

6) 難治性てんかんに対する callosotomy の経験

山崎 英俊・亀山 茂樹 (新潟大学脳研究所)
田中 隆一 (神経外科)

Callosotomy は、大脳半球間の連絡を断つことにより発作の頻度、重篤度を減退させ難治性からの脱却を計るものである。我々は、今回 Lennox-Gastaut 症候群と診断した3例の難治性てんかんに対し脳梁の前2/3を切離する Anterior corpus callosotomy を行なった。手術は NLA 麻酔下で両側前頭開頭を行い、脳表に左右5極ずつの電極を置き corticogram で同期した spike の出現を確認した上で、脳梁膝部より吸引管を用いて切離を始め、MRI で術前に計測しておいた脳梁の全長の2/3の長さを目標に切離した。最後に corticogram で左右の同期性の消失を確認し終了した。3例とも術後脳梁離断症状を含め神経脱落症状は認めなかった。follow up 期間は6カ月から9カ月になるが、発作頻度は明らかに減少し、tonic-clonic seizure, atstatic, atonic seizure などは消失した。脳波では同期していた slow spike and wave は消失し経過とともに改善が認められた。SPECT では手術前に低下していた部分の血流増加のみならず大脳半球全体の血流が増えていることが小脳と比較して認められ注目された。WAIS 検査では言語性及び動作性とも10ポイント程度の改善が認められ、生活面においても術前に比べ活動的となるなどの改善が認められた。脳梁切離術は1940年に最初に行われ、60年代にはいって多発焦点てんかんの治療法として試みられ有効性が認められてから手術報告が増加した。手術法は、初期には脳梁、前交連、中間質などをすべて切断する全離断術が行われたが脳梁離断症状の出現が問題となり、現在では脳梁の前2/3までの切断を行う anterior callosotomy の他、脳梁切断を2段階に分け、第1段階では前半分を切断し、これで発作の減少がみられないときに後半分の切断を追加する方法が提唱されている。手術による改善は約80%に認められている。手術は、1) 3年以上コントロール不良の難治性のもの、2) てんかん焦点が切除不可能な部位にあるもの、あるいは多発性焦点、焦点を同定できないものなど、3) infantile hemiplegia などに伴う secondary generalized seizure, Lennox-Gastaut 症候群, frontal lobe epilepsy など、4) 脱力、転倒発作などにより頭部外傷を繰り返すものなどが適応とされている。日本ではてんかん外科自体がそれほど積極的にされておらず、なかでも callosotomy の報告はまだ少ない。適応となる症例はかなりあると考えられ、今後の

発展が必要と考えられる。

II. 特別講演

小児てんかんの包括医療

神奈川県立こども医療センター神経内科医長

三宅 捷太 先生

第190回新潟循環器談話会

日時 平成4年2月22日(土)

午後3時より

会場 新潟大学医学部

有壬記念館

I. 一般演題

- 1) 経皮的心肺補助を用い、低左心機能・重症冠動脈病変に対して PTCA を行った1例

田辺 直仁・小田 弘隆
戸枝 哲郎・三井田 努 (新潟市民病院)
樋熊 紀雄 (循環器科)

症例76歳男性、下壁梗塞の既往を有する不安定狭心症患者。某院で平成3年10月心臓カテーテル検査施行、CAGで、Seg1:100%、Seg6:90%、Seg9:90%、Seg11:90%の狭窄を認め、LVGで前壁はHypokinesis、下壁、側壁はAkinesis、LVEFは17%であった。CABGはhigh riskと診断され、11月、経皮的心肺補助(PCPS)併用下のPTCAを目的に当科へ入院した。PCPS回路は右大腿静脈より右房へ18Frの脱血用カニューレを、左大腿動脈へ14Frの送血用カニューレを各々挿入、遠心ポンプ及び膜型人工肺に接続して作成した。Seg6拡張時にPCPSを流量2L/分で併用、血圧は約60mmHgの定常流となったが意識消失はなかった。拡張終了後、十分な脈圧確保にはカテコールアミンの静注を要した。以後合併症、及び狭心症発作はなく、退院した。残存心筋への灌流が冠動脈拡張時にほぼ完全に遮断される本症例に対し安全にPTCAを施行できたことから、PCPSはPTCAの適応拡大に寄与しうると考えられた。