

図説脳神経外科

(第49回)

内側側頭葉てんかんに対する選択的扁桃体海馬切除術

¹鹿児島大学医歯学総合研究科脳神経外科学²藤元早鈴病院脳神経外科花谷 亮典¹ 菅田 真生¹ 大坪 俊昭²
有田 和徳¹

はじめに

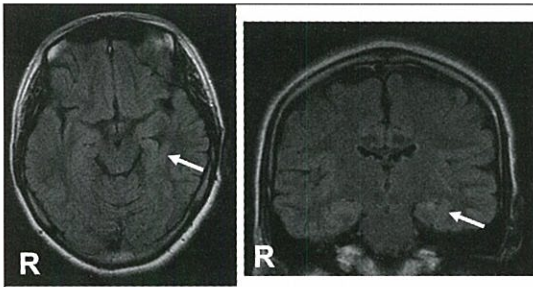
側頭葉てんかんは、海馬扁桃体の関与が大きい内側側頭葉てんかんと、外側皮質の関与が強い外側側頭葉てんかんに分けられる。内側側頭葉てんかんは上腹部不快感などの症状に続く、意識減損や自動症を特徴とする。難治性の内側側頭葉てんかんに対しては、外科治療が非常に有効であり、70-80%以上の発作消失率が得られる。手術法として側頭葉前部皮質と扁桃体海馬を切除する方法(前部側頭葉切除術)がとられるが、側頭葉切除に伴い、視放線の障害による視野障害(上1/4同名半盲)、記憶機能の障害、優位半球では言語障害などを伴う可能性がある¹⁾。そこで、Yasargilらによって側頭葉内側構造物(扁桃体、海馬、鉤)だけを切除する方法(選択的扁桃体海馬切除術)が行われるようになった²⁾。診断技術の向上や手術の低侵襲化の流れとともに、内側側頭葉てんかんに対して選択的扁桃体海馬切除術が行われる場合が増加しており、発作改善率も前部側頭葉切除術と比して遜色ない結果が得られている。

症例：20代女性。2歳頃、5歳ころに風邪に伴うけいれん、17歳の時にぼーっとする症状が出現。19歳の時から、むかむかし

たり、何かの匂いを自覚した後に意識減損をきたすようになり、多い日には一日に10回以上出現することもあった。全身けいれんを伴うこともあった。紹介受診後に行ったMRIで、左側頭葉内側の萎縮と海馬の高信号を認めた(図1)。頭皮上脳波モニタリングでは左側頭葉近傍由来のてんかん波が確認され、IMP interictal SPECTで左側頭葉から左前頭葉底部にかけて広範な低灌流(図2)、FDG-PET(Interictal)で左側頭葉の低代謝(図3)がみられた。また、言語優位半球は左で、記憶のlateralityは不明瞭であった。左内側側頭葉てんかんの診断で、左選択的扁桃核海馬切除術を計画した。手術は上側頭回に1.5cm程度の小切開を加え(図4)、側脳質下角を開放して扁桃体海馬を露出し(図5)、前部海馬と扁桃体の一部を切除した(図6、7)。

文 献

- 1) 側頭葉てんかんの手術. 三原忠紘, 松田一己: 外科てんかん学入門, 創造出版, pp87-104, 2008.
- 2) Schramm J. Temporal lobe epilepsy surgery and the quest for optimal extent of resection: a review. *Epilepsia* 49:1296-1307, 2008.



水平断

冠状断

図1 術前MRI FLAIR画像:海馬の萎縮と高信号(矢印)

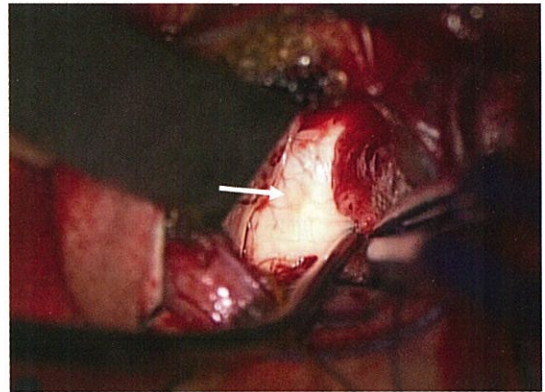
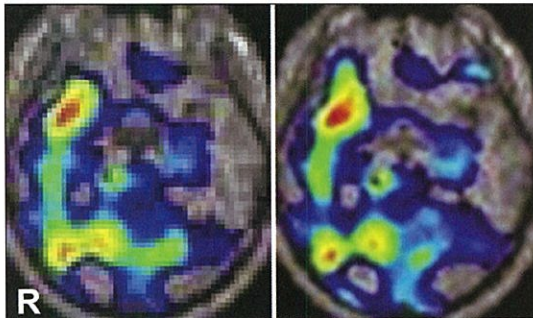


図5 海馬表面の露出 海馬体(矢印)



水平断

図2 発作間歇期IMP-SPECT:左側頭葉から左前頭葉底部にかけて広範な低灌流

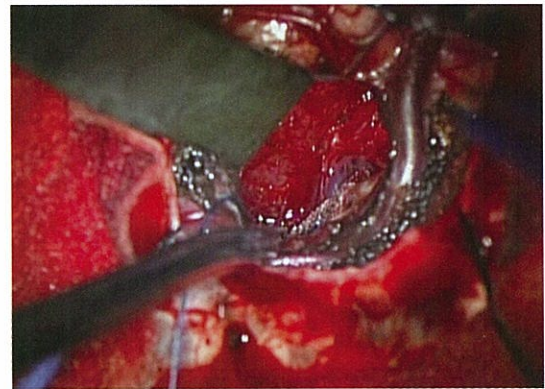
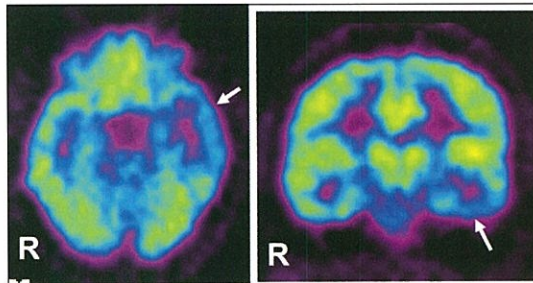


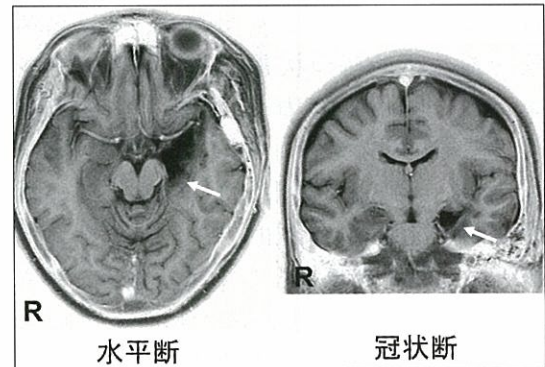
図6 扁桃体海馬切除後



水平断

冠状断

図3 発作間歇期FDG PET:左側頭葉の低代謝



水平断

冠状断

図7 術後MRI T2強調画像白黒転写像



図4 側頭葉の皮質切開