

した。同日右 PICA と動脈瘤を GDC で塞栓した。
血管造影後の 3DCT は追加の造影剤が不要で、原因不明のくも膜下出血患者の原因検索に有用な option と思われた。

10 Frontozygomatic approach にて摘出した眼窩内腫瘍の 1 例

山本 潔・小林 勉

県立小出病院脳神経外科

症例は 35 歳女性，眼科医より右眼球突出を指摘され，当科受診。右眼球突出を認める以外，神経学的異常なし。CT および MRI では右眼球後方に長径が 2.5 cm 程の境界鮮明な腫瘍が認められ，視神経は内方に圧排されていた。Rt frontozygomatic approach にて en block に腫瘍を摘出した。術後，眼球運動障害，眼瞼下垂や眼球陥凹等の合併症は出現しなかった。病理学的診断は cavernous angioma であった。Frontozygomatic approach は眼窩上壁および外側壁を外すことで広い術野が得られ，手術操作による眼筋や神経への圧排も軽減でき，有用な手術法と思われた。

11 くも膜下出血にて発症した頸髄 neurinoma の 1 例

田村 哲郎・大野 秀子・関 泰弘

土田 正

県立中央病院 脳神経外科

【はじめに】脳動脈瘤以外の原因によるくも膜下出血は少ないが，腫瘍が原因となることは少なく neurinoma が原因となることは極めて稀である。我々は急性期を過ぎてから来院した頸髄 neurinoma の症例を経験したので報告する。

【症例】患者は 49 歳男性。朝食後急な後頭部痛に続き頸部運動制限が生じた。整体マッサージを受けるも改善せず，第 13 病日に当科受診。神経学的に異常を認めず。項部硬直あり，疼痛による頸部運動制限を認めた。頭部 CT にはくも膜下出血は認められず，MRI では Flair 画像でのみ延髄周囲から小脳虫部背面のくも膜下腔に高信号を認め

た。腰椎穿刺にて出血が確認され，圧は 140 mmH₂O，蛋白 140mg/dl であった。翌日血管撮影 (4 vessel study) を行ったが，動脈瘤は描出されなかった。その後頸髄の MRI を撮像したところ，C1-C2 に硬膜内髄外腫瘍が描出され，T1-WI では iso と hypointense が混在し，T2-WI では iso と hyperintense が混在して不均一に増強された。症状が軽快後第 34 病日に後頭下開頭に C1 と一部 C2 の椎弓切除を加えて硬膜内に限局した neurinoma を全摘出した。C2 の後根由来と考えられた。術後神経学的に異常を認めず退院した。組織学的には腫瘍内出血を一部伴う Antoni B 優位の neurinoma であった。

【結論】極めて稀な頸髄 neurinoma によるくも膜下出血の 1 例を報告した。亜急性期のくも膜下出血の診断に Flair 画像が極めて有用である。

12 内頸動脈を巻き込んだ大きな髄膜腫に対する手術

— 穿通枝障害は避け得るか —

佐々木 修・鈴木 健司・中里 真二

狩野 瑞穂・小池 哲雄

新潟市民病院脳神経外科

内頸動脈を巻き込んだ大きな髄膜腫に対する手術は難易度が高い。その理由は，視神経—動眼神経の損傷を回避しえるか，主幹動脈から分岐する穿通枝を温存しえるかの 2 点に要約される。今回は本症の 3 例を報告し，手術のポイントについて述べた。症例は 2 例が視力，視野障害，1 例は眼球の位置異常で発症した。腫瘍の大きさは最大計 4—6cm であった。以下に手術のポイントを列挙する。

①すべて orbito-zygomatic F-T craniotomy を行ない，視神経管も開放する。利点：硬膜外での操作である程度 feeder を処理しえる。長時間の手術に伴う frontal lobe の retract を軽減しえる。頭蓋内操作中硬膜外から視神経の位置を確認しえる。

②視神経に対する処置：視神経には絶対に触れない。吸引管の先には cotton を置き，神経には直接触れない。剥離は sharp dissection とし，腫瘍

は杉田の熊手でさまざまな方向から retract する。狭小な場所での腫瘍の減圧にはパルー 1 の 1mm のボール電極が非常に有用である。動眼神経は腫瘍の中を貫通することもあり、走行の予測は困難である。

③穿通枝の温存：中大脳動脈は通常上方に挙上、すなわち術野では腫瘍の下面に位置し、穿通枝はその奥に存在する。シルビウス裂をできるだけ抹消から分け、M2 を確認して、近位部に至る。腫瘍と M1 を剥離する。M1 の側面、下面から出る枝は穿通枝として扱い、最後まで温存する。内頸動脈の穿通枝は術野の側一下面から分岐する。まず、安全な背面を確保し、その後、外側面と腫瘍を剥離する。術前の血管撮影で前脈絡叢動脈、後交通動脈の走行を十分把握しておき、両者は確実に温存する。血管には触らず、sharp dissection を原則とする。吸引管で何度か吸うと穿通枝は血流が通わなくなることがあるので、注意を要する。内頸動脈から出た血管が腫瘍の中に完全に巻き込まれている場合は、それが feeder か穿通枝かの判断は難しいが、血管造影所見を参考に判断する。穿通枝であると判断した場合、麻痺を覚悟で剥離するか否かを定める。Interpeduncular cistern での操作は最も難しい。この部にはもともと多数の穿通枝や動眼神経が存在する。全摘を目指す場合は細かい穿通枝の温存は困難と考え処理を進めるべきである。我々の症例では、3 例とも基底核に梗塞巣が出現し、2 例で片麻痺が出現したが、幸い一過性で短期間に消失した。手術成績は、1 例が全摘、同名半盲と一過性の片麻痺出現、1 例が亜全摘、視力視野障害悪化、一過性に片麻痺出現、1 例が亜全摘、視力視野正常化。

13 Craniopharyngioma に対する Interhemispheric Prechiasmatic approach

斎藤 隆史・倉島 昭彦・青木 悟
斎藤 有庸・菊池 文平

長野赤十字病院脳神経外科

従来 craniopharyngioma の摘出術には pterional approach が多用されてきたが、今回 interhemi-

spheric prechiasmatic approach の有用性に関し報告する。

〔症例〕53 歳男性、易疲労感、視野障害を自覚し眼科受診、MRI にてトルコ鞍上に脳腫瘍を認め当科紹介となる。

【現症】右視力低下 (0.5)、右耳側半盲、知的低下 (IQ 81)、尿崩症、下垂体機能低下を認めた。MRI にてトルコ鞍上に cyst を伴い、周囲が造影され、視神経を下方より圧迫する腫瘍を認めた。

【腫瘍摘出術】Interhemispheric approach にて摘出術を行った。上矢状洞と大脳鎌を切断 inter-hemispheric fissure の dissection を行い、視交叉に達した。腫瘍は視交叉前下方に位置し、視交叉を下方より圧迫していた。皮膜を焼却後、cyst の吸引と腫瘍の内減圧とを行った。左右の視神経から腫瘍を剥離し、十分内減圧されたところで視交叉直下の腫瘍を摘出、下垂体柄を切断した。最後にトルコ鞍内の摘出を行い、腫瘍を全摘出した。

【術後経過】術後視力 (0.5 から 1.2)、視野の改善を認めた。尿崩症、下垂体機能低下は残存した。組織診断は craniopharyngioma であった。MRI にて腫瘍は全摘されており、術後 21 日で独歩退院した。

【結語】① Craniopharyngioma に対する inter-hemispheric prechiasmatic approach を報告した。

② Pterional approach に比べ、視神経周囲の腫瘍摘出が容易であった。

③両側視神経からの腫瘍剥離を十分行い、内減圧後視交叉直下の腫瘍摘出を行うのが安全と考えられた。

④この approach は視交叉前下方から第 3 脳室に及ぶ腫瘍が適応と考えられた。

14 鞍上部黄色肉芽腫の 1 例

小泉 孝幸・土屋 俊明・森田幸太郎
神宮字伸哉

竹田総合病院脳神経外科

症例は、37 歳の女性。6 年ほど前より無月経があり、産婦人科での治療歴あり。3 年前に右末梢性顔面神経麻痺を生じ、耳鼻科にて加療。その際