

接するため無理せず残すこととした。術後、軽度の意識障害、眼球運動制限(上下転, 左外転), 中等度の左片麻痺が出現したが, 一ヵ月後には術前レベルまで回復した。腫瘍は内側の calc と中脳に食い込む部分が残ったが, 8-90%摘出し得た。本手術では Navigator の有用性を痛感した。

4 脳圧亢進を伴った交通性水頭症の1例

小田 温・狩野 瑞穂・高尾 哲郎
小出 章・佐々木 修*

村上総合病院脳神経外科
新潟市民病院脳神経外科*

症例は59歳, 女性。H14年7月に頭痛を訴え佐野医院を受診し水頭症と診断されているが, その原因は不明と言われた。今回は平成15年6月9日, 近医にてL5/S1領域の椎間板ヘルニアの診断でLOVE術を施行されたが術後に頭痛・嘔吐が出現したため7月1日当科に紹介された。神経学的にはうっ血乳頭を認める以外には局所症状を認めなかった。CT, MRI, 脳血管写などの精査を行い交通性水頭症であることが判明したが, 頭蓋内には水頭症を来す原因疾患は認められなかった。入院後, 見当識障害が出現し, 加えて髄液圧が30cmH₂Oと異常高値であったため, 7月11日に持続脊髄ドレナージ術, 7月15日にV-P shunt術を行った。その後, 麻痺性イレウスや尿閉も伴うようになり脊髄病変を疑いMRIを施行したところC8-Th2レベルに硬膜内髄外腫瘍を認め, これが水頭症の責任病変と判断した。新潟市民病院に転院し腫瘍摘出術を受け, 神経鞘腫と診断された。術後の神経欠落症状はなく, 水頭症の再発も認めていない。脊髄腫瘍の3%前後に機械的な髄液循環ブロックや髄液タンパク上昇などによる髄液吸収障害などの機序で水頭症を合併する事が知られており, 稀な交通性水頭症の原因疾患として念頭に置くべきであると考えられた。

5 難治性新皮質てんかんに対する手術戦略

亀山 茂樹・増田 浩・本間 順平
上野 武彦

国立療養所西新潟中央病院てんかん
センター機能脳神経外科

難治性新皮質てんかん (neocortical epilepsy: NE) に対する外科治療の標準化をめざしてクリニカルパスを導入し, 個々の症例で硬膜下記録による焦点局在診断を重要視した手術戦略を検討し, てんかん原性病変や焦点の局在に応じた手術戦略の妥当性を検証してきた。2000年以降, NEでMEGと硬膜下記録を対比検討し, 発作間欠時の解析は発作時解析とほぼ一致することが確かめられ, MEGの発作間欠時解析の意義は大きいと評価された。MEGで電流双極子が機能野以外で局所的集積を示す場合は, 小児例などでは硬膜下電極留置が困難な例では硬膜下記録をスキップできる可能性が高い。また切除術として脳回単位で裁断的に切除範囲を決定することは, 手術戦略として有用性が高いことを明らかにした。さらに術中運動野の双極電気刺激による運動誘発電位マッピングとモニタリングによって, 顔や舌運動野焦点は永久的後遺症を残さずに切除可能であり, 裁断的切除術の可能性を広げた。限局性皮質形成異常, 海綿状血管腫と脳腫瘍, 結節性硬化症の手術戦略の違いを検討し, 病理学的基盤をもとに限局性皮質形成異常と脳腫瘍の症例におけるてんかん原性が異なること, またMRIが皮質の萎縮を有し焦点の局在や病理所見が全く異なる皮質形成異常が存在すること, さらに限局性皮質形成異常と結節性硬化症のてんかん原性領域と病変局在との関係が電気生理学的に異なることを明らかにし, 手術戦略が異なることを手術成績から実証した。小児例に対しても, また画像所見の明らかでない新皮質てんかん例に対してもMEGや発作時SPECTの感度と精度を高め, 硬膜下記録のガイドによる手術例における信頼度を検証し, その手術戦略について実証的に研究し報告した。