

A-25) 硬膜輪近傍内頸動脈瘤の治療

—術中脳血管撮影, 神経内視鏡の有用性—

近藤 礼・土谷 大輔 (山形大学医学部)
 川上 圭太・黒木 亮 (脳神経外科)
 金城 利彦・嘉山 孝正 (山形済生病院)
 (脳神経外科)

当科にて根治手術を施行した硬膜輪近傍内頸動脈瘤の治療成績につき検討し内視鏡, 術中脳血管撮影の有用性につき報告する. 最近4年間に前床突起の削除を要した内頸動脈瘤症例は6例で年齢は49-62歳, 脳動脈瘤の大きさは5-27mmであった. 巨大脳動脈瘤の1例がくも膜下出血例であったが, 他は未破裂例であった. 手術は原則として頸部内頸動脈を確保後開頭を行った. 4例にDolencの方法を用い, 2例は硬膜内より前床突起を削除した. 必要に応じて神経内視鏡, 術中脳血管撮影を使用した. 全例でclippingを施行し得, 手術結果は全例Good Recoveryであった.

本部位の動脈瘤では多くの場合, encircled clipを用いる必要があるが, clip bladeが柄部近位側を越えているか否かの確認には内視鏡が有用であった. また, 巨大脳動脈瘤の際には視診, 動脈瘤穿刺などによる確認では不十分な場合があり術中脳血管撮影が有用であった.

A-26) 2-3mm前後の未破裂脳動脈瘤の手術について

小助川 治・石黒 雅敬 (旭川脳神経外科)
 稲葉 憲一 (病院)
 小野健一郎 (第2後方支援連隊衛生隊)

[目的] 2-3mm前後の動脈瘤はMRA, 3D-CTAの精度が向上し外来診療において発見される頻度が高まっている. その手術症例より①2-3mm前後脳動脈瘤の画像診断のpit fall, ②手術所見よりその手術適応について検討する.

[対象及び方法] 1997年1月1日-同年12月31日の未破裂脳動脈瘤手術71例を検討した. 2-3mm前後の動脈瘤は12例あり全体の17%. 35歳-73歳の年齢で平均61歳であった. [結果] 画像診断について: MRAが最も診断に有力であった. 分岐部の屈曲や拡張と見間違えられやすいが特徴的な所見を有するため鑑別可能である. 手術について: blebを有したり血流が透見できたりと破裂しやすい要素をあわせ持つ例が少なからず認められた. 全例にネッククリッピング術ができた. surgical

mobidity, mortalityは0%であった.

[考察] 2-3mmの動脈瘤は手術所見より5mm以上の動脈瘤と外観上同じ特徴を有するものが多く認められた. インフォームドコンセントや年齢を考慮し患者が希望すれば積極的治療すべきと思われた. 2-3mmの動脈瘤の確実な診断はその自然歴の研究においても重要.

A-27) Big aneurysmの手術

西野 晶子・荒井 啓晶 (国立仙台病院脳卒中センター)
 上之原広司・鈴木 晋介 (脳神経外科)
 桜井 芳明

Big aneurysm (AN) 手術の留意点やpitfallについては, 多くの報告があるものの, 今日において, 一人の脳外科医が遭遇する機会はそれほど多くは無いと思われる.

今回, 演者が経験したIC big ANの2例について報告する. 症例1 66才女性, H9 4月16日突然の意識障害にて当科入院, CTにてSAH (Fisher group 3), H & K grade IV, 脳血管写にて左IC big AN (1.8x1.7x1.5cm)を認めた. 4月17日, 左前頭側頭開頭を施行. AN neckの剥離後, ICを一時遮断し, neck clippingを試みたところ, neckからruptureした. 3個のring clipにて血管形成的にAN clippingを施行したが, ICの狭窄を残した. 術後, 左半球の広範な梗塞巣が出現, 9月30日, 右片麻痺, 全失語の状態にて退院した. 症例2 68才男性, H9 7月8日突然の激頭痛にて当科入院, CTにてSAH (Fisher group 3), H & K grade 2, 脳血管写にて右Big AN (2x1.5x1.6cm)を認めた. 7月10日, 右前頭側頭開頭施行, AN neckからtip付近まで剥離後, 頸部頸動脈を一時遮断, ANをpunctureし, slackさせた後clippingを行った. 8月21日, 右動眼神経麻痺以外には問題なく退院, 12月にはそれも消失した. 以上2例の手術をビデオにて供覧し, 相違点を考察する.

A-28) 出血源不明のクモ膜下出血の手術方法

畑中 光昭・藤井 康伸 (十和田市立中央病院脳神経外科)
 中野 高広

術前に出血源の診断出来なかったSAHはCTで局在が予想出来る例は急性期の試験開頭を試みる人もあろうが, 局在が不明瞭な場合, 急性期手術か待機手術か, 手術するかどうか迷う. 我々はSAHのgradeが高い

場合は rerupture の可能性が高いため、試験開頭術を行っている。方法は両側の sylvius 裂がかろうじて露出される程度の大きさの両側前頭開頭を行い、falx を落として入る。これで、Willis's ring 前半部は全て確認出来る。BA top, BA-SCA の確認を含める場合は temporal portion の開頭を後下方に拡げて、temporal lobe の露出を大きくして入ると確認できる。症例提示を含めて、VTR で発表したい。

A-29) 一次知覚野及び近傍起源の難治てんかん — 2 手術例の報告 —

大槻 泰介・伊藤 健司 (国立療養所宮城
病院脳神経外科)
浅野 英司・社本 博 (東北大学
脳神経外科)
吉本 高志

一次知覚野及び近傍に起始する難治てんかん 2 手術症例を経験したので報告する。

(症例 1) 14 歳女児、6 歳で発症、11 歳より連日左手の知覚発作と月数回の二次性全般けいれんがあり、MRI 上右後中心回の一部増強効果を伴う T1 低信号域を認めた。神経学的には正常で、硬膜下電極留置下に発作時脳波記録を行ったところ、手の領域に一致する一次知覚野からの発作起始を認めた。手術では病巣摘出と周囲皮質の MST を行い、知覚障害なく術後 1 年 3 カ月間発作は完全に消失している。

(症例 2) 12 歳女児、11 歳より週数回の左上肢の重苦感に始まるけいれん発作で発症、MRI 上、後中心溝近傍に微小嚢胞様の T1 低信号域あり。神経学的には正常で、硬膜下電極留置下での発作時脳波記録で、一次知覚野後方の上頭頂小葉からの発作起始を認めた。手術では病巣を含む皮質切除を行い、知覚障害なく術後発作は完全に消失した。両症例とも組織学的には DNT と診断された。

A-30) 手術支援装置を用いた皮質形成異常の手術

橋詰 清隆・國本 雅之
前田 高宏・程塚 明 (旭川医科大学)
田中 達也 (脳神経外科)

皮質形成異常に伴う難治性てんかんの 2 手術例を報告する。

症例 1 は 9 歳の男児で左側頭葉後部の小さな限局性皮質形成異常を伴う複雑部分発作が頻発していた。MRI 上で病変部は描出されたが、術中に脳表から病変部を同定

することは困難であった。手術支援装置を用いて同定し、病変およびてんかん原性皮質を切除した。症例 2 は 6 歳の女児で複雑部分発作、全身硬直発作が頻発した。MRI で右後頭葉の schizencephaly を伴う高度な大脳形成異常を認め、異常な皮質様構造が視床、中脳に連続していた。皮質脳波のモニター下に手術支援装置を用いて、肉眼的には境界のわからない皮質様の異常脳構造を視床、脳幹から切除し、周囲のてんかん原性を持つ多小脳回を切除した。2 例とも術後、発作は完全に消失した。

皮質形成異常は、限局した小病変では脳表から肉眼的に部位を同定することはできず、大きな病変であっても深部で正常構造との境界を判別することは困難である。このような病変に対して機能的脳手術を行なう上で、手術支援装置は非常に有用であった。

A-31) 術後に supplementary motor area- syndrome を呈した cortical dysplasia の一例

丸屋 淳・櫻田 香
川上 圭太・赤坂 雅弘
黒木 亮・斎藤伸二郎 (山形大学)
嘉山 孝正 (脳神経外科)

症例は 37 歳の女性。17 歳より右への adversive seizure が出現。抗てんかん剤を多剤内服するも発作は難治性であり、MRI で左上前頭回から中前頭回の皮質下に T2, FLAIR で high signal を示す異常所見を、脳波でも同部位に一致して spike を認めたためプロポフォルを用い覚醒下に摘出術を施行した。組織診断は cortical dysplasia であった。術直後より右上下肢の運動障害、自発発語の障害が出現したが自発発語は術後 2 日目より、運動障害は術後 8 日目より改善し始め、術後 6 週の時点では運動障害はほぼ正常に、発語は言葉の開始が一瞬遅れる他はほぼ正常にまで改善した。また発作は術後一度も出現していない。優位半球補足運動野に存在する腫瘍摘出後などに一過性の運動・言語障害を呈し得ることが知られているが、本例における症状の経過を文献的考察を含め報告する。

A-32) 視床腹側中間核の慢性電気刺激を行った パーキンソン病の 1 例

斎藤伸二郎・加藤 直樹
安藤 肇史・黒木 亮 (山形大学)
嘉山 孝正 (脳神経外科)

近年、不随意運動に対する脳深部刺激が試みられてい