

ラブルであることが確認された。新たに腹膜を切開したところ腹膜癒着が高度であり、一般外科医に応援要請し癒着剥離と小骨盤腔へのチューブ留置を施行した。しかし以降も水頭症の改善が得られず、髄膜炎を併発したため外ドレナージを余儀なくされた。感染消失後、一般外科医の協力のもと、左側にVPシャントを設けたが、腹腔には癒着が全く認められず、計6回目の手術は難なく終了し水頭症も改善した。本例では3回に及ぶ帝王切開の影響により右側に限局した高度の腹膜癒着を来たしており、腹腔鏡を用いた腹腔内観察やチューブ留置も考慮すべきであったと反省した。

### 13 ProGAV shunt system を使用した LOVA の2症例の経験

相場 豊隆・渡邊 徹・粟田 学  
岡田 正康

県立新発田病院 脳神経外科

### 14 転移性頭蓋骨腫瘍と鑑別を要した原発性頭蓋骨内髄膜腫の3例

高橋 英明・宇塚 岳夫・五十川瑞穂  
斎藤 絃丈

県立がんセンター新潟病院 脳神経外科

### 15 内視鏡下経鼻手術 2011-2012 現状と展望

米岡有一郎・渡辺 直人・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所 脳神経外科

内視鏡単独経鼻下垂体手術に関する論文をPubmed上で検索すると、1990年台後半以降に発表がはじまり、2000年以降はその数が増加するとともに、拡大経蝶形骨洞手術へ展開されてい

る。当科では2003年より下垂体腺腫の摘出に導入され、現在は頭蓋咽頭腫の摘出や視床下部病変の生検にも応用している。

経蝶形骨洞手術において、顕微鏡手術と比較した場合の内視鏡手術の利点は、1) より広い術野を視野に収めることが可能、2) 明るい術野が得られる、3) 斜視鏡を用いて顕微鏡下では直視できない(盲点になる)上下左右の視野を得られる、4) High-definitionカメラを用いると顕微鏡より高倍率の術野観察が可能となることである。

欠点としては、1) 内視鏡先端汚染により視野を失いやすいこと、例えば大量出血では視野の確保が困難になること、2) 顕微鏡下のような直観的操作性とは異なる操作が要求されること(見えている視野に道具が届かないこと)があげられる。しかし欠点を補って余りある利点があり、顕微鏡との併用も可能であることから、現在では不可欠の手術手技となりつつある。

当科における内視鏡単独経鼻下垂体部手術では、現在、頭部を4点固定のうえ、Navigationを用いて、術中に解剖学的位置や構造を確認しながら手術を行っている。Cアームによる透視は、患者および医療スタッフの被爆の問題もあり、現在は行っていない。内視鏡は圧搾空気による多関節可動の支持器具: Uni-armで固定している。

下垂体腺腫の仮性被膜の同定、被膜外剔出、海綿静脈洞内腫瘍剔出、頭蓋内進展腺腫の摘出はもとより、硬膜縫合や病理学的観察が可能となっている。一方、鼻内構造は極力温存されている。今後も慎重に適応を拡大してゆく。

## II. 特別講演

### 脳脊髄血管奇形の外科治療

東北大学大学院医学系研究科  
神経・感覚器病態学講座  
神経外科学分野 教授

富永 悌二