行った.

海馬の病理所見では，Watson分類で0～Ⅱが12例，Ⅲが11例，Ⅲ～Ⅳが13例，Ⅳ・Ⅳ～Ⅴが15例，判定不能2例であった．側頭葉の病理所見では，異常所見が認められなかったものは1例のみで，47例で皮質形成異常（microdysgenesis）が認められ，5例でgliosisのみを認めた．手術成績はEngel分類でⅠが43例（81％），Ⅱが6例（11％），Ⅲが4例（8％）で，Ⅲの4例全例海馬のWatson分類が0～Ⅱであった.

前側頭葉切除と扁桃体・海馬切除についてビデオを供覧する.

5　後方要素を温存した頚椎laminoplasty—35例の経験から—

恩田　清・山崎　一徳・宮川　照夫
遠藤　純男・木村　輝雄・檜前　薫
新井　弘之
新潟脳外科病院

【対象】35例は何れも痺れや筋力低下等の症状を有し，多くはdevelopmental narrow canalにspondylosisを伴っていた．また約1/3（12例）はOPLL，2例はCYLを合併していた．2例は過去に前方除圧固定が行われていた．年齢は35－88（平均62.9）歳，男21，女14.

【方法】黒川式棘突起縦割法を行った．右傍脊柱筋群を棘突起より剥離し，項靱帯，棘上靱帯，棘間靱帯を可能な限り温存．縦割した棘突起はceramic spacerとtitanium screwで固定した．Laminoplastyの範囲はC3－7が19例，C3－6とC4－6が各6例，その他4例で，減圧目的にC2やC7のdrillingを加えた症例もある．術後2日目より歩行を開始し，Philadelphia collarを3週間装着した．術後のfollow－upは1－51（平均15.5）ヶ月である.

【結果】①殆どの症例で症状の改善を得た．1例（2.8％）で術後数ヶ月間左肩の挙上困難を認めた以外は神経症状の悪化した例はない．②進入側と反対側の左C3 laminaの開きがやや悪い症例や，術後kyphosisの増強した例，screwの緩んだ例が少数みられたが，今のところ臨床的に問題になった症例はない.

【結論】後方要素を温存した頚椎laminoplastyの短期治療成績は良好である．今後前方か後方かも含めた手術適応，術後の椎間不安定性やkyphosis，適正な減圧範囲など，長期経過観察に基づいた検討を要する.

6　SAHを来した後下小脳動脈解離性動脈瘤の2手術例

佐々木　修・中里　真二・鈴木　健司
矢島　直樹・平石　哲也
新潟市民病院脳神経外科

病理学的に確認された後下小脳動脈の解離性動脈瘤の2例を報告した.

〔症例1〕49才男性，既往に高血圧症あり．H16年6月4日突然の頭痛で発症，すぐ意識レベル低下し，JCS300となるが，急速に回復，担送時ほぼ意識清明.

CT：massive SAHあり.

血管撮影：左PICA lateral medullary segmentに紡錘状の動脈瘤あり．待機手術とし，2週後に血管撮影を再検．動脈瘤の拡大を見た.

Day19に手術施行：動脈瘤摘出＋OA－PICA anastomosis．壁は一部赤紫色で，嚢状のふくらみを有していた．病理学的に，壁内血腫とfalse lumenの形成が見られ，dissectionの診断を得た．術後経過は良好で，独歩退院，社会復帰した.

〔症例2〕34才男性，高血圧症の既往あり.

H16年6月25日突然の頭痛で発症，Grade2，近医で血管造影するも出血源不明でDay3に紹介．血管造影再検．Lt－PICA分岐直後に嚢状の動脈瘤あり．待機手術予定．Day14再検，An.増大.

Day18手術：動脈瘤摘出＋OA－PICA anastomosis．病変部は嚢状に膨らんでおり，病理学的にdissectionの診断を得た．経過良好で，独歩退院，社会復帰する.

2例とも非分岐部にできた動脈瘤で，follow upの血管造影で形状が変化したことから，解離性動脈瘤が強く疑われた．病理学的には嚢上に膨らん

だ部位には壁内血腫が見られ，弾性板ほとんどなく，clippingは無理と思われた．

7 県北に多発した急性脳症について

小田 温・菊池 文平・五十川瑞穂
小出 章・岡本浩一郎*
村上総合病院脳神経外科
新潟大学放射線科*

平成16年秋，スギヒラタケ摂取が原因と想定される急性脳症が全国的に発生し，当施設でも4例の急性脳症例を経験したので報告した．1例は人工透析を受けており，他の3例も慢性腎不全を有していた．初発症状は歩行障害，意識障害（失語），けいれんなどであった．当施設では重症例が多く2例が死亡しており，残る2例もADL全介助状態である．CTやMRIでは脳幹，大脳皮質，大脳基底核などに異常所見を認めたのみならず，外包にも病変が出現しており本症の特徴的な所見と考えられた．またマスコミ報道を見て平成9年に当院にて脳炎の診断で死亡した症例の御家族から死因がこの急性脳症ではなかったのかとの問い合わせがあり，過去に当院にて脳炎の診断にて治療した症例の再検討を行ってみた．驚いたことに腎機能障害を有し，臨床症状や画像所見（外包病変）が酷似する症例が平成9年10月に1例，平成10年10月に5例存在していた．以上から本症は本年に初めて認識されるに至ったが，以前から風土病的に存在していたものと推察された．

8 くも膜嚢胞と三叉神経痛

小泉 孝幸・土屋 俊明・佐藤 裕之
中村 公彦
竹田綜合病院脳神経外科

若年者の三叉神経痛は，小脳橋角部腫瘍の存在を考慮せねばならないが，今回三叉神経痛と同側小脳橋角部にくも膜嚢胞を伴った症例を経験したので報告する．

症例は45才の女性．既往に12年前に左メニエール病と診断されている．現病歴は，約2ヶ月前より，左頬部に疼痛が出現．歯磨きなどで誘発される．頭重感・ふらつき感も伴うため，近医受診．三叉神経痛と診断され，CBZ内服開始し，顔面の疼痛は軽快．頭部MRIを施行したところ，左小脳橋角部にcystic massを認め，当科を紹介された．神経学的には，特記すべき所見を認めず，拡散強調画像を含む頭部MRIでくも膜嚢胞を疑った．三叉神経痛を認めることと，MRI上脳幹への圧迫所見を認めたため，手術を施行した．左後頭下開頭にて，小脳橋角部のくも膜嚢胞を確認し，開放および嚢胞壁の切除を行った．くも膜嚢胞壁は厚く，錐体静脈と癒着していたが，三叉神経との間には強い癒着は認められなかった．次いで，左三叉神経を確認すると，左上小脳動脈およびその脳幹への枝が三叉神経を頭側および腹側より圧排していたため，脳幹への枝と三叉神経の間にテフロンシートをinterpositionし，更に上小脳動脈を天幕にtranspositionして，手術を終了した．術後，左三叉神経痛は消失した．その後の追跡にて，くも膜嚢胞による脳幹の圧排所見は軽快し，三叉神経痛の再発も認めていない．

小脳橋角部腫瘍による三叉神経痛の発症機序には，三叉神経が①腫瘍に完全に取り囲まれていること，②腫瘍による直接の圧排，③腫瘍により偏位した神経の腫瘍と向き合う動脈による圧排，④腫瘍に圧排された動脈による圧排などが考えられる．今回は③の機序が可能性としてあった．一方くも膜嚢胞に三叉神経痛を合併した報告は意外に少なく，たまたま通常のvascular compressionが合併したものの可能性も否定できないかと思われた．

9 再発顔面けいれんの1例

武田 憲夫・井上 明・井渕 安雄
熊谷 孝・管井 努・遠藤 深
神保 康志
山形県立中央病院脳神経外科

【はじめに】MVD後約2年10ヶ月で再発し，再手術したHFS例の，初回と2回目の手術ビデオ所見から，再発抑制のため，MVD時に注意す