

れた。

B-34) 神経内視鏡の使用経験

林 央周・遠藤 俊郎 (富山医科薬科大学)
高久 晃 (脳神経外科)

われわれはこれまでに25回の脳神経外科手術に神経内視鏡を使用した。内訳は、VP shunt 16回、3rd ventriculostomy 2回、septostomy 1回、脳室内の観察1回、Ommaya reservoir の留置1回、下垂体手術3回である。水頭症手術にはCodman社製スティラブルエンドスコープおよびシャントプレースメントキットを用いた。脳室内の観察および下垂体手術にはリジッドファイバースコープを用いた。3rd ventriculostomy および septostomy の際には、内視鏡用電気凝固装置であるME2を用いた。

VP shunt では、脳室内の shunt tube を的確な位置に設置することができ、確実な手術を行うことができた。穿孔術では、直視下に穿孔部位を観察しながら、安全に穿孔を行うことができた。下垂体手術では、顕微鏡の術野では死角となる側方の確認を容易に行うことができた。

B-35) Contralateral transcallosal approach で摘出した側脳室前角内転移性腫瘍(卵巣原発 clear cell adenocarcinoma) の1例

妻沼 到・田村 哲郎 (新潟県立新発田)
山本 潔 (病院脳神経外科)
木村 格平 (同 病理検査科)
小幡 憲郎 (同 産科婦人科)

側脳室前角内腫瘍を contralateral transcallosal approach で摘出した1例を報告する。症例は62才女性。4年前右卵巣癌 (clear cell adenocarcinoma) に対し、手術・化学療法を受けている。右上肢の脱力を主訴に当科に入院。軽度の失見当識・記銘力障害・右上肢単麻痺を認め、頭部CT・MRIで、左尾状核頭から側脳室前角内に進展する径約3cm大の腫瘍を認めた。手術は、右前頭開頭により脳梁に達し、脳梁前部に2cmの切開を加え左側脳室に達し、腫瘍をpiece mealに全摘した。病理組織学的にclear cell adenocarcinomaと診断した。術後無言症を呈したが約1ヶ月で消失、右上肢単麻痺は消失、失見当識・記銘力障害も軽快し、術後2ヶ月で主婦業に復帰した。本症例のように、側脳室前

角側壁に主座を有する腫瘍においては、腫瘍の付着部位を正面に近い方向から見る事ができる contralateral transcallosal approach が有用と考えられた。また、術後一過性に出現した無言症は、脳梁損傷あるいは前帯状回の圧排によると考えられ、より慎重な手術操作が必要である。

B-36) 小脳腫瘍摘出術後に出現した Cerebellar Mutism の1例

永松 謙一・藤本 俊一
斎藤 和子・佐藤 慎哉 (青森県立中央病院)
田中 輝彦 (脳神経外科)

小児後頭蓋高手術後の一過性無言症の発生例が報告されている。我々は小脳上衣腫摘出術後に無言症を来した症例を経験し、興味深い症状の寛解過程をビデオにおさめたので供覧する。

症例は3才4ヶ月女児で、CTにて小脳虫部腫瘍を認めた。入院時、頭蓋内圧亢進症状・体幹失調・失調性歩行以外に神経学的異常はなかった。後頭下開頭にて虫部腫瘍を90%摘出し、術後、帰室時は普通に話ができしたが術後3日目には全く発語がなくなった。その後脳室拡大とともに意識障害が出現したため、脳室腹腔シャント術を施行した。意識状態は改善し従来動作もできるようになったが、無言状態は継続した。下位脳神経症状はなく、左眼球運動障害・右上下肢の運動失調・体幹失調を認めた。MRI・SPECTでは小脳・脳幹・視床その他に原因となるような所見は認めなかった。術後8週目より言葉にならない発声が現れ、9週目で単語を話すようになり、11週目には文章を話せるようになった。

B-37) CT透視下脳内血腫吸引術の経験

瀬戸 陽・東 壮太郎 (恵寿総合病院)
永谷 等・埴生 和則 (脳神経外科)

CTの高速画像化の進歩によって、現在スキャンしているスライスをリアルタイムで表示するCT透視が可能となった。高血圧性脳内出血に対して定位脳内血腫吸引術が広く普及しているが、今回我々は、このCT透視を用いて脳内血腫吸引術を行ったので報告する。症例は54才男性。血腫量60mlの左被殻出血で、来院時意識JCS10、右完全片麻痺であった。急性腎不全を合併していたため保存的に加療していたが、発症後3週のCTで依然として血腫周囲の浮腫が強く、頭痛の訴えがあり