

症し、3日後に発熱に伴い意識障害と片麻痺の増悪を認め、CT、MRIで鞍内から鞍上部、視床下部に進展するリング状増強域を認めた。抗生剤とステロイド投与後に下肢の麻痺は一旦軽快し、MRI上も増強域は著明に縮小したが、上記症状が再燃・増悪し、腎不全を併発し発症後45日目に死亡した。剖検で視床下部病変は壊死に陥り液状変性を来し、壊死部周囲及び下垂体前葉にリンパ球と著しいfoamy macrophageの浸潤がみられ、本症と診断された。本例のように前葉の破壊が強く、視床下部病変を伴う症例はステロイドの効果が少なく予後不良と考えられた。

#### A-56) GH産生下垂体腺腫の長期治療成績

森井 研・田村 哲郎(新潟大学)  
岡崎 秀子・田中 隆一(脳神経外科)

[目的、方法] GH産生下垂体腺腫の治療寛解基準、治療、管理方針を検討する目的で、術後2年以上追跡がなされた71例の内分泌所見、臨床経過をretrospectiveに分析した。[結果] 1) 術後GH基準値2 ng/ml未滿25例(35%)。全例経過観察、GH、IGF-1の再上昇はなかった。2) 術後GH基準値2-5 ng/ml 26例(37%)。経過観察19例中10例でGHが2 ng/ml未滿に下降する一方、2例でGHが5 ng/ml以上に再上昇しDMが再燃した。術後OGTTでGHが2 ng/ml未滿に抑制された8例中7例で経過中GHが2 ng/ml未滿となったが、GHの再上昇例では術後OGTTでのGHの抑制は認められなかった。3) 後療法27例(外照射16例、BC単独11例)では、外照射例の81%で最終GHが5 ng/ml未滿となり、79%でIGF-1が正常化した。[結論] 1) 臨床的寛解基準としてはGH基礎値5 ng/ml未滿が妥当だが、OGTTでGH抑制のない例では長期の観察を要する。2) 術後GH基礎値 $\geq$ 5 ng/mlの例において放射線療法はGH、IGF-1の正常化に有用である。

#### A-57) Transsphenoidal approachによる観察可能な視野範囲について

池田 秀敏・吉本 高志(東北大学)  
脳神経外科

transsphenoidal approachは、'狭い視野'というのが一般の認識であるが、実際には我々の考案したspeculaを使用することにより、上方は、frontal base

の後方部分、後方は、clivusの中央部、左右は、3-4 cmの視野が確保できる。殊に、従来のspeculaと異なり、我々のspeculaは、左右の視野が広くとれ、直視下に両側の海綿状脈洞の内側部、及び内径動脈が観察可能である。transsphenoidal & transtuberulum sellaeアプローチの実際、及びclival chordomaのTranssphenoidal approachによる摘出例を中心に症例を供覧する。

上口唇粘膜の切開は、1 cmであり、しかも通常のサイズの腫瘍では、手術時間が1時間半-2時間で終わることが出来、煩雑な内視鏡を用いた手術よりも、less invasiveかつ安全に効率良く手術が出来る。我々の器具、方法をビデオにて供覧する。

#### A-58) 下垂体腫瘍の海綿静脈洞内浸潤か、圧迫か? — Transsphenoidal approachにおける顕微鏡直視下の術中観察所見 —

池田 秀敏・吉本 高志(東北大学)  
脳神経外科

下垂体腫瘍の海綿静脈洞内占拠病変が、単に圧排なのか、浸潤なのか画像で識別することが困難なことも少なくない。我々は、独自に開発したspeculaを用いて、下垂体腫瘍の左右方向への進展を顕微鏡直視下に観察してきた。そして、腫瘍の海綿静脈洞への圧排か浸潤かを鑑別し、浸潤の場合には、後療法としてのガンマナイフの治療計画が過不足なく行われるように、海綿静脈洞内の内側部の腫瘍も可及的に摘出している。

ビデオにて、顕微鏡直視下に海綿静脈洞の圧排所見及び、浸潤所見が如何なるものか症例を供覧する。

#### A-59) トルコ鞍部病変に対する内視鏡下経鼻孔経蝶形骨洞手術

佐藤 慎哉・嘉山 孝正(山形大学)  
國廣 華奈・斎藤伸二郎(脳神経外科)

我々がこれまで行った内視鏡単独での経鼻孔手術症例を検討し、本手術の利点と円滑な手術のために改良すべき手術器械などについて報告する。対象は、トルコ鞍部病変24例。硬性鏡イメージ下に鼻孔から鼻中隔粘膜下に鋤骨を削除し蝶形骨洞經由でトルコ鞍内に至り腫瘍を摘出した。本手術の利点は、術野が手術顕微鏡よりも広く、更に先端角70度の硬性鏡で顕微鏡死角部の観察と腫瘍摘出が可能であること。また、術後の口唇周囲の痛みや美

観上低侵襲である。問題となる内視鏡像の曇りや汚れにはドレナージチューブの洞内留置による持続吸引が有効であった。狭い鼻腔内での操作用に経鼻孔手術専用の鼻鏡やバヨネット型で先端の小さなキュレット、鉗、凝固止血用の絶縁処理吸引管などを試作開発し、繊細な手術が可能となった。内視鏡下経鼻孔経蝶形骨洞手術は従来の顕微鏡下手術と比較して低侵襲であり死角部の十分な観察も可能であった。より繊細で確実な手術操作の為に専用の手術器械の開発が必要である。

#### A-60) Overdrainage に起因したと思われる頭蓋底手術後の硬膜外 tension pneumocephalus の一例

池田 清延・正印 克夫(国立金沢病院)  
 山口 成仁・山野 潤(脳神経外科)  
 瀧口 哲也 (同耳鼻咽喉科)

頭蓋底手術の術後髄液瘻の防止策に spinal drainage があるが、この overdrainage による術後意識障害の1例を経験した。31歳、女性。約2ヶ月前から視力障害が進行し、MRI で副鼻腔から前頭蓋窩に伸展した腫瘍を認めた。spinal drainage 設置後、anterior craniofacial resection と lateral rhinotomy により腫瘍をほぼ全摘出した。前頭骨外板付き pericranial flap とゴアテックスで頭蓋底を再建し硬膜外ドレナージを留置した。翌日は意識清明。spinal drainage を残し硬膜外ドレナージを抜去した。術後2日目意識低下。CT で前頭部硬膜外腔の空気と液貯溜、small ventricle を認めた。前額部を穿刺して硬膜外貯溜物の吸引直後、意識が清明化。術後5日目再び意識低下。硬膜外ドレナージを再設置し spinal drainage を閉鎖した。意識は清明化し、7日目のCTで硬膜外腔が消失し、髄液瘻も発生しなかった。本例の原因に、1) 硬膜吊り上げが不十分な硬膜外腔への空気流入、2) 過度な髄液ドレナージが挙げられる。頭蓋底手術の pitfall として髄液の overdrainage による硬膜外 tension pneumocephalus 発生の危険性を報告した。

#### A-61) 破裂動脈瘤術後の脳槽ドレナージ過剰症候群

鎌田 恭輔・宝金 清博(北海道大学)  
 黒田 敏・阿部 弘(脳神経外科)  
 三森 研自 (北海道脳神経外科記念病院)

破裂脳動脈瘤術後の髄液ドレナージは各施設が経験にもとづいて行っており、問題点を詳細に検討した報告はない。我々は脳槽ドレナージの流出過多 (Hyperdrainage) による進行性の意識障害をきたした7症例を経験し、その発生機序について考察した。ウィリス輪前半部動脈瘤破裂によるくも膜下出血の7症例において発症後48時間以内にクリッピング術を施行した。術中に脳室、脳槽ドレナージを留置し、術直後より脳室；100 ml/day、脳槽；150 ml/day を目安にドレナージを行った。しかし、いずれも術後6日以内に進行性の意識障害が認められ、CT では両側脳室の狭小化、basal cistern, ambient cistern の狭小化が認められた。SPECT では明らかな血流低下は認めなかった。脳槽ドレナージ量を抑えたところ全例半日以内に速やかに意識障害が消失した。本症状は脳槽からの Hyperdrainage に起因するものと考えられ、その発症時期から原因が脳血管攣縮との鑑別が極めて重要であった。

#### A-62) 内視鏡的第三脳室底開窓術22例の検討

森 宏・秋山 克彦  
 西山 健一・佐藤 元(新潟大学)  
 森田幸太郎・田中 隆一(脳神経外科)

【目的】内視鏡的第三脳室底開窓術 (ETV) の治療成績から、ETV の適応について検討した。【対象】1群) 腫瘍等による閉塞性水頭症 (OH) 8例、2群) OH に対する長期シャント依存状態のシャントトラブル7例、3群) Chiari II型奇形あるいは先天性水頭症7例の計22例。【結果】1群) 8例中7例は有効であった。正常圧水頭症を合併していた70才女性は後日シャント術を要した。2群) 7例中6例はシャント抜去可能であった。乳児期にシャント術を受けた36才女性は抜去不能であった。3群) 進行が早く生後6カ月未満に手術を行った2例は無効でシャント術を要した。6カ月以降に ETV を行った5例中4例は進行が緩徐となり、経過観察中である。第3脳室底が狭く終板に開窓した1例は無効であった。【結語】ETV は腫瘍等による OH や、長期シャント依存状態にあった OH に対しても有効である。生