

頸部を前後左右に屈曲した状態で3DCTAを施行した。左側屈位では左内頸動脈が、右側屈位および後屈位で右内頸動脈がそれぞれの茎状突起近接部で血管壁の陥凹の所見を認め、原画像で同部位に解離腔を認めた。以上より頸部を屈曲した際に両側の茎状突起が内頸動脈を物理的圧迫したことで両側内頸動脈解離をきたしたと考えた。診断および治療方針を決定する上で頸部の3DCTA、特にその動的撮影が有用と考えられた。本症例は頸部の違和感は若干残存したが後日茎状突起切除術を行う予定で退院した。

【結語】延長した茎状突起による物理的な接触が原因と考えられる頭蓋外内頸動脈解離の1例を経験した。内頸動脈解離の原因としてEagle症候群を鑑別に挙げる必要があり、診断には3DCTAが有用である。

3 治療に難渋した小児シャント感染症の1例

本道 洋昭・網谷 肇・神保 康志
小林 勉・斎藤 祥二

富山県立中央病院 脳神経外科

当院ではじめて、腹部感染症を合併した髄膜炎後水頭症患者に対して最終的に全シャントシステムを抜去後エクストラクテッドスタラータⅡバルブ(スモール)を留置したので、その経過を報告する。

患者は13歳、男児。平成14年12月、妊娠中毒症のため、26週3日で出生。平成15年3月、髄膜炎の治療中に多発性脳膿瘍とpostmeningitic hydrocephalusと左isolated temporal hornの所見を認めた。左開頭で排膿と左脳室ドレナージ(VD)を施行後、2ヵ所(右前角と左側頭角)で、VP shuntを施行した。平成25年8月6日シャントトラブルで、左VP shuntを施行したが、右前角にあるtubeのみ癒着のため抜去できず。術後、右側脳室は拡大したままで、8月29日右VP shuntを追加した。

平成26年2月10日インフルエンザに罹患し、16日から腹痛あり。21日の腹部CTで膿瘍が疑わ

れ、24日当科入院。頭部CTでは脳室拡大は認めず、髄膜炎の所見なし。シャント腹部感染症と考え、27日、腹腔シャントtubeを3本とも抜去した。2本は結紮し、右前角からのtubeは外ドレナージとした。3月25日、左右の前角からのtubeにコネクターを用いて新しいtubeでシャント再建を行った。翌日の腹部Xpで、腹腔内でtubeがとぐるを巻いていたので、28日tubeの入れ直しを行った。しかし、術後、腹痛あり。やむなく、4月3日に2月27日と同様の手術を行った。4月24日、Y-コネクターを用いて1本にして、脳室-右胸腔シャント(胸腔鏡下)を施行したが、胸膜炎を併発し、5月4日胸腔鏡下に膿瘍を摘出して、胸腔ドレナージを留置して、また外ドレナージとした。無菌性髄膜炎やシリコンアレルギーが存在している可能性があり、脳室心房短絡術はリスクが高いと考え、5月27日手術顕微鏡を使用して癒着をはがして全てのシャントシステムを抜去した。さらに、透明中隔開窓術を追加して、右VD管理とした。6月5日、エクストラクテッドスタラータⅡバルブ(スモール)を使用して左VP shuntを行い、VDは抜去した。術後、腹痛はなく、6月17日元気に退院した。

4 Lymphomatoid granuloma の1例

谷口 禎規・竹内 茂和・加藤 俊一
温 城太郎・柿田 明美*

長岡中央総合病院 脳神経外科
新潟大学脳研究所
病態神経科学部門病理学分野*

Lymphomatoid granulomatosisは稀なリンパ球増殖性病変が多臓器に生じる全身性疾患である。肺に好発するが、皮膚、中枢神経系、腎、肝などに多発性に病巣を有することが多い。我々は中枢神経系に単発性のlymphomatoid granulomaを生じた1例を経験したので報告する。

症例は71歳、女性。

【既往】慢性関節リウマチ。

【現病歴】2011年2月頃から記憶力の低下があ

り、3月7日当院神経内科を受診後、同日当科紹介された。

【神経学的所見】は精神機能低下。

【画像所見】CT, MRI で左前頭葉に CE (+) tumor あり。

【経過】3月15日腫瘍摘出術施行。術後症状は改善。MRIでCE (+) massは全摘されていた。病理所見は、血管周囲から脳実質に多数のリンパ球浸潤が見られ、その細胞に核異型は殆どなく、全てが小型リンパ球。免疫染色で殆どがCD3陽性(T細胞)。以上よりCNS lymphomatoid granulomatosisの診断。放射線・化学療法は行わず、3月27日退院。その後外来で経過を追っているが、2016年3月までMRI上再発なし。

【考察】本症の予後は様々で、自然寛解した例から数か月で急速に死に至る例までである。Median OSは14か月～4年で、診断から36か月でおおよそ94%が死亡するといわれる。CNS原発の場合、T-cellが主体の事が多いとされる。術後5年を経過しても再発は認められないが、遅発性に全身性病変が出現した症例の報告もあるため、更なるフォローが必要と思われた。

5 閉塞性水頭症で発症した高齢者の第4脳室嚢胞性病変

遠藤 深・西野 和彦・佐藤 裕之
佐藤 大輔・小泉 孝幸

竹田綜合病院 脳神経外科

6 Johns Hopkins 大学留学 帰朝報告

栗田 学・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所 脳神経外科学分野

7 L5/S1 椎間孔部病変の診断と治療

齊藤 明彦・齊藤 祥二・森田 健一
青木 洋・渡部 正俊・佐々木 修

新潟市民病院 脳神経外科

【はじめに】腰椎椎間孔内外(椎間孔部)の病変は、従来稀な病態とされてきたが、画像診断の進歩に伴い、新たな知見が報告されている。L5/S1椎間を中心椎間孔部病変の診断・治療の問題点を報告する。

【症例-1】49才、男性。左臀部痛・下肢痛が再燃したL5/S1椎間孔外ヘルニア。Kemp徴候陽性。保存的治療に抵抗性のため、Wiltse到達法でdiscectomyを施行した。一過性のL5 dysesthesiaを来したが臀部痛・下肢痛は消失した。

【症例-2】78才、男性。8年前に当科にて腰部脊柱管狭窄症に対してL3-L5椎弓切除術を受けている。1年前から歩行時の右下肢痛が増強した。右下垂足、右下腿外側の疼痛を認め、Kemp徴候陽性。L5/S1で椎間板楔状化、局所側弯、L5横突起(T)-外側椎間関節(L)-仙骨翼(S): TLS \angle の狭小化と、MRI冠状断CISSでL5神経根の椎間孔外での絞扼を認め、Far-out症候群と診断した。Wiltse到達法で除圧術を行い、下肢痛は消失した。

【文献的考察】腰部神経根症の原因として、椎間孔部病変は10～15%の頻度と言われる。症候学的に、安静時の強い下肢痛が特徴的とされてきたが、椎間孔外病変に限ると、外側陥凹病変との鑑別は困難とされる。画像診断では、椎間板楔状化・局所側弯・TLS \angle の狭小化が重要である。椎間孔部での神経根絞扼の診断には、MRI-CISS冠状断による神経根の描出と矢状断での椎間孔内脂肪量の減少所見が重要である。ただし、偽陽性例を除外するため神経根ブロックなどの機能的診断を要することが多い。治療に関しては、除圧術単独で短期的には良好な成績が報告されているが、その長期成績やどのような症例に固定術を併用すべきか、未解決な点も多い。

【まとめ】椎間孔部病変は決して稀な病態ではなく、腰部神経根症の原因検索には脊柱管内外を等しく評価する必要がある。