

り、黒色腫が強く示唆された。傍鞍部には種々の組織型の腫瘍が発生しうるため、臨床経過と画像のみから鑑別を行うのはしばしば困難であるが、本例は、病理組織の免疫染色が極めて有用であった点でも重要な症例と思われた。

8) Basal Interhemispheric approach の3例

小泉 孝幸・谷口 禎規 (立川総合病院)
山下 慎也 (脳神経外科)

通常の interhemispheric approach (AIH) に眉間の下方向へ骨窓を拡大した basal interhemispheric approach (BIH) は、より下方より脳へ approach することで、AIH では困難な部位へも処置が可能となる。今回同 approach を用いた3症例について、報告する。症例1は69才女性。開心術の術前評価において、前交通動脈瘤と右内頸動脈瘤を認め、clipping を行うこととなった。前交通動脈瘤は、高位かつ上方に向く為、BIHにて、clipping を行った。症例2は77才女性。くも膜下出血 (H&K grade 3, Fischer's group 3) にて、発症。右前大脳動脈膝部動脈瘤 (破裂) と右中大脳動脈瘤 (未破裂) を認めた。前大脳動脈瘤は、膝部としては、やや下位にある為、橋静脈との位置関係から、BIH を選択し、右中大脳動脈瘤に対しても一期的に処置をした。症例3は23才女性。精神機能の低下、嗜眠傾向、頭痛にて発症。嚢腫を伴う第三脳室腫瘍と診断。BIHにて、手術を行った。部分摘出に終わったが、症状は改善消失した。病理診断は、anaplastic astrocytoma であった。

BIH は、本来第三脳室前半部腫瘍に対する approach として、考案されたものであるが、脳の retract を最少限度として、第三脳室へ真直ぐ approach することが可能であった。またより下方より approach する為、後方あるいは上方に向く前交通動脈瘤には、適した approach である。前大脳動脈膝部動脈瘤に関しても、やや低位のものでは、BIHにて clipping 可能であり、その際近位側より approach することで、親動脈を確保した上での動脈瘤操作が行なえる利点があった。Clip work においても、わずかに骨窓を広げたことで、working space をより広くとりえた。更にいずれの症例においても、橋静脈を全く犠牲にすることはなく、前頭葉で橋静脈を温存するには、有利な approach であると考えられた。

9) 発症後約24年を経過して摘出された延髄海綿状血管腫の1例

本道 洋昭・藤本 剛士 (富山県立中央病院)
近 貴志・河野 充夫 (脳神経外科)

発症後約24年で摘出された延髄海綿状血管腫の1例を経験したので報告する。

患者は59歳、男性。既往歴に高血圧があるも、家族歴には特記すべきことなし。1975年9/14しゃっくりが出現。15日左手のしびれが加わり、17日当院内科受診。右顔面と左手足の温痛覚低下、水平性眼振を認め、9/19-10/31右 Wallenberg's syndrome の診断で入院。1977年3/22仕事で突然めまい、しゃっくり、左上肢のしびれ出現。4/1当科初診。髄液は pinky。右顔面と左手足の dysesthesia、右手足の温痛覚低下、左ホルネル徴候、左下位脳神経症状を認めた。左 Wallenberg's syndrome の診断で保存的に加療し、9/11退院。VAGで異常所見はとらえられなかった。1985年10/24-12/8当院神経内科入院。1986年3/28他院で MRI 施行。その後も神経内科でフォローされた。1991年5月にも神経症状の増悪あり。1994年5/14ふらつきと嚥下障害の悪化あり。当院の MRI で延髄に出血と mass の増大を認め、神経内科に6/10-7/3入院。シェロンテストが陽性。truncal & limb ataxia (下肢, R<L), gaze & spontaneous nystagmus, 右顔面の paresthesia, 左手に dysesthesia, 舌は左半分の変縮と fasciculation, uvula は左へ shift 等を認めた。1998年6/11MRI 施行。10月他院へγナイフ治療を依頼したところ、手術適応であると指摘された。1998年11/25神経内科より当科を紹介され受診。1999年3/10手術目的で入院。3/15左側臥位にて SSEP をモニターして midline sub-occipital approach で手術を行った。腫瘍は第四脳室底に顔をだしており、比較的容易に全摘できた。術後は嚥下障害のみ悪化した数が数日で軽快し、4/10元気に独歩退院した。

10) 悪性グリオーマに対する温熱療法の現状

高橋 英明・田中 隆一
本山 浩・宇塚 岳夫
森田幸太郎・関 泰弘 (新潟大学脳研究所)
柿沼 健一 (脳神経外科)

我々は、悪性神経膠腫の非摘出術施行例に対して積極的に低侵襲性治療である組織内温熱療法を局所放射線治療および化学療法とともに併用してきた。今回は、その治療成績を報告する。