

テント上下に広がる meningioma を認め、手術にてテント上下の腫瘍を摘出した。術後一過性の複視が出現した。

〔症例6〕70歳女性。頭痛等で外来を受診していたが、5年前には見られなかった約3cmのrt petroclival meningiomaが発見されて入院。Anterior transpetrosal approachにて脳幹に癒着した一部を残し垂全摘した。術後右V-VIII脳神経麻痺が出現し、VIとVIIIを除き軽快した。

以上6例とも側頭葉への軽度の侵襲で必要な術野を得ることができた。一方、長時間手術、適応症例が少なく習熟が困難、聴力障害等の問題も存在した。

## 2 16列MDCTの使用経験

北沢 智二・祖父江八紀・佐藤 良智\*  
北越病院脳神経外科  
同 心血管呼吸器科\*

最新CT機器16列MDCTを本年6月に導入したのでその画像を検討した。

機種；東芝16列マルチスライスCT Aquilion.

ワークステーション・ソフトウェア；エルクコーポレーション Aquarius.

特徴；広範囲を早く細かく（最大0.5mm×16スライス/0.5秒）撮影でき、空間分解能が高く様々な画像解析が可能である。従来の3D-CTAのみならず、VR (volume rendering), MIP (maximum intensity projection), MPR (multiplanar reformation), CTP (CT perfusion), FTM (FLY-THROUGH MODE) などの新しい撮像方法も可能で、病態把握、微小病巣の検出、手術のシミュレーションや、術後の評価、フォローアップに、さらに患者への説明にも簡便に利用できる。原画となる0.5mmスライス体軸断面データを保存しておけば、いつでも画像解析を再検できる。

当院での症例では、1) 脳動脈瘤コバルト合金クリップでもアーチファクトは少ない、2) MIPで穿通枝などの微細血管も描出できる、3) VRで骨除去も可能で頭蓋骨内・内頸動脈もかなり見える、4) CTPで脳血流状態がわかる、5) FTMで

血管内腔からのイメージを撮れる、6) MPRで不規則血管腔の縦（長軸）断面を撮れる、7) 微小下垂体腺腫のダイナミックCTに応用できる等、従来のsingle detector helical CTでは得られない新しい所見が確認できた。問題点としては造影剤使用量や注入のタイミング、放射線被曝量など検討すべきである。

## 3 Middle fossaに発育した巨大tentorial meningiomaの1例—Neuronavigatorを用いた手術—

佐々木 修・鈴木 健司・中里 真二  
小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

患者は64才の女性で、H5年pyramisに付着する脳腫瘍を偶然発見されたが、症状がなく、手術を希望せず。その後H9年まで経過観察されたが、腫瘍の増大はなかった。今回、H15年9月、歩行障害を主訴に来院した。神経学的には軽度左片麻痺、軽度体幹失調、左同名1/4盲を認めた。画像上は右のmiddle fossaに長径7cmの巨大な腫瘍を認めた。内側に著明なcalcを有し、中脳、視床に強く食い込むように発育していた。Angioでは腫瘍は内頸動脈のtentorial arteryから栄養されており、塞栓術はできなかった。middle fossaに発育した巨大なtentorial meningiomaと診断し、手術した。手術の最大の問題点は腫瘍の内側すなわち腫瘍が強く食い込んだ中脳や視床の同定にあると考え、Neuronavigator (Stryker社製)を使用した。その部の腫瘍は残し、中脳や視床には触れないこととした。左側臥位とし、Navigatorにて頭皮上に腫瘍位置を投射し、皮切、開頭の範囲を決めた。側頭葉の中、下側頭回を先端から約6cm除去するとすぐ腫瘍が見えてきた。周囲とある程度剥離した後内減圧を計った。腫瘍は易出血性であったが、PAL-1、電メスにて徐々に減圧し、更に周囲と剥離を進めた。tentorial edgeからはかなりの出血があったが、同部を処理後出血は減少した。内側部のcalcの所は硬く、PAL-1でも蒸散せず、摘出が難攻した。この部はNavigator上中脳に近