

ビリテーション科へ転科。ADL 部分介助で転院。リハビリテーションを続け、現在、ADL 自立、北日本脳神経外科病院外来通院中である。

2A-25) 後頭骨陥没骨折の1例

箱崎 誠司・中川 仁 (盛岡赤十字病院)
工藤 明・長野 隆行 (脳神経外科)

症例は42才男性。建築現場で作業中、突風で飛ばされた約 15 Kg のベニア板で右後頭部を強打し、約10分間の意識消失あり直ちに当科に搬送された。来院時、意識は清明で嘔気、嘔吐、眩暈を伴うも神経学的脱落症状は認めなかった。頭部単純撮影では後頭骨右側に不整形の骨折線を多数認め、CT では小脳半球に脳挫傷、骨片の陥入を認めた。第5病日に傾眠となり CT にて脳浮腫による第四脳室の偏位を認めたため、骨片の除去、外減圧術を施行した。術後、第四脳室の偏位も改善し、脱落症状なく退院した。

後頭骨、特に後頭蓋窩では周辺が非常に厚い筋・軟部組織に覆われており、陥没骨折が起こりにくいといわれている。また受傷機転としては交通事故、転落が多いとされ、衝撃も強く予後不良となることが多い。今回我々は後頭部を強打し、後頭骨陥没骨折を来した稀な1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

2A-26) 外傷性椎骨動脈閉塞の1例

染矢 滋・村松 直樹 (氷見市民病院)
脳神経外科

外傷性脳血管障害のなかでも椎骨動脈閉塞症はきわめて稀とされている。今回、我々は小脳梗塞にて発症した外傷性椎骨動脈閉塞症を経験したので報告する。症例は43才男性。スキーにて転倒し、2~3日後に嘔気とめまいがあった。さらに10日後、食後に嘔吐と歩行時の浮遊感を訴えて、救急外来を受診し、点滴加療をうけた。その後も浮遊感が軽快せず、当科受診した。神経学的異常所見は認めなかった。頭部 CT にて、右小脳梗塞を認めた。脳血管撮影にて右椎骨動脈は第5、第6椎体間で閉塞し、左椎骨動脈より第3椎体レベルまで逆行性に造影された。保存的加療により自覚症状は軽快した。3週間後の脳血管撮影にて、右椎骨動脈は同部位で閉塞したままであったが、筋枝を側副血路として順行性に造影された。外傷性椎骨動脈閉塞症は比較的軽微な外傷によっても発症し、従来言われているほど稀なものではないと

の報告もある。MRI、CT の普及にとともに、小脳、脳幹の梗塞が見逃されにくくなっている。

2A-27) 胃癌による DIC に続発したと考えられる硬膜下血腫の1例

山本 祐一・得田 和彦 (富山市民病院)
宮森 正郎・長谷川 健 (脳神経外科)

症例は62才女性、平成6年9月頃より、頭痛を自覚していた。10月に入り、頭痛も増悪し、また、左上下肢の筋力低下を訴え始めた。10月27日当科入院、入院時、白血球 58×10^2 、赤血球 377×10^4 、血小板 8.5×10^4 、赤沈1時間値 12 mm、LDH 1723、BUN 12、血糖95、電解質異常なし。CT 上、硬膜下血腫を認め、切迫ヘルニアを呈していた。次第に意識レベルの低下、片麻痺も生じてきたため、緊急の血腫除去術を施行した。術後、意識レベルと片麻痺は改善したが、11月に入り、CT 上再度、硬膜下に血腫が増大してきた。11月14日白血球 86×10^2 、赤血球 271×10^4 、赤小板 5.1×10^4 、BUN 11、Na 139、K 2.3、LDH 2429、fibrinogen 134、FDP 51.5、PT 11.8 と DIC の所見を示した。LDH 高値につき全身検索のため Ga スキャンを施行したところ、胃周辺に集積していた。胃カメラにて Borrmann IV型の胃癌が発見され、広範囲に腹腔内リンパ節転移を認めた。11月20日不帰の転帰をとった。硬膜下血腫の原因として末期胃癌による DIC を示唆する凝固異常が関与したと考えられる症例を経験したので報告する。

2A-28) Epilepsy surgery を必要とした AVM の3例

山口 成仁・大西 寛明 (浅ノ川総合病院)
脳神経センター
(金沢)脳神経外科
江守 巧・塚田 克之
岡田 篤信 (同 神経内科)

てんかんを主症状とする AVM の場合、AVM を全摘しても術後にてんかん発作の改善を認めない症例が存在する。今回、3症例を呈示し、epilepsy surgery の見地から治療方針を検討する。症例1は28才、男。8才時の AVM による左前頭葉脳出血が焦点となった。残存 AVM を栓塞した後、硬膜下電極での慢性脳波モニタリングを施行。顔面の運動領野の焦点に MST を加え、切除する。症例2は12才、男。2才時に右側頭葉の AVM 摘出を受けた。硬膜下電極設置を含む脳波モニタ

リングで左前頭葉の焦点を特定，切除する。症例3は22才，男。左海馬にAVM，頭皮脳波で側頭葉てんかんと診断，扁桃体，海馬を含んで摘出する。全例，術後発作は消失した。側頭葉外の焦点では functional mapping を含む硬膜下電極での脳波モニタリングが必要であるが，側頭葉内側では頭蓋内電極設置を省略できる症例が存在する。

2A-29) Multiple subpial transection (MST) の基礎と臨床

橋詰 清隆・田中 達也
 國本 雅之・吉田 克成 (旭川医科大学)
 米増 祐吉 (脳神経外科)

薬物療法で発作がコントロールされない難治性の皮質てんかんで，しかも，神経生理学的検査や画像診断で Broca や Wernicke の言語中枢あるいは感覚運動領野のような eloquent cortex にてんかん焦点が存在する場合，外科的な焦点切除術を行なうと重大な機能脱落を引き起こすため，このような症例にはてんかんの根治術はないと考えられていた。Morrell が格子状軟膜下皮質切開術 (multiple subpial transection: MST) を発表してから，eloquent cortex に焦点を持つ症例での手術が報告されるようになってきたが，その効果については賛否両論がありすべて受け入れられているわけではない。我々は，大脳皮質の感覚運動領にてんかん焦点を持つ皮質てんかんモデルを用いて焦点部の MST を行い，電気生理学および局所脳代謝の面からその有効性について検討し，さらに臨床に応用した2症例についても，結果を報告する。

2A-30) 癲癇により発見され摘出された経鼻腔的脳内異物の1例

尾金 一民・藤井 康伸 (十和田市立中央
 病院脳神経外科)
 畑中 光昭
 西山 勉 (同耳鼻咽喉科)

受症時期がはっきりせず，長期間を経て診断された興味ある脳内異物について報告する。症例は8年前，6ヶ月前，その他の時期に釘打ち機で作業中，跳ね返った釘が顔面を直撃し，顔面腫脹，鼻出血を来していた。1995年1月7日，痙攣発作で救急受診した。CTにて左前頭葉の低吸収域とその中央部の金属によると思われる低吸収域が，単純撮影で左鼻腔から眼窩内側，頭蓋底を貫通して前頭葉に至る釘を認めた。手術は開頭，直視下に釘

周囲の厚い被膜も含めて摘出，釘は耳鼻科医により鼻鏡下に抜去した。全頭蓋底の骨，硬膜欠損部は筋肉片，人硬膜にて形成した。術後経過良好で，痙攣，髄液瘻や感染も無く独歩退院した。外傷性頭蓋内異物は多くは受症時期がはっきりしており，急性期に診断，治療される。本症例は受症時期が不明であったが，釘はかなり錆びており，長期間無症候性に経過した感があるが，受症時の症状が比較的軽く，異物が運良く重要構造物を避けて，脳の silent area に達していたことなどが挙げられる。

2A-31) 閃輝暗点発作で発症し術中に発作波を確認し得た localized glioma の1例

丸屋 淳・嘉山 孝正
 安藤 肇史・黒木 亮 (山形大学)
 佐藤 清・中井 昂 (脳神経外科)

症例は11歳の女兒。1993年12月，頭痛を主訴に近医受診し，MRIにて左後頭葉に直径9mmの病変を指摘されたが，経過観察となった。その4ヶ月後より両眼視野右方の閃輝暗点とそれに続発する拍動性頭痛が出現，その頻度が増加してきた。初回MRIから10ヶ月後のMRIにて病変が径14mmと増大していたため，当科紹介入院となった。入院時神経脱落症状はなく，頭皮上脳波に異常を認めなかった。病変は Brodmann の area 17 に存在していた。1つの脳回内に限局している localized glioma を疑い，1994年12月開頭術を施行した。術中皮質脳波にて腫瘍近傍より棘波が記録され，この部を含めて腫瘍を全摘した。病理組織は pleomorphic xanthoastrocytoma であった。術後脱落症状を認めず，閃輝暗点と頭痛は消失した。以上から，右視野の閃輝暗点発作は左後頭葉の localized glioma によるてんかん症状と考えられた。

2A-32) Heterotopic gray matter における循環代謝と機能評価

笹嶋 寿郎・峯浦 一喜 (秋田大学)
 菅原 卓・古和田正悦 (脳神経外科)
 畑澤 順・菅野 巖 (秋田脳血管研究
 センター放射線科)
 上村 和夫
 伏見 進・米谷 元裕 (平鹿総合病院
 脳神経外科)

Heterotopic gray matter (HGM) は神経芽細胞の移動障害による中枢神経奇形である。PET で本疾患における循環代謝を検討し，生理的負荷時の血流変化によ