

## 4) 小児脳幹腫瘍の1手術例

北沢 智二・大倉 良夫 (水戸済生会  
総合病院  
脳神経外科)  
早野 信也  
田中 隆一 (新潟大学  
脳神経外科)

症例は11才男児。頭蓋内圧亢進症状、左方注視麻痺、左・右・上方注視眼振、左に強い両側性末梢性顔面神経麻痺、右に強い軽度四肢麻痺にて発症。MRIにて、橋広範囲にわたり、比較的境界明瞭でやや左に偏したnecrosisとcystを有したdiffuse type脳幹グリオーマと診断された。ステロイド、グリセオールを投与しつつ術前照射Lineac 30.7 Gy/16 F/24 Dを施行し、症状は軽度の左外転神経麻痺、ごく軽度の右片麻痺を残すのみに改善し、MRI上も腫瘍の縮小を認めた。後、左後頭下開頭にて腫瘍壊死組織摘出、嚢包解放、Ommaya reservoir設置術を施行した。病理組織はAstrocytoma Grade 1であった。術後一過性に右小脳症状を呈したが3日で回復し、他の神経症状も軽快した。術後照射35.0 Gy/21 F/27 D (total 65.7 Gy)を施行し、MRI上も更に腫瘍の縮小を認め経過観察中である。今後腫瘍の再発が認められた際には免疫・化学療法施行も考慮している。

CT, MRIの導入以来、脳幹グリオーマの局在による分類が試みられており、新潟大学においてもdiffuse typeとlocalized typeに分類し、治療法を選択している。すなわち、一般にdiffuse typeは手術適応とならず照射・化学療法のみとするが、localized typeや、diffuse typeであっても、そのexophytic component, cyst, necrosisを持つものに対しては、内減圧効果や、Ommaya reservoir設置による局所療法を期待し積極的に手術することとしている。今回の症例も、その方法に従い手術を施行したので、ビデオを供覧しここに報告した。

## 5) YAG-Laserを用いたclinoidal meningiomaの摘出術

青木 広市 (長岡中央総合病院  
脳神経外科)

頭蓋底部から発生した巨大な髄膜腫を摘出するには、広い術野を得ることが困難なため、腫瘍を小切片にして繰返し摘出する必要にせまられる。しかし、これらの操作に際し、腫瘍からの大出血のため手術操作を中断、或は続行不能に陥入ることがあり、又長時間の手術になり、予後が不満足な結果になることも少なくない。最近、Nd:YAGレーザーに各種ポルダーが整い、接触型のセラミック

ク製チップが開発されたことで、腫瘍摘出が安全かつ無血的に行なえるようになった。今回、我々が経験した1症例をビデオで供覧する。

症例：56才、女性。軽度の左片マヒで入院。CT上、右前～中頭蓋底部に径8cm大の円形腫瘍を認む。MRI・脳血管写所見より、右蝶形骨縁のclinoidal portionに付着部をもち、内・外頸動脈から血液供給をうけtumor stainを呈する血管に富むmeningiomaと診断された。

手術：右前頭側頭開頭。シルヴィス裂を解放し、腫瘍に進入した。腫瘍と脳組織との境界部を丹念に剝離し、腫瘍の髄膜付着部をNd:YAGレーザーの接触型チップで切離した後、腫瘍の一部を小切片として摘出した。腫瘍断面、髄膜付着部からの出血は比較的軽微で、非接触型のレーザー照射で止血可能であった。以上の手術操作を繰返すことで術中出血もほとんどなく、かつ視神経、動眼神経、内頸・前大脳動脈・中大脳動脈などに全く損傷を加えることなく腫瘍全摘を完了できた。

この手術経験からNd:YAGレーザーには次のような利点が考えられた。1. レザーの伝送に軽量で細いファイバーが使用され、ホルダーと先端部に多様な形状のものが使われるため、術野が広くえられ、操作が安全にできる。2. 接触型チップを使うことで手術操作が安心でき、出血も少ない。3. 凝固深度が比較的深いため、出血のコントロールがしやすい。

## 6) 三叉神経鞘腫 (root type) の1手術症例

寺林 征・杉山 義昭 (富山県立中央病院  
脳神経外科)  
伊藤 靖・小澤 常徳  
齊藤 明彦  
北川 和久 (同 耳鼻咽喉科)  
大野 司 (同 神経内科)  
樋口 昭子 (同 麻酔科)  
三輪 淳夫 (同 臨床病理科)

三叉神経鞘腫 (root type) の1症例で、腫瘍全摘を行う機会を得たので、術中Videoを提示した。[症例] 59才の女性で、顔面右半の知覚低下のため受診した。神経学的には、右V<sub>2,3</sub>領域の触・痛覚低下がみられた。頭部CTで右小脳橋角部前半部に、後頭蓋窩に局限した2×1×1cmの髄外腫瘍を認める。内耳道を含め錐体には、変化は認められず。[手術] 前麻下、左側臥位、右retromastoidal suboccipital approachで手術を施行。腫瘍と三叉神経とは、同一層のクモ膜で覆われていた。三叉神経は腫瘍により伸展されやすくなり、腫瘍発生部位にはチリチリした異常小血管がみられた。腫瘍は広く伸ばされた三叉神経でかくされて、一部分しか直視