

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

弓切除を行うと、硬膜外腔の血腫はわずかで、硬膜下腔に延髄および上位頸髄を強く圧迫する血腫を認めた。大孔部近傍の骨折直下に硬膜の断裂があり、硬膜外静脈叢からの出血もみられ、この硬膜断裂部から硬膜下腔に出血が進展したものと推測された。術後、症状は改善し神経脱落症状なく退院した。

A-38) 外傷性浅側頭動脈瘤の1例

小田 温・妻沼 到 (新潟県立新発田病院)
秋山 克彦・田村 哲郎 (脳神経外科)

症例は16歳男性。ピッチャーをしていて、打球(硬式球)がライナーで右側頭部を直撃した。直後から右聴力が低下したため当院の救急外来を受診したが、頭部CTでは右側頭部に厚い皮下血腫を認めたのみであった。以後外傷性鼓膜穿孔の診断で当院耳鼻科にて通院加療していた。受傷から8週間後、耳鼻科医が右耳介前上方に1cm程の腫瘤があることに気づき試験穿刺したところ動脈性出血が認められたため当科に紹介となった。神経学的には異常なし。腫瘤は柔らかく拍動性で、用手圧迫で消失した。また近位の浅側頭動脈を圧迫してもその拍動は消失した。血管雑音は聴取されなかった。2カ月ほど様子を見たが腫瘤の大きさに変化はなく、自然治癒は期待できないと考え、外頸動脈写にて動脈瘤を確認した後、局所麻酔下で流入動脈と流出動脈を結紮、切離し動脈瘤を en bloc に摘出した。組織学的には内弾性板の断裂が認められ、偽性動脈瘤と判断した。

A-39) 外傷性浅側頭動脈瘤の2例

廣瀬 敏士・新井 良和 (公立小浜病院)
久保田紀彦 (福井医科大学 脳神経外科)

(症例1) 9才男性。平成10年3月7日、転倒し、左前額部を強打した。意識消失や麻痺など認めなかったが、皮下血腫著明。表皮にも軽度挫創認めたが、冷却後、放置していた。3週間後、頭皮下腫瘤は縮小したものの消失せず、当科受診した。3×3×2cmの腫瘤で、fluid content を容するが、極めて tight で表皮の変色を伴っていた。明らかな pulsation や bruit は認めなかった。直接穿刺すると、clot を混じた動脈血が吸引された。3月30日、全身麻酔下で浅側頭動脈造影。腫瘤が偽性動脈瘤であることを確認し、摘出した。

(症例2) 66才男性。平成10年10月上旬、転倒し、右前額部受傷。直径1.5cmの拍動性腫瘤の残存と同部位の痛みを訴えて、11月9日当科受診。MRIにて腫瘤内 intensity の不均一を認めた。浅側頭動脈造影で、動脈瘤を確認し、外来で摘出した。外傷性浅側頭動脈瘤は比較的確な疾患と思われる。文献の考察を加えて報告する。

A-40) 外傷性頸部内頸動脈閉塞症の2例

白崎 直樹・能崎 純一 (公立加賀中央病院 脳神経外科)
石井 久雅・久保田紀彦 (福井医科大学 脳神経外科)

第1例は42歳男性、H10/8/8午後1時頃、海で飛び込んだ際に頭頂部を岩にぶつけ近医にて縫合処置を受けた。同日夜になり吐き気があり受診したがCTで異常なかった。8/10朝、右不全片麻痺と構音障害が出現し入院。8/28血管撮影にて左内頸動脈の閉塞を認め、保存的に治療し軽快した。第2例は36歳女性。H10/10/30午後2時頃自動車の衝突事故にて受傷。来院時、意識清明にて四肢麻痺もないが、受傷後の数分の amnesia があり後頭部痛と左頸部痛を訴えるため観察入院とした。翌日の午前2時まで自分でトイレに行け異常なかったが、10/31の朝6時30分に右片麻痺、失語症を呈しているのを発見された。緊急にて血管撮影を施行し左内頸動脈の完全閉塞を認めた。血栓溶解をおこなったが剥離した内膜の flap が再度内頸動脈の閉塞をきたすため、ステントを用いて血管形成を行った。術後4週目の血管撮影で動脈瘤の形成、壁不整を認めなかった。

A-41) 外傷性椎骨動脈損傷による小脳梗塞の2例

吉田 昌弘・大庭 正敏 (古川市立病院 脳神経外科)

頭頸部外傷に起因する椎骨動脈(VA)損傷に続発した小脳梗塞の2例を報告する。【症例】1例目は29歳男性。首の関節を捻転して“こきっ”と鳴らした途端にめまいが出現した。1週間後にも同様の行為のあとめまいが出現、耳鼻科を経て当科紹介。来院時CTでlt. SCA領域の梗塞を認め、DSAで右頸部VA(第3および4頸椎レベル)に内膜剥離を思わせる所見を認めた。心疾患、凝固異常などの塞栓症の原因は認めなかった。抗血小板療法と頸部安静で再発なく、6カ月後のDSA