

た。術直前は両側瞳孔散大ぎみ。9:22am から手術開始。術中、脳動脈瘤の bleb から出血し、その bleb を3本の clip で clipping した。Bleb 近くに M21 本を認めたが parent artery と断定出来なかったため、bleb clipping に止め、血腫除去・減圧開頭とした。翌日の脳血管撮影では脳動脈瘤と parent artery, distal arteries を同定したが、患者が遷延性昏睡のまま推移したため、根治目的の再手術は延期した。根治術（両親の希望が強く）と頭蓋形成術を予定して、術後71日目に脳血管撮影を再度行ったところ、parent artery は tapering occlusion を示し、脳動脈瘤は消失していた。

【考察】 distal MCA aneurysm は全脳動脈瘤中の約2%で、細菌性・外傷性が多い。M2, M3 が多く、M4 は稀。本例は M2M3 junction aneurysm で、true aneurysm (fusiform?) と考えられた。Ruptured point である bleb のみの clipping 後 (proximal M2 も partial clipping?), 脳損傷と脳血管レン縮による脳血流減少により、自然血栓化を生じたものと考えられた。

13 多彩な血管病変を伴った正常圧水頭症の1例

森 修一・吉川 成一・齊藤 有庸
遠藤 浩志・早野 信也

水戸済生会総合病院脳神経外科

水頭症発生の原因には、クモ膜の癒着や炎症性変化もあることが報告されている。今回、多彩な血管病変を伴った正常圧水頭症の1例を経験し、その原因が basal arachnoiditis と考えられたので報告する。

症例は50歳女性。既往歴、家族歴に特記事項なし。

数年前から歩行障害 (spastic gait) が出現。平成16年3月当院神経内科を受診。検査で水頭症を指摘され、当科を紹介受診。歩行障害・排尿障害・記名力低下を認めた。MRI では、全脳室系の拡大と suprasellar - ambient cistern など basal cistern が造影されていた。さらなる検査を予定したが drop out。

平成17年3月14日めまい・嘔吐をきたし救急

入院。CT では右側頭葉内に脳出血があり、脳室系の拡大はやや進行していた。脳血管撮影では、Rt. Tentorial artery distal aneurysm, Lt. A1 stenosis, VA - BA 系に multiple stenosis などの多発性血管性病変を認めた。末梢性動脈瘤と脳内血腫を摘出し、肥厚したクモ膜も切除し病理組織学的検査を行ったところ、クモ膜には炎症性細胞の浸潤や硝子変性を認め、クモ膜炎の所見であった。その後 V - P shunt を施行、症状は徐々に改善、ADL は自立し退院した。

本例における水頭症や多発性血管病変の原因は脳底クモ膜炎と考えられる。文献的には、髄膜炎・クモ膜下出血・Neurocysticercosis・サルコイドーシスなどの疾患が脳底クモ膜炎の基礎疾患として報告されているが、本例においては現在までのところ、基礎疾患は不明である。今後、新たな脳血管障害発生の可能性もあるため、きめ細やかな経過観察が必要と考えている。

14 小児脳膿瘍の1例

平石 哲也・川口 正・小林 勉
富川 勝

長岡赤十字病院脳神経外科

【はじめに】

小児脳膿瘍は、中耳炎・副鼻腔炎といった耳鼻科的疾患、先天性心疾患を基礎疾患として有することが多く、高率に神経学的後遺症を合併し予後不良の疾患として知られる。今回、脳膿瘍を発症した小児の症例を経験したので報告する。

【症例】

14歳女児、2005年1月24日より頭痛、微熱が出現し26日より頭痛・嘔吐出現したため近医内科受診。1月28日当院小児科へ紹介入院。細胞数838/3 (単核球441, 糖68, 蛋白108), 無菌性髄膜炎の診断で経過観察されていた。2月4日早朝より意識障害が出現し、頭部CTで前頭葉に腫瘍性病変を疑われ、当科に紹介。意識レベルはJCS10~30で左軽度麻痺を認めた。造影CTで右前頭葉底面に著明な edema を伴った大小2つの ring enhancement, mass を認めた。脳膿瘍または

神経膠腫の診断にて、進行性の意識障害と頭蓋内圧亢進を認めるため減圧開頭および定位的ドレナージ術を施行した。術後経過は良好であった。術前の Bone window CT を検討すると左眼窩内側壁より篩骨洞を經由して右前頭葉下面に刺さっている異物を確認。5歳時に友人の箸が振り向きざまに左眼内側に刺さり、1週間腫れたエピソードがあった。残存している箸が脳膿瘍の原因と断定し、摘除および箸の頭蓋内刺入部の再建のため、2月14日腰椎ドレナージ下に眼科医と共同で箸の除去と筋肉・筋膜による頭蓋底再建術を施行した。箸は経眼窩的に抜去できた。抗生剤は8週間投与した。

現在、軽度嗅覚低下を認めるのみで画像上再発は認めていない。

【結語】

頭蓋内異物（プラスチック製箸）により脳膿瘍を生じた小児例を報告した。

小児脳膿瘍では、頭蓋内異物の可能性を念頭に入れ詳細な病歴聴取と画像診断が必要である。

15 注意すべきめまい—下部小脳梗塞例の検討—

黒木 瑞雄

医療法人社団くろきクリニック

小脳梗塞の中でも、後下小脳動脈領域の下部小脳梗塞は、その症状がめまいだけのこともあり、他のめまいを呈する疾患との鑑別が重要となる。今回、下部小脳梗塞18例の臨床的検討を行ったので報告する。

【対象と方法】1998年4月より2005年3月までに、めまいを主訴に当院を受診した患者のうち、MRI検査で下部小脳梗塞と診断した18例を対象とし、その神経所見、MRI所見、症状の経過などの検討を行なった。18例の内訳は男性10例、女性8例で平均年齢は74.4歳であった。

【結果】18例中、脳梗塞の危険因子としては、高血圧が15例に、ラクナ梗塞が7例、高脂血症が7例、糖尿病が3例、心房細動が1例に認められた。また4例は、当院受診前にすでにめまいの治療がなされていたが、小脳梗塞との診断は受けていな

かった。18例全例とも突発するめまいで発症し（回転性5例、非回転性8例、不明6例）、7例に嘔吐症状が、8例に頭痛が随伴した。受診時、注視眼振が3例に、下眼瞼向き眼振が1例に見られた。また体幹失調としての開脚歩行が9例に見られた。受診時の症状がめまいのみで、他の小脳症状が認められなかった症例は4例であった。MRIでは下部小脳梗塞の内側型が16例、外側型との混合型が2例であった。全例保存的治療で順調に経過し、めまい症状は平均7.2日で改善された。

以上から、下部小脳梗塞の予後は良好ではあるが、めまいのみを呈する場合は見逃され易く、注意を要するものと考ええる。

16 笑い発作の外科治療

本間 順平・増田 浩・藤本 礼尚

上野 武彦・福多 真史・亀山 茂樹

国立病院機構西新潟中央病院脳神経外科

【目的】視床下部過誤腫によるてんかん発作に対して定位的高周波熱凝固術を行った5症例の経過と得られた経験について報告する。

【対象と方法】1997年10月から2004年2月までに笑い発作を有する視床下部過誤腫の5例に対して定位的熱凝固術を行った。手術はレクセル定位置脳手術装置を用い、最初の1例のみCTガイド下に、他の4例ではLeksell SurgiPlanを用いてMRIガイド下に標的の選定を行い、直径2mmの凝固針を用いて高周波熱凝固を行った。この内3例に対しては凝固術に先立って定位置脳手術による過誤腫内への深部電極の留置と大脳円蓋部への硬膜下電極留置を行い慢性頭蓋内記録を行った。また、この内2例では過誤腫本体を深部電極より電気刺激して発作の誘発を試みた。

【結果】過誤腫は全てが10mm以下で第3脳室壁を基部に脳室内へ突出し、様々な程度で脚間槽側へ突出していた。手術は1例で凝固中の全身紅潮と多量の発汗を認めた他は特に問題なく施行し得た。3症例で術直後から笑い発作が消失したが、この内2例は共通して術後約1ヶ月間、強直発作が頻発した。結果として5例全てにおいて顕著な