

方法と内視鏡のみで顕微鏡を使用しない方法がある。手術用顕微鏡を用いて直接鼻中隔粘膜を剥離して蝶形骨洞に接近する方法を最近行っており、それを用いて海綿静脈洞の下面に主座をもつ悪性腫瘍に対して手術した症例を元に手術の実際を披露したいと考え報告する。

症例は、53歳男性。頭痛、複視、左眼の違和感で発症し、某院にてMRIで異常を指摘され、左眼瞼下垂、眼球運動制限が進行して当科に紹介入院となった。

入院時、左視力0.02、中心視野欠損、左動眼神経完全麻痺のほか、左IV、VI神経麻痺を認めた。CT、MRIでは左眼窩先端から蝶形骨洞の海綿静脈洞下面、中頭蓋窩にいたる骨破壊性の充実性腫瘍を認めた。悪性腫瘍と考えられたが、ステロイドに反応しなかった。全摘は困難と考えられ、組織診断を目的とする手術後の後療法に期待することとし、侵襲の少ない経鼻的経蝶形骨洞法を行った。鼻中隔粘膜の軟骨-骨境界部に小切開を加えて骨性鼻中隔粘膜を両側剥離し、鋤骨の左半分を削除して蝶形骨左側にあった腫瘍を直視下におさめて摘出した。下垂体用キュレット、電気メスや超音波メスも使用して直視下の腫瘍を摘出して手術を終了した。切開した鼻中隔粘膜は縫合せずに左右から圧迫して癒着させた。切開した粘膜以外には粘膜損傷はなく、手術時間は1時間余であった。病理診断は扁平上皮癌であった。術後放射線化学療法をおこない、眼瞼下垂は消失し、症状の改善がえられた。

【結論】本法によるtranssphenoidal approachは標準的な方法より術野は狭いが、正常組織の損傷が少なく、短時間で行うことができ低侵襲であり、超音波メスなど種々の道具も使用できる。

13 術後に一過性の広範な脳浮腫を生じた髄膜腫の1例

森 修一・斉藤 有庸・遠藤 浩志
早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

術後に一過性の広範な脳浮腫を生じ、神経症状

(片麻痺)を生じた髄膜腫の1例を経験した。原因として手術操作による静脈損傷が考えられ、反省を込めて報告する。

症例は69歳女性。5年前に頭痛精査で、Rt. Convexity Meningiomaを指摘され、年1~2回のMRI検査にて経過観察を行っていた。平成16年9月の検査で腫瘍がやや増大しているため、11月摘出術を目的に入院した。術前脳血管撮影検査で、栄養血管はRt. middle meningeal arteryでありこれをSponzelで塞栓した。内頸動脈系からのfeedingはなかった。手術は右頭頂開頭にて行った。硬膜を開けると、腫瘍上部を1本の小静脈が走行しており、硬膜の展開やattachment部の処理が困難となるためこれを凝固切断した。その後の操作は容易であった。腫瘍は柔らかく、周囲脳との癒着もほとんどなく比較的容易に全摘出できた。術後覚醒も良く、ごく軽度の左上下肢麻痺を認めただけであったが、術後24時間くらいから左上下肢麻痺の進行があり、CT・MRIで右前頭葉皮質下主体に脳浮腫(術後3日後がピーク)を認めた。グリセオール投与などの対症療法・リハビリテーションにて、術後3日後から症状は改善し、1カ月半後に独歩退院、その後完全回復した。術後2カ月のMRIでは、右前頭皮質下にT2-imageで小さなhigh intensity lesionを認めるのみであった。

このような経過を生じた原因として、症状が一過性であったことからすれば主たる原因は静脈還流障害(損傷)であろう。術中切断した静脈がこのような病態の起因となった可能性を否定できず、小静脈といえども可能な限り温存すべきことを再認識している。

14 非機能性下垂体腺腫術後3年目に発症した多発性脳腫瘍(グリオブラストーマ)の1例

本道 洋昭・川崎 浩一・長谷川 仁
神宮字伸哉

富山県立中央病院脳神経外科

下垂体腺腫術後の放射線照射が誘因と考えられたglioblastomaの1例を経験したので報告する。

症例は34歳、女性。1998年11月、視力視野障害で発症した非機能性下垂体腺腫に対し、transsphenoidal approachにて摘出術を行った。2002年4月、腫瘍再発に対し開頭による摘出術を行い、残存腫瘍に回転照射による放射線照射を48.2Gy施行した。その後、下垂体前葉機能低下を来し、ホルモンの補充を行っていた。2005年3月16日、軽度の意識障害を来したため入院となった。CT上、左視床から側脳室にかけて出血を伴った腫瘍を認めた。MRIでは腫瘍は造影効果を認め、腫瘍性病変と考えられた。右側頭葉内側にも造影される腫瘍を認めた。いずれも照射野に含まれていた。縮小していた下垂体腺腫に変化はなかった。脳血管撮影上、腫瘍濃染は認めなかった。全脊髄MRIでは異常は指摘できず、また転移を疑わせる検査所見は認めなかった。左視床部の腫瘍に対しtranscallosal approachによる摘出術を施行した。2週間後のMRIにて残存腫瘍の急速な再増大を認め、さらに右側頭葉の腫瘍も増大していたため再手術を行った。術後、右片麻痺と失語症を呈した。画像上、左視床部の腫瘍はほぼ全摘され、右側頭部はわずかに残存した。病理診断は2ヶ所ともglioblastomaであった。全脳照射36.2Gyと化学療法を追加し、腫瘍の増殖は鎮静化されていた。リハビリにて神経症状は改善したため一旦退院となったが、8月17日、全身痙攣にて再入院した。入院後は意識障害が遷延し、8月31日のMRIで左側頭葉にも腫瘍が出現し、また脳幹周囲や脳室壁への播種の所見を認めた。9月14日に逝去され、剖検を行った。

15 Jugular foramen neurinoma の1例

齋藤 隆史・倉島 昭彦・山下 慎也
西川 太郎・棗田 学・佐々木 修*
長野赤十字病院脳神経外科
新潟市民病院脳神経外科*

Jugular foramen neurinoma の摘出に際し、下位脳神経の術中モニタリングが非常に有用であったので報告する。

症例は68歳男性、進行する歩行時のふらつき

を主訴に神経内科受診、MRIにて左小脳橋角部腫瘍を認め紹介となる。

【入院時所見】精神機能低下、左聴力低下、左小脳失調を認めた。下位脳神経症状は認めなかった。

【画像診断】MRIにて左小脳橋角部に嚢胞を伴った径4cmの腫瘍を認め、腫瘍は左頸静脈孔に浸潤し、水頭症を伴っていた。脳血管撮影ではAICA、PICAの変位のみで腫瘍陰影は認めなかった。

【術中モニタリング】術中モニタリングとして聴神経はABR、顔面神経は眼輪筋、迷走神経は輪状甲状筋、副神経は胸鎖乳突筋の誘発筋電図を用いた。

【摘出術】Lt. lateral suboccipital transcondylar approachにて行った。C1のlaminectomyを行い、硬膜切開後、モニタリングにてまず副神経を同定した。腫瘍は軟らかく内減圧を行いながら周囲組織と剥離を進め、左内耳孔近傍のモニタリングにて顔面神経と聴神経を同定した。更に内減圧を進め、脳幹との癒着を剥離すると、脳神経らしき組織を認め、モニタリングにて舌咽迷走神経を同定した。すべての脳神経を同定後、これらと腫瘍とを剥離し全摘出した。ABRの術中モニタリングでは手術終了時まで波は残存した。

【術後経過】組織診断はschwannomaであった。MRIにて腫瘍は全摘出されていた。下位脳神経症状は認めず、小脳失調は軽快、術後30日にて独歩退院した。

【結語】①下位脳神経モニタリング下に左頸静脈孔神経鞘腫摘出術を行った。②術中モニタリングとして聴神経はABR、顔面神経は眼輪筋、迷走神経は輪状甲状筋、副神経は胸鎖乳突筋の誘発筋電図を用いた。③頸静脈孔神経鞘腫の摘出に際し下位脳神経の術中モニタリングは非常に有用であった。