

療の基本は早期に頭蓋内の病態を出血前に戻すことであるが、高齢者ゆえに躊躇されることも少なくない。当科は開設10年になるが、この間当初は全例に待機手術、その後 Grade I・II に早期手術、最近では Grade I～IV に早期手術を治療方針としてきた。この変遷は治療結果に基づくものであるが、最近の症例に予後良好例が多い。この点に注目し、高齢者 SAH の急性期手術についてビデオを供覧し報告する。その結果、治療上のポイントとして、早期にクモ膜下血腫の広汎除去、Lamina terminalis を開放し髄液による血腫の浄化作用促進、術後脳槽ドレナージによる血性髄液の間歇的排液などが有用であると考えられた。

V-3-2) 高齢者多発脳動脈瘤の一次的クリッピング

青木 広市・中川 忠章 (新潟県厚生連中央
田村 彰・小出 章 総合病院脳神経
外科)

近年、高齢者のクモ膜下出血入院患者は増える傾向にあり、その中で多発性に脳動脈瘤が発見される症例も比較的多い。その時の治療方針については、高齢者ゆえに特定された破裂脳動脈瘤に対してのみ直達手術を行うとの考えがある一方で、全ての脳動脈瘤に可能な限り一次的又は二期的に行う考えもあり、未だ一致した見解はない。当科では後者の立場で手術方法を工夫、模索してきたが、今回、症例をビデオで提示し、その利点を述べる。

症例：82歳、女性、2度の SAH 後に入院。Grade I、左 A₂-A₃ 動脈瘤（破裂）両側 M₁-M₂ 動脈瘤（未破裂）が発見され、発症7日目に3ヶ所の脳動脈瘤を一次的にクリッピングした。手術：頭部を頸部伸展位で固定し、両側前頭開頭。ACA 領域を半球間裂到達法で、ICA～MCA 領域を前頭底部到達法で、Willis 輪前半部の脳動脈瘤は容易にクリッピングでき、必要に応じてクモ膜下血腫の郭清、洗浄も軽微な侵襲で可能になる。

V-3-3) 術中破裂した外傷性内頸動脈瘤の1修復例

長嶺 義秀・樋口 紘
鶴見 勇治・梅澤 邦彦 (岩手県立中央病院
秋元 義弘・佐藤 一 脳神経センター
小野 靖樹 脳神経外科)

今回われわれは、術中に破裂した外傷性内頸動脈瘤の修復に縫合が有効であった1例を経験したので、ビデオで供覧する。

症例は60歳の男性で、90年8月23日車にはねられ受傷。直後より意識不明となり、当科に搬入された。来院時、意識レベル 300 であった。頭蓋単純写真で側頭部から頭頂部にかけて線状骨折を認め、CT ではびまん性にくも膜下出血を認めた。翌日、意識レベル 3 となり、脳血管撮影では右内頸動脈に脳動脈瘤を認めた。外傷性動脈瘤か真性動脈瘤か術前には診断困難であったが、8月25日手術施行した。術中動脈瘤は破裂し、neck のない状態となったため、trapping して2針縫合したところ止血された。動脈瘤は摘出した結果、仮性動脈瘤であった。外傷性脳動脈瘤の術中破裂は当然予想されることであり、内頸動脈瘤の場合、trapping と bypass の準備も重要であるが、縫合が可能であればそれにまさるものはないと思われる。

V-4-1) 脳動静脈瘻の1手術例

佐藤 直樹・平 敏
沼沢 真一・渡部 洋一 (福島県立医科大学
松本 正人・児玉南海雄 脳神経外科)

脳動静脈瘻の1手術例を経験したのでビデオを供覧し報告する。症例は35歳の女性、頭痛発作で発症した。CTにて松果体部と右頭頂後頭葉皮質に造影剤で著明に増強される陰影を認め、血管撮影では rt. AC, MC, PC を feeder とし internal occipital vein から Galen 大静脈に注ぐ動静脈奇形を認めた。Galen 大静脈は嚢状に拡張しており、二次性の Galen 大静脈瘤と考えられた。右頭頂後頭開頭を行うと、頭頂葉と後頭葉の境界部の脳表に動静脈奇形を認めた。Rt. MC, PC からの feeder を確認後凝固切断し、さらに rt. AC を遮断すると動静脈奇形は退縮した。白色で壁が肥厚した drainer を結紮後切断し動静脈奇形を摘出した。術後、神経脱落症状の出現はなかった。血管撮影では動静脈奇形は消失しており、feeder と Galen 大静脈は縮小していた。組織学的には脳動静脈瘻と診断された。脳内に存在する動静脈瘻は稀であり、興味ある症例と考えられたので報告する。

V-4-2) 小児もやもや病に対する血行再建

上山 博康・磯部 正則
山内 亨・黒田 敏 (北海道大学脳神経
瀧川 修吾・阿部 弘 外科)
三森 研自 (北海道脳神経外科
記念病院)

【はじめに】小児もやもや病に対する血行再建に関し

て、Bypass を加えた群が脳波、血管撮影、臨床症状、知能 (WISC-R で評価)、脳循環 (Diamox 負荷、過呼吸負荷) などで優れた成績であることを報告してきた。しかし、小児例で Bypass を行うには種々の工夫が必要である。我々の行っている方法をビデオで供覧し、本法の利点・欠点についても言及する。

【手術】STA は前枝も後枝も用い、前後枝の主要な分枝を用いて MCA の皮質枝と 2~3 箇所で吻合する。硬膜の動脈は全て温存する。側頭筋はなるべく広く剝離し硬膜の変わりに補填する。要は外頸動脈系の血管の全てを血行再建に充填する方法である。

【本法の問題点】利点は有効性が高いことであるが、一方、手術侵襲が大きく、手術時間が長くなる傾向がある (幸い peri-operative に悪化した例はなかった)。また時に頭皮の壊死を合併することがあり、最大の問題である。

V-4-3) Syringomyelia の外科的治療

— syringo-subarachnoid shunt —

岩崎 喜信・秋野 実
小柳 泉・今村 博幸 (北海道大学脳神経)
阿部 弘 (外科)

syringomyelia の外科的治療方法には Foramen magnum decompression (FMD) や syringo-subarachnoid shunt (S-S shunt) 等幾つかの方法があるが、我々は Chiari 奇形を伴う空洞症に対しては S-S shunt を第一選択としている。今回は我々が行っている S-S shunt をビデオにて供覧する。空洞開放部位は空洞径が大きく、脊髄後角にまで空洞が延びているレベルとする。手術は、このレベルで左右いずれか後根侵入部での切開を加える側の片側椎弓切除を 1.5~2 椎弓行い、後根侵入部に 5 mm 前後の切開を加えて空洞を開放し、S-S shunt tube を留置する。この際、shunt tube は切開部の軟膜に縫合固定し、tube を空洞内とくも膜下腔に確実に留置する事がシャント不全を防止するためには大切である。くも膜形成は硬膜にくも膜を縫合しておき、硬膜縫合時に同時に行う。

B-1-1) 難治性てんかんに対する外科治療の経験

本田 吉穂・亀山 茂樹
武田 憲夫・山崎 英俊 (新潟大学脳研究所)
田中 隆一 (脳神経外科)

7 例の難治性てんかんに対する外科的治療を経験した

ので報告する。側頭葉てんかん 3 例に側頭葉切除術を、二次性全般化てんかん 4 例中 3 例に皮質焦点切除術を、1 例に脳梁切截術を施行した。側頭葉切除術を施行した側頭葉てんかん 3 例中、1 例で薬剤の減量と完全なコントロールが可能になり、1 例では薬剤の大幅な減量と発作頻度の減少が可能になった。残る 1 例はコントロールが不能であった。二次性全般化てんかん 4 例は、いずれも多焦点性のてんかんであった。焦点切除術例 2 例で薬剤の減量と発作のコントロールが可能となり、焦点切除術例 1 例と脳梁切截術例 1 例では発作頻度が明らかに減少した。難治性てんかんに対する外科的治療は発作の完全なコントロールができなくとも、薬剤の減量ならびに発作頻度や程度の減少が可能になるため、有用な方法と思われた。

B-1-2) Corticogram にて重積発作波を呈した皮質下病変の 3 例

遠山 義浩・国本 雅之
関口ふく子・藤田 力
高野 勝信・田中 達也 (旭川医科大学)
米増 祐吉 (脳神経外科)
伊藤 淳一・宮本 晶恵 (旭川医科大学)
小児科
千葉 茂・武藤 福保 (旭川医科大学)
精神神経科

てんかん発作を伴う脳内器質的病変の治療の際、病変の外科的切除に加えててんかん発作の治療も極めて重要である。今回我々は、術中 corticogram にて焦点に局限した重積発作波を認めた皮質下病変の 3 例を経験し、病変摘出ならび焦点切除の施行で良好な結果を得たので、ここに報告する。症例 1 は、47 歳女性、10 年来の難治性複雑部分発作の右側頭葉海綿状血管腫の症例。症例 2 は、40 歳男性、全般発作を呈した難治性てんかんの右前頭葉海綿状血管腫の症例。症例 3 は、2 歳男児、全般発作を呈した右前頭葉 mixed oligodendroglioma の症例。3 例いずれも NLA 全身麻酔下術中 corticogram を施行し、焦点性発作重積波を認め、病変の全摘出ならびに焦点切除を施行した。術後けいれん発作は認めていない。