

する。

93) Craniopharyngioma に対する fronto-basal interhemispheric approach

白根 礼造・吉田 康子
隈部 俊宏・城倉 英史 (東北大学大学院
吉本 高志 神経外科学)

Craniopharyngioma に対しては神経機能を温存しつつ全摘出を試みるべきという観点から fronto-basal interhemispheric approach を採用している。本法はこれまでの interhemispheric approach と異なり嗅神経を損傷することが少なく、半球間裂の剥離も最小限で精神症状が出現しにくい。【対象・方法】症例は頭蓋咽頭腫28例である。鼻根部を中心とする小開頭を置き硬膜切開の後、半球間裂から前頭蓋底に至り、Acom complex, 終板に至る。視交叉の前にスペースがある場合は終板を開かずに腫瘍を摘出するが prefixed chiasm の場合は終板を開く。前交通動脈と視神経の間にスペースがある場合はそこを、前交通動脈と視神経が近接している場合には両側の A2 の間から腫瘍を摘出する。Pituitary stalk は可及的に温存した。【結果】gross total resection 20例 subtotal resection 8例で合併症は穿通枝の損傷による記憶力障害 2例で嗅覚障害は認めなかった。

94) 髄膜腫手術における PAL の有用性

松崎 隆幸・嶋崎 光哲 (函館赤十字病院)
渡部 寿一・柘植雄一郎 (脳神経外科)

髄膜腫手術においては、容積の減量のため、CUSA を使用する機会が多いが、高周波メーサー PAL の併用が有効な症例も多くその経験を報告する。症例は最近の6例で、蝶形骨縁、円蓋部、嗅窩部、三角部、再発の傍矢状洞部(2例)である。PAL の tip とその使用について検討した結果、その操作方法として以下のスタイルを念頭において行うことでその特性を引き出せるのではと考えられた。すなわち surface flattening には Ball tip による stroke, piecemeal に減量していくには Ring tip による shave or peel, shrink には ball による press などが挙げられる。易出血性で比較的やわらかい場合には PAL のみでの摘出は困難なこともあるが、固めの腫瘍ではその操作性からいっても有用なことが多かった。従ってそれぞれの機器についてその特

性を利用しての併用が有用と思われた。代表的な操作についてビデオで供覧する。

95) 対側からのアプローチにて摘出した左側脳室内髄膜腫の1例

鈴木 直也 (青森労災病院
脳神経外科)
清水 俊夫・伊藤 聡 (弘前大学
脳神経外科)

側脳室三角部付近へのアプローチは、側頭葉・頭頂葉・後頭葉の皮質切開、経脳梁切開などの選択肢がある。左側脳室三角部～体部髄膜腫に対して、上矢状洞の反対側からのアプローチで摘出した1例を経験したので報告する。

【症例】75歳女性。【既往】約二年前に左側脳室内髄膜腫疑いを指摘。当時局所症状なく自立した生活が可能であった。【現病歴】記憶力低下と、右片麻痺による歩行障害、失語症と痴呆が生じ当科入院となった。

【経過】皮質切開を避け、頭頂部上矢上洞の右側から大脳鎌切開を加え経脳梁的に全摘出した。術後に右片麻痺と失語症状は改善、杖なし自力歩行も回復し自宅での生活に復帰した。【考察】本アプローチは以下の点で有用であった。(1) 病側半球間皮質深部と健側半球間皮質浅部を圧排可能であるため、術野の展開に比較的ゆとりがあった。(2) 術野深度も比較的浅く有効長約 55 mm のハサミで処置可能であった。(3) 視野の真正面を横切る bridging vein は前後から器具を挿入することで操作の妨げにはならなかった。

96) 弁蓋部から島部に存在する神経膠腫摘出術

隈部 俊宏・昆 博之
金森 政之・近藤 健男 (東北大学
吉本 高志 脳神経外科)

弁蓋部から島部に存在する神経膠腫の摘出術における摘出範囲内を走行する血管及びその分枝の温存方法をまとめた。1) シルピウス裂を遠位端まで開放する。2) M1 から M4 まで確保する。3) 外側線条体動脈 (LSA) 起始部を確認する。4) 腫瘍が弁蓋部側に大きく張り出している場合には、弁蓋部を除去して充分な視野を得る。前頭弁蓋部を除去する場合、M4, M5 から放線冠への穿通枝に注意し温存する。5) M2 からの insular artery を丁寧に凝固切断し、MCA の分枝間で腫瘍を摘

出して動脈を遊離させる。上方のライル輪状溝側に走行する放線冠への穿通枝 (long insular artery) は温存する。6) 最も外側に LSA が張り出してくる位置は、M1分岐部遠位の M2深部であるため、この位置での摘出操作は十分に注意する必要がある、LSA 走行方向に沿ってへらで腫瘍をこそげ取っていく方法が比較的安全であると考えられる。

97) 側脳室三角部を占拠する Glioblastoma に対する手術法

— 術中オリエンテーションの指標 —

橋本 正明・向井 裕修 (公立能登総合病院)
瀬戸 陽・本多 拓 (脳神経外科)

【目的】側脳室三角部を占拠する Glioblastoma の 5 手術症例を経験した。そのアプローチ法及び術中オリエンテーションの指標を検討し報告する。【結果】各腫瘍サイズは 50 mm を超へ、その発生母地及び進展方向により、手術アプローチを決定した。側脳室下角から三角部を占拠する 2 症例には Middle temporal gyrus approach を選択した。三角部より上方及び体部へと進展する 2 症例では superior parietal-occipital lobe approach を選択した。脳ヘルニアが進行し、側脳室下角、三角部から上方へ進展の見られた症例には transtemporal horn-occipital temporal gyrus incision (TTH) にて対処した。いずれの症例も視床への術中障害を避ける必要があり、浸潤性腫瘍の摘出と共に脈絡叢及び taenia choroidea~taenia fornicus を確認することが術中オリエンテーションの指標として最も重要であった。TTH の症例では ambient cistern への侵入に際して choroidal art.~choroidal fissure の route が有用であった。以上の要点をビデオにて報告する。

98) ダンベル型頸静脈孔部神経鞘腫の 1 例

木内 博之・高橋 和孝
平野 仁崇・鈴木 明 (秋田大学)
笹嶋 寿郎・溝井 和夫 (脳神経外科)
石川 和夫・中田 吉彦 (耳鼻咽喉科)

頸静脈孔を介し頭蓋内外にダンベル型発育を示した副神経鞘腫を combined suboccipital and infratemporal approach にて全摘出し得たのでビデオにて手術所見を呈示する。症例は 29 才、男性で右聴力障害

および右顔面神経麻痺を主訴に来院した。MRI にて C-P angle に主座を置き、頸静脈孔を介し、頭蓋外に一部進展する神経鞘腫を認めた。Suboccipital approach にて頸静脈孔より頭蓋内の腫瘍を亜全摘した。術後、顔面神経麻痺は改善したが、一過性に嘔吐と嚥下障害が生じた。その後の MRI にて頭蓋外の残存腫瘍が嚢胞状に増大したため、前回のアプローチに加え、infratemporal approach (Fish type A) を用いて全摘出を行った。まず、前回の皮切を胸鎖乳突筋前縁に沿って延長し、mastoidectomy を行い、顔面神経管を開放した後、S 状静脈洞と頸静脈を切離し、頸静脈球を除去した。頸部で副神経が腫瘍に移行している部位を確認し、その部で切断した。最後に、頭蓋内より頸静脈孔部の硬膜と腫瘍を切離し、全摘出した。硬膜欠損部に筋膜を補填し、手術を終了した。術後、同側の胸鎖乳突筋および僧帽筋の萎縮を認めた。

99) 血管芽腫の手術経験

上之原広司・鈴木 晋介
荒井 啓晶・西野 晶子 (国立仙台病院)
桜井 芳明 (脳神経外科)

血管芽腫のうち cyst を伴わない充実性の腫瘍は易出血性であり、内減圧も思うにまかせず、困難な手術となることがしばしば認められる。今回、今まで経験した数例の手術より、その問題点を検討した。

Cyst を伴うものにおいては cyst の space を利用することにより比較的容易に摘出できるが、充実性のものはその多くが小脳あるいは脳幹部にあり、また一部境界が不鮮明なこともあり全摘出が難しいとされている。摘出においては易出血性でその豊富な血管網が退縮せず、一部、導出静脈よりの逆流もあり全摘出して始めて止血されるような症例もある。今回、発生部位はテント上であるが導出静脈をはじめに処理し腫瘍を比較的容易摘出し得た症例を経験したので報告した。

100) 頸椎カリエスの一例

鴨嶋 雄大・藤原 昌治 (釧路労災病院)
中村 俊孝・井須 豊彦 (脳神経外科)

頸椎カリエスは比較的稀な疾患となりつつあるが、患者数の減少、高齢化に伴い、現在でも転移性脊椎腫瘍、化膿性脊椎炎との鑑別が重要な疾患である。今回我々は、肺結核の既往のない頸椎カリエスの一例を経験したので