

A-34) 海馬外病変を伴う側頭葉てんかんの外科治療

橋詰 清隆・高野 勝信
石崎 賢一・中井 啓文 (旭川医科大学)
田中 達也 (脳神経外科)

海馬以外に側頭葉内病変を認める側頭葉てんかん患者の外科治療を考える上で、“dual pathology”の問題がある。我々の経験した代表例を提示して、このような症例の治療方針について論じる。症例1は9歳男児。3歳より発作が出現し、脳波では左側頭葉に発作波が頻発していた。MRIでは左側頭葉後部に皮質形成異常を認め、発作時SPECTで病変部の高灌流域が認められた。病変切除と軟膜下皮質切開を行なったが、術後3ヶ月目から発作が再発した。左前側頭葉切除と海馬部分切除を追加することで発作は消失した。症例2は19歳男性。17歳より複雑部分発作が出現するようになり、MRIで右側頭葉後部に海綿状血管腫を認めた。脳波では右側頭葉または右蝶形骨電極から発作が始まっていた。病変部及び周辺皮質の切除、右前側頭葉切除および海馬部分切除を行ない、発作は完全に消失した。このような側頭葉てんかん患者では、術前に側頭葉内側のてんかん原性が認められるならば、病変と海馬を同時に切除することを考慮すべきである。

A-35) 後頭部打撲により対側損傷にて生じた前頭部急性硬膜外血腫の1例

本橋 蔵・清水 宏明 (広南病院)
富永 悌二・甲州 啓二 (脳神経外科)
吉本 高志 (東北大学脳神経外科)

今回我々は対側損傷により生じた左前頭部急性硬膜外血腫(以下AEH)の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は59才、女性。庭石の上で転倒、後頭部を打撲した。意識消失はなかった。来院時、意識清明、めまい、吐き気を自覚するも、神経学的異常は認めなかった。頭部Xpにて打撲部に一致する線状骨折、頭部CTでは左前頭部にAEHを認めた。左前頭部の骨折はみられなかった。経時的に神経所見の増悪、血腫の増大を認めず保存的に加療した。受傷19日、元気に自宅退院した。AEHは打撲部位と同側に骨折線を伴ってみられることが多い。開頭術後に術野と無関係にAEHが生じることも報告されているが、これらは髄液排出による急激な

頭蓋内圧の低下が関係するとされる。本例では後頭部打撲による頭蓋前頭部の歪みとsuction distortion, cavitationによる硬膜の剥離及びそれに伴う硬膜血管の破綻からAEHが生じたものと思われた。

A-36) 受傷3時間後に急激に増大した後頭蓋窩硬膜外血腫の一例

林 俊哲・上井 英之
今泉 茂樹・亀山 元信 (仙台市立病院)
小沼 武英 (脳神経外科)

症例は63才女性。凍結したコンクリート地面に足を取られ仰向けに転倒し後頭部を打撲した。受傷時意識消失はなく、直後よりめまい感および嘔吐がみられた。受傷1時間後の当科救急外来受診時は意識清明で神経学的に特記所見は認めず、頭部単純写真、頭部CT上も異常は認めなかった。嘔吐が続くため、臥床安静として対症的に経過を観察していたところ来院2時間後、嘔吐直後に突然意識JCS200, GCS5(E1V1M3)となり、左片麻痺を認めた。緊急に頭部CTを施行したところ右頭頂葉から後頭蓋窩にかけて最大径6cm、厚さ4cmの急性硬膜外血腫を認め、直ちに緊急開頭血腫除去術を行った。出血点は横静脈洞であった。術後経過は順調で術後3週の時点で意識は清明で歩行可能である。後頭蓋窩急性硬膜外血腫は比較的稀であるが、急激な意識障害を来し生命に関わることがある。当科で経験した後頭蓋窩急性硬膜外血腫21例の結果を含め報告する。

A-37) 上位頸椎に生じた外傷性硬膜下血腫の1例

石島 俊祐・飯田 隆昭
高田 久・飯塚 秀明 (金沢医科大学)
角家 暁 (脳神経外科)

後頭骨骨折に伴って上位頸椎に生じた急性硬膜下血腫の1例を経験したので報告する。症例は62歳女性、約1mの高さより転落、後頭部を強打し緊急搬送された。搬入時のGCSは14(E4, V4, M6)、回転性のめまいと強い後頸部痛を訴えた。呼吸は正常で、脳神経系に異常なく、運動知覚障害もなかった。頭蓋単純写真で後頭骨右側に線状骨折を認めた。頸椎単純写真では不安定性なく軟部組織の腫脹もなかった。頭頸部のCTscanでは、大孔部からC3椎体レベルにかけて延髄～頸髄背側に血腫を認めた。椎骨動脈撮影では異常なく、外傷による血腫と診断し手術を行った。後頭下開頭と環椎後