

9) Zygomatic approach にて摘出した meningioma の2例

齋藤 隆史・大塚 顕
倉島 昭彦・土屋 俊明 (長野赤十字病院)
原田 敦子 (脳神経外科)

中頭蓋窩に発育した髄膜腫の2症例を Zygomatic approach にて摘出したので報告する。症例1は68歳男性、平成9年5月頃より言語障害にて発症。入院時失語症ならびに高次機能障害を認めた。MRI にて左中頭蓋窩全体を占める大きな髄外腫瘍を認め、脳血管撮影にて中硬膜動脈が栄養血管であった。腫瘍血管塞栓術後、腫瘍摘出術施行。頭皮切開後 Zygoma を切除、側頭筋の切除後、temporal base を含めた fronto-temporal craniotomy を行った。これにより腫瘍付着部の処理は容易に可能となった。腫瘍内減圧後、周囲脳組織と剝離摘出した。術後失語症と高次機能障害は著明改善したが、一過性の顔面神経麻痺が出現した。症例2は65歳女性、平成9年9月頃よりてんかん発作にて発症、入院時高次機能障害を認めた。MRI にて右中頭蓋窩から前頭蓋窩に及ぶ髄外腫瘍を認め、一部海綿静脈洞内に浸潤し内側に伸展していた。脳血管撮影では中硬膜動脈並びに、recurrent meningeal artery が栄養血管であった。中硬膜動脈の腫瘍血管塞栓術後、腫瘍摘出術施行。症例1同様 Zygoma 切除後 fronto-temporal craniotomy を行い、recurrent meningeal artery からの feeding arteries を含めた腫瘍付着部の処理を行った。腫瘍内減圧後周囲脳組織から剝離摘出した。海綿静脈洞部への浸潤及び海綿静脈洞内側部の腫瘍摘出も容易であった。術後高次機能障害の改善を認めた。組織診断はいずれも髄膜腫であった。以上から Zygomatic approach は中頭蓋窩内側に伸展する腫瘍摘出に有用と考えられた。

10) 補足運動野発作の外科治療

亀山 茂樹・福多 真史 (国立療養所
西新潟中央病院)
脳神経外科

補足運動野発作は、前頭葉てんかんのなかでも特異な tonic posturing をとり、持続時間が短く、発作頻度が高いという特徴を有する。われわれは補足運動野発作を有する3例の難治性てんかん患者に外科治療を行い、完全に発作を消失させることができたので、報告した。

症例はいずれも男性例で、8歳、27歳、18歳である。発作の初発は5歳、5歳、2歳で、発作頻度は5～10回

以上/日の高頻度であった。薬物難治性に加え、MRI にて3例とも右の補足運動野に cortical dysplasia が発見されたため、外科治療を計画した。発作時 SPECT は両側一次運動野が高血流を示した。発作頻度が高いにもかかわらず3例目以外は術前 IQ が高かった。言語優位半球はいずれも左であった。3例の発作をビデオで供覧した。2例目の硬膜下皮質脳波の発作時記録と手術ビデオを供覧して補足運動野焦点に対する手術の strategy について考察した。3例とも発作時の硬膜下皮質脳波記録により補足運動野の cortical dysplasia が発作焦点であることを確認し、cortical dysplasia のみを全摘出した。術後は21ヶ月、10ヶ月、7ヶ月の追跡期間で発作は完全に消失している。病理診断は1、2例目は cortical dysplasia grade III、3例目は grade II であった。術後の合併症として、1例目が1ヶ月間の左下肢単麻痺、3例目が約1週間の補足運動野不全症候群を生じたがいずれも完全に消失した。

Cortical dysplasia は多くの dysplastic neuron を含み、てんかん原性が強いことが知られており、これを全切除することが必要かつ十分な外科治療である。また、補足運動野は一側の切除であれば安全であることが確認された。

11) 当院におけるガンマナイフ治療について

佐藤 光弥・中沢 照夫 (北日本脳神経外科)
中川 忠 (病院脳神経外科)
阿部 博史・田中 隆一 (新潟大学)
脳神経外科

当院に日本で19台目のガンマナイフが導入され、10月2日より治療を開始し、12月11日まで30症例を経験した。その内訳は脳動脈奇形5例、聴神経腫瘍4例、三叉神経鞘腫1例、髄膜腫5例、下垂体腺腫3例、グロームス腫瘍1例、転移性腫瘍8例、神経細胞腫2例、脊索腫1例である。

ビデオで治療の実際を供覧する。症例は67歳男性。胃癌の小脳転移で長径 25 mm。まず局所麻酔でフレームを頭部に装着する。病巣をできるだけフレームの中心に位置するように固定することがポイントである。次に indicator をつけて MRI、CT を施行する (AVM の場合は脳血管撮影も行う)。画像はコンピューターに転送され、Gamma Plan というソフトで線量計画を立てる。201本のガンマ線を1点に集中させるためのコリメータには、線量域の異なる4種類がある。大きな腫瘍や複

雑な形の腫瘍や、周囲に重要な構造が存在する場合には、複数のコリメータを組み合わせて、できるだけ腫瘍の形にフィットした線量計画を立てる必要がある。この症例では3種類のコリメータを用いて計8回のショットで、辺縁線量 20 Gy で腫瘍の98%をカバーするように計画した。照射は計画に従ってフレームをコリメータヘルメットに固定すれば、テーブルが自動的に照射ユニットに移動し、内部の線源と密着して開始される。照射終了後、直ちにフレームをはずし治療終了となる。治療1ヶ月後には著明な腫瘍の縮小を確認できた。

12) 神経内視鏡的第三脳室底開窓術にて軽快した中脳水道狭窄症の1成人例

森 宏・小股 整 (新潟大学)
森田幸太郎・田中 隆一 (脳神経外科)
川崎 昭一・長谷川顕士 (佐渡総合病院 脳神経外科)

近年神経内視鏡手術が普及しつつあり、閉塞性水頭症に対する第3脳室底開窓術はその代表的手術である。異物であるシャントチューブを体内に残さず、シャント術後の様々な合併症も回避できるので、髄液吸収障害のない症例では、良い適応となる。

症例は45歳男性。3歳時に髄膜炎と思われるエピソードがある。1997年2月突発性の後頭部痛あり、頭部CTにて水頭症を認めた。5月、意識消失発作あり入院。MRIにて中脳水道狭窄症に伴う水頭症と診断し、cine MRIにて中脳水道におけるCSF flowを認めなかった。RI脳槽造影では脳室逆流や吸収遅延を認めなかった。手術は全身麻酔下に行い、内視鏡はCodman社製steerable endoscope systemを使用した。右前角穿刺にてまず側脳室内を観察すると、透明中隔は破れており対側側脳室が観察された。モンロー孔より第3脳室内に入り中脳水道を観察すると、入口部は拡大しており、内部に線維性の膜を認めた。松果体陥凹および漏斗陥凹には混濁を認めた。非薄化した灰白隆起をME-2 monopolar coagulatorで穿孔した後、2F Fogarty catheterで孔を拡大した所、脳室底の拍動が明らかとなり、脳室内から脳底槽に向かって髄液の流出が見られるようになった。術後MRIにて脳室拡大の改善が得られ、cine MRIでは第3脳室底の穿孔部位を通じて、CSF flowが確認された。

Minimally invasive neurosurgeryの一環として、神経内視鏡手術ならびに神経内視鏡支援顕微鏡手術は、今後ますます適応疾患あるいは応用範囲が拡大して行くであろう。

第65回新潟消化器病研究会

日 時 平成9年2月22日(土)
午後1時より
場 所 新潟東映ホテル
2階 朱鷺の間

一 般 演 題

1) Endoscopic Mucosal Ligation (EML) 法による食道粘膜切除術の試み

何 汝朝・米山 靖
五十嵐健太郎・畑 耕治郎 (新潟市民病院)
塚田 芳久・月岡 恵 (消化器科)
片柳 憲雄 (同 外科)

EML法の食道粘膜切除に対する安全性及び有効性について検討を加えたので報告する。使用する器具は直視型内視鏡、先端フードは住友社製EVL Device knit及びover tubeである。方法；病変部の粘膜下層に生理食塩水を病変全体が周辺粘膜を含めて十分に膨張するように注入し、粘膜層と筋層を分離する。その後Deviceを切除部位にあてがい、十分陰圧をかけてから結紮を行いsnareを挿入して切除する。分割切除の場合口側から1回目の切除を行い残存病変に対し再び生食を局注してから露出した筋層の一部が僅かに視野内に入るように結紮をかけ切除すると境界面に取り残しが生じない。治療成績；本法による食道粘膜切除例は9症例11病変。一括切除は5例、分割切除は4例であった。切除標本は8mmから23mm、いずれも固有筋層の表面を均一露出し粘膜筋板を含む標本として確実に切除された。9例中食道癌は6例、dysplasia 2例、papilloma 1例であった。症例1が術後24ヶ月SEPSISで死亡したほかfollow中の症例では再発を認めていない。合併症はなかった。EML法のメリットは簡便で部位の制限はなく、病変の同定も容易などである。問題点では標本が小さいため分割切除が多くなり、そのため標本の再構築が難しくなる。一旦結紮されたゴムが取り外せないなどである。まとめ；EML法による食道粘膜切除術を9例経験した。全例に満足な治療効果を得る事ができ、副作用や合併症はなかった。本法は食道粘膜切除に有効且つ安全な方法と思われた。