

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

の精査としての頭部MRIにて、トルコ鞍内～鞍上部に囊腫状の腫瘍を認め、当課に紹介される。神経学的には特記すべき所見なし。ホルモン検査上も支障ないため、経過観察とす。その後右上肢～右顔面の知覚障害の発作あり。精査にて、もやもや病を認める。血行再建術に関して、同意得られず、抗血小板剤投与のみにて経過観察とす。半年くらい前より、発熱・嘔気・嘔吐・頭痛などを時々訴えるようになり、また右末梢性顔面神経麻痺の再発を認めた。保存的療法にて対処。2ヶ月ほど前に右上下肢の脱力感を自覚。MRIにて、鞍上部腫瘍の増大を認める。眼科的にも視野障害を認め、cortisol, FT3, FT4の低下も認めたため、手術を施行した。もやもや病を伴うため、trans-sphenoidal approachにて腫瘍摘出術を行った。術中カスタードクリーム様の囊腫内容液の廃液が認められた。腫瘍の主体は摘出できず、囊腫壁を摘出病理検索をしたところ、黄色肉芽腫の診断を得た。

トルコ鞍部の黄色肉芽腫は、頭蓋咽頭腫などの組織内の出血などに対する組織反応として現れると考えられているが、必ずしも腫瘍組織を認めない症例も報告されている。また最近の報告として、頭蓋咽頭腫 (Papillary type, adamantinomatous type), Rathke's cystなどと臨床所見として区別される特徴を示すといわれる。文献的考察を本症例の報告とともに報告する。

15 Posterior interhemispheric approachにて摘出した posterior cingulate gyrus tumor の1例

竹内 茂和・谷口 禎規・源甲斐伸行
大島 将之・譚 春鳳*・高橋 均*
長岡中央総合病院脳神経外科
新潟大学脳研究所病理学分野*

てんかん様発作で発症した right posterior cingulate gyrus tumor を posterior interhemispheric approach にて摘出し、比較的稀な症例と考えられたので経過および手術方法につき報告する。

〔症例〕35歳、女性。幼小児期に“てんかん”で投薬を受け、小1-2年で中止しているが詳細は

不明。2001年4月頃から両眼視野正中に小さな明点(万華鏡)が見える発作が4回あり。2001年12月5日当科受診、神経学的異常なし。CTでは異常なしであったが、MRIでは右帯状回後方に、T1でiso, T2, FLAIRでhyperintense, 中心部がGdで増強される病変を認めた。2002年1月11日前後から両側耳鳴が出現したが、明点発作は当科初診後消失。追跡MRIで、Gd増強効果部位の僅かな増大, cystic lesionの出現など所見に変化がみられ、患者も手術を希望したため2002年11月14日手術施行。体位は右下のlateral-semi-prone positionとして、右頭頂後頭開頭で右大脳半球間裂に進入した。帯状回から脳梁上に突出した淡い褐色調の半透明な部分とその周囲の変色部分をおよそ前後2cm, 上下1.5cm, 深さ1cmの大きさでen blocに摘出した。術後MRIではほぼ全摘と考えられた。組織診はsuperficial astrocytic tumor associated with epilepsy (≡ pilocytic astrocytoma)であった。術後、脳梁離断症状を思わせる種々の症状が出現したが、日常生活には問題がなく、患者は満足している。照射・化学療法は行わず、経過観察中である。

16 定位脳手術、適応と手術戦略

増田 浩・亀山 茂樹・本間 順平
大石 誠・師田 信人・富川 勝
福多 真史

西新潟中央病院脳神経外科

1995年12月の開設以来2003年6月までに当院で行われた定位脳手術は126件で、内訳はパーキンソン病105, 本態性振戦6, その他不随意運動10, 難治性疼痛2, 視床下部過誤腫3であった。

パーキンソン病: 定位的凝固術72, 脳深部刺激療法(DBS)33でDBSは1998年に開始したが、パーキンソン病は進行性疾患であり凝固術の効果は3~4年程度しか続かないが、DBSは刺激装置の条件調整で効果を持続させることができる可能性があるため、2002年よりは原則としてDBSを行うこととしている。近年全国的に視床下核(STN)のDBSがその効果の高さから主流となっ