

した。本例は晩期手術のために術中 brain shrinkage が良好であったので approach が楽にできた症例である。

4) 脳動静脈奇形に対するカテーテル塞栓術

小池 哲雄 (新潟大学 脳神経外科)

ビデオセッション (2)

1) 四丘体槽附近より発生した小児髄膜腫の 1 例

大塚 顕 (長野赤十字病院 脳神経外科)
田中 隆一 (新潟大学 脳神経外科)

稀な小児の髄膜腫例を経験したので紹介する。患児は 3 才女児で、1 才までは発育は正常であったが、1 才頃つかまり立ちにて左足をひきずるようになり、転倒することがあった。左上肢の運動障害も現われ、近医にて CT の結果脳腫瘍と診断され、当科に入院。

神経学的には左不全片麻痺、中枢性顔面神経麻痺を認めた。入院時の CT では松果体部から右視床、四丘体槽に広がる境界鮮明な高吸収域を認め homogeneous に増強された。MRI では T₁ 強調画像で iso, T₂ 強調画像で iso-low intensity の境界鮮明な mass がみられた。脳血管写では右上小脳動脈が内下方に、右内側脈絡叢動脈が内側に圧排、伸展されていた。

は明らかではなかった。髄膜腫、神経膠腫、germinoma 等が考えられたが、年齢、部位等から germinoma、神経膠腫も否定出来ず、照射を行った。

860 rads 照射では腫瘍に変化はなかったが、2060 rads 照射で腫瘍はわずかに縮小した。しかし、germinoma は否定時で 4 月 23 日 lateral semiprone position で手術を行った。テントを切開すると表面平滑で周囲との境界な鮮明な腫瘍がみられ、超音波吸引を用いて剔出した。結局腫瘍は中脳を下内方に圧排した髄外性のものである事が確認され、四丘体付近のくも膜との強い癒着がみられたが全剔出された。組織学的には典型的な meningotheliomatous meningioma であった。術後一過性に左顔面麻痺が増悪したが、四肢運動障害も改善し、独歩退院した。

小児髄膜腫は一般的に稀であり、更にこの例の如き部位に発生した症例はきわめて稀であると思われる。尚この例では照射も多少効果があったものと思われた。CT 所見、脳血管写所見、MRI 所見と顕微鏡下の手術所見をビデオにて紹介した。

2) 半球裂間アプローチによる第Ⅲ脳室内腫瘍 (グリオーム) の摘出

佐藤 進・関口賢太郎 (山形県立中央病院)
井上 明・佐藤 光弥 (山形県立救命救急センター)
反町 隆俊 (脳神経外科)

第Ⅲ脳室内を占める腫瘍の場合、我々は症例により両側前頭開頭、SSS 切離、大脳半球裂間より入る方法をとっている。本例は第Ⅲ脳室腫瘍ではないが、脳室内にも入り込んでいるため本法を行った、ascending cerebral vein を傷つけないように気をつけ半球間を separate する。この際、出来るだけ electrocoagulate せず、前方より後方まで広く同じ深さで分けるようにする。1 点だけ深く入ると組織を損傷する危険性が大きい。suprasellar tumor では出来るだけ前方より視交叉の下方を見る様にする。第Ⅲ脳室内腫瘍では Acom に tension がかからぬようにしながら lamina terminalis に至り、この部を切開して第Ⅲ脳室に到達する。craniopharyngioma 等では、この approach の方が腫瘍の全体像が把握しやすいように思われる。又、第Ⅲ脳室内と視交叉下面の両方から腫瘍を摘出できる利点がある。腫瘍が摘出されると、第Ⅲ脳室内では massa intermedia から aqueduct の出口までをよく見ることが出来、suprasellar tumor では本例のごとく basilar artery, PCA, SCA 等が見えるにいたる。

この方法の欠点は、大脳半球裂間を separate するのに若干時間がかかるのと、操作に慣れる必要があること、又、ascending cerebral vein が多いと進入部位が狭くなり著しく操作が困難になる点等である。ascending cerebral vein を切断すると、その territory にもよるが重大な venous hemorrhage をおこす可能性があり、注意を要する。

半球裂間の separation は、慣れるとさして困難なことではなく、上記利点もあるので試みてよい方法と考えられる。

3) 松果体部腫瘍に対する lateral-semiprone position, occipital transtentorial approach

田中 隆一 (新潟大学 脳神経外科)

松果体部腫瘍に対する occipital transtentorial approach は種々の体位で行われているが、今回はわれわれが用いている“アプローチ側を下にする lateral-semiprone position”をビデオで供覧する。Occipital transtentorial approach は通常右側から入るが、lateral-

semiprone position の場合、患者の体位は右側臥位とし、アプローチする右側を下にする。頭部は床面に向けて60度位回転させるが、頭部の過回転を減ずる目的で上半身も床方向に20度位傾けておく。さらに、20度位の head-up position とした上、頸部を軽度背屈させる。術者は患者の右後方に位置し、適宜頭頂部寄りに移動する。この体位の利点は、①側臥位である、②術者の肉体

的疲労が少ない、③後頭葉が重力で自然に下垂する、などである。

4) 中頭蓋窩到達法による聴神経腫瘍摘出術

中井 昂 (山形大学)
脳神経外科