

A-89) 巨大聴神経腫瘍に対する  
translabyrinthine approach の経験  
— suboccipital approach との比較—

相馬 勤・土田 博美 (市立札幌病院)  
北見 公一・黒川 泰任 (脳神経外科)  
竹田 保  
山崎 勤・林 光夫 (市立札幌病院)  
神経耳科

多くの聴神経腫瘍は内耳孔内で発生し、内耳孔を拡大させながら後頭蓋窩小脳橋角部へ進展發育していく傾向がある。直径3cm以上の巨大聴神経腫瘍で全摘を試みる場合、顔面神経の機能を保存できるかどうか、あるいは内耳孔内腫瘍と後頭蓋窩進展部分の両者を摘出できるかどうかが問題となる。マイクロサージャリーの時代になって両者の摘出に有力な手術経路としては、脳神経外科医により専ら行なわれてきた suboccipital approach と神経耳科医により發展されてきた translabyrinthine approach の2経路がある。いずれの経路を選択するかは、神経耳科学的所見、神経放射線学的所見、患者の年齢および術者の手術術式の慣れと技量によって決定されるべきと考えられている。

今回我々は一般に1cm以下の小腫瘍に適応とされている translabyrinthine approach にて直径3cm以上の巨大腫瘍を顔面神経機能を温存しながら全摘に成功した。本例の手術経路と方法について述べ、従来の suboccipital approach で行なった巨大腫瘍例と対比させながら本法の有利点と欠点につき検討を加える。

A-90) 聴覚性誘発電位の術中、術後長期記録の経験

レックリングハウゼン病に伴う両側性小脳橋角部腫瘍の1例

関谷 徹治・岩淵 隆 (弘前大学)  
大熊 洋揮 (脳神経外科)  
滝口 雅博 (同 救急部)  
佐々木 均・一条 宏明 (同 耳鼻咽喉科)

レックリングハウゼン病に合併する両側性小脳橋角部腫瘍を、聴覚性誘発電位の術中モニター下で摘出し、術後長期にわたって、同電位を記録し、2、3の知見を得た。症例は、17才の女性で、主訴は、歩行障害、術前、右耳聾、左耳は、30dBの感音性難聴があった。CTでは、両側小脳橋角部に、それぞれ径5cmをこえる大きな腫瘍を認め、このため、脳幹は、著しく圧迫され変形していた。初回手術で、既に聾である右側腫瘍を摘出した。腫瘍は、頸静脈孔神経鞘腫であった。1カ月後、残存聴力のある左側腫瘍を聴覚性誘発電位の術中モニター

下で、手術、第Ⅶ、Ⅷ脳神経を解剖学的に温存して、腫瘍を摘出した。腫瘍は聴神経鞘腫で、術中、聴覚性誘発電位に変化はなかった。しかし、術後から、患者は、聴力低下を訴え、耳鼻科的検索でも左耳聴力は、scale outであった。術後、1カ月半にわたり聴覚性誘発電位を記録したが、聴覚性誘発電位の振幅は、progressiveに低下して行った。これは、手術侵襲を契機として、残存蝸牛神経線維に変化がおり、それが、進行して行った事を示していると考えられた。

A-91) 腫瘍内出血にて発症した聴神経腫瘍の1例

山本 潔・江塚 勇 (新潟労災病院)  
高井 信行・柿沼 健一 (脳神経外科)  
古沢 善文 (古沢医院)

聴神経腫瘍からの大出血は稀である。我々は腫瘍内出血により発症した聴神経腫瘍の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症例は60歳、男性。急激な頭痛、めまい、複視をきたしたが数時間で軽快した。6ヶ月後、同様の症状をきたし当院に入院した。入院時、自覚症状は軽快していた。神経学的には左聴力消失、Bruns'眼振、左側の軽度の失調を認め、CTでは左小脳橋角部にmass effectを有する高吸収域を認めた。脳血管撮影では、脳動脈瘤やAVMは認められなかった。左後頭下開頭を施行、左小脳橋角部に被膜を有する腫瘍を認め、腫瘍内には大きな血腫を伴っていた。組織学的にはAntoni A typeの聴神経腫瘍であった。また、angiomaを思わせるほど、血管増生の強い部分が認められ、その出血機序に関係したものと思われた。

A-92) 頭蓋内副神経鞘腫の1例

松崎 隆幸・井出 涉 (函館赤十字病院)  
橋本 透・小林 康雄 (脳神経外科)  
西谷 幹雄・佐々木彦彦 (函館脳神経外科病院)  
松本 信勝 (松本脳神経科外科医院)  
下道 正幸・荒 清次 (中村記念病院)  
中村 順一 (脳神経外科)

頭蓋内に発生する神経鞘腫のうち副神経からの発生が確認された症例は文献上比較的稀である。これは副神経の走行とも関係し、腫瘍の増大によって頸静脈孔を通る舌咽・迷走神経をも巻き込むことで、神経学的にもまた補助診断上も、さらには手術所見としても頸静脈孔腫瘍