

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決める。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

竹田綜合病院脳神経外科

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