

症し、3日後に発熱に伴い意識障害と片麻痺の増悪を認め、CT、MRIで鞍内から鞍上部、視床下部に進展するリング状増強域を認めた。抗生剤とステロイド投与後に下肢の麻痺は一旦軽快し、MRI上も増強域は著明に縮小したが、上記症状が再燃・増悪し、腎不全を併発し発症後45日目に死亡した。剖検で視床下部病変は壊死に陥り液状変性を来し、壊死部周囲及び下垂体前葉にリンパ球と著しいfoamy macrophageの浸潤がみられ、本症と診断された。本例のように前葉の破壊が強く、視床下部病変を伴う症例はステロイドの効果が少なく予後不良と考えられた。

#### A-56) GH産生下垂体腺腫の長期治療成績

森井 研・田村 哲郎(新潟大学)  
岡崎 秀子・田中 隆一(脳神経外科)

[目的、方法] GH産生下垂体腺腫の治療寛解基準、治療、管理方針を検討する目的で、術後2年以上追跡がなされた71例の内分泌所見、臨床経過をretrospectiveに分析した。[結果] 1) 術後GH基準値2 ng/ml未滿25例(35%)。全例経過観察、GH、IGF-1の再上昇はなかった。2) 術後GH基準値2-5 ng/ml 26例(37%)。経過観察19例中10例でGHが2 ng/ml未滿に下降する一方、2例でGHが5 ng/ml以上に再上昇しDMが再燃した。術後OGTTでGHが2 ng/ml未滿に抑制された8例中7例で経過中GHが2 ng/ml未滿となったが、GHの再上昇例では術後OGTTでのGHの抑制は認められなかった。3) 後療法27例(外照射16例、BC単独11例)では、外照射例の81%で最終GHが5 ng/ml未滿となり、79%でIGF-1が正常化した。[結論] 1) 臨床的寛解基準としてはGH基礎値5 ng/ml未滿が妥当だが、OGTTでGH抑制のない例では長期の観察を要する。2) 術後GH基礎値 $\geq$ 5 ng/mlの例において放射線療法はGH、IGF-1の正常化に有用である。

#### A-57) Transsphenoidal approachによる観察可能な視野範囲について

池田 秀敏・吉本 高志(東北大学)  
脳神経外科

transsphenoidal approachは、'狭い視野'というのが一般の認識であるが、実際には我々の考案したspeculaを使用することにより、上方は、frontal base

の後方部分、後方は、clivusの中央部、左右は、3-4 cmの視野が確保できる。殊に、従来のspeculaと異なり、我々のspeculaは、左右の視野が広くとれ、直視下に両側の海綿状脈洞の内側部、及び内径動脈が観察可能である。transsphenoidal & transtuberulum sellaeアプローチの実際、及びclival chordomaのTranssphenoidal approachによる摘出例を中心に症例を供覧する。

上口唇粘膜の切開は、1 cmであり、しかも通常のサイズの腫瘍では、手術時間が1時間半-2時間で終わることが出来、煩雑な内視鏡を用いた手術よりも、less invasiveかつ安全に効率良く手術が出来る。我々の器具、方法をビデオにて供覧する。

#### A-58) 下垂体腫瘍の海綿静脈洞内浸潤か、圧迫か? — Transsphenoidal approachにおける顕微鏡直視下の術中観察所見 —

池田 秀敏・吉本 高志(東北大学)  
脳神経外科

下垂体腫瘍の海綿静脈洞内占拠病変が、単に圧排なのか、浸潤なのか画像で識別することが困難なことも少なくない。我々は、独自に開発したspeculaを用いて、下垂体腫瘍の左右方向への進展を顕微鏡直視下に観察してきた。そして、腫瘍の海綿静脈洞への圧排か浸潤かを鑑別し、浸潤の場合には、後療法としてのガンマナイフの治療計画が過不足なく行われるように、海綿静脈洞内の内側部の腫瘍も可及的に摘出している。

ビデオにて、顕微鏡直視下に海綿静脈洞の圧排所見及び、浸潤所見が如何なるものか症例を供覧する。

#### A-59) トルコ鞍部病変に対する内視鏡下経鼻孔経蝶形骨洞手術

佐藤 慎哉・嘉山 孝正(山形大学)  
國廣 華奈・斎藤伸二郎(脳神経外科)

我々がこれまで行った内視鏡単独での経鼻孔手術症例を検討し、本手術の利点と円滑な手術のために改良すべき手術器械などについて報告する。対象は、トルコ鞍部病変24例。硬性鏡イメージ下に鼻孔から鼻中隔粘膜下に鋤骨を削除し蝶形骨洞經由でトルコ鞍内に至り腫瘍を摘出した。本手術の利点は、術野が手術顕微鏡よりも広く、更に先端角70度の硬性鏡で顕微鏡死角部の観察と腫瘍摘出が可能であること。また、術後の口唇周囲の痛みや美