

精神機能障害(痴呆)。

腫瘍摘出度は、鞍結節部例で視神経や前交通動脈に強く癒着した部分を残したため Simpson grade 3 となった他は grade 1-2 であった。術後の経過観察は7から35カ月(平均18.3カ月)で、全例が症状改善し ADL は自立しており良好な状態であった。

良好な結果が得られた要因としては、画像上脳浮腫の速やかな軽減や消失がみられ循環器疾患や肺炎などの術後合併症がなかったことにより、術後早期に離床できたことがあげられる。

以上の結果から、高齢者髄膜腫に対しても積極的な治療を選択しても良かろうと考えるが、頭蓋底部など摘出困難な部位の症例はなく今後も症例の集積が必要である。

また、比較的まれな Microcystic meningioma の手術所見についてビデオで供覧する。

7 敗血症に併発した重症脳脊髄膜炎の1例

小田 温・小出 章(村上総合病院)
佐野 克弘・原田 敦子(脳神経外科)

症例は51歳の男性で当地に単身赴任中であった。発熱、関節痛、咽頭痛など感冒症状を訴え、会社を無断欠勤するようになり、自室で動けなくなっているところを発見された。近医で点滴を受けていたが、徐々に意識レベルの低下を来し当科に紹介となった。搬入時は傾眠、不穏状態で、明らかな神経脱落症状は認めなかった。頭部 CT では異常はなく、髄液所見から細菌性髄膜炎と診断した。また血液検査にて既に白血球減少、DIC を来しており、全身状態も極めて重篤であった。入院後は急速に病状は進行し、第3病日には深昏睡、除脳硬直となり、呼吸管理も必要とした。急性腎不全も合併し、人工透析も施行した。血液と髄液から肺炎球菌が検出されたため、アンピシリンの髄注とカルバペネムの全身投与を行ったところ第10病日には意識は1桁のレベルに快復し、上肢には自動運動も認められたが、対麻痺を呈した。頭部 MRI では右頭頂葉に脳炎を疑わせる小病変を認めるのみであったため、第21病日に脊髄 MRI を

施行したところ下部胸椎～仙椎レベルに出血を伴ったくも膜炎の所見が認められた。その後約3カ月をかけリハビリを施行してきたが、MMT で両上肢は4と良好であるが、右下肢は3、左下肢は1～2と強い対麻痺を残した。また C5 レベル以下の感覚鈍麻、膀胱直腸障害も後遺している。現在までに細菌性髄膜炎に急性脊髄障害を合併した報告は26例しかなく、うち3例が死亡し、生存した23例中20例に対麻痺や膀胱直腸障害を残している。希な合併症であるが、その予後は不良であり注意が必要である。

8 同名暗点を示した後頭骨陥没骨折の1例

新保 義勝(糸魚川総合病院)
脳神経外科
池田 成子(同 眼科)

同名暗点は、後頭葉後極の障害によって示される、中心視野を侵す同名性の視野欠損であり、両眼で欠損の形が似る特性を持つ(相似性 congruity)。機序は一次視覚領の解剖学的構築によっている。即ち、網膜中心窩は最も後極に投射し、同心円状に周辺網膜に行くに従い鳥距溝の前方に投射する。また網膜下方の繊維は鳥距溝の下側に、上方は上側に入力される。

症例は58才男性、船上作業中、クレーンのワイヤーがはずれ、フックが後頭部を直撃した。意識清明にて保存的に加療した。頭蓋レ線と CT では Lambda 中心に陥没骨折がみられたが、低吸収域の出現はみられなかった。視野の中心部がぼやける、との訴えにより、Goldmann 視野を測定したところ、左右で相似性を示す、下方5～20度の広がりをもつ楕円形の V/4 欠損(絶対暗点)がみられた。MRI では、鳥距溝の上方、楔部の後面の皮質・白質に両側性に小さな脳挫傷が示された。これにより、下方の中心視野内に暗点が生じたものと考えられた。

同名暗点は後頭葉病変で示される同名半盲と異なり、ごく稀にみられるものである。現在まで、脳挫傷、血管障害、後頭極の髄膜腫により、引き起こされることが報告されている。両側性の広い同名

暗点は視機能の高度な障害を示すので、後頭極の障害が疑われる症例では、同名暗点を念頭に置き、視野測定を施行すべきである。

9 Cortical deafness の一例

青木 悟・斎藤 隆史
倉島 昭彦・遠藤 浩志 (長野赤十字病院)
梨本 岳雄 (脳神経外科)
村上 博淳 (新潟大学脳研究所)
(脳神経外科)

両側大脳病変による両側性の重篤で永続する聴力障害を呈した一例を経験したので報告する。

患者は72歳、女性。60歳の時に右被殻出血の既往があるが、その後は聴力障害なし、ADLにも問題なく一人暮らしをしていた。今回は右片麻痺、言語障害で発症、このときより両側の重篤な聴力障害を自覚した。頭部CT、MRIでは左被殻出血と右被殻出血後変化を認めた。BAEPではI～VI波までは正常であったがVII波は潜時がやや延長、audiogramでは全音域で気導、骨導ともscale outであった。標準失語症検査では読む、話す、の項目は比較的保たれていた。患者は日常生活では時折ドアが閉まる音などに反応することがあるが、その他は言語も環境音もほとんど聞き取れない状態であり、その後2年経過した現在でも同様の状態が継続している。

聴覚刺激は蝸牛神経核から複雑な交差を繰り返しながら脳幹を上行、対側優位に内側膝状体に達し、ここから auditory radiation を形成して一次聴覚皮質である Heschl's gyrus や聴覚関連皮質である Sylvian fissure の upper bank, superior temporal gyrus などに投射すると考えられる。Auditory radiation は被殻の後腹側に接するように走行、一部は被殻後腹側を貫通して走行していると考えられ、本症例は2回の出血によりこれらの線維が両側性にほとんど全て障害されたために重篤で永続的な聴力障害が出現したものと考えられた。

10 頸部ジストニアに対する外科治療

師田 信人・亀山 茂樹 (国立療養所西新潟中央病院てんかん・機能脳神経外科)
増田 浩・大石 誠

神経根機能マッピングに基づいた頸部ジストニアに対する外科治療成績について検討した。

【対象及び手術手技】国立療養所西新潟中央病院にて1999年12月以降手術した頸部ジストニア患者6名(男性2名、女性4名、年齢30-51才)を対象とした。責任筋群の同定はdynamic EEG上の異常筋収縮の有無の他にもmuscle pinch sign, MAB (muscle afferent block)の結果を斜頸の方向とも合わせて総合的に評価・判断して決定した。手術はBartrand変法手術を基本とし、必要に応じて末梢での神経遮断術を追加した。具体的には、後頸筋群に対してはC1, C2前根切断, C3-C6脊髄神経後枝遮断術を、胸鎖乳突筋に対しては異常後頸筋群と同側であれば硬膜内での選択的副神経胸鎖乳突筋枝切断を、対側であれば末梢での神経遮断術及び筋切離術を施行した。硬膜内操作による神経根細枝切断に際しては神経生理学的に各神経根細系の支配領域を決定し、責任筋群を支配しているもののみを切断した。初回手術は主に後頸筋群と胸鎖乳突筋の除神経を行い、術後の状態を評価して必要に応じて残存する異常筋群の手術を追加した。前頸筋群(肩甲挙筋、前斜角筋など)の除神経術は1例に施行した。

【結果】6名に対する10回の各種除神経術、及び術後半年後に再発した1名に対する対側後頸筋群の除神経術、計11回の手術を行った。以前にボツリヌス治療を受けたことのある2名では責任筋群の同定は容易でなかった。手術による重篤な合併症(頭部下垂、上肢挙上障害、嚥下・構語障害など)は経験していない。術後経過は2名で完全消失、4名で若干の残存を認めるものの日常生活上の障害は大幅に改善を認めた。尚、重度人格障害を合併している1名では精神疾患との関係で症状が動揺するため外来で経頭蓋磁気刺激療法を継続している。

【まとめ】難治性頸部ジストニアに対する神経根機能マッピングに基づいたBertrand変法手術