

結論1. Clival chordoma に対し Nasal bipartition rhinoseptal approach にて摘出術を行った。
 2. 本法は比較的大きな視野が得られ、上咽頭、蝶形骨洞、篩骨洞並びに上部上顎洞の腫瘍摘出に有用であった。
 3. 顔面中央の手術創に関しては、鼻骨を一塊に摘出し、閉創時 Plate 固定にて、傷を目立たなくする工夫が必要であった。

4) 第IV脳室 epidermoid の1手術例

山田 潔忠・安藤 肇史 (山形県立日本海病院) 脳神経外科
 齊野 真

「はじめに」: epidermoid は頭蓋内腫瘍の約1%を占める比較稀な腫瘍だが、第IV脳室に発生するのは頭蓋内 epidermoid の約7%と極めて稀である。今回我々はほぼ全摘した1例を経験したので報告する。

「症例」: 古典的片頭痛を持つ34歳の女性。いつもより強い頭痛を主訴に来院した。神経学的には眼底小出血と軽い平衡機能障害を認めた。うっ血乳頭は認めなかった。MRI では第IV脳室を嚢胞性腫瘍が占めており、水頭症を示していた。嚢胞は T₁ で均一な low, enhancement で不均一な low, T₂ で不均一な high を示していた。脳幹は腹側に、小脳扁桃は左右外側に圧排されていた。嚢胞壁の造影効果は認めなかった。VAG では第IV脳室の oligovascular mass の所見で腫瘍陰影は認めなかった。

「手術」: 正中後頭下開頭。うすい被膜で被われた白いキラキラと光沢のある凹凸の腫瘍が第IV脳室に充滿していた。腫瘍をほぼ全摘した。薄い被膜が脳溝に入り込んでいる部、動脈にかたく癒着している部のみ一部残した。術中血圧、脈拍に著変は無かった。組織診断は epidermoid であった。手術20日後に神経学的欠損なく独歩退院した。

「考察」: 本腫瘍の手術では、再発するので被膜も含めて全摘すべきであるとか、残った被膜もできるだけ焼灼すべきであるという説がある。一方再発するまでに時間がかかるので、亜全摘でもよいとしている説もある。我々の症例はほとんど全摘出来たが、一部の被膜のみわずかに残した。2年後の現在まで再発は無い。今後注意して経過をみたい。

5) くも膜下出血にて発症した馬尾上衣腫の1手術例

小泉 孝幸 (立川総合病院)
 外山 孚・北沢 智二
 玉谷 真一・川崎 浩一 (長岡赤十字病院)
 佐々木 修 (新潟市民病院)

1951年 Fincher は、急性の座骨神経痛を訴え、くも膜下出血で発症した馬尾上衣腫を Fincher 症候群として報告した。今回、同様にくも膜下出血にて発症した馬尾上衣腫を経験したので報告す。

症例は、15才の男性。約2週間前より腰痛を訴える。1998年3月17日、比較的突発する頭痛と嘔気を認めた。翌日頭痛が増強するため、救急外来を受診す。投薬を受け、翌19日内科にて頭部 CT を行われるが、異常を指摘されず。3月25日頭痛とふらつき、食思不振を訴え、神経内科を受診す。神経学的には特記すべき異常は認めず、項部硬直を認めた。髄膜炎を疑われ、腰椎穿刺を施行された。髄液圧の上昇と血性髄液を認めたため、脳神経外科に紹介となる。頭部 MRI/MRA には異常を認めず。腰髄 MRI にて、L₁ レベルに一見髄外腫瘍を疑わせる腫瘤を認めた。T₁ 強調画像、T₂ 強調画像ともにほぼ等信号域で、Gd-DTPA にてほぼ均一に増強された。脊髄腫瘍と診断し、4月6日手術を行った。腹臥位にて、L₁ 椎弓切除を行い、腫瘍摘出を行った。腫瘍は馬尾に付着し、易出血性かと思われた。肉眼的に全摘出を行った。術後神経学的脱落なく、4月17日独歩退院した。術後病理診断は、上衣腫であった。

脊髄に原因を持つくも膜下出血 (spinal SAH) は、全てのくも膜下出血例の0.6~1.0%といわれ、その原因疾患としては、脊髄動静脈奇形や脊髄腫瘍が認められている。またくも膜下出血を生ずる脊髄腫瘍の組織型は、60%が上衣腫、26%が神経鞘腫、その他稀に血管芽腫と報告されている。今回の症例も馬尾上衣腫よりの spinal SAH と考えられた。

稀ではあるが、くも膜下出血の原因として、脊髄腫瘍も検索の対象として、考慮されるべきと思われた。

6) 閉塞性水頭症にて発症した thalamic glioma の1手術例

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

閉塞性水頭症にて発症した thalamic glioma に対して、anterior transcallosal approach で摘出術を

行ったので報告する。

患者は39歳、女性。主訴は頭痛、嘔気。家族歴、既往歴に特記すべきことなし。平成10年8月頃より時々頭痛が出現するようになった。9月19日と9月24日に頭痛が強く、近医を受診。10月1日頭痛、嘔気が増強したので、自分で救急車を呼んだ。近医で頭部CTを施行され、著明な水頭症が認められたため、同日当科を紹介された。入院時意識レベルはI-2で、focal signはなかった。深部腱反射は亢進し、Babinski反射は両側陽性であった。CT、MRIでは両側側脳室の拡大と右視床にmass lesionの所見を認めた。10月5日左VP-shuntを施行し、術後意識は清明となった。脳血管撮影では腫瘍陰影は認められなかった。10月27日 anterior transcallosal approachで腫瘍摘出術を行った。腫瘍は柔らかく、CUSAが有用であった。組織診断はglioblastomaであった。11月7日低脳圧症状を改善するため、shunt tubeを前胸部で結紮し、11月9日よりIAR療法を開始している。

7) Linac Radiosurgery の初期治療経験

北沢	智二	・玉谷	真一	
大石	誠	・齋藤	有庸	(長岡赤十字病院)
外山	宇			(脳神経外科)
伊藤	猛			(同放射線科)

昨年県内初のガンマナイフが北日本脳神経外科病院に開設されたのに引き続き、本年4月ライナックサージェリーの保険適応が認められるとともに当院においても治療が開始された。駒井式定位的頭部固定装置と三菱製ラジオサージェリーシステムによる治療の実際をビデオで供覧する。局所麻酔下に頭部にフレームを4点固定。この際フレームが病巣に重ならないように、また病巣がプレートの範囲に入るようにフレームの位置を決める必要がある。CTを撮影しデータをコンピューターへ転送して線量計画を立てる。腫瘍の大きさ、形状に応じて、10、20、30mmのコリメーターを使い分け、また場合によっては複数のアイソセンターを設置する。周辺組織への影響を考慮し、特に視神経へは8Gy以下になるよう、中心24Gy、80%周辺20Gy以下とする。ガントリーを100～140度回転させ6～8arcにて照射を行う。照射時間は約15～20分。照射終了後フレームをはずして治療終了となる。ライナックサージェリーはガンマナイフに比べ、精度の面で若干劣るものの、治療効果が十分匹敵するうえ経済的メリットが大きいため広く

採用されてきている。当院においては、平成10年4～12月18脳腫瘍例(転移9、小脳橋角部4、髄膜腫4、下垂体1)に施行した。早期の副作用は認めず、効果については早期縮小例もあったが腫瘍の一時的腫大、脳浮腫増強例もあり注意を要する。今後も症例数を重ね追跡しデータをまとめてゆきたい。

8) 複合する先天奇形を合併した難治性てんかんの1例

福多	真史	・亀山	茂樹	(国立療養所西新潟中)
富川	勝	・山下	慎也	(央病院 脳神経外科)
和知	学	・笹川	睦男	(同)
金澤	治			(てんかんセンター)
川口	正	・田中	隆一	(新潟大学)
				(脳神経外科)
藤井	幸彦	・中田	力	(同)
				(脳機能解析センター)

異所性灰白質(periventricular nodular heterotopia: 以下PNHと略す)は、胎生7週から16週にかけて神経細胞が脳室周辺のgerminal matrix layerから表層へ移動していく過程で生じる神経細胞移動障害の一つである。今回左側脳室三角部周辺にPNHを合併した難治性てんかんの手術例を経験したので報告する。症例は46歳男性。18歳時に白黒のネコが右眼前に見えてそれを追うように眼球、頭部が右に偏位してその後全身けいれんに至る発作が出現。抗けいれん剤の投与で発作頻度は減少したが、35歳頃より、発作頻度が月に1～6回と増加したため手術目的で当院入院した。発作型は35歳頃より、明らかな前兆なく、突然会話が停止し、咳払いをした後に自動症に移行するという複雑部分発作に変容した。入院時神経脱落症状はなく、高次脳機能検査も正常。利き手は両側で、アミタールテストの結果は言語、記憶機能ともに両側性であった。MRIでは脳梁膨大部の欠損を伴う脳梁形成不全、左側脳室三角部周囲から皮質下にかけてのPNH、および左頭頂葉に裂脳症が認められたが、両側海馬に萎縮、硬化像の所見はなかった。発作間欠時脳波では両側側頭葉に棘波が認められ、発作時SPECTでPNHがやや高灌流になった。PNH内部に深部電極を2本、左頭頂後頭葉と左側頭葉内側部に硬膜下電極を留置してビデオ脳波モニタリングを行ったところ、左側頭葉内側部に発作起始部が確認された。また同部を電気刺激したところ、発作が誘発された。これらの所見より、左側頭葉内側部をてんかん原性と考え、一旦硬膜下電極を抜去した後に左前側頭葉切除術および扁桃核海馬切除術を施行した。術後合併症はなく、7カ