

行ったので報告する。

患者は39歳、女性。主訴は頭痛、嘔気。家族歴、既往歴に特記すべきことなし。平成10年8月頃より時々頭痛が出現するようになった。9月19日と9月24日に頭痛が強く、近医を受診。10月1日頭痛、嘔気が増強したので、自分で救急車を呼んだ。近医で頭部CTを施行され、著明な水頭症が認められたため、同日当科を紹介された。入院時意識レベルはI-2で、focal signはなかった。深部腱反射は亢進し、Babinski反射は両側陽性であった。CT、MRIでは両側側脳室の拡大と右視床にmass lesionの所見を認めた。10月5日左VP-shuntを施行し、術後意識は清明となった。脳血管撮影では腫瘍陰影は認められなかった。10月27日 anterior transcallosal approachで腫瘍摘出術を行った。腫瘍は柔らかく、CUSAが有用であった。組織診断はglioblastomaであった。11月7日低脳圧症状を改善するため、shunt tubeを前胸部で結紮し、11月9日よりIAR療法を開始している。

7) Linac Radiosurgery の初期治療経験

北沢	智二	・玉谷	真一	
大石	誠	・齋藤	有庸	(長岡赤十字病院)
外山	宇			(脳神経外科)
伊藤	猛			(同放射線科)

昨年県内初のガンマナイフが北日本脳神経外科病院に開設されたのに引き続き、本年4月ライナックサージェリーの保険適応が認められるとともに当院においても治療が開始された。駒井式定位的頭部固定装置と三菱製ラジオサージェリーシステムによる治療の実際をビデオで供覧する。局所麻酔下に頭部にフレームを4点固定。この際フレームが病巣に重ならないように、また病巣がプレートの範囲に入るようにフレームの位置を決める必要がある。CTを撮影しデータをコンピューターへ転送して線量計画を立てる。腫瘍の大きさ、形状に応じて、10、20、30mmのコリメーターを使い分け、また場合によっては複数のアイソセンターを設置する。周辺組織への影響を考慮し、特に視神経へは8Gy以下になるよう、中心24Gy、80%周辺20Gy以下とする。ガントリーを100～140度回転させ6～8arcにて照射を行う。照射時間は約15～20分。照射終了後フレームをはずして治療終了となる。ライナックサージェリーはガンマナイフに比べ、精度の面で若干劣るものの、治療効果が十分匹敵するうえ経済的メリットが大きいため広く

採用されてきている。当院においては、平成10年4～12月18脳腫瘍例(転移9、小脳橋角部4、髄膜腫4、下垂体1)に施行した。早期の副作用は認めず、効果については早期縮小例もあったが腫瘍の一時的腫大、脳浮腫増強例もあり注意を要する。今後も症例数を重ね追跡しデータをまとめてゆきたい。

8) 複合する先天奇形を合併した難治性てんかんの1例

福多	真史	・亀山	茂樹	(国立療養所西新潟中)
富川	勝	・山下	慎也	(央病院 脳神経外科)
和知	学	・笹川	睦男	(同)
金澤	治			(てんかんセンター)
川口	正	・田中	隆一	(新潟大学)
				(脳神経外科)
藤井	幸彦	・中田	力	(同)
				(脳機能解析センター)

異所性灰白質(periventricular nodular heterotopia: 以下PNHと略す)は、胎生7週から16週にかけて神経細胞が脳室周辺のgerminal matrix layerから表層へ移動していく過程で生じる神経細胞移動障害の一つである。今回左側脳室三角部周辺にPNHを合併した難治性てんかんの手術例を経験したので報告する。症例は46歳男性。18歳時に白黒のネコが右眼前に見えてそれを追うように眼球、頭部が右に偏位してその後全身けいれんに至る発作が出現。抗けいれん剤の投与で発作頻度は減少したが、35歳頃より、発作頻度が月に1～6回と増加したため手術目的で当院入院した。発作型は35歳頃より、明らかな前兆なく、突然会話が停止し、咳払いをした後に自動症に移行するという複雑部分発作に変容した。入院時神経脱落症状はなく、高次脳機能検査も正常。利き手は両側で、アミタールテストの結果は言語、記憶機能ともに両側性であった。MRIでは脳梁膨大部の欠損を伴う脳梁形成不全、左側脳室三角部周囲から皮質下にかけてのPNH、および左頭頂葉に裂脳症が認められたが、両側海馬に萎縮、硬化像の所見はなかった。発作間欠時脳波では両側側頭葉に棘波が認められ、発作時SPECTでPNHがやや高濃流になった。PNH内部に深部電極を2本、左頭頂後頭葉と左側頭葉内側部に硬膜下電極を留置してビデオ脳波モニタリングを行ったところ、左側頭葉内側部に発作起始部が確認された。また同部を電気刺激したところ、発作が誘発された。これらの所見より、左側頭葉内側部をてんかん原性と考え、一旦硬膜下電極を抜去した後に左前側頭葉切除術および扁桃核海馬切除術を施行した。術後合併症はなく、7カ

月を経過している現在発作は消失したままである。PNH 自体がてんかん原性かどうかは文献的に様々な報告があり、PNH を合併した例に対するてんかん外科においては硬膜下電極留置による発作起始部の同定が重要であると思われた。

9) 髄膜炎を繰り返した特発性髄液鼻漏の1手術例

土田 正・西山 健一
久保田鉄也・増田 浩 (県立中央病院)
川崎 浩一 (脳神経外科)

4年前から水様の鼻漏が出没、化膿性髄膜炎を発症、諸検査にて篩板部に骨欠損を認め、経頭蓋的に修復術を行ない、治癒した成人例を経験したので、手術法を主にビデオにて報告する。

症例は68歳男性。4年前に右側の水様鼻漏あり、耳鼻科、脳神経外科にて入院検査を受けたが、髄液漏の確診がつかず、また鼻漏も自然に停止した。平成9年9月20日高熱と、全身痙攣発作あり、緊急入院。JCS 20点、CRP 22.3と高値で、Spinal tap では脊髄液は白色、混濁した米のとぎ汁様を呈し、C. C.: 5632/3で、大部分顆粒球であった。化膿性髄膜炎として、直ちに抗生物質を投与した。髄膜炎の消褪後、頭蓋断層撮影にて前頭蓋底の篩板部に骨欠損部を確認した。また RI-cisternography と平行して鼻腔内綿栓の RI を count し、明らかな髄液鼻漏の確診を得た。

1カ月後の10月28日経頭蓋的修復術を施行した。両側前頭開頭を行ない、前頭蓋底を観察したところ、右篩板部に欠損孔を認め、そこに嗅神経が陥入していた。既に数年来嗅覚は脱失していたので、同神経を切離し、瘻孔を硬膜内から遊離筋肉片を用いて修復した。術後全く鼻漏は消失し、1年1カ月の現在、元気に日常生活を送っている。

本例は、Trans-ethmoidal encephalocele の一種と考えられ、64歳で髄液鼻漏を発症し、髄膜炎を契機に確定診断が得られた希な1例と思われ、報告した。

10) 髄膜炎をくり返した成人 Ethmoidal Encephalocele の1例

森 修一・土屋 尚人
長谷川 顕士・中島 拓
早野 信也・曾我 洋二 (水戸済生会総合病院)
関 泰弘 (脳神経外科)

髄膜炎をくり返した成人 Ethmoidal encephalocele の1例を経験した。前頭蓋底脳瘤は、出生 35,000-40,000 に1例で脳瘤の1-10%ときわめてまれな先天奇形であるが、髄膜炎治療上念頭に置くべき疾患であり報告する。

症例は33歳女性。既往歴として生後8カ月で熱性けいれん、1歳頃に鼻腔を箸で損傷し鼻漏をきたしたが、髄膜炎などの合併はなかった。昭和62年意識消失発作、Epilepsy の診断で当科外来通院中であつた。

平成9年10月頭痛・発熱出現、髄液検査で cell count 349/3 (M: 270, P: 79) ウイルス性髄膜炎と診断、対症療法を行った。MRI では副鼻腔に軽度の炎症性変化を認めたが、encephalocele の診断には至らなかった。

平成10年2月発熱・頭痛・けいれん発作出現、lumbar puncture で髄液は白色に混濁し cell count 11408/3 (P: 9968) と細菌性髄膜炎であつた。培養で Streptococcus pneumoniae が検出され、抗生剤とガンマグロブリン製剤の投与により髄膜炎は比較的速やかに治癒した。その後水様性鼻漏が出現するようになった。MRI を再検し、coronal, sagittal view で encephalocele が明瞭に描出され、Lt. transethmoidal encephalocele と診断した。炎症所見が完全に陰性化した1カ月後に根治治療を行った。手術は、腰椎ドレナージを留置し、大腿筋膜を採取後に、両側前頭開頭にて行った。術中所見では、左嗅神経や篩板は存在せず、前頭蓋底に 8×5 mm 大の skull defect があり、前頭葉底部の脳の一部がここより鼻腔内に陥入していた。脳瘤を切除し欠損部を大腿筋膜とフィブリングルで補填した。術後経過は良好である。

Transethmoidal encephalocele は、まれではあるが特発性髄液鼻漏の原因となる疾患であり、成人の髄膜炎治療においても留意すべき病態である。またその診断においては、MRI とくに coronal・sagittal view が有用である。