

リングで左前頭葉の焦点を特定、切除する。症例3は22才、男。左海馬にAVM、頭皮脳波で側頭葉てんかんと診断、扁桃体、海馬を含んで摘出する。全例、術後発作は消失した。側頭葉外の焦点では functional mapping を含む硬膜下電極での脳波モニタリングが必要であるが、側頭葉内側では頭蓋内電極設置を省略できる症例が存在する。

2A-29) Multiple subpial transection (MST) の基礎と臨床

橋詰 清隆・田中 達也
國本 雅之・吉田 克成 (旭川医科大学)
米増 祐吉 (脳神経外科)

薬物療法で発作がコントロールされない難治性の皮質てんかんで、しかも、神経生理学的検査や画像診断で Broca や Wernicke の言語中枢あるいは感覚運動領野のような eloquent cortex にてんかん焦点が存在する場合、外科的な焦点切除術を行なうと重大な機能脱落を引き起こすため、このような症例にはてんかんの根治術はないと考えられていた。Morrell が格子状軟膜下皮質切開術 (multiple subpial transection: MST) を発表してから、eloquent cortex に焦点を持つ症例での手術が報告されるようになってきたが、その効果については賛否両論がありすべて受け入れられているわけではない。我々は、大脳皮質の感覚運動領にてんかん焦点を持つ皮質てんかんモデルを用いて焦点部の MST を行い、電気生理学および局所脳代謝の面からその有効性について検討し、さらに臨床に応用した2症例についても、結果を報告する。

2A-30) 癲癇により発見され摘出された経鼻腔的脳内異物の1例

尾金 一民・藤井 康伸 (十和田市立中央
畑中 光昭 (病院脳神経外科)
西山 勉 (同耳鼻咽喉科)

受症時期がはっきりせず、長期間を経て診断された興味ある脳内異物について報告する。症例は8年前、6ヶ月前、その他の時期に釘打ち機で作業中、跳ね返った釘が顔面を直撃し、顔面腫脹、鼻出血を来していた。1995年1月7日、痙攣発作で救急受診した。CTにて左前頭葉の低吸収域とその中央部の金属によると思われる低吸収域が、単純撮影で左鼻腔から眼窩内側、頭蓋底を貫通して前頭葉に至る釘を認めた。手術は開頭、直視下に釘

周囲の厚い被膜も含めて摘出、釘は耳鼻科医により鼻鏡下に抜去した。全頭蓋底の骨、硬膜欠損部は筋肉片、人硬膜にて形成した。術後経過良好で、痙攣、髄液瘻や感染も無く独歩退院した。外傷性頭蓋内異物は多くは受症時期がはっきりしており、急性期に診断、治療される。本症例は受症時期が不明であったが、釘はかなり錆びており、長期間無症候性に経過した感があるが、受症時の症状が比較的軽く、異物が運良く重要構造物を避けて、脳の silent area に達していたことなどが挙げられる。

2A-31) 閃輝暗点発作で発症し術中に発作波を確認し得た localized glioma の1例

丸屋 淳・嘉山 孝正
安藤 肇史・黒木 亮 (山形大学)
佐藤 清・中井 昂 (脳神経外科)

症例は11歳の女兒。1993年12月、頭痛を主訴に近医受診し、MRIにて左後頭葉に直径9mmの病変を指摘されたが、経過観察となった。その4ヶ月後より両眼視野右方の閃輝暗点とそれに続発する拍動性頭痛が出現、その頻度が増加してきた。初回MRIから10ヶ月後のMRIにて病変が径14mmと増大していたため、当科紹介入院となった。入院時神経脱落症状はなく、頭皮上脳波に異常を認めなかった。病変は Brodmann の area 17 に存在していた。1つの脳回内に局限している localized glioma を疑い、1994年12月開頭術を施行した。術中皮質脳波にて腫瘍近傍より棘波が記録され、この部を含めて腫瘍を全摘した。病理組織は pleomorphic xantho-astrocytoma であった。術後脱落症状を認めず、閃輝暗点と頭痛は消失した。以上から、右視野の閃輝暗点発作は左後頭葉の localized glioma によるてんかん症状と考えられた。

2A-32) Heterotopic gray matter における循環代謝と機能評価

笹嶋 寿郎・峯浦 一喜 (秋田大学)
菅原 卓・古和田正悦 (脳神経外科)
畑澤 順・菅野 巖 (秋田脳血管研究
上村 和夫 (センター放射線科)
伏見 進・米谷 元裕 (平鹿総合病院
(脳神経外科)

Heterotopic gray matter (HGM) は神経芽細胞の移動障害による中枢神経奇形である。PET で本疾患における循環代謝を検討し、生理的負荷時の血流変化によ

り機能的に評価したので報告する。

症例1：23歳，女性．1年前に全身性間代性痙攣発作があり，CTで右側脳室前角および体部に増強効果のない結節性病変がみられた．結節はMRIで灰白質と同等の intensity を示し，PETで糖消費量は対側灰白質と同程度でHGMと診断した．

症例2：20歳，男性．6カ月前に全身性痙攣発作があり，MRIで右前頭葉深部白質と両側の中心後回皮質下に灰白質と同等の intensity を示す結節があり，両側の縁上回に脳回形成異常を伴っていた．PETで病変部の循環量と糖消費量は正常灰白質と同程度であった．中心後回の皮質下結節では対側の手指運動時に血流量が有意に増加したが，視覚刺激および記憶想起会話時にはいずれの病変でも血流量に変化はみられず，HGMの機能的分化が示唆された．

2B-1) 脊髄空洞症を合併したテント髄膜腫の1例

佐々木順孝・三浦 俊一（仙北組合総合病院）
大石 光（脳神経外科）

テント髄膜腫に脊髄空洞を合併した1例を経験したので報告する．患者は28歳男性で，左上肢のしびれと歩行のふらつきで当方を受診し，CTで腫瘍性病変を指摘されて入院した．神経学的に軽度の軀幹失調，左 dysmetria，左上肢の dysesthesia が認められた．CT，MRIで左後頭蓋窩に石灰化を有する最大径6cmのテントに接する腫瘍性病変で，矢状断で小脳扁桃ヘルニアとC2上縁からTh3に至る脊髄空洞が描出された．左CAGでoccipital arteryとmeningohypophyseal trunkをfeederとして巨大なtumor stainが造影された．以上から，テント下面に発生した髄膜腫の診断で後頭下開頭で腫瘍を全摘した（Simpsonのgrade 2）．術後のMRIでは腫瘍は全摘され，扁桃ヘルニア，脊髄空洞も消失していた．患者は術後一過性に軀幹失調が増悪したものの改善して退院した．後頭蓋窩腫瘍に脊髄空洞が合併することはまれに報告されているが，MRIの普及とともに増加する可能性がある．

2B-2) 脊髄空洞症の術式選択と治療成績

飛騨 一利・岩崎 喜信（北海道大学）
小柳 泉・阿部 弘（脳神経外科）

Chiari 奇形を伴う脊髄空洞症の外科的治療の選択には未だ議論が多い所である．今回，我々は代表的治療法である大後頭孔部減圧術（FMD）及び空洞くも膜下腔交通術（S-S shunt）の2つの術式を比較検討した．当施設で，現在までに手術治療なされた Chiari 奇形を伴った脊髄空洞症は74例である．術式の選択は主症状が眼振や下位脳神経など Chiari 奇形によるものや空洞の size が小さいものでは FMD を行ない（34例），空洞による症状が急激に進行しているものあるいは空洞の size の大きな症例では S-S shunt を行なっている．術後，神経症状の改善は FMD 群，S-S shunt 群ともに運動，知覚系で70～80%の改善率がみられ，画像上もほとんどの症例で空洞の size の縮小が得られ満足な成績を示した．しかしながら特に両者間に画像上の空洞縮小の speed に明らかな違いがあり，S-S shunt 群が早期に空洞の縮小がみられた．以上より，とりわけ症状の急激に進行している症例，疼痛を伴う症例では S-S shunt がより望ましいと思われた．

2B-3) 脊髄空洞症を伴った脊髄内血管腫の1手術例

奥 達也・樋口 紘（岩手県立中央病院）
菅原 孝行・藤村 幹（脳神経センター）
新村 核・関 博文（脳神経外科）
富地 信和（同 第一病理科）

脊髄腫瘍でも，脊髄内海綿状血管腫の報告は少なく，髄内血管奇形の5～12%と報告されている．今回，外科的治療を行った1例を経験したので報告する．

症例：21歳，男性．左半身のしびれを訴え，MRIにて延髄下端よりTh12までの脊髄空洞症が認められ紹介となった．MRI，Gd（+）では，空洞下端内部に約7mm，円形の腫瘍を認め，出血を示す所見は認めなかった．H6.6.2髄内腫瘍の診断にて，Th10を中心として椎弓切除を行い，正中より空洞を解放し，内部に存在した灰赤色の腫瘍を全摘出した．病理診断は，capillary type hemangiomaであった．術後右下肢の脱力が出現したが，独歩にて自宅退院した．手術所見を中心に，文献的考察を加えて報告する．