、化膿性脊椎炎との鑑別が重要な疾患である。今回我々は、肺結核の既往のない頸椎カリエスの一例を経験したので

若干の文献的考察を踏まえこれを報告する。症例は51歳女性、両側上肢の痺れ、脱力を主訴に当科受診。頸椎単純 Xp 上第 C4, C5 椎体の骨破壊、椎間板腔狭小化、これに接する retropharyngeal space の拡大を認め、MRI では C4～C5 にかけて T1WI で low, T2WI でやや high signal lesion を認めた。Gd では椎体前面に rim-enhance を伴う abscess を確認し、椎体

椎間板炎の診断にて C4/5 椎間板摘出術、前方固定術 (C4～C5) 施行。骨搔爬部位にはセラミックスペースターを補填し固定。術後病理では類上皮肉芽腫、多核巨細胞を認め頸椎カリエスの診断であった。現在 RFP, INH, EB3 者併用療法中であり、神経学的、画像的 follow up 上経過良好である。
