

受け頭蓋咽頭腫の診断を受けた。昭和63年5月頃より頭痛出現し精査を希望し来院。CT, MRIにて第3脳室を占拠する石灰化を伴う parasellar cystic tumor と水頭症を認めた右前頭開頭で interhemispheric approach により lamina terminalis に達し、そこを開放し第3脳室内の腫瘍を視床下部より剝離し全摘出を行なった。術後記銘力障害と尿崩症が約半年続いたが、その後完全に回復した。術中、視床下部との剝離を丁寧に行なう必要がある。

#### A-56) 透明中隔近傍から発生した subependymoma の全摘出

関谷 徹治・岩淵 隆 (弘前大学)  
鈴木 重晴 (脳神経外科)

Subependymoma が、透明中隔から発生することは極めて希で、これまでに10例前後を文献上に確認できるに過ぎない。我々は、脳梁下を広く占拠した subependymoma の1例を経験、これを全摘したのでビデオにて供覧する。症例は61才、女性、主訴は頭痛、歩行時の左方偏倚。CT では不明瞭であった腫瘍は、MRI では極めて明確に描出され、腫瘍が脳梁下で、その genu から splenium までを大きく充満占拠しており、第3脳室を下方に圧縮しているのが確認され腫瘍は透明中隔近傍から発生していると考えられた。手術所見：大脳間裂を分け入ると、脳梁と右側帯状回との接合部は、変色膨隆しており、ここを、約2cm 切開して、腫瘍塊に到達した。被膜内減圧と被膜切除を交互に繰り返しながら次第に腫瘍を除去したが、超音波吸引器が極めて有効であった。腫瘍の後半部は周囲脳室壁と強く癒着していた。術後の経過は良好で神経脱落症状なく独歩退院した。

#### A-57) 松果体部グリオーマに対する anterior transcallosal trans-velum interpositum approach

須田 良孝・渡辺 一夫  
後藤 恒夫・笹沼 仁一 (財)脳神経疾患研究所  
小島山博之・佐々木順孝 (付属南東北脳神経外科)  
儀藤 洋治 (病院 脳神経外科)

最近我々は、anterior transcallosal trans-velum interpositum approach により摘出し得た松果体部グリオーマの1例を経験したので、その手術手技についてビデオで供覧する。

症例は45歳男性で、昭和59年7月から左後頭部痛を訴え、記銘力障害も伴うため入院した。CT で松果体腫瘍と水頭症が認められ、VP シャントおよび54Gyの放

射線照射を行い、腫瘍は消失して退院した。昭和63年2月から傾眠がちになり、腫瘍の再発が認められたため、anterior transcallosal trans-velum interpositum approach により全摘出した(ビデオ供覧)。組織診断は anaplastic astrocytoma であった。術後に右前大脳動脈に低吸収域がみられ、術中の圧排が原因と考えられた。現在、軽度の記銘力障害があるものの、運動麻痺は認められない。以上、本アプローチに関する利点及び欠点について若干の考察を加えて報告する。

#### A-58) Occipital transtentorial approach で手術を行った松果体部髄膜腫の1例

安井 信之・鈴木 明文 (秋田県立脳血管研究センター)  
波出石 弘・石川 達哉 (脳神経外科)

松果体部腫瘍に対する Lateral-semiprone position による occipital transtentorial approach は安全に広範囲の術野を確保する事が可能で、術者の肉体的負担が少ない点でも優れている。下矢状洞部、直状洞、ガレン静脈洞合流部に付着部を有し、松果体部に発育を示した髄膜腫に対して上記のアプローチ(右側より)で摘出術を行い良好な結果を得た。症例は64歳、女性。入院の約半年前から物忘れ、2カ月前から頭痛をきたす。入院時、軽度の記銘力障害のみで他には神経学的に異常を認めず、CTにて松果体部に造影剤で境界明瞭に増強され、左にやや大きく発育した径約4cmの腫瘍を認めた。腫瘍の付着部が正中のテント下で左に大きく発育していたが、falx に切開を加えることで対側を含めてほぼ全摘出を行えた。血管撮影ではガレンは閉塞していたが手術所見では完全には閉塞しておらず、静脈洞部に浸潤していた部の腫瘍を残さざるを得なかった。この症例のビデオを供覧する。

#### A-59) Subtemporal extradural approach にて全摘出し得た Trigeminal Neurinoma の1例

嘉山 孝正・小笠原邦昭  
上之原広司・杉田 京一 (国立仙台病院)  
佐藤 博雄・新妻 博 (脳神経外科)  
桜井 芳明

三叉神経鞘腫の手術、特に後頭蓋窩に伸展した場合、VI, VII, VIII脳神経の温存を計る事が大切である。今回は subtemporal extradural approach にて上記神経を温存しつつ全摘出術し得た三叉神経鞘腫を経験したので報告する。[症例・手術] 38歳男性、1988年6月より聴力

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<sub>1</sub>, long T<sub>2</sub>, 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, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> 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填するか, 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 巖 (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, ここを通して 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)  
西嶋美知春 (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