approach も1つの有意な方法と思われたのでビデオで供覧した.

4) Craniopharyngioma に対する Trans-lamina terminalis approach

渡辺 達雄・相場 豊隆
佐野 克弘・荒川 泰明 (竹田綜合病院 脳神経外科)
宮澤 登

5) Clivus～For. magnum meningioma の摘出術
—suboccipital trans-condylar approach—

外山 孚・小泉 考幸 (長岡赤十字病院 脳外科)
小股 整・渡部 正俊

脳幹腹側～大後頭孔前縁の腫瘍に対して色々な手術法が報告されている. 今回, 我々は斜台及び大後頭孔前縁の髄膜腫に対して Trans-condylar approach で全摘しえたので, ビデオでその手術手技を供覧した.

症例は, 58才, 女性. 平成3年, 両耳側半盲で発症. トルコ鞍内～上部に腫瘍あり. Trans-sphenoidal approach で手術. 悪性髄膜腫であった. 1年後に再発. Pterional approach で全摘. 術後 50 Gy. 照射. 平成5年7月, 左右半球に多発性髄膜腫発生. 平成6年4月, 鞍結節～右円蓋部の10数個の髄膜腫を全摘. 平成6年7月, 左大脳鎌, テント縁の髄膜腫にガンマナイフを施行. 汎下垂体機能不全, 視力, 視野障害あり. MRI で斜台, 大後頭孔前縁の腫瘍が増大し延髄の圧迫所見あり. 平成6年10月, Trans-condylar approach で腫瘍を全摘した.

(以下ビデオ供覧) 腫瘍は, Clivus の上部及び For. magnum 前縁にある. 体位は semiprone park bench position とし, 頭側を挙上, 患側に45度回旋. 皮膚切開後, 大後頭孔を含む右側後頭下開頭及び atlas の hemilaminectomy を行なう. 開頭の外側部はS状洞の内側が充分出るまで乳様突起をけずる. 椎骨動脈の水平部を確認. condylar fossa で emmissary vein を凝固し切除. atolatooccipital joint capsel を切開. occipital condyl の後内側を切除. 舌下神経管を開放. jugular tuberculum を切除. 硬膜を切開. 腫瘍はクモ膜の外側にある. IX X～XI神経間で腫瘍を少しずつ摘除. clivus 下縁の硬膜を凝固. 次いでVIII～IX X 神経間でVI神経の腹側にある腫瘍を摘出. 発生部の硬膜を凝固. 腫瘍は全摘された. 腫瘍は多発性であったが, 原発巣からクモ膜下に dissemination したものでなく, multicentric に発生したものと考えられた.

6) Thalamic tumor に対する Trans-ventricular approach

大塚 顕 (長野赤十字病院 脳神経外科)

1995年1月より1994年11月迄のほぼ10年間に5例の Thalamic tumor に対して trans-ventricular approach にて手術を行なった. そのうち Astrocytoma G. III-IV の2例は夫々に5年4ケ月, 10ケ月の経過で何れも再発して死亡した. 今回は経過観察中の3例中2例を供覧する.

(症例1) 26才女性. 頭痛, 視力低下などで某医受診. CT にて視床腫瘍を認め入院. うっ血乳頭以外神経学的に異常なし. CT, MRI では右視床から側脳室に広がる hetrogenous に enhance される腫瘍を認めた. Biopsy にて Glioblastoma と診断され, 30 Gy. の照射の後, 剔出した. 腫瘍は灰白色で軟かく, 超音波メスにて吸引, 亜全剔した. 組織所見は glioblastoma と云うよりは ependymoma の要素が強かった. 現在術後2年7ケ月で良好に経過している.

(症例2) 9才男子. 頭痛, 嘔吐で発症入院. 神経学的には異常を認めず, CT, MRI にて右視床から側脳室に広がる腫瘍を認めた. 19.8 Gy. の照射のあと右前頭開頭にて trans-ventricular approach で剔出した. 術後髄膜炎を併発したが, 神経学的に異常をのこさず, 現在ほぼ1年後, 良好に経過している. 組織所見はほぼ典型的な ependymoma であった. これら2例に対して術後フェロン 100 万単位10回の投与を夫々2クール投与した.

視床から側脳室の前半部に広がる腫瘍に対しては前頭葉から trans-ventricular approach にて剔出するのが一般的で脳実質の損傷をさけて, 出来るだけ剔出するのがよいが, 腫瘍の境界が不鮮明な場合, 剔出の範囲を慎重に考慮して行うべきである. 供覧した2例は術後の経過は良好であるが, これ迄経験した5例中の2例の死亡例は何れも astrocytoma III-IV で, 予後については組織像の良否が大きな要因と考える.