

り返した稀な一例を報告する。症例は43歳男性で2年8ヶ月前から右視力の低下を訴え、他院で球後視神経炎の診断のもとに治療を受けていた。症状は軽快していたが、当院受診3日前より右視力の急速な低下と激しい頭痛を訴えるようになった。来院時右視力は0で右動眼神経麻痺も伴っていた。視束管撮影で右に拡大があり、CTで眼窩内の視神経に著しい腫大と蛇行が認められた。MRIのT₁、T₂、プロトン強調像で視神経は眼窩尖端部から視交叉にかけ高信号を示し、出血による変化と考えられたが、Gdの増強効果はみられなかった。血管撮影で右眼動脈は内頸動脈から造影されず、中硬膜動脈を介して描出されていたが、その他の異常は指摘されなかった。手術により視神経内および眼窩尖端部に血腫が認められ、術後の組織標本で視神経内に海綿状血管腫が確認された。

A-48) 脳内および硬膜下出血にて発症した前頭蓋窩 dural AVM の1例

宇野 英一・土屋 良武
金子 拓郎・岡田 由恵 (福井県済生会病)
高島 靖志・若松 弘一 (院脳神経外科)

脳内および硬膜下出血にて発症した前頭蓋窩 dural AVM の1例を経験した。症例は54才の男性で、突然の頭痛と一過性の両下肢の脱力・シビレにて発症し、当科入院。来院時には意識はほぼ清明で神経学的異常はなし。CTでは左前頭葉先端内側部に小さな脳内出血と薄い左硬膜下出血を認めた。脳血管撮影では両側の前篩骨動脈と中硬膜動脈を feeder とする dural AVM を認めた。篩板近傍に nidus があり、main drainer は左前頭葉の皮質静脈で、2個の venous aneurysm を有し、上矢状静脈洞に流出していた。発症後8日目に手術施行。左前頭側頭開頭にて左前頭葉先端内側部の脳内血腫と左硬膜下血腫を除去し、篩板から出て左前頭葉前下面に入る drainer を凝固切断し、近傍の venous aneurysm を1個摘出した。これにより、残存する venous aneurysm と cortical drainer は collapse し、色も正常の静脈色に変化した。術後の脳血管撮影では dural AVM は消失し、神経脱落症状なく独歩退院した。dural AVM の中でも前頭蓋窩に存在する例は大変稀であり、その手術法および臨床上的特徴について若干の文献的考察を加え報告する。

A-49) 毛様体神経から発生した眼窩内神経鞘腫の1例

木内 博之・笹島 浩泰
菅原 卓・岩川 雅哉 (秋田大学)
溝井 和夫 (脳神経外科)

神経鞘腫は眼窩内腫瘍のなかでは極めて稀であり、そのほとんどが von Recklinghausen 病に伴って発生するとされている。最近、われわれは、眼球後壁から apex におよぶ毛様体神経鞘腫に対し、視神経管および上眼窩裂を開放し広い術野得ることにより、合併症なく全摘し得た症例を経験したので、その手術所見をビデオで供覧するとともに若干の文献的考察を加える。症例は72歳の女性。左眼球突出、視力低下、複視を主訴に来院した。MRIでは筋円錐内に通常の信号パターンを有し、造影剤で均一に増強される長径3cmのmassを認め、視神経を内下方に圧排していた。左内頸動脈写では、網膜中心動脈が下方に圧排されており、長毛様体動脈から腫瘍血管が造影され、静脈相で tumor stain が描出された。手術は spinal drainage を用い、眼窩上壁、外側壁と前頭側頭骨弁を一塊にして開頭を行い、前床突起の一部を削除し、上眼窩裂と視神経管を開放した後、medial approach にて上直筋と内側直筋との間から腫瘍に到達した。腫瘍を視神経から剥離したのち、毛様体神経が発生母地であることを確認し、被膜の一部を残し全摘した。術後、眼球突出が消失し、視力と複視も改善した。

A-50) 延髄血管芽腫の一直達手術例

笹嶋 寿郎・桑原 直行
木内 博之・伊藤 康信 (秋田大学)
佐藤 知・溝井 和夫 (脳神経外科)

延髄血管芽腫は実質性で血管に富み、境界不明瞭で、従来、直達手術は困難とされてきた。今回、我々は後正中溝に一部露呈した延髄血管芽腫を重篤な神経脱落症状をきたすことなく全摘し得たので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は48歳の女性で、左臀部の冷感と左手の感覚異常で発症し、MRIで延髄背側にGdで均一に増強される腫瘍性病変があり、その尾側に嚢胞と syrinx を伴っていた。脳血管撮影で腫瘍濃染と early venous filling がみられ、栄養動脈は前脊髄動脈および両側C1と左C2の根動脈で、腫瘍血流は両側椎骨静脈叢と右上錐体静脈洞へ還流されていた。以上より延髄血管芽腫の診断にてSEPの術中モニタリング下

に直達手術を行った。腫瘍は intrinsic で、富血管性であったが、後正中溝から腫瘍と周囲脳の境界を慎重に剥離して早期に feeder を処理し、drainer は最後まで残すように努め、腫瘍を一塊として全摘した。術後の MRI で腫瘍は全摘され、syrinx は縮小しており、術後にみられた位置覚異常もリハビリにて軽快した。

A-51) Infratemporal fossa approach で摘出した再発斜台部脊索腫の1例

本道 洋昭・中嶋 昌一 (富山県立中央病)
白旗 正幸・河野 充夫 (脳神経外科)
北川 和久 (同耳鼻咽喉)

Infratemporal fossa approach で摘出した再発斜台部脊索腫の1例を経験したので報告する。

患者は20歳、男性。入院3年前より鼻声になり、その後嚥下障害も加わり、平成8年6月18日当科入院。両側舌下神経麻痺を認めた。CT・MRI では斜台部を中心に5.6×7.0×5.6 cm の巨大な腫瘍があり、脳幹は背側に強く圧排されていた。経口的に2回腫瘍摘出術を行い、50.7 Gy の照射を追加した(昨年の本会で発表)。その後、外来フォローをしていたが、腫瘍がほぼ摘出前の大きさになったため平成10年1月20日再入院。1月27日 infratemporal fossa approach で、右側の側頭下窩から斜台前方に拡がった腫瘍を KTP レーザーと CUSA を用いて部分摘出した。

A-52) 内視鏡下経鼻孔経蝶形骨洞手術における我々の工夫

金城 利彦・安藤 肇史
朽木 秀雄・黒木 亮 (山形大学)
嘉山 孝正 (脳神経外科)

低侵襲手術の目的で、内視鏡の脳神経外科手術への応用も進んできた。下垂体腫瘍を始めとするトルコ鞍部の手術法としては、上口唇下切開後大きな鼻鏡を挿入して到達する。経蝶形骨洞手術(ハーディ法)が普及しており、一部で内視鏡使用の報告はあるが顕微鏡手術の支援目的が多く、内視鏡単独での手術はまだ一般化していない。内視鏡下手術は、テレビモニタを見ながらの手術で、手術顕微鏡に比べて映像の鮮明度が劣ること、狭い鼻腔内で手術器具の扱いに制限があり、内視鏡像が血液などで曇ったり汚れて不鮮明になり頻回に先端を洗滌する必要に迫られる、など改善すべき点が多いためハーディ法

に慣れた脳外科医には多少抵抗があるようである。我々は、これまで下垂体腺腫5例、トルコ鞍部胚細胞性腫瘍1例に対して内視鏡のみでの手術を行って口唇、鼻周囲の術後の美観上も低侵襲手術を達成してきた。内視鏡手術を円滑にすすめるため、内視鏡先端の洗滌やレンズの曇り防止、手術器械の操作性に工夫を凝らし極めて有効であったので、今後も内視鏡下手術を積極的に行っていくと考えている。ビデオにて我々の工夫と改善点を示す。

A-53) 内視鏡手術と LINAC stereotactic radiosurgery にて治療した深部脳腫瘍の2例

赤井 卓也・木田 隆士
熊野 宏一・飯塚 秀明 (金沢医科大学)
角家 暁 (脳神経外科)
佐藤 秀次 (金沢脳神経外科)
林 央周 (病院脳神経外科)
(富山医科薬科大学 学脳神経外科)

症例1は、54歳女性。記憶力低下で発症した。CT では右視床に径約3 cm の腫瘍を認め、側脳室拡大を伴っていた。右側脳室前角より内視鏡を挿入すると腫瘍は Monro 孔を閉塞しており、これを部分摘出した。次に、septostomy を行い左右側脳室に交通を設けた後、脳室腹腔短絡術を行った。組織診断は、anaplastic astrocytoma であった。手術29日後、LINAC stereotactic radiosurgery (SRS) と ACNU 静注を行い、軽度の見当識障害を残して退院した。照射後、腫瘍の縮小を認め、約10カ月が経過し外来通院中である。症例2は、76歳男性。歩行障害、痴呆症状で発症。CT では、左視床に腫瘍を認めた。左側脳室前角より内視鏡を挿入し、Monro 孔から側脳室体部に膨隆する腫瘍を部分摘出した。組織診断は、astrocytoma (grade 2) であった。手術8日後、LINAC SRS と ACNU 静注を行った。照射後、腫瘍の縮小とともに、歩行障害、痴呆症状は徐々に改善し、自宅退院した。現在、約7カ月経過しているが腫瘍の再増大はなく外来通院中である。内視鏡と LINAC SRS を用いた治療は、低侵襲で深部脳腫瘍の治療に有効であると考えられた。