

図説脳神経外科

下垂体部腫瘍に対する眼窩上鍵穴手術

鹿兒島大学大学院医歯学総合研究科脳神経病態制御外科学(脳神経外科)

土屋政寛、貞村祐子、新納正毅、有田和徳

I. はじめに

近年、間脳下垂体部腫瘍に対する手術ルートとして、経蝶形骨洞手術が多用されるようになってきた。この手術方法は開頭を必要としないため、最小の侵襲で腫瘍を摘出することが出来る優れた方法で、特に下垂体腺腫では9割以上がこの手術方法で治療される¹⁾。しかしながら、症例によってはどうしても開頭法が必要になることがある。我々は、開頭を選択せざるを得ない症例においても、侵襲を最小にとどめるために、症例を選んで眼窩上鍵穴法(supra-orbital key hole approach)²⁾を採用してきた。この方法では皮膚切開、開頭範囲を最小にとどめることが出来るため、術後創痛が少なく、術後回復、離床が早い。本法を用いて治療したラトケ嚢胞の一例を供覧する

II. 症例

患者は74歳男性、両眼の視野狭窄と左の視力低下の訴え(図1)で、MRI検査を行ったところトルコ鞍内から鞍上部に伸びる嚢胞性の腫瘍が認められた(図2)。当初、経鼻経蝶形骨洞法による腫瘍摘出を考慮した。しかし下垂体ならびに下垂体茎が腫瘍の前下面に存在することより、腫瘍へのアプ

ローチに際し下垂体への直接操作が必要になり、このため下垂体機能障害を引き起こす可能性が高いと考えられた。一方、高齢であるため、大開頭手術では、手術後長期臥床等による脳-身体機能低下が危惧された。このため、眼窩上鍵穴法による腫瘍摘出を計画した。右眉弓外側上縁に皮膚切開を加え、眼窩上縁に楕円形の骨切りを行った(図3)。硬膜を切開し、髄液を吸引しながら、右前頭葉を挙上すると、容易に嚢胞性腫瘍に到達した。腫瘍は両側視神経を強く圧迫していた(図4)。両側視神経の間から、腫瘍壁を可及的に除去し、視神経に対する減圧を達成した(図5)。手術後、視力・視野の著明な改善が認められた(図6)。MRIでも腫瘍は消失している(図7)。また、手術後5カ月の段階で、眉弓ならびに前額部に美容上の問題を認めない(図8)。

文 献

- 1) 湯之上俊二、新納正毅、有田和徳: 先端巨大症. 鹿兒島県医師会報 平成18年9号:120-121, 2006
- 2) Perneczky A: Aneurysm of the right internal carotid artery. In Perneczky A et al. eds., Keyhole Concept in Neurosurgery, Thieme, New York, 1999, pp67-73

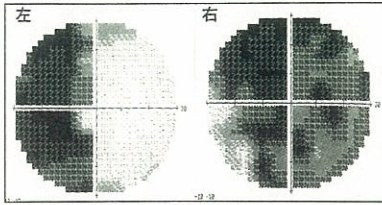


図1. 術前の静的視野検査。左眼の耳側半盲と右視力低下が認められる。

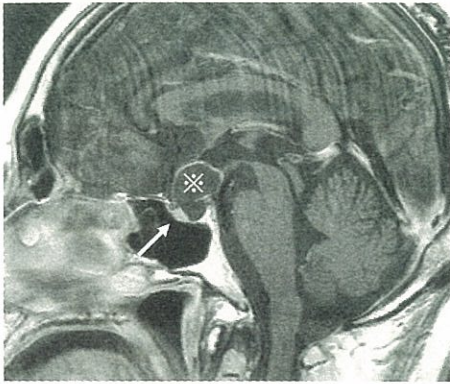


図2. 術前 MRI 矢状断像。トルコ鞍内から鞍上部に嚢胞性腫瘍が認められる(※)。下垂体はトルコ鞍の前下面に存在し(↑)、経蝶形骨洞法による腫瘍へのアプローチを妨げている。

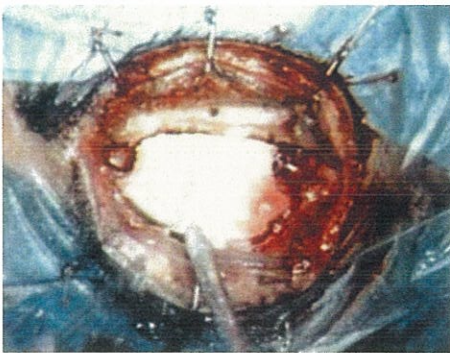


図3. 右眉弓上外側の約5cmの皮膚切開により、眼窩上縁に楕円状の骨切りを行った。

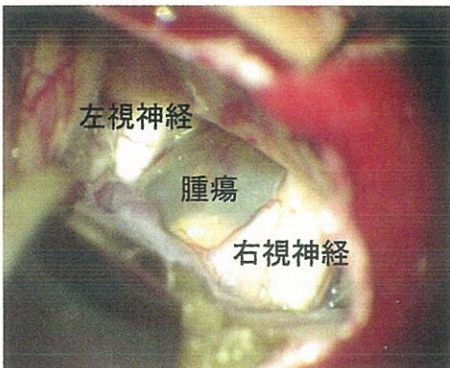


図4. 両側視神経の間で腫瘍をとらえる。

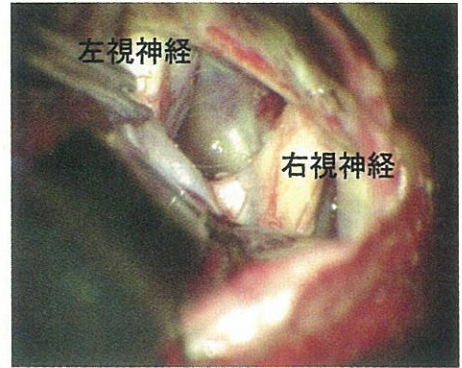


図5. 嚢胞内容の除去、嚢胞壁の除去後。視神経への減圧が確認出来る。

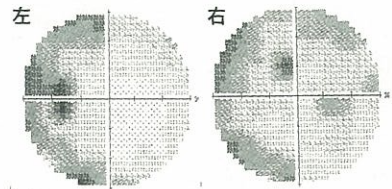


図6. 術後の静的視野検査。視野の著明な改善が認められる。

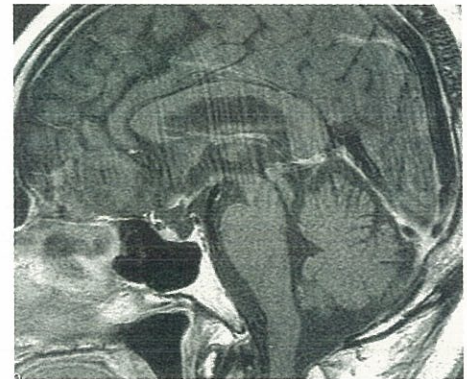


図7. 術後5カ月目のMRI。視交叉への圧迫は消失している



図8. 手術後5カ月目の前額部写真。創周囲の美容上の問題は認められない(↓)。