

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。