

的頭蓋内異物の治験例を紹介したが、今回は経眼窩的頭蓋内異物症例を経験したので報告する。

【症例・経過】68歳，女性，平成16年10月20日，夕方転倒した原動機付バイクの上に倒れているところを発見された。ハンドルが左目に突き刺さっており，消防レスキュー隊によりハンドル基部を切断の後，ハンドル刺入のまま当院に搬送された。意識レベルはJCS：100，CT上，左眼窩に突き刺さったハンドルは経眼窩的に前頭蓋底から前頭葉を突き抜けて大脳鎌に至り，脳内出血と外傷性くも膜下出血を伴っていた。脳血管撮影では脳主幹動脈には損傷はなかった。検査終了後直ちに全麻下に異物除去，脳内血腫除去，前頭蓋底再建，脳室ドレナージ術を行った。術後は意識レベルJCS：100にて経過したが，翌日のCTでは両側前大脳動脈領域の広範囲な低吸収域を認め，その後電解質異常，播種性血管内症候群，頭蓋内感染症の合併，全身状態の悪化を来し，10日後に死亡した。尚，剖検は得られなかった。

【考察・結論】平時の成人穿通性頭部外傷では，刺入部位は前頭部に次いで眼窩部が多い。その診断は比較的容易であり，治療に関しては手術的な異物除去に異論はない。本症例においても，異物除去，頭蓋底の再建などを一期的に行ったが，最終的には残念な結果に終わった。以前の症例に比べると，脳損傷が強かったためと思われた。

37 急性硬膜外血腫に対する外来緊急穿頭術

刈部 博・小沼 武英・亀山 元信
大友 智

仙台市立病院脳神経外科
同 救命救急センター*

症例は50歳の女性。自営の店内で足を滑らせて転倒し左側頭部を強打して受傷。数分間の意識清明期を経て，急速に進行する意識障害と右片麻痺のため受傷30分後に来院。来院時，JCS＝100，GCS＝8（E1V2M5），右完全片麻痺，全失語であったが，瞳孔左右同大，対光反射は両側とも保たれていた。頭部CTで左テント上急性硬膜外血腫を認めた。頭部CT施行中にも意識障害は進行し，

JCS＝200，GCS＝6（E1V1M4）となり，左瞳孔散大，左対光反射消失したため，外来にて緊急穿頭術を施行，硬膜外血腫を部分吸引除去した。穿頭術直後からJCS＝100，GCS＝8（E1V2M5）に回復，引き続き全麻下に開頭血腫除去術を施行した。術後経過は良好で，第8病日神経学的脱落症状なく退院した。急性硬膜外血腫に対する外来緊急穿頭術は，簡便かつ短時間に迅速な頭蓋内圧減圧効果が期待できるという長所を有する。一方で，しばしば血腫が凝固しており穿頭孔から吸引除去できる血腫量に限界があること，出血点に対する止血操作ができないこと，などの短所をも有する。以上の点を踏まえ，外来緊急穿頭術を施行した急性硬膜外血腫自験5例をレビューし，開頭術を前提とした緊急非難的処置としての，外来における緊急穿頭術の有用性について考察する

38 48年間に3度の髄膜炎を繰り返した外傷性髄液鼻漏の1例

富田 隆浩・沼上 佳寛・村上 謙介
岩崎 真樹・西島美知春・太田 修司*
青森県立中央病院脳神経外科
同 耳鼻咽喉科*

症例は50歳，男性。2歳の時の顔面の穿通性損傷（はしを上顎から眼窩方向に向けて突き刺した）と，3度の髄膜炎の既往があった（12歳，26歳，37歳）。3度の髄膜炎の前後には，しばらく鼻汁を認めが，髄液鼻漏とは認識されず，抗生物質での治療で対処されてきた。今回は，平成16年9月20日より鼻汁があり，感冒と考え，近医内科や耳鼻咽喉科での加療を受けたが改善せず経過した。その後，当院耳鼻咽喉科を受診し，髄液鼻漏と診断された。頭部から副鼻腔にかけてのthin slice CTでは，篩骨篩板の欠損が指摘された。内視鏡では，頭蓋内容物が，骨欠損部から篩骨洞内へ落ち込んでいることが観察され，ここより髄液が漏れていることが判明した。おそらく，2歳時の外傷で骨欠損部位が形成され，約50年間にわたり，髄液鼻漏と感染を繰り返してきたと考えられた。欠損部が大きく，頭蓋内容物が副鼻腔へ落ちこん

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