

### 1B-22) Trans-sylvian approach の応用 (anterior temporal approach)

高橋 明弘・上山 博康 (北海道大学脳神経外科)  
阿部 弘  
黒田 敏・斉藤 久寿 (札幌麻生脳神経外科病院)  
野村三起夫 (江別昭和会病院脳神経外科)

**目的・対象:** 後交通動脈自体から発生した動脈瘤2例と、後向き内頸動脈瘤1例、脳底動脈瘤1例に対して、trans-sylvian approach にて clipping した症例を video で供覧し、この approach の応用と限界について検討する。

**方法・結果:** superficial sylvian vein を可及的に剝離し、側頭葉からの bridging vein は切断する。側頭葉と vein の間から侵入し、anterior temporal artery を側頭葉から剝離し、側頭葉を後方へ圧排する。ほぼ真横から approach するので、内頸動脈後方の neck の確認が容易で、後交通動脈、P1-P2 部や中脳外側の処理が可能であった。脳底動脈に関しては、可能な限り sylvian fissure を dialal まで剝離し、M1 部を持ち上げ気味にすることにより clipping 可能であった。

**結論:** trans-sylvian approach で superficial sylvian vein の側頭葉側から侵入することにより外側への展開が非常に良好となった。

### 1B-23) 総頸動脈閉塞症に対する新たな血行再建 —椎骨動脈からの Radial Artery Graft—

上山 博康・中村 俊孝 (北海道大学脳神経外科)  
大槻 浩之・阿部 弘  
三森 研自 (北海道脳神経外科記念病院)

**はじめに:** 今回、総頸動脈閉塞に対し、橈骨動脈を用いて同側の椎骨動脈と中大脳動脈のバイパスを行い、満足すべき結果を得たので、この手術手技をビデオで供覧したい。

**症例:** 58才、男性。左顔面を含む半身のしびれ感と脱力で発症。脳血管撮影では、右総頸動脈・左内頸動脈はそれぞれ起始部で閉塞し、頭蓋内血管は両側椎骨動脈から造影されていた。SPECT では右半球に著明な両側の血流低下を認めた。Bonnet Bypass も検討されたが、将来の左側の血行再建の可能性も考慮し、右椎骨動脈の閉塞試験後、椎骨動脈—橈骨動脈—中大脳動脈という血行再建を行うこととした。

**結果:** 具体的な手技はビデオで供覧するが、心配された hyper perfusion や出血の合併もなく、両側大脳の著明な血流改善が認められた。未だ議論の多い方法と思われるが、今後、考慮に入れるべき方法と思われた。

### 1B-24) 脳動脈瘤に対する血管内手術2例の経験

宮町 敬吉・伊藤 輝史 (日鋼記念病院)  
磯部 正則・藤原 昌治 (脳神経外科)

外科的治療が難しい脳動脈瘤の治療に血管内手術が導入されている。今回我々は、海綿静脈洞部内頸動脈瘤(28×22 mm)と脳底動脈瘤(17×11 mm)に対して、各々 proximal balloon ligation と microcoil embolization を行ったので報告する。症例1: 56歳女性。複視、右眼視力低下を主訴に当科受診し、脳血管写にて右海綿静脈洞部内頸動脈瘤を認めた。Balloon Matas Test (15分閉塞)並びに閉塞時 SPECT を行い、若干の右側頭部 CBF 低下を示した為 STA-MCA bypass 後、BALT Magic catheter, Balloon 硬化剤として HEMA を使用し内頸動脈 C5 部位で閉塞を行った。術直後から視力障害は改善し、1週後の MRI で瘤内血栓化を認めた。症例2: 57歳女性。SAH (H & K II, Fischer 2), 脳血管写により脳底動脈瘤を認め待機後 COOK 社 microcoil による embolization を行った。TRACKER-18 catheter を動脈瘤内に挿入し microcoil カール型 10, 7, 5 mm を挿入した。現在瘤内血栓化の経過観察中である。

### 1B-25) 静脈が責任血管であった三叉神経痛の手術例

畑中 光昭・内沢 隆充 (十和田市立中央病院脳神経外科)

Microvascular Decompression が特に顔面痙攣と三叉神経痛に有効であるが、その解剖学的特徴の差異として三叉神経の周囲には petrosal vein を初めとして、静脈及び動脈の複数、複雑な入り組みがある事で、責任血管にも静脈性の要素が顔面神経よりはるかに多いことが挙げられる。手術手技上も静脈に対するマニピュレーションが必要となることがあり、静脈還流の障害が重大な合併症を来すことを考え併せると慎重な処置が必要である。

我々が経験した63例の MVD 中、静脈性及び静脈と動脈両者の関与した三叉神経痛は13例あった。この中から petrosal vein による圧迫例を、VTR で提示したい。

静脈環流障害の有無、程度を知るため、静脈を糸で結

漿し、ABR で5～10分観察し、静脈の怒張の程度を観察し、問題のない場合はこの静脈を切断して減圧した。術後も特変無く、三叉神経痛は消失した。

#### 1B-26) 壮年期頭蓋咽頭腫の1症例

白井 雅昭・斎藤 延人 (総合会津中央病院)  
西原 哲浩 (脳神経外科)

頭蓋咽頭腫の治療の基本は全摘出であるが、今回我々は壮年期の頭蓋咽頭腫を経験し治療上いくつかの問題があったので報告する。症例は56才女性で、視力障害と視野欠損を主訴とし、CT, MRI にて第3脳室を占める suprasellar mass を認めた。右前頭開頭 interhemispheric trans-lamina terminalis approach にて、あえて視床下部に付着する部分を残して亜全摘術を行った。術後視野欠損がやや悪化し、一過性に尿崩症、記憶力障害が出現したが、3ヶ月後の知能検査で異常を認めなかった。術後放射線療法をせずホルモンの replace のみ行い経過良好であったが、一年後の follow-up MRI にて残存腫瘍の増大を認めたため放射線療法を行った。壮老年期の頭蓋咽頭腫に対してどの程度まで手術を行うか、放射線治療をどうするか、また手術手技の問題点などについて検討する。

#### 1B-27) Transcallosal approach により全摘した第三脳室内 papillary craniopharyngioma の1例

会田 敏光・多田 光宏 (北海道大学脳神経外科)  
阿部 弘 (脳神経外科)  
小岩 光行・柏葉 武 (柏葉脳神経外科病院)  
長嶋 和郎 (北海道大学第二病理)

第三脳室内のみに限局する頭蓋咽頭腫は稀であり、腫瘍摘出に際して、どのような手術到達法をとるのかについて多くの議論がされてきた。今回、我々は、anterior transcallosal, transchoroidal approach により、第三脳室内頭蓋咽頭腫を全摘出することができたので報告する。

症例は、45才男性、頭痛を主訴として来院した。神経学的には特記すべき異常は認めなかった。腫瘍は第三脳室内を占拠し、造影CT, Gd enhanced MRI にて均一な造影効果を認めた。鞍上部、鞍内には腫瘍を認めなかった。手術は、anterior transcallosal approach により側脳室に達し、choroidal fissure を分離し、第三脳室上壁を開き、腫瘍を全摘した。腫瘍の付着部は第三脳室

左前壁であり、術後に一過性の尿崩症が出現したが、神経学的、内分泌学的異常なく退院した。病理組織は papillary craniopharyngioma であった。

#### 1B-28) 右上丘腫瘍の1手術例

田中 輝彦・藤本 俊一 (青森県立中央病院)  
齋藤 和子・中村 公明 (脳神経外科)

63歳女性。1年前から総胆管癌で根治手術を受け、経過良好であった。平成3年9月より左下肢から始まり上肢に及んだ知覚低下があり、3年10月29日当科入院。意識清明、左半身の知覚(特に温覚)低下以外に神経学的異常はなく、視野、ABR も正常であった。精査により右上丘に限局した腫瘍と大きな肝腫瘍を証明し、いずれも転移性と思われた。3年11月12日、右後頭開頭を行った。半球間裂を分け、天幕を縦切開した所、右上丘の著明な腫大を認め、径10mmの球状腫瘍を全摘出した。組織学的所見は adenocarcinoma であった。術後経過は良好で症状は軽快した。

主に手術所見を VTR により供覧する。

#### 1B-29) 海綿静脈洞に浸潤した parasellar chordoma

—手術アプローチと操作の工夫—

丹波 潤・石黒 雅敬  
小助川 治・森本 繁文  
伊林 至洋・田辺 純嘉 (札幌医科大学)  
端 和夫 (脳神経外科)

頭蓋底脊索腫はいずれのアプローチを取っても腫瘍が残存し、何度も再発してくるため手術操作の工夫が必要である。今回海綿静脈洞を開放して摘出した脊索腫瘍を経験したので、手術アプローチと操作の工夫について報告する。

症例1: 右動眼神経麻痺で発症した parasellar chordoma. 海綿静脈洞の superior and medial triangle を開放して2度にわたり腫瘍を摘出した。

症例2: 右外転神経麻痺で発症した parasellar chordoma. Superior and lateral triangle を開放して腫瘍を摘出した。Parasellar chordoma は海綿静脈洞を開放して何度でも摘出することによって脳神経障害の実現を長期に防ぐことが出来る。手術に際しては次の再手術の状態を考慮し、例えば再発腫瘍が直接脳神経あるいは脳組織内に浸潤することを避けるために海綿静脈洞底面に十分に筋膜をひき硬膜形成することなどが必要である。