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）からは後頸部から始まり頭全体に割れるような激痛（群発頭

痛）も加わりクリアミンやイミグラン単独では鎮痛効果はなく，トフラニールなどの抗鬱剤と，リボトリールなどの抗痙攣剤の併用により，鎮痛効果が得られた．また疼痛発作の出現部位も，咬筋部や腹壁にも現れ，テグレトールが有効だった．

【考察】本疾患の治療に抗痙攣剤や抗鬱剤が有効なのは，その原因に中枢神経の関与が考えられる．

15　Astroblastomaの1例

谷口　禎規・付　　永娟*・竹内　茂和
高橋　　均*・加藤　俊一・佐野　正和
長岡中央綜合病院脳神経外科
新潟大学脳研究所病理学分野*

症例は60歳，女性．特記すべき既往歴なし．2010年4月から右上下肢の脱力感，6月から精神活動性の軽度低下が出現した．6月28日近医からの紹介にて初診．神経学的に精神機能低下（Kohs立方体テストで56点）と軽度不全右片麻痺あり．MRIで左上前頭回白質を中心に嚢胞を伴ったCE（+）massを認めた．造影CTで腫瘍の辺縁はmalignant gliomaにしてはややsharpな印象を受けた．脳血管撮影では，動脈相から腫瘍陰影を認めたがA－V shuntは伴っていなかった．7月22日術中中心溝同定のもと腫瘍摘出術を施行した．腫瘍は通常のgliomaに比べてやや弾性かつ固めで境界も明瞭であった．易出血性だったが腫瘍表面にmalignant glioma程の血管網はなかった．病理診断はastroblastomaであった．術後のCT，MRIで腫瘍残存の所見なし．術後1日間右上肢が動かなかったが翌日から急に動くようになった．補足運動野の症状と思われた．右不全麻痺は軽快し，Kohs立方体テストは73点に改善して退院した．

Astroblastomaは血管周囲性偽ロゼットが腫瘍全体に渡ってみられる稀な腫瘍である．GFAP，Vimentin，S－100，EMAに陽性とされる．病理学的所見からlow grade typeとhigh grade typeに分類されているが予後と必ずしも相関しないと云われている．また腫瘍の由来とされる細胞も未確定でWHOの分類ではother neuroepithelial tumorsに分類され，WHO gradingも定められていない．全摘出により予後良好例の報告もある．

本症例ではCE（+）massは全摘出できたと判断し，術後照射は行わず経過観察を行っている．

16　メタボリック症候群の指標としてのBMIの有用性の検討

今井　邦英・入澤　憲二・増田　吉造
瀬尾　弘志
ペーシアガーデンクリニック
健康医学予防協会

メタボリック症候群（MeS）対象群（body mass index，BMI25以上）に対し，BMI自体がその指標となりうるかの検討を試みた．年齢は17から102歳（平均43.36歳，男性832名，女性352例であった．方法は，収縮期および拡張期血圧，総コレステロール，中性脂肪，HDLコレステロール，空腹時血糖，HbA1cの各値とBMIとの統計学的相関の有無を検討した．その結果，BMIは収縮期および拡張期血圧とのみ有意な相関を認めた．同時に，MeSは，圧倒的に男性に出現しやすいことを見出した．結論として，現状では，BMIはMeSの診断の指標とするには，一定の議論の余地を残すと考えられ，今後，対象群をさらに拡大し，検討を試みたいと考えている．