

たな神経障害はきたさず、家庭生活復帰している。

【結語】海綿静脈洞部腫瘍に対してはその伸展方向を考慮した多段階的アプローチによる摘出が必要である。症例数が少なく、追跡期間も短い、ガンマナイフ治療を含む治療戦略は合併症発生も少なく、安全性も高いため有用であると考えられた。

15 迂回槽上部まで伸展した小脳橋角部類上皮腫の2例

三野 正樹・永山 徹

白河厚生総合病院脳神経外科

迂回槽上部まで上方伸展した小脳橋角部類上皮腫の2例に対して摘出術を施行し良好な結果を得たので、若干の文献的考察を加えて報告する。

2例ともめまいを主訴に来院し、軽度の顔面神経麻痺を認めた。MRIで小脳橋角部を中心とした腫瘍が迂回槽上部まで上方伸展し、拡散強調像で高信号を呈することより類上皮腫を考え手術を施行した。

〔症例1〕33才女性。初回は右 lateral suboccipital approach にて小脳橋角部の腫瘍を摘出し、2週後右 subtemporal approach にて迂回槽、四丘体槽部の腫瘍を摘出したが、側頭葉下面に複数の架橋静脈が発達しており上方へのアプローチが制限され、僅かに腫瘍が残存した。

〔症例2〕34才男性。左 lateral suboccipital approach にて小脳上面よりアプローチし、腫瘍を全摘出した。

2例とも病理組織診断は類上皮腫で、神経学的異常なく自宅退院した。類上皮腫は全脳腫瘍の約1%を占める比較的稀な腫瘍であり、小脳橋角部を好発部位として時に迂回槽上部にまで伸展し、到達が困難、あるいは周囲の神経・血管との癒着が強く、全摘が困難な場合も少なくない。

今回の経験より、上方へ伸展した腫瘍の摘出には頭部を少し挙上した lateral suboccipital approach にて、小脳外側からだけでなく上方からの手術アプローチが有用と考えられた。

16 重度ハンディキャップを持った脳腫瘍症例の治療

菅井 努・武田 憲夫・井上 明
井淵 安雄・熊谷 孝・遠藤 深
神保 康志

山形県立中央病院脳神経外科

重度ハンディキャップを持った脳腫瘍症例を手術、治療する際、僅かな神経症状悪化が重大なADL低下をもたらす可能性があり、本人家族へのICを含め極めて慎重な対応が必要と思われる。この度、高齢の全盲と先天的聾啞の症例の治療を試みたので報告する。

〔症例1〕75歳女性。15歳時に緑内障で全盲。これまで元気に生活。頭痛を主訴に来院。CT、MRIにて右蝶形骨縁に attach し脳浮腫を伴った最大径5cmの腫瘍を認めた。神経学的に無症候であったが、腫瘍は大きく、本人家族に十分ICを行い1998年8月摘出術施行。肉眼的に全摘(Simpson2)し、術後明らかな症状悪化はなく現在に至るも元気に生活している。

〔症例2〕65歳男性。生来聾啞で手話でのみ意思疎通が可能。周囲の援助で生活は自立していた。着替えが出来ない、部屋に戻れない、左片麻痺で発症。CT、MRにて右頭頂葉に脳浮腫を伴い不均一に造影される腫瘍が認められ、悪性脳腫瘍と診断。積極的な治療により少しでもADLの良い時間を長くすることは、本人家族にとって有意義と判断。本人家族とも我々の説明に了承、治療に踏み切った。2001年11月摘出術。膠芽腫と診断。術後経過良好で、放射線治療局所60Gy及び維持化学療法としてACNU動注療法を行っている。3年4ヶ月後の現在、再発傾向だが元気に生活している。

【結語】重度ハンディキャップを持った症例の手術、治療には、症状を悪化させない十分な配慮と、家族本人へのIC、更には家族の協力、援助が重要であると考えられる。