

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 5mm 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。