

三叉神経鞘腫の手術

中頭蓋硬膜外 anterior petrosal approach



Video 1

⌚ 03:00

(音声あり)

Screenshot

→ Fig. 2



Video 2

⌚ 06:58

(音声あり)

Screenshot

→ Fig. 3

立山 幸次郎¹⁾, 森田 明夫²⁾

1. 症 例

49 歳，女性．右顔面の痛みを主訴に受診した．頭部 MRI にて右中頭蓋底窩に 25 mm 大の腫瘤を認めた．カルバマゼピン（テグレート[®]）の内服にて症状の改善が得られたため経過観察となったが，腫瘤が増大し症状の再燃もあり手術となった（Fig. 1）．

2. 手 術

術前準備，体位

術前にスパイナルドレナージを留置した．髄液排出により中頭蓋窩操作が容易になる点と術後髄液漏の予防のため行っている．体位は仰臥位で，静脈性出血のコントロールのため 20° 程度上体を挙上した．患側肩下に枕を入れ，体幹を回旋した．患側の側頭部が水平になるように固定した．術前，メッケル腔が開放されることを想定し，腹部より脂肪採取の準備を行った．顔面神経モニタリングと聴覚脳幹反応を行った．

皮膚切開，開頭

Large question incision，前頭側頭開頭にて手術を行った．中頭蓋底硬膜を鈍的に剝離し，上眼窩裂から正円孔，卵円孔に至るまで広く骨膜硬膜と髄膜硬膜の剝離を行った．棘孔にて中硬膜動脈を焼灼離断し，その内側で大錐体神経を顔面神経刺激にて同定，温存した（Fig. 2）．

腫瘍摘出

腫瘍は被膜下に剝離摘出した．被膜下に摘出するメリットとして，① 三叉神経線維の温存，② 周囲の重要構造物（海綿静脈洞，海綿静脈洞外壁を走行する神経，内頸動脈）の損傷の防止の 2 点が重要である．適切な内減圧と合わせることで剝離面を追いかけるのではなく，腫瘍を引き出してくるようになると安心安全な摘出ができる．

深部の剝離において，剪刀では適切なアングルをとることが難しいことも多い．筆者はシャープ鑷子を多用し，「持つ」「裂く」「切る」という意識により使い分けている（フジタ

1) 横浜旭中央総合病院脳神経外科 〒241-0801 神奈川県横浜市旭区若葉台 4-20-1

2) 日本医科大学脳神経外科

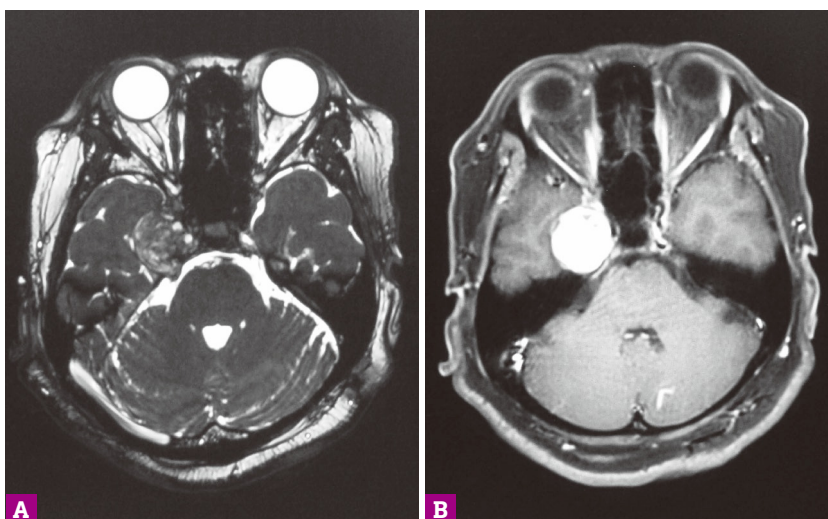


Fig. 1 術前画像

A T2 強調像, **B** 造影 T1 強調像. 右中頭蓋窩に 25 mm 大の腫瘍. 中頭蓋底から一部メッケル腔を通り後頭蓋窩硬膜下腔に進展する所見を認めた.

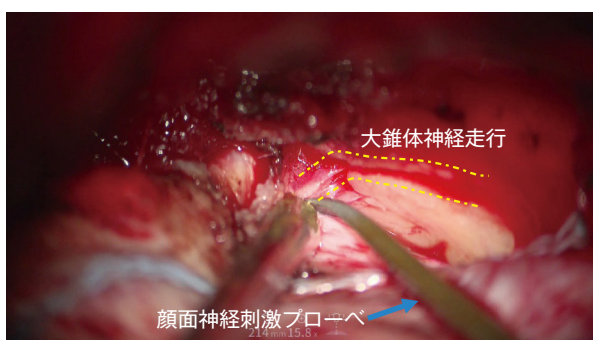


Fig. 2 術中画像 (大錐体神経)
開頭～腫瘍露出 (Video 1).

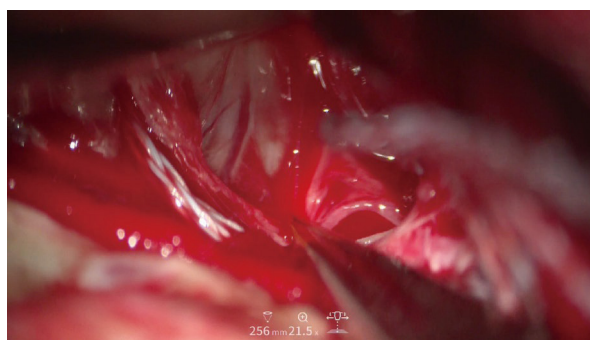


Fig. 3 術中画像
腫瘍摘出 (Video 2).

医科器械のマイクロ鑷子型番 8034-01 を使用). 森田明夫先生からは,「面の剥離／点の剥離」という指導を受けている. 面の剥離は, 剥離面にトラクションをかけ効率的に剥離することができるが, 脆弱な膜組織や神経を損傷する可能性がある. 点の剥離は, 組織を係留している結合組織を 1 本 1 本剥離していくような手技で, 組織に加わる負荷を最小にした愛護的な操作となる (Fig. 3).

腫瘍は全周性に剥離し一塊に摘出した. メッケル腔が開放され, 髄液が流出した. フィブリン糊とデュラウェーブ® (グンゼ) にて硬膜形成を行った後に腹部から採取した脂肪を充填した.

3. 術後経過

術後意識清明. 顔面の感覚, 咬筋, 涙腺分泌機能に障害を認めなかった. 頭部 MRI では腫瘍被膜の造影はあるが全摘出と判断した (Fig. 4).

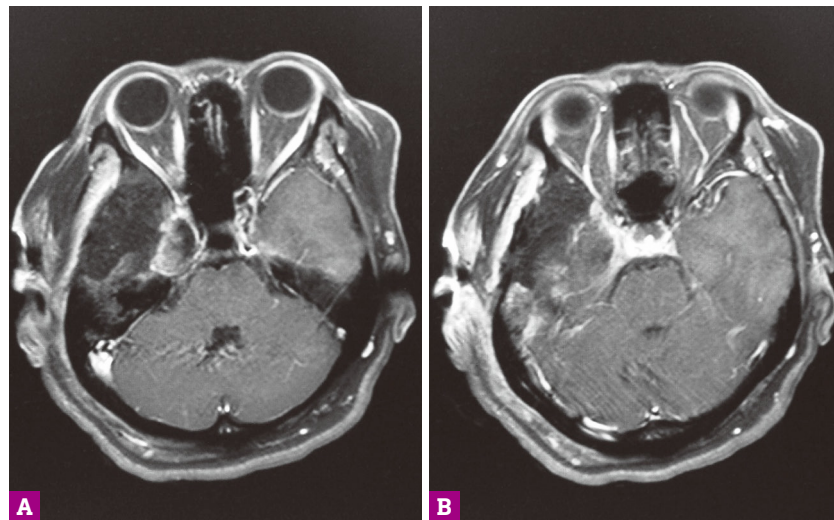


Fig. 4 術後画像（造影 T1WI）

腫瘍は全摘出されており，側頭葉脳挫傷も認めなかった。

Kojiro TATEYAMA^{*1)}, Akio MORITA²⁾

1) Department of Neurosurgery, Yokohama Asahi Chuo General Hospital, 2) Department of Neurosurgery, Nippon Medical School

*e-mail s3065@nms.ac.jp

Title

Surgery of Trigeminal Schwannoma