視交叉後方部頭蓋咽頭腫の外科治療

森 野 道 晴 大 畑 建 治
馬 場 元 毅* 白 馬 明

Surgical Treatment of Retrochiasmatic Craniopharyngioma

by

Michiharu Morino, M.D., Kenji Ohata, M.D., Motoki Baba, M.D.*, and Akira Hakuba, M.D.

from

Department of Neurosurgery, Osaka City University Medical School, and

*Department of Neurosurgery, Higashi-Saitama Hospital

Our experience with the transpetrosal-transtentorial and transpetrosal-oticocondylar approach in retrochiasmatic craniopharyngioma surgery is reviewed and the operative techniques described. Excellent exposure of the retrochiasmatic and suprasellar regions is achieved with minimal retraction of the temporal lobe. We have operated on 20 patients with retrochiasmatic craniopharyngioma utilizing this approach. In this relatively small series, 1 patient has experienced tumor recurrence during the follow-up period. The principal advantage of this technique is that allows the hypothalamus, third ventricular walls, and inferior surface of the optic chiasma to be visualized directly during surgery and thus safely preserved.

(Received & accepted November 21, 1996)

Key words : retrochiasmatic craniopharyngioma, transpetrosal-transtentorial approach, transpetrosal-oticocondylar approach

Jpn J Neurosurg (Tokyo) 6 : 230-237, 1997

はじめに

頭蓋咽頭腫は頭蓋咽頭管の遺残から発生する組織学的に良性の腫瘍であり、全摘出により治癒させることが可能である。しかしながら、腫瘍の周囲には視交叉部、視床下部、ウィリス動脈輪、さらに乳頭体や脳弓などの大脳辺縁系があり、これらの解剖学的位置関係から全摘出は非常に困難とされている。

多数の脳神経外科医によりさまざまな到達法、すなわち pterional, subfrontal, transcallosal, transsphenoidal, translamina-terminalis, interhemispheric などを、単独あるいは合併させて腫瘍の摘出が試みられ

ているが、全摘出できる決定的な到達法は認められないのが現状である¹⁾²⁾⁶⁾⁷⁾¹³⁾¹⁶⁾。われわれの施設では視交叉部後方に發育し、第3脳室を上方へ圧排するような頭蓋咽頭腫に対して transpetrosal-transtentorial approach³⁾を基本とした到達法を用いてきたが、本稿ではその手術方法と手術成績、および問題点について検討した。

対象症例

1973～1996年に大阪市立大学脳神経外科で経験した37例の頭蓋咽頭腫のうち、視交叉後方部頭蓋咽頭腫は20例であった。1980～1990年に経験した16例は transpe-

大阪市立大学医学部脳神経外科/〒545 大阪市阿倍野区旭町1-5-7〔連絡先：森野道晴〕

Address reprint requests to : Michiharu Morino, M.D., Department of Neurosurgery, Osaka City University Medical School, 1-5-7 Asahi-machi, Abeno-ku, Osaka-shi, Osaka 545, Japan

*東埼玉病院脳神経外科

trosal-transtentorial approach で手術を行い、1991 年以後の 4 例は oticocondylar osteotomy を加えた transpetrosal-oticocondylar approach で手術を行った。この視交叉後方部頭蓋咽頭腫の 20 例について検討した。

患者の性別は男性 14 例、女性 6 例と男性に多く、年齢は 6～63 歳で、平均年齢は 32.8 歳であった。初発症状は視力障害が 8 例、視野障害（両耳側半盲）が 3 例、頭痛などの頭蓋内圧亢進症状が 6 例、視床下部-下垂体系障害が 3 例であった。

手術方法

1980～1990 年まで、聴力を保存しながら錐体骨を切除する transpetrosal-transtentorial approach³⁾を用いて視交叉後方部頭蓋咽頭腫の摘出を行ってきた。1991 年からは、視床下部に進展した腫瘍を直視下により安全に手術を行うために、中頭蓋窩を大きく露出する oticocondylar osteotomy を考案し、これを合併させた transpetrosal-oticocondylar approach を行っている。ここでは oticocondylar osteotomy を中心にこの手術法について説明する。

① 体位

体位は健側を下にした側臥位とし、上体を約 35° 挙上する。患側の側頭部が水平位になるように頭部を Mayfield の 3 点固定器で固定する。空気塞栓を予防するために、中心静脈カテーテルを挿入しておく。

② 皮膚切開と側頭筋膜・骨膜片の作製

皮膚切開時には、浅側頭動静脈を茎とする側頭筋膜・骨膜弁を作製し、閉頭時の頭蓋底の再建に備える。

皮膚切開は、耳介軟骨の前縁から始め、頬骨弓上縁では浅側頭動脈とその頭頂枝に沿い、これらを保存しながら前頭部正中より 5 cm 反対側まで延ばす (Fig. 1)。さらに、耳介および乳様突起を弧状に取り巻くように皮膚切開を追加する。浅側頭動静脈は、頬骨弓上縁より約 10 cm の高さまで幅 1.5 cm の帽状腱膜を付けて頭蓋側に残し、その前後の頭皮を帽状腱膜下に翻転する。次いで、浅側頭動脈前後の骨膜と側頭筋膜を頭頂側に広く扇状に切開し、これらの切開線内の側頭筋膜と骨膜を浅側頭動静脈を付けて剥離翻転し、生理食塩水を浸したガーゼで包んで保存しておく (Fig. 2)。

③ Oticocondylar osteotomy (Fig. 3, 4, 5)

通常の側頭後頭後頭下開頭を施し、頬骨弓前半は切除

Fig. 1 Skin incision begins at the inferior end of the attachment of the ear lobe, runs along the anterior wall of the tragus 5 mm posterior to the superficial temporal artery, and crosses the midline by approximately 5 cm. An additional posterotemporal extension of the incision is made from the beginning of the first incision.

Reprinted with the permission of the authors⁸⁾ and publisher.

する。中頭蓋底外側部の骨切りの前縁は、側頭開頭の前下端から斜後内側に向けて行い、その内側縁は、前方では棘孔の外側 10 mm とし、後方では鼓膜を温存できるように tympanosquamous suture の線上で骨切りを行って、内耳道上壁を剃り取るように施行する。このようにして切離された骨片には、下顎窩の約 2/3 が含まれている。さらに、下顎頭を露出し、横切する。この oticocondylar osteotomy により切断された側頭骨底外側部を翻転し、これと下顎頭を一塊にして下方に牽引する。

④ Splitting mastoidotomy⁵⁾ と錐体骨の切除

乳様突起の削除に先立って、同部を再建しやすいように、乳様突起の外板の切離を行う。S 状静脈洞を損傷しないように施行し、胸鎖乳突筋に付けたまま有茎として下方へ翻転する (Fig. 6)。次に、S 状洞溝の前縁、側頭骨鱗状部下縁の開頭線、外耳道後縁の 3 辺よりなる Trautmann の三角部を露出する。

錐体骨をその前面および後面の硬膜を剥離して露出し、内リンパ嚢と外耳道後壁より 5 mm 後方とを通る面で切除する。さらに、内リンパ嚢よりも前方では顔面神経への損傷を防ぐために水平三半規管の外側脚を保存し、また聴力を残すために前庭を保存しながら内耳道部近傍まで錐体骨を切除する。この際、後半規管および上

Fig. 2 During the temporal skin incision, the superficial temporal artery (STA) and vein (STV) are dissected along with the galeal layer to a width of 15 mm and a length of 10 cm to prepare a vascularized pericranial flap.

Reprinted with the permission of the authors⁹⁾ and publisher.

Fig. 3 The foramen spinosum is a landmark for the osteotomy on the medial side of the temporal base, since it is located at the same depth as the ascending segment of the petrosal internal carotid artery and medial wall of the mandibular fossa. The osteotomy line passes 10 mm lateral to the foramen spinosum. Posteriorly the osteotomy is directed oblique-laterally to the posterolateral corner of the craniotomy. Care should be taken not to injure the tympanic membrane which is located approximately 10 mm medial to the bony porus of the external auditory canal.

Reprinted with the permission of the authors¹⁰⁾ and publisher.

半規管と水平半規管の内側脚などの骨壁は削除する。

次いで、内耳道より前方の錐体骨の切除を行う。まず、中頭蓋窩の側方からその硬膜を剝離し、棘孔より5 mm 内側にある大浅錐体神経を切断する。次に、中頭蓋窩を後外側より観察しながら三叉神経圧痕部とその骨稜を露出する。露出した錐体骨前方部の切除範囲は、外側は大浅錐体神経溝まで、尾側では下錐体静脈洞まで、前方では破裂孔の後壁近くまで、後方では蝸牛の骨壁近傍部までである。

〔5〕硬膜および天幕の切開

中頭蓋窩の側頭葉下面を覆う硬膜を下顎神経と三叉神経の後縁に沿って上錐体静脈洞まで切開する。さらに、

後頭蓋窩の錐体骨後面の三角形の硬膜をS状洞の前縁に沿い、上錐体静脈洞まで切開し、上錐体静脈洞の下縁に沿って三叉神経節の後縁まで切開する。その後縁と錐体静脈との中心で上錐体静脈洞を結紮切断し、これより滑車神経がテント縁に入る直前に向かってテントの切開を行う。

〔6〕腫瘍の摘出

滑車神経の内側で迂回槽のくも膜を切断すると、滑車神経の外側に付着しているくも膜により神経が自然に外側下方へ牽引される。滑車神経の前内側部に動眼神経が確認され、側頭葉を少し上方へ圧排すると後交通動脈が動眼神経と平行に走行しているのが確認される (Fig.

Fig. 4 The tympanic portion of the temporal bone is separated from the squamous portion. First, the temporal bone anterior to the external auditory canal is cut from the lateral side along the tympanosquamous fissure. Second, the bone is cut above the external auditory canal, directed posteriorly, connecting the line of the osteotomy performed from the epidural space, as shown in Fig. 3.

Reprinted with the permission of the authors¹⁰⁾ and publisher.

Fig. 5 The temporal base with the mandibular head is hinged down on the masseter inserted on the mandibular head and joint capsule. After hinging, an articular disc of the temporomandibular joint is exposed. The greater and lesser petrosal nerves as well as the foramen ovale can be easily exposed near the bone edge.

Reprinted with the permission of the authors¹⁰⁾ and publisher.

7). 動眼神経と後交通動脈の間のくも膜を切開すると、腫瘍が露出される。腫瘍の後下部が脳室外で脚間窩に面してくも膜下に突出している場合には、その部の内減圧を行った後、この突出部の前方を覆っているくも膜を腫瘍被膜より剥離することによって、視床下部の下縁と下内側壁から腫瘍の側腹部を剥離することが可能となる。腫瘍の後方部はくも膜を隔てて脳底動脈先端部や後大脳動脈と接しているため、剥離は容易である。腫瘍の内減圧を続け、内減圧を行った部分の腫瘍被膜は piece meal に切除する。この到達法では前方では視交叉の下面と同側の前大脳動脈、両側の内頸動脈の内後壁を直視下におさめることができ、腫瘍被膜からの剥離が安全に行える。腫瘍が第3脳室内に進展している場合は、拡大した第3脳室の深部の内側壁をも直視下におさめられ、この部を温存しながら脳室内の腫瘍を除去することが可能であ

る。この際、剥離子を腫瘍の上方部に向かって、第3脳室壁に平行に挿入することができるので、視床下部を損傷する可能性はきわめて少ない。視床前下部から腫瘍被膜を剥離し、さらに下垂体柄、視交叉の下面を直視下におさめながら腫瘍を摘出する。

腫瘍が視床下部漏斗部より発生し、脳室外に進展している場合には、下方に圧排されて菲薄化された視床下部漏斗部に正中で約 1.5 cm の縦切開を加える。これにより数 mm で腫瘍底に到達することができる。内減圧後に視床下部から腫瘍被膜を剥離するのは前述と同様である。

7 閉 頭

あらかじめ作製しておいた血管柄付きの筋膜および骨膜弁で、硬膜の欠損部を補填する。乳様突起の外板と錐体骨を切除して生じた骨欠損部には、腹壁から採取して

Fig. 6 The outer table of the mastoid process is split to maintain the insertion of the sternocleidomastoid muscle on the lower part of the mastoid process. Note that the outer table is preserved, and only the inner table is removed until the posterior half of the entire length of the sigmoid sinus is exposed using a high-speed air drill. To avoid injury to the sigmoid sinus, the depth of the groove of the sigmoid sinus was measured using high-resolution computed tomography scanning.

Reprinted with the permission of the authors¹¹⁾ and publisher.

Fig. 7 The suprasellar regions have been exposed and are seen from the inferior aspect. The oculomotor nerve, C2 segment of the internal carotid artery, and its perforators are seen.

Reprinted with the permission of the authors¹²⁾ and publisher.

おいた脂肪組織を挿入して補填し、開放された air cell や antrum、三半規管などが覆われるようにしてこれらを閉じる。この後、側頭後頭後頭下骨弁と乳様突起の外板、下顎骨頭および頬骨弓などを元の位置に戻し、titanium miniplates で固定する。

代表症例

患 者：25 歳，男性

主 訴：頭痛

現病歴：1985 年に交通外傷で CT scan を施行したところ、鞍上部に腫瘍性病変を指摘され、頭蓋咽頭腫と診断されたが、無症状のため外来で経過観察していた。1994 年 12 月頃より、起床時に嘔気を伴う前頭部痛が出現する

ようになった。

神経学的所見：意識は清明で、視野、視力、眼底を含めて脳神経系には異常所見は認めなかった。運動系、知覚系にも異常所見は認めなかった。

放射線学的所見：MRI で $30 \times 25 \times 35$ mm の多房性の嚢胞性腫瘍が鞍上部より第 3 脳室内に認められ、石灰化した部分を伴っていた。下垂体は同定できるが、下垂体柄は同定できなかった (Fig. 8A, B)。

脳血管写では腫瘍の栄養血管を認めなかった。動脈層では両側とも後交通動脈は adult type であったが、静脈層では右側で中頭蓋窩底の硬膜内を走行する天幕静脈洞が発達していたため、左側より進入することとした。

手術所見：lt-transpetrosal-oticocondylar approach にて、視床下部漏斗部より第 3 脳室内に進展した腫瘍の

Fig. 8 Gadolinium-DTPA-enhanced MR images showing a retrochiasmatic craniopharyngioma in our illustrative case

- A, B** : Anteroposterior (A) and sagittal (B) views showing a multicystic intra-third ventricular craniopharyngioma with occlusion of the Monro foramen
C, D : Postoperative anteroposterior (C) and sagittal (D) views confirming complete resection of the craniopharyngioma.

摘出を行った。腫瘍内容物は motor oil 状の粘稠度の高い液体であり、約 2 ml 吸引できた。第 3 脳室内の外側部に認めた石灰化した部分は air drill を用いて削除し、摘出した。腫瘍被膜は比較的容易に剝離が可能であり、肉眼的に全摘出できた。

術後経過：術後の MRI では腫瘍が全摘出されていた (Fig. 8C, D)。神経学的には左滑車・動眼神経麻痺を認め、尿崩症および汎下垂体機能低下を認めた。左滑車・動眼神経麻痺は術後約 120 日で軽快している。現在、術後 1 年 10 カ月になるが、腫瘍の再発は認めず、コンピュータプログラマーの仕事に復している。

結 果

対象 20 症例の追跡期間は 1 年 2 カ月～16 年で、平均期間は 8.6 年であった。20 例の内訳を Table 1 に示す。術後の CT scan, MRI により 19 例で腫瘍の全摘出を確認している。亜全摘出に終わった症例 2 は、術後に放射線治療を施行した。特に transpetrosal-oticocondylar

approach を用いてからの 4 例は全摘出が可能であった。手術による死亡例は認めず、追跡期間中の再発例は 1 例 (5%) のみであった。術前に視力・視野障害を認めたものは 11 例であったが、このうち術後に症状が改善したものは 8 例、悪化したものは 2 例、不変であったものは 1 例であった。画像所見上、水頭症を呈したものは 9 例であり、そのうち脳室腹腔短絡術を必要としたものは 3 例であった。また、術中に圧排された下垂体柄が確認されたものは 17 例であり、これらの腫瘍の発生部は、下垂体柄自体ではなく視床下部漏斗部と考えられた。術後に手術手技による動眼神経麻痺を全例に認めたが、追跡期間中に全例で軽快している。尿崩症、汎下垂体機能低下は術後に全例で認め、尿崩症に対しては DDAVP の点鼻によりコントロールし、汎下垂体機能低下に対しては副腎皮質ホルモンと甲状腺ホルモンの経口投与を行っている。

Table 1 Summary of 20 Cases with retrochiasmatic craniopharyngiomas

Case No.	Sex	Age	Symptoms signs	Tumor size (cm)	Treatments	Intraoperative finding of stalk
1	M	7	headache, papilledema	2.5×2×3	total removal, V-P shunt	detected
2	M	6	bitemporal hemianopsia	3×4×3.5	subtotal removal, radiotherapy	detected
3	M	40	bitemporal hemianopsia	3×3×2	total removal	detected
4	F	62	failing vision	3×3×3.2	total removal, V-P shunt	detected
5	M	10	headache, papilledema	2×3×4	total removal	detected
6	F	19	failing vision	6×5×6	total removal	undetected
7	M	22	headache, papilledema	2×3×2.5	total removal	detected
8	M	62	panhypopituitarism	6×6×6	total removal, V-P shunt, radiotherapy	detected
9	F	34	failing vision	3×3×3	total removal	detected
10	M	47	panhypopituitarism	3×3×3	total removal	detected
11	M	9	bitemporal hemianopsia	2×3×2.5	total removal	detected
12	M	63	failing vision	3×3×2.5	total removal	detected
13	M	43	headache, papilledema	2×2.5×3.5	total removal	undetected
14	M	56	failing vision	2×2×2.5	total removal	detected
15	F	44	failing vision	2×2.2×2.5	total removal	detected
16	M	24	failing vision	4×4×3.5	total removal, V-P shunt	detected
17	F	6	diabetes insipidus	4×5×5	total removal, Ommaya reserver	undetected
18	M	19	headache	3×3.5×4.5	total removal	detected
19	M	24	headache	3.5×3×2.5	total removal	detected
20	F	61	failing vision	2.5×2×2.5	total removal	detected

Table 2 Comparison of recurrence rate

Author	Year	Treatment period	No. of cases	Recurrence rate (%)	Mean follow-up period (yrs)
Matson & Criegier	1969	1958-1968	28	11	>7
Sweet	1980	1971-1979	12	25	>10
Symon & Sprich	1985	1977-1981	20	5.5	3.1
Yaşargil	1990	1967-1989	144	7	—
Hoffman	1992	1975-1989	50	29	4.9
Shibuya	1996	1988-1996	22	13.6	2.75
Morino	1996	1980-1996	20	5	8.6

考 察

視交叉後方部頭蓋咽頭腫に対して従来試みられてきた pterional approach などの前方片側からの到達では、斜側方から lamina terminalis を開いたとしても、直視できる第3脳室の範囲は限られている¹⁹⁾。transcallosal approach では第3脳室後半部はよく視野におさめ得るが、pterional approach を合併させないかぎり、その前下方から視交叉下部、トルコ鞍に至る部位は直視できない²⁰⁾。interhemispheric trans-lamina terminalis approach では、視床下部からトルコ鞍にかけての部分直視できないという欠点がある²⁾。

筆者らが行っている transpetrosal-oticocondylar approach では、腫瘍に到達する際に動眼神経と後交通動脈を損傷する可能性があるが、腫瘍全体を直視できるため、腫瘍被膜の表面を走行する視床下部、視床への穿通枝を比較的温存しやすい利点をもっている。また、第

3脳室壁に平行に剥離子や凝固用の forceps を挿入しながら腫瘍被膜を脳室底から上方に向かって剥離できるので、前方からの到達法に比べ視床下部の両側性の損傷が起こる危険性が少ないといえよう。しかしながら、術後に一過性の動眼神経麻痺が出現することは回避し得ないことや、進入側の決定が後交通動脈の形態と中頭蓋窩底を走行する天幕静脈洞の有無などに左右されること、開頭手技が複雑で手術が長時間にわたるといった欠点をもつ。

頭蓋咽頭腫は術中には全摘出したと思えても、経過観察中に比較的高い率で再発することが報告されている⁴⁾⁷⁾¹⁵⁾¹⁷⁾¹⁸⁾²⁰⁾ (Table 2)。その再発率は、5～29%と幅広く、またどの報告も視交叉後方部頭蓋咽頭腫のみで分析したものではなく、さらに腫瘍の進展範囲についての詳細な記載はない。したがって、著者らの結果とは単純に比較はできないが、Rougerie¹⁴⁾が視交叉後方部頭蓋咽頭腫はその摘出が困難で予後が非常に悪いと述べている

ことからしても、視交叉後方部頭蓋咽頭腫は再発頭蓋咽頭腫例の中心的なものと推察される。この点からもわれわれが行っている transpetrosal-oticocondylar approach は、視交叉後方部頭蓋咽頭腫の外科的治療にとって有用な方法の一つであると考ええる。

文 献

- 1) Apuzzo MLJ, Chikovani OK, Gott PS, Teng EL, Zee C-S, Giannotta SL, Weiss MH : Transcallosal, interforaminal approach for lesions affecting the third ventricle : Surgical considerations and consequences. *Neurosurgery* **10** : 547-554, 1982.
- 2) 浅野孝雄 : 頭蓋咽頭腫に対する Interhemispheric, Trans-lamina Terminalis Approach. *脳外* **17** : 799-812, 1989.
- 3) Hakuba A, Nishimura S, Inoue Y : Transpetrosal-transtentorial approach and its application in the therapy of retrochiasmatic craniopharyngiomas. *Surg Neurol* **24** : 405-415, 1985.
- 4) Hoffman HJ, Silva MD, Humphreys RP, Drake JM, Smith ML, Blaser SI : Aggressive surgical management of craniopharyngiomas in children. *J Neurosurg* **76** : 47-52, 1992.
- 5) Khosla VK, Hakuba A : A splitting-mastoidotomy during transpetrosal approach : Technical note. *Neurol India* **41** : 33-34, 1993.
- 6) Long DM, Chou SN : Transcallosal removal of craniopharyngiomas within the third ventricle. *J Neurosurg* **39** : 563-567, 1973.
- 7) Matson DD, Crigler JF : Management of craniopharyngioma in childhood. *J Neurosurg* **30** : 377-390, 1969.
- 8) Ohata K, Baba M : Extensive middle fossa approach. Hakuba A : *Surgical Anatomy of the Skull Base*. Tokyo, Miwa Shoten, 1996, p. 68.
- 9) Ohata K, Baba M : Extensive middle fossa approach. in Hakuba A (ed) : *Surgical Anatomy of the Skull Base*. Tokyo, Miwa Shoten, 1996, p. 69.
- 10) Ohata K, Baba M : Otico-condylar approach. in Hakuba A (ed) : *Surgical Anatomy of the Skull Base*. Tokyo, Miwa Shoten, 1996, p. 48-53.
- 11) Ohata K, Baba M : Presigmoidal transpetrosal approach. in Hakuba A (ed) : *Surgical Anatomy of the Skull Base*. Tokyo, Miwa Shoten, 1996, p. 115.
- 12) Ohata K, Baba M : Presigmoidal transpetrosal approach. in Hakuba A (ed) : *Surgical Anatomy of the Skull Base*. Tokyo, Miwa Shoten, 1996, p. 139.
- 13) Patterson RH, Danylevich A : Surgical removal of craniopharyngiomas by a transcranial approach through the lamina terminalis and sphenoid sinus. *Neurosurgery* **7** : 111-117, 1980.
- 14) Rougerie J : What can be exposed from the surgical treatment of craniopharyngiomas in children : Report of 92 cases. *Child's Brain* **5** : 433-449, 1979.
- 15) Shibuya M, Takayasu M, Suzuki Y, Saito K, Sugita K : Bifrontal basal interhemispheric approach to craniopharyngioma resection with or without division of the anterior communicating artery. *J Neurosurg* **84** : 951-956, 1996.
- 16) Suzuki J, Katakura R, Mori T : Interhemispheric approach through the lamina terminalis to tumors of the anterior part of the third ventricle. *Surg Neurol* **22** : 157-163, 1984.
- 17) Sweet WH : Recurrent craniopharyngiomas : Therapeutic alternatives. *Clin Neurosurg* **27** : 206-229, 1980.
- 18) Symon L, Sprich W : Radical excision of craniopharyngioma : Results in 20 patients. *J Neurosurg* **62** : 174-181, 1985.
- 19) Tindall GT, Tindall SC : Pterional approach. in Apuzzo MLJ (ed) : *Surgery of the Third Ventricle*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1987, pp. 440-461.
- 20) Yaşargil MG, Curcic M, Kis M, Siegenthaler G, Teddy PJ, Roth P : Total removal of craniopharyngiomas. *J Neurosurg* **73** : 3-11, 1990.

要 旨

視交叉後方部頭蓋咽頭腫の外科治療

森野 道晴 大畑 建治 馬場 元毅 白馬 明

外科的根治が困難な視交叉後方部頭蓋咽頭腫 20 例について、その手術法と手術成績について検討した。20 例中 16 例は transpetrosal-transtentorial approach で、1991 年以後に経験した 4 例はこれに oticocondylar approach を合併させた transpetrosal-oticocondylar approach で手術を行った。20 例中 19 例で腫瘍の全摘出に成功し、平均 8.6 年の経過で再発率は 5% (20 例中 1 例) であった。特に transpetrosal-oticocondylar approach を用いるようになってからは視交叉後方部頭蓋咽頭腫において側頭葉の圧排なく、第 3 脳室後半部、視交叉下部、トルコ鞍に至る部位を直視でき、腫瘍の全摘出に非常に有用である。

脳外誌 6 : 230-237, 1997