

神経腫の診断にて、進行性の意識障害と頭蓋内圧亢進を認めるため減圧開頭および定位的ドレナージ術を施行した。術後経過は良好であった。術前の Bone window CT を検討すると左眼窩内側壁より篩骨洞を経由して右前頭葉下面に刺さっている異物を確認。5歳時に友人の箸が振り向きざまに左眼内側に刺さり、1週間腫れたエピソードがあった。残存している箸が脳膿瘍の原因と断定し、摘除および箸の頭蓋内刺入部の再建のため、2月14日腰椎ドレナージ下に眼科医と共同で箸の除去と筋肉・筋膜による頭蓋底再建術を施行した。箸は経眼窩的に抜去できた。抗生剤は8週間投与した。

現在、軽度嗅覚低下を認めるのみで画像上再発は認めていない。

【結語】

頭蓋内異物（プラスチック製箸）により脳膿瘍を生じた小児例を報告した。

小児脳膿瘍では、頭蓋内異物の可能性を念頭に入れ詳細な病歴聴取と画像診断が必要である。

15 注意すべきめまい—下部小脳梗塞例の検討—

黒木 瑞雄

医療法人社団くろきクリニック

小脳梗塞の中でも、後下小脳動脈領域の下部小脳梗塞は、その症状がめまいだけのこともあり、他のめまいを呈する疾患との鑑別が重要となる。今回、下部小脳梗塞18例の臨床的検討を行ったので報告する。

【対象と方法】1998年4月より2005年3月までに、めまいを主訴に当院を受診した患者のうち、MRI検査で下部小脳梗塞と診断した18例を対象とし、その神経所見、MRI所見、症状の経過などの検討を行なった。18例の内訳は男性10例、女性8例で平均年齢は74.4歳であった。

【結果】18例中、脳梗塞の危険因子としては、高血圧が15例に、ラクナ梗塞が7例、高脂血症が7例、糖尿病が3例、心房細動が1例に認められた。また4例は、当院受診前にすでにめまいの治療がなされていたが、小脳梗塞との診断は受けてい

なかった。18例全例とも突発するめまいで発症し（回転性5例、非回転性8例、不明6例）、7例に嘔吐症状が、8例に頭痛が随伴した。受診時、注視眼振が3例に、下眼瞼向き眼振が1例に見られた。また体幹失調としての開脚歩行が9例に見られた。受診時の症状がめまいのみで、他の小脳症状が認められなかった症例は4例であった。MRIでは下部小脳梗塞の内側型が16例、外側型との混合型が2例であった。全例保存的治療で順調に経過し、めまい症状は平均7.2日で改善された。

以上から、下部小脳梗塞の予後は良好ではあるが、めまいのみを呈する場合は見逃され易く、注意を要するものと考ええる。

16 笑い発作の外科治療

本間 順平・増田 浩・藤本 礼尚

上野 武彦・福多 真史・亀山 茂樹

国立病院機構西新潟中央病院脳神経外科

【目的】視床下部過誤腫によるてんかん発作に対して定位的高周波熱凝固術を行った5症例の経過と得られた経験について報告する。

【対象と方法】1997年10月から2004年2月までに笑い発作を有する視床下部過誤腫の5例に対して定位的熱凝固術を行った。手術はレクセル定位脳手術装置を用い、最初の1例のみCTガイド下に、他の4例ではLeksell SurgiPlanを用いてMRIガイド下に標的の選定を行い、直径2mmの凝固針を用いて高周波熱凝固を行った。この内3例に対しては凝固術に先立って定位脳手術による過誤腫内への深部電極の留置と大脳円蓋部への硬膜下電極留置を行い慢性頭蓋内記録を行った。また、この内2例では過誤腫本体を深部電極より電気刺激して発作の誘発を試みた。

【結果】過誤腫は全てが10mm以下で第3脳室壁を基部に脳室内へ突出し、様々な程度で脚間槽側へ突出していた。手術は1例で凝固中の全身紅潮と多量の発汗を認めた他は特に問題なく施行し得た。3症例で術直後から笑い発作が消失したが、この内2例は共通して術後約1ヶ月間、強直発作が頻発した。結果として5例全てにおいて顕著な