

図説脳神経外科

(第34回)

海綿静脈洞部軟骨肉腫の手術

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

西牟田 洋介*、永山 哲也、八代 一孝
平野 宏文、有田 和徳

*: 現籍: 鹿児島県立鹿屋医療センター脳神経外科

加世田病院脳神経外科

榊 正剛

I. 始めに

頭蓋内軟骨肉腫は、稀な疾患であり、原発性脳腫瘍の0.15%を占めるに過ぎないが、頭蓋底部に好発するため頭蓋底腫瘍の中では6%を占める。頭蓋底部では傍トルコ鞍部、斜台、小脳橋角部、錐体部などに好発する^{1,2)}。海綿体静脈洞部も好発部位の一つであり、眼瞼下垂、外眼筋麻痺、顔面知覚障害などを呈する。本腫瘍は、低悪性度癌のため、腫瘍の肉眼的全摘出と放射線照射によって長期的なコントロールが望めることが知られている^{1,2)}。放射線照射の方法として最近ではガンマナイフなどの定位放射線治療が施行されるようになった³⁾。最近経験した海綿静脈洞部の軟骨肉腫の一例を報告する。

II. 症例

患者は若年男性。数ヶ月前から右複視と共に眼瞼の下垂が出現した。鹿児島大学附属病院を受診時、右動眼神経の完全麻痺が認められた。CT、MRIで右海綿静脈洞部に径約2cmの腫瘍が認められたが、患者が治療を拒否したため、経過観察となった。約1年後のCT、MRIで腫瘍の著明な増大が認められた(図1, 2)。手術は、前頭側頭開頭

に加えて、脳の圧排を最小限にとどめ、硬膜外からの腫瘍へのアプローチを可能とするため、眼窩-頬骨の骨切りを加えた(図3)。側頭葉固有硬膜と骨膜の間を剥離し、海綿静脈洞外側で腫瘍被膜を露出した(図4)。腫瘍被膜を切開し、三叉神経第1枝と第2枝の間から腫瘍を摘出した(図5)。腫瘍の最上部は顕微鏡下では死角となったが、内視鏡を導入することによって直視下での摘出が可能であった。最終的に右内頸動脈に強固に癒着している部分を除いて、ほぼ全摘出が可能であった。摘出腫瘍は、軽度の核の異形性を伴う軟骨細胞からなり、軟骨肉腫と診断された(図6)。手術後のCT、MRIでも腫瘍の垂全摘出が確認出来る(図7, 8)。手術後3カ月目に、腫瘍摘出腔ならびに右内頸動脈周囲へのガンマナイフ照射を行った。未だ手術後10カ月に過ぎないが、再発は認められない。

文 献

- 1) Derald E et al.: Chondrosarcoma of the skull base: Long-term follow up. *Otology and neurotology* 27: 981-991 2006
- 2) Al-Mefty K, et al.: Chordoma and chondrosarcoma: similar, but quite different, skull base tumors. *Cancer* 110: 2457-2467, 2007

3) Hasegawa T, et al: Gamma Knife surgery for skull base chordomas and chondrosarcomas. J Neurosurg 107: 752-757, 2007

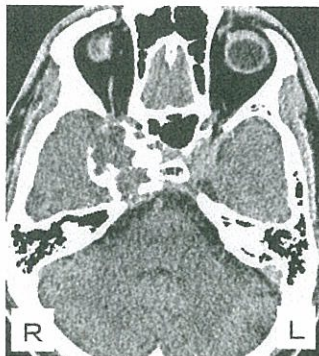


図1. 術前CT。右海绵体静脈洞部に最大径4cmの石灰化を伴う腫瘍が認められる。



図2. 術前MRI。腫瘍は不均一に造影され、右海绵体静脈洞から後頭蓋窩に進展している。

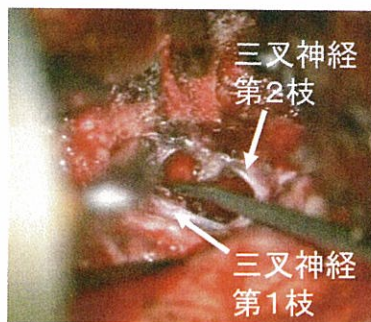


図5. 腫瘍被膜を切開し、三叉神経第1枝と第2枝の間から腫瘍を摘出した。

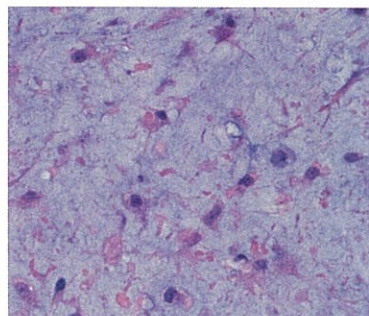


図6. 腫瘍組織のHE像。腫瘍は、軽度の核の異型性を伴う軟骨細胞からなる。

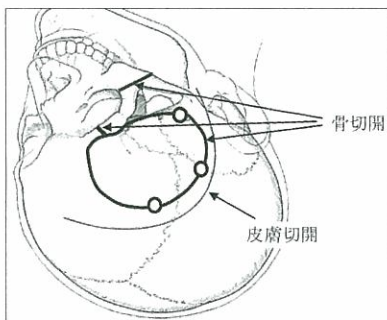


図3. 開頭法。前頭側頭開頭に加えて、眼窩-頬骨の骨切りを行った。



図7. 摘出術直後のCT。腫瘍摘出腔に挿入した脂肪組織が認められる。

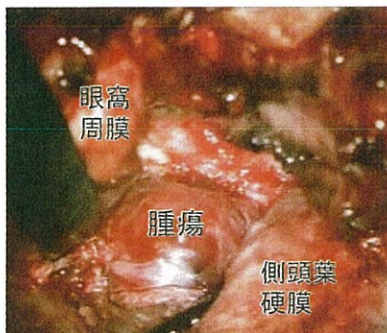


図4. 側頭葉固有硬膜と骨膜の間を剥離して海绵体静脈洞内に存在する腫瘍を露出した。

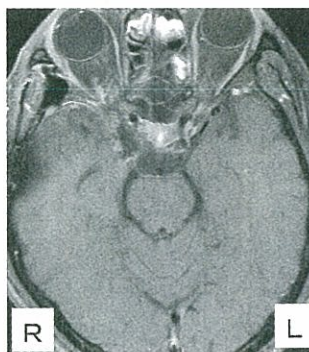


図8. 手術後2カ月目のMRI。腫瘍の亜全摘出が確認できる。