

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