

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嘔声が出現。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、および軽度の嘔声を認めた。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