

頭蓋底軟骨肉腫に対する

経鼻内視鏡手術と 開頭手術を組み合わせた 計画的二期的手術



Video 1

⌚ 08:10

Screenshots

→ Fig. 1-4



Video 2

⌚ 06:17

Screenshots

→ Fig. 5-7

谷口 理章¹⁾

頭蓋底の複数領域に伸展する腫瘍は現在でも難治である。開頭・経鼻内視鏡同時手術の有用性が報告されているが¹⁾、人的資源の確保を要し綿密な意思疎通を要すること、セッティングに干渉を生じ得ること、手術侵襲が増大することなどの懸念がある。一方、計画的二期的手術ではこれらの解決に加えて、術野を理解している同一術者が両手術とも行える利点がある²⁾。錐体尖部に発生し、中頭蓋窩に伸展した軟骨肉腫に対して本法を適応した1例を提示する。

1. 症 例

左錐体尖部～中頭蓋窩に伸展する腫瘍に対し、錐体部内頸動脈の水平部を摘出の境界と設定した。初回手術で経鼻内視鏡下に錐体尖部の腫瘍を摘出し、中頭蓋窩の腫瘍を二期的に側頭下到達法で摘出する方針とした。

1) 大阪脳神経外科病院 〒561-0836 大阪府豊中市庄内宝町 2-6-23

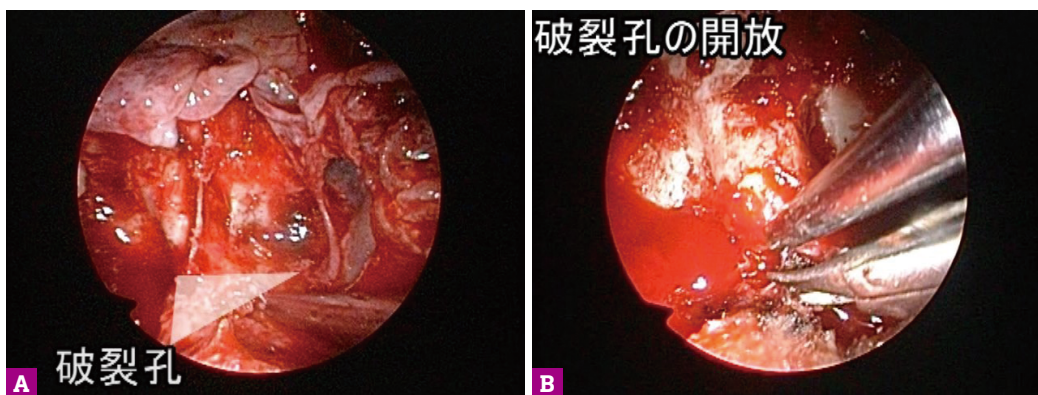


Fig. 1 破裂孔の同定および開放 (Video 1 **A** 3分09秒, **B** 3分35秒)

A 左翼口蓋窩経由で傍斜台部内頸動脈を露出し、破裂孔（三角）を同定した。**B** 内頸動脈の走行をドップラーで確認後、破裂孔の開放を行った。

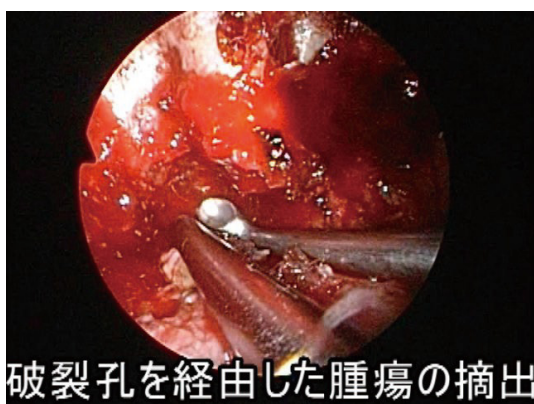


Fig. 2 破裂孔を経由した腫瘍の摘出
(Video 1 4分14秒)

開放された破裂孔の空間を利用して手術器具を挿入し、深部の腫瘍を搔爬した。鋭匙などの直の手術器具を頸静脈孔まで導入することが可能となる。

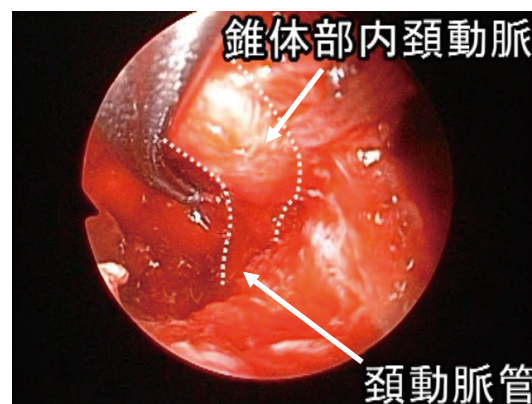


Fig. 3 頸動脈管から錐体部まで内頸動脈を露出
(Video 1 6分32秒)

錐体部内頸動脈の下方・後方の腫瘍は計画どおりに摘出され、錐体部内頸動脈が視認できる。

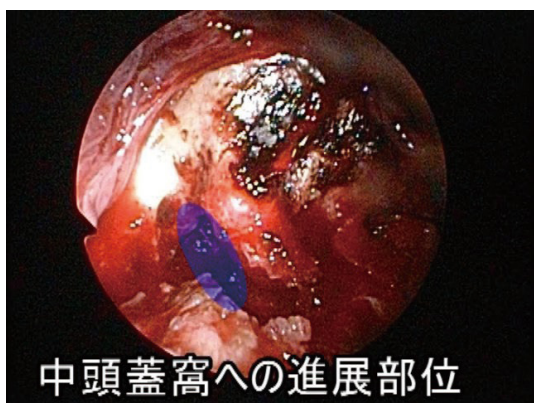


Fig. 4 経鼻内視鏡手術終了時の術野
(Video 1 6分59秒)

青で示した部位に腫瘍の残存を認め、中頭蓋窩に連続している。



Fig. 5 腫瘍の露出 (Video 2 0分47秒)
側頭葉硬膜を挙上し、三叉神経第三枝上の壁側硬膜を剥離して腫瘍を露出した。

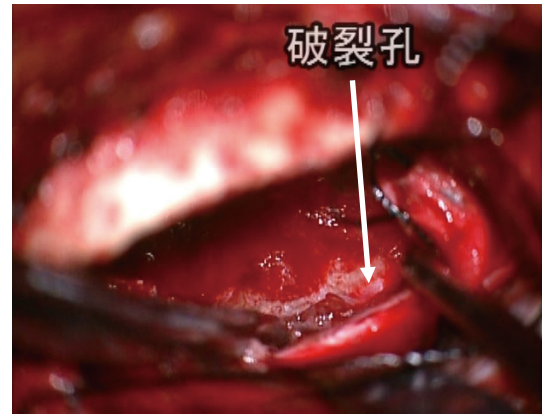


Fig. 6 破裂孔の同定 (Video 2 1分37秒)
腫瘍の摘出を進め、破裂孔の上面を頭蓋内から露出した。

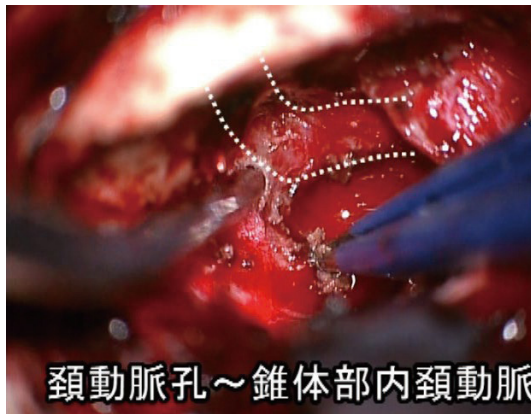


Fig. 7 開頭手術終了時の術野 (Video 2 4分40秒)
錐体部内頸動脈の上方・外側の腫瘍は摘出され、頸動脈孔～錐体部の内頸動脈が露出された。

文献

- 1) Nagata Y, et al : Fully endoscopic combined transsphenoidal and supraorbital keyhole approach for parasellar lesions. J Neurosurg **128** : 685-694, 2018
- 2) 谷口理章, 他 : 傍鞍部大型腫瘍に対する開頭・経鼻内視鏡二期的手術の有用性について. 日内分秘会誌 **97** (Suppl. HPT) : 7-9, 2021

Masaaki TANIGUCHI¹⁾

1) Osaka Neurological Institute
e-mail m_taniguchi@oni.or.jp

Title

Endoscopic Endonasal and Transcranial 2-Staged Surgery for Skull Base Chondrosarcoma