

雑な形の腫瘍や、周囲に重要な構造が存在する場合には、複数のコリメータを組み合わせて、できるだけ腫瘍の形にフィットした線量計画を立てる必要がある。この症例では3種類のコリメータを用いて計8回のショットで、辺縁線量 20 Gy で腫瘍の98%をカバーするように計画した。照射は計画に従ってフレームをコリメータヘルメットに固定すれば、テーブルが自動的に照射ユニットに移動し、内部の線源と密着して開始される。照射終了後、直ちにフレームをはずし治療終了となる。治療1ヶ月後には著明な腫瘍の縮小を確認できた。

12) 神経内視鏡的第三脳室底開窓術にて軽快した中脳水道狭窄症の1成人例

森 宏・小股 整 (新潟大学)
森田幸太郎・田中 隆一 (脳神経外科)
川崎 昭一・長谷川顕士 (佐渡総合病院)
脳神経外科

近年神経内視鏡手術が普及しつつあり、閉塞性水頭症に対する第3脳室底開窓術はその代表的手術である。異物であるシャントチューブを体内に残さず、シャント術後の様々な合併症も回避できるので、髄液吸収障害のない症例では、良い適応となる。

症例は45歳男性。3歳時に髄膜炎と思われるエピソードがある。1997年2月突発性の後頭部痛あり、頭部CTにて水頭症を認めた。5月、意識消失発作あり入院。MRIにて中脳水道狭窄症に伴う水頭症と診断し、cine MRIにて中脳水道におけるCSF flowを認めなかった。RI脳槽造影では脳室逆流や吸収遅延を認めなかった。手術は全身麻酔下に行い、内視鏡はCodman社製steerable endoscope systemを使用した。右前角穿刺にてまず側脳室内を観察すると、透明中隔は破れており対側側脳室が観察された。モンロー孔より第3脳室内に入り中脳水道を観察すると、入口部は拡大しており、内部に線維性の膜を認めた。松果体陥凹および漏斗陥凹には混濁を認めた。非薄化した灰白隆起をME-2 monopolar coagulatorで穿孔した後、2F Fogarty catheterで孔を拡大した所、脳室底の拍動が明らかとなり、脳室内から脳底槽に向かって髄液の流出が見られるようになった。術後MRIにて脳室拡大の改善が得られ、cine MRIでは第3脳室底の穿孔部位を通じて、CSF flowが確認された。

Minimally invasive neurosurgeryの一環として、神経内視鏡手術ならびに神経内視鏡支援顕微鏡手術は、今後ますます適応疾患あるいは応用範囲が拡大して行くであろう。

第65回新潟消化器病研究会

日 時 平成9年2月22日(土)
午後1時より
場 所 新潟東映ホテル
2階 朱鷺の間

一 般 演 題

1) Endoscopic Mucosal Ligation (EML) 法による食道粘膜切除術の試み

何 汝朝・米山 靖
五十嵐健太郎・畑 耕治郎 (新潟市民病院)
塚田 芳久・月岡 恵 (消化器科)
片柳 憲雄 (同 外科)

EML法の食道粘膜切除に対する安全性及び有効性について検討を加えたので報告する。使用する器具は直視型内視鏡、先端フードは住友社製EVL Device knit及びover tubeである。方法；病変部の粘膜下層に生理食塩水を病変全体が周辺粘膜を含めて十分に膨張するように注入し、粘膜層と筋層を分離する。その後Deviceを切除部位にあてがい、十分陰圧をかけてから結紮を行いsnareを挿入して切除する。分割切除の場合口側から1回目の切除を行い残存病変に対し再び生食を局注してから露出した筋層の一部が僅かに視野内に入るように結紮をかけ切除すると境界面に取り残しが生じない。治療成績；本法による食道粘膜切除例は9症例11病変。一括切除は5例、分割切除は4例であった。切除標本は8mmから23mm、いずれも固有筋層の表面を均一露出し粘膜筋板を含む標本として確実に切除された。9例中食道癌は6例、dysplasia 2例、papilloma 1例であった。症例1が術後24ヶ月SEPSISで死亡したほかfollow中の症例では再発を認めていない。合併症はなかった。EML法のメリットは簡便で部位の制限はなく、病変の同定も容易などである。問題点では標本が小さいため分割切除が多くなり、そのため標本の再構築が難しくなる。一旦結紮されたゴムが取り外せないなどである。まとめ；EML法による食道粘膜切除術を9例経験した。全例に満足な治療効果を得る事ができ、副作用や合併症はなかった。本法は食道粘膜切除に有効且つ安全な方法と思われた。