ことで，急性期破裂脳動脈瘤のほとんど症例にコイル塞栓術を行うことができた．SVS，NPHの発生も高くなく，在院日数も比較的短く，退院時のGOSも良好であった．Neck面が残るコイル塞栓術の限界として，再塞栓，再出血の問題は残るが，急性期破裂脳動脈瘤に対するcoilingの成績は決してclippingに劣るものではない．

11　頭蓋内リンパ腫様肉芽腫症の1例

遠藤　深・塚本　佳広・佐藤　裕之
小林　勉・小泉　孝幸
竹田綜合病院脳神経外科

症例は66才，女性．特記すべき既往歴はなく渡航歴等もなし．

H20年8月左乳房ならび大腿部皮下の腫瘤に気付き精査目的で近医より当院外科へ紹介．biopsyが施行され，『形質細胞肉芽腫』の診断が得られ経過観察していたところ同年9月下旬～頭痛，嘔気が出現し9/26救急室受診．MRIにて右側頭葉にring likeかつ不均一に造影される径2cmのmass like regionを認めた．腫瘍性病変や感染性，変性疾患等が考えられ精査加療目的に同日より当科入院．

入院後発熱を繰り返すも血液検査上炎症反応は一貫して陰性であった．髄液検査では細胞数ならび蛋白値の上昇を認めるも細胞診ならび細菌，真菌培養等は陰性でウイルスや変性疾患を示唆する所見も認めず．血管炎に特徴的なマーカーも全て陰性であった．入院より2週間経過した10/9開頭下に腫瘍性病変部位を摘出したが病理学的には左乳房ならび大腿と極めて類似する像を呈し『形質細胞肉芽腫』の病理診断であった．

術後も頭痛，発熱が続き加えて神経症状が急速に悪化．術後10日目に施行したMRIでは拡散強調画像にて脳表ならび脳室壁を中心とする多発性高信号域を認め，ステロイドパルス療法ならび放射線加療を追加すも効果は一時的で病勢を抑えるまでには至らず，入院後1ヶ月目のCTではびまん性脳腫脹を呈し昏睡状態へと移行．入院後33日目に死亡した．

『形質細胞肉芽腫』はリンパ増殖性疾患群に属す比較的予後良好な疾患でこれ程急速な進行を来した報告は過去にないことから，我々は経過や組織像から同じリンパ増殖性疾患群に属するリンパ腫肉芽腫症を疑い，EBER-ISHにてEB陽性細胞を証明し診断に至った．

極めて予後不良な経過をたどる上記は中枢神経にも好発し，皮膚や肺病変を併発した際にその可能性を念頭におく必要があると思われたため，若干の文献的考察を交えここに報告させていただく．

12　腰仙部脊髄硬膜外動静脈瘻の1例

鈴木　健司，斉藤　明彦*，川口　正
渡辺　正俊・本橋　邦夫・中山　遥子
長岡赤十字病院脳神経外科
新潟大学医歯学総合病院脳神経外科*

症例は74才，男性．

病歴：2010年1月，除雪作業中に左腰と下肢のしびれが出現．3月になり間欠性跛行，膀胱直腸障害出現．4月9日当院整形外科を受診．胸腰部脊髄MRI検査で髄内病変を指摘され，5月24日当科を初診．

理学的所見：腰痛と腰部不安定感，両下腿のしびれ，下肢筋力低下（MMTで4-程度），排尿排便遅延あり．

深部腱反射：両下肢やや減弱．

肛門反射：正常．

脊髄MRI：Conusの腫大とTh 8 levelまで髄内T2 high lesionが存在．L1～L5脊髄腹側に拡張蛇行したflow voidあり．3DCTAおよびspinal angioで左外側仙骨動脈をfeederとするspinal dural AVFと診断した．尚，root近傍にvenous lake様の構造物が認められた．2010年7月2日直達手術を施行（術中DSA併用）．

手術所見：左L5-S1 laminectomyを行い硬膜切開．Conusに向かって上行する拡張したmedullary veinを確認し，これを遮断．Lt S1 root sleeve近傍で硬膜を貫く血管を確認できたが，硬

膜内に venous lake 様構造物は認められない．術中 DSA を確認すると venous lake は S2 level にあり，ここに feeder が流入している．S2 drilling を追加し脊髄硬膜外腹側を観察すると，壁の厚い feeder が venous lake に流入していた（fistula）．この component を丹念に凝固し摘出した．術後足底部のしびれが残存したが，腰部不安定感・筋力低下は著明に改善した．7 月 29 日 spinal angio で fistula の消失を確認，8 月 4 日退院した．経時的 MRI で髄内の T2 high lesion と cord の腫大は著明に減じている．

【考察】脊髄硬膜動静脈瘻の多くは radiculomeningeal artery が root sleeve 近傍で fistula を形成し medullary vein に逆流する（2002 の Spetzler の新分類で Intradural AVF dorsal type に相当）．本症例は fistula が脊髄硬膜外に存在し（extradural AVF），硬膜外静脈叢以外に硬膜内 medullary vein に drainage を有する点が Spetzler の報告と異なる．治療に関しては血管内治療の有用性も報告されているが再発の問題がある．確実に shunt point を閉塞することが重要で，周到な準備の上での直達手術がすすめられる．その際，術中 DSA は極めて有用である．

13 TGA とは似て非なる記憶障害を呈した 3 例

小田　温・本橋　邦夫・小出　章
村上総合病院脳神経外科

〔症例 1〕30 代，女性．妊娠中に意識消失発作，見当識障害を来たした．MRI で両側海馬近傍に高信号を認め，ヘルペス脳炎として治療を開始したが，髄液からヘルペスウイルスを検出できず，非ヘルペス性辺縁系脳炎と診断した．辺縁系脳炎の原因は多様であるが，妊娠に合併するものは極めて希である．

〔症例 2〕30 代，女性．意識消失発作後，多幸的になった．発作前 3 カ月間の記憶喪失，10 年以上前の辛い体験がフラッシュバックするという症状に悩んでいる．MRI，脳波，記名力検査には異常を認めなかった．

〔症例 3〕高校生，男児．意識消失発作後，見当識障害を来たした．MRI，脳波，記名力検査には異常を認めず，幼馴染の名前が思い出せないといった記憶障害を残した．

3 例に共通し TGA と異なる点は若年発症，意識消失発作（けいれん発作か？）の先行，記憶障害の後遺などである．症例 2，3 は病因不明であったが辺縁系の病変が強く疑われた．

14 群発頭痛をふくむ多彩な症状を呈する線維筋痛症

佐藤　勇
さとう脳外科クリニック

古来，突発的に広範囲にわたり激痛発作が出現する病態は知られていたが，その原因は不明で，ヒステリーの 1 種などと考えられていた．1990 年に米国リュウマチ学会がリュウマチと関連する自己免疫疾患の 1 種と考え分類基準を発表した．しかし本疾患の血液検査などでは積極的な検査所見は得られてはない．

そこで私が経験した，本疾患の分類基準に当てはまる患者さんの治験例の経験から，その病状と治療経験から本疾患の特異性の一端を呈示します．

症例は女性（1955 年生）生下時に細菌性髄膜炎を患い，その後遺症で外眼筋麻痺の斜視が残った．30 歳代頃より（1985 年頃），週 2 ～ 3 回程度，局在は散在性だが短時間の疼痛発作が出現した．40 歳代頃より（1995 年頃）今までと違って疼痛も激痛となり，その痛みは一時的なのと NSAIDs は効果なく，ビタミン剤などで気を紛らわしていた．ある時に，睡眠後約 30 分してから腋下部の付け根に突然，激痛が出現しそれで目を覚ました．その部を強く圧迫すると，筋肉の硬いしこりと触知され，飛び上るほどの激痛（burning pain）が生じ，その後対側の同部位や他の頚肩部に同じような激痛がモグラたたきのように多発性に出現した．ボルタレンなど使用しても効果はなく，4 ～ 5 時間がまんしているうちに自然と眠ってしまった．40 歳中ごろ（2000 年頃）からは後頚部から始まり頭全体に割れるような激痛（群発頭