

でいたため、内視鏡的加療では、十分な対処ができないと判断し、開頭術での修復術を行った。手術は、両側前頭開頭を行った後、硬膜内での作業で硬膜と骨欠損部位へ到達した。ここより、脂肪片を副鼻腔内へ充填させ、バイクリルメッシュをフィブリン糊で貼り付けた。術後は、腰椎ドレナージ管理を2週間継続した。髄液鼻漏の再発および髄膜炎の合併無く経過した。本症例のように、約50年という長期間において、髄液鼻漏と髄膜炎を繰り返した例は稀で、文献的考察を加え報告する。

39 MRI 拡散強調画像において特異な変化を示したてんかん重積後脳症の2例

布村 克幸・寺川 雄三・村山 直昭
藤重 正人・山村 明範・中川 俊男
端 和夫

新さっぽろ脳神経外科病院

てんかん重積に伴うMRI拡散強調画像(DWI)における変化はてんかん焦点を示唆するような大脳皮質と皮質下白質に局所的な高信号域を認め急性期脳梗塞とは異なり可逆的な変化を認めることが多いといわれている。頭部外傷によるてんかん重積状態でDWIにて異常高信号域を認めた2例を経験したのでその経時的変化や病態について考察を加え報告する。

〔症例1〕75歳、女性。アルコール依存で自己転倒、受傷4日後に来院。右急性硬膜下血腫認めた。神経症状も乏しく保存的に経過観察としたが受傷8日後に1度全身性痙攣発作。11日後には繰り返す左口角から顔面更に全身へと広がる痙攣発作認めた。同日のDWIでは左側頭後頭葉皮質と皮質下白質の広い範囲と同側の視床に高信号域を認めた。MRAでは同側中大脳動脈分岐部以降の信号増強を認め、SPECTでは同部位はhyper perfusionを呈していた。翌日手術施行し術後3日間バルビツレート使用したが術8日後には高信号域はほぼ消失し、SPECT上も血流の左右差は消失した。患側大脳半球はその後著名な萎縮を認めた。

〔症例2〕77歳男性。転倒により受傷。右急性硬

膜下血腫認め直ちに開頭血腫除去を施行した。術3日目に顔面から左上下肢に広がる難治性の痙攣発作を認めた。直後のCTでは残存血腫下広範に低吸収域をDWIでは右頭頂葉皮質に局所的に強い高信号像を示す部分と皮質下白質に及ぶ淡い高信号域とを認めた。DWIでの前者の異常信号像はその後消失したが、後者はその後のFLAIR画像でも残存していた。

40 特異な経過をたどった脳動静脈奇形(AVM)治療後の難治性てんかん症例

社本 博・川岸 潤・城倉 英史
中里 信和・清水 宏明・富永 悌二
広南病院脳神経外科
古川星陵病院鈴木二郎記念ガンマ
ハウス*
東北大学脳神経外科**

【はじめに】AVMに伴うてんかん発作は、AVM治療後も残存することがあるが、今回は γ ナイフ後に特異な経過を示した3症例を報告する。

〔症例1〕49歳男性、32歳時左上肢知覚異常と間代性痙攣で発症し、血管内塞栓術を経て2度の γ ナイフ治療を施行されたが、治療後もSPSが残存、6年後全身痙攣が出現、MRI病変と周囲白質変化を認め、摘出術および焦点切除術施行した。

〔症例2〕40歳男性、19歳時発語停止で発症し、31歳時より血管内塞栓術を経て、2度の γ ナイフ治療を施行され、nidus消失が確認されたが、38歳時複雑部分発作が出現しMRIで嚢胞形成が確認された。40歳時突然の発作頻度増加、言語・視野障害が出現とともに嚢胞拡大を認め摘出術および焦点切除術を施行、現在外来通院加療中である。

〔症例3〕26歳時全身痙攣、その後めまい感・嘔気を主体とするSPSが持続し、32歳時血管内塞栓術を経て2度の γ ナイフ治療を施行された。治療後nidus、発作ともに消失したが、41歳時全身痙攣とCPSが出現、MRI病変と周囲白質変化、嚢胞形成を認め、難治化したため皮質焦点切除術を施行した。しかし発作は術後も残存している。

【結論】AVMに対する γ ナイフ治療後のてんか

ん発作は一般的に nidus 閉塞に伴い control 良好傾向となるが、遅発性の発作出現可能性もあり、難治例には外科治療が有効なことがある。

41 血管障害後振戦に対し両側脳深部刺激術が有効であった 1 例

安藤 肇史・志田 直樹・富永 悌二*
宮城病院脳神経外科
東北大学脳神経外科*

症例は 53 歳男性。平成 15 年 2 月発症の橋被蓋部出血。発症 1 年後頃から右上肢に不随意運動が出現し当院入院。眼球運動障害。眼球、軟口蓋、頸部、咽頭ミオクローヌス、動作時ミオクローヌス（右>左）を認めた。clobazam, clonazepam 等の薬物の効果は多少あったが、眠気等の副作用で十分量の内服が困難であった。また、経過中右上肢の不随意運動は粗大な動作時振戦様になり、同様の振戦はさらに右下肢、左上下肢にも拡がり日常生活動作が著しく障害されるようになった。1-dopa, haloperidol も効果なく、振戦は増強傾向にあるため、17 年 2 月両側視床腹中間核（Vim）刺激術を施行した。術中刺激で振戦は消失したため電極を Vim 核中心に Vo 核も同時に刺激できるように留置した。術後一過性に電極周囲の脳浮腫による構語障害が出現したが、術中所見から刺激は有用と考え慢性刺激用電池埋め込みを行った。現在 2.5V, 130Hz の刺激で、眼球・咽頭ミオクローヌス様症状に対する効果は不十分であるが、四肢の振戦は著減し、食事も自力摂取可能となった。血管障害後不随意運動の病態は複雑であるが振戦に関してはこれまでも Vim 核凝固術の有用性は報告されている。脳深部刺激術は一度脳卒中という障害を受けた脳に対しより安全性が高く、薬物療法で改善が困難な例には、有効な治療法と考えられた。

42 下位脳神経から発生した神経鞘腫による顔面痙攣の 1 例

竹村 直・園田 順彦・斎藤伸二郎
嘉山 孝正

山形大学脳神経外科

典型的な片側顔面痙攣で発症した下位脳神経鞘腫の稀な一例を経験したので報告する。

症例は 46 歳、女性。2 年来の左下眼瞼の痙攣出現。数ヶ月後、左口角にも痙攣は広がり、頻度も増加した。半年前から疲労時などに嗄声が出現。来院時典型的な左顔面痙攣、左眼輪筋と口輪筋との間の異常共同運動、および軽度の嗄声を認めた。MRI では左小脳橋角部に長径 2cm の硬膜内で腫瘍を認めた。腫瘍は左顔面神経を下方から圧排していた。左後頭下開頭により摘出術を施行。腫瘍は下位脳神経（舌咽もしくは迷走神経）から発生し、直接顔面神経の root exit zone（REZ）を圧迫していた。腫瘍を摘出し、顔面神経術 REZ への圧迫を解除した。術後、顔面痙攣は消失した。軽度の嚥下困難が出現したが、2 ヶ月で改善した。

43 術中 VEP モニタリング最近の経験

佐々木達也・板倉 毅・堀内 一臣
石川 敏仁・佐久間 潤・鈴木 恭一
松本 正人・児玉南海雄

福島県立医科大学脳神経外科

【目的】術中 VEP モニタリングの記録率を上昇させるために、光刺激装置の改良や網膜電図の同時記録を施行し、麻酔はプロポホルを用いた完全静脈麻酔とした。これらの工夫を加えた後の術中モニタリングの経験について報告する。

【対象および方法】対象は 2004 年 1 月以降、術中 VEP の記録を試みた 25 例で、内訳は視神経近傍の腫瘍と動脈瘤が各々 10 例、側頭・後頭葉腫瘍 5 例であった。これらの 25 例において、安定した記録が可能であったか否か、術中 VEP 所見および術前後の視機能について検討した。

【結果】25 例、50 側中 41 側（82%）で安定した記録が可能であった。これらの 41 側中 2 側で術中に振幅の低下を認め、この 2 側では術後に視