

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。