

〇-54) 水頭症を伴った midline dysgenesis の
同胞例

宇野 初二・土田 正 (新潟県立中央病院)
山崎 英俊・関 泰弘 (脳神経外科)

水頭症を伴った midline dysgenesis の同胞内発症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

第1例は平成元年4月に出生した男児で、口唇口蓋裂、多趾症、発達障害、頭囲拡大が見られ、頭部 CT では脳室拡大、脳梁欠損、後頭蓋窩嚢胞を認めた。水頭症が進行したため平成2年3月に脳室腹腔短絡術を施行したところ水頭症は改善したが、同年11月よりてんかん発作を生じる様になり、平成4年5月に上気道炎に伴う高熱の後、全身痙攣をおこして心停止し死亡した。

第2例は平成5年9月に出生した女児で、口蓋裂、Pierre Robin 症候群、発達障害、頭囲拡大が見られ、頭部 CT、MRI で脳室拡大、脳梁・脳室中隔・小脳虫部形成不全、後頭蓋窩嚢胞を認めた。水頭症が進行したため平成6年2月に脳室腹腔短絡術を施行した。術後は、水頭症の進行は見られず、現在当科外来で経過観察中である。

〇-55) 定位脳的手術手技により、精神神経症状の改善がみられた巨大な透明中隔腔およびベルガ腔の1例

宮森 正郎・山野 清俊 (富山市民病院)
長谷川 健・藤井登志春 (脳神経外科)
宮森加甫子 (富山県高志通園センター)

症例は6才男児。歩行の不安定、自閉傾向、情動行動の表出および食欲、排泄、睡眠の不規則性などの症状で発症し、CT、MRI で $3 \times 3 \times 5$ cm と巨大な透明中隔腔 (CSP) とベルガ腔 (CV) を認めた。定位脳的嚢胞一腹腔短絡術を行い、術後 CT、MRI で腔の縮小を認めるとともに、上記症状の著明な改善を認めた。特に術前 MRI 矢状断で、嚢胞により圧迫され円周状に伸びきった脳梁が術後圧迫が解除され、さらに脳梁周囲の脳組織への圧迫も解除されていた。一般に拡大した CSP と CV の手術適応については、脳圧亢進症例とされているが、本例のように歩行の不安定、自閉傾向、情動行動の表出および食欲、排泄、睡眠の不規則性などの症状で発症した例も手術適応となりうる。拡大した CSP と CV の周囲脳組織 (大脳辺縁系など) への圧迫がこれらの精神神経症状発現の一義的原因と考えられた。

〇-56) 脳室ドレナージルート周囲の低吸収域と水頭症の関連について

佐藤 清貴・渡辺 孝男 (米沢市立病院)
(脳神経外科)

〈目的〉われわれの施設では破裂脳動脈瘤急性期の手術に際しては持続脳室ドレナージを留置している。術後、脳室拡大が生じた症例の一部でこのドレナージルート周囲に低吸収域 (LDA) が生じることがあり、この LDA と水頭症の関連について検討した。〈対象〉過去十年間で破裂脳動脈瘤術後に脳室腹腔シャント (VPS) を行った82例中、血管攣縮や脳内出血によって前頭葉に異常を来した症例を除いた59例に関して検討した。〈結果〉18例 (31%) でドレナージルート周囲の LDA がみられ、うち13例は VPS によって LDA が消失、3例が改善、2例は不変だった。また PVL を伴っていた症例は3例のみで、cisternography を行った4例ではいずれも脳室内逆流、LDA 部への造影剤または RI の流入がみられた。LDA がみられなかった41例とは年齢差はなかった。〈結論〉ドレナージルート周囲の低吸収域は脳室穿刺によって破綻した上衣から脳実質への髄液の流入を示し、水頭症の一つの徴候と考えられた。

〇-57) Extratemporal lobe epilepsy の手術症例の検討

大西 寛明・山本 祐一 (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 (同 神経内科)
岡田 篤信 (同 神経内科)

側頭葉てんかんに比較して前頭葉など側頭葉外に焦点を有するてんかんの手術成績は不良とされている。今回、当センターにおける extratemporal lobe epilepsy 6 手術症例の検討をおこなった。症例は男性3例、女性3例、12歳から42歳、平均23.8歳である。画像診断では CT で3例、MRI で4例、PET で3例にそれぞれ焦点に一致する異常所見を認めた。画像診断で異常を示さなかった2例は蝶形骨誘導を含めた chronic scalp EEG recordings でも焦点の推定ができず、多穿頭による subdural strip electrodes によっておよそその焦点部位を特定した後、他の4例と同様、開頭による grid electrodes を設置した。全例に焦点切除術、うち1例に脳梁離断術、1例に multiple subpial transection を加えた。病理所見は gliosis 3例、血管腫2例、肉芽腫1例であった。術後1年以上の経過観察をおこなった5

例では発作消失4例，発作減少1例で，合併症を認めなかった。

O-58) 脳梁幹離断徴候としての左右手間部位覚
対応障害の確立

尾田 宣仁

(石井脳神経外科・
眼科病院脳神経
外科，神経内科)

石井 正三

(同 脳神経外科)

尾金 一民・畑山 徹

(弘前大学脳神経
外科)

これ迄我々は，特殊な機器を用いず bedside で出来る脳梁離断徴候の検出法について研究し，すでに左右手間の部位覚情報が脳梁幹を通過している可能性につき報告した¹⁾。その後更に症例を追加し，上述所見を確認したので報告する。第1例は既報告の35才，女性で左側脳室腫瘍例。脳梁幹切開により腫瘍摘出。術前は disconnection syndrome は認められなかったが術後左右手間部位覚対応障害のみ2ヶ月間残存。第2例は58才，男性で左前大脳動脈閉塞例。発症後7ヶ月間同症状を認む。第3例は44才，女性で破裂左脳梁周囲動脈瘤例。発症後1ヶ月間同症状を認む。いずれも MRI で脳梁幹のみの障害を認め，膨大部は温存されている。上述3症例の経験より，これ迄脳梁幹は切断しても無症状と言われてきたが，少なくとも左右手間部位覚情報は同部を通過しその損傷により症状も出現しうる事が判明した。但し永続性障害では無いようである。

- 1) 尾田宣仁，石井正三，真鍋 宏 et al: 脳神経外科医の為のベッドサイドにおける半球間離断徴候の見方。脳神経外科速報。3: 673~678, 1993.

O-59) 非ケトン性高浸透圧性糖尿病性昏睡を来
たした5症例の検討

加藤 俊一・佐藤 進
関口賢太郎・井上 明
井瀨 安雄

(山形県立中央病院)
脳神経外科

脳神経外科の周術期管理を行う際，非ケトン性高浸透圧性糖尿病性昏睡（以下 NHC）を合併することは稀ではなく，患者の予後をも左右する注意すべき重要な病態の1つである。

過去7年間に当科で経験した5例の NHC について検討を行ったので報告する患者年齢は20歳から77歳（平均56歳）で，男性2例，女性3例であった。原疾患は脳

出血2例，脳挫傷1例，転移性脳腫瘍1例，神経膠腫1例であり，糖尿病の既往を1例に，感染症合併を2例に認めた。NHC 発症前に原疾患に対する治療として，浸透圧利尿剤の使用を5例，ステロイドの使用を4例，IVH 施行を5例に行い，5例とも水分バランスが脱水傾向に陥っていた。NHC に対する治療として大量輸液，インシュリン療法等を行った。その結果4例は予後良好だったが，1例は死亡した。NHC の臨床症状は多彩で意識障害とともに種々の神経症状を呈するとされるが，原疾患による神経症状のため，NHC の発見が遅れることがある。治療の過程で医原性に NHC を引き起こす可能性があることを念頭におき，浸透圧利尿剤長期使用例では常に水分バランス等全身状態の綿密な把握と十分な管理が必要である。また，原疾患では説明のつかない神経症状の悪化をみた場合には，NHC の合併を考慮に入れた早期の対応が必要と思われた。

S-1) Montreal 方式改法による難治性側頭葉て
んかんの手術

田中 達也・米増 祐吉 (旭川医科大学)
脳神経外科

難治性側頭葉てんかんに対する側頭葉切除術は，Falconer の提唱した前側頭葉の en bloc resection が広くおこなわれているが，側頭葉内側部の海馬および海馬旁回の切除が深部での手術操作となり煩雑である。一方，Montreal Neurological Institute の Olivier は，前側頭葉切除後に，海馬および海馬旁回を含めた側頭葉内側構造の切除を行う方が安全であることを強調している。我々は，Montreal 方式の手術法に加えて，術中皮質脳波によるてんかん焦点の同定とそのてんかん焦点の切除を目的とした手術を行っている。手術の適応の決定には，旭川医科大学の presurgical evaluation の protocol に従って行った。原則として，てんかん焦点側の決定に際しては，video-EEG longterm monitoring に sphenoidal electrode のみを両側に刺入し，invasive EEG recording は行わない方針で検討した。麻酔には，neuroleptanalgesia の変法を用い，術中脳波記録時には，覚醒に近い状態にまで，麻酔深度を浅くした。手術成績についても報告する。