

第 226 回 日本神経学会

九州地方会プログラム・抄録集

日 時：令和元年 6 月 29 日（土）9 時 00 分～15 時 08 分
受付開始：8 時 30 分
会 場：長崎大学病院 第 4 講義室
当 番：長崎大学病院 脳神経内科 教授 辻野 彰
会 費：当日会員 1,000 円

<開催要項>

1. 講 演 時 間：6 分
2. 質 疑：2 分以内
3. 発 表 形 式：PC, 液晶プロジェクタ 1 台
(OS: Windows のみ: Power Point 2010, 2013)
4. 対 応 メ デ ィ ア：USB フラッシュメモリのみ
(USB フラッシュメモリには演題番号, 演題名のラベルをつけ,
ファイル名は“演題番号-演者名. 拡張子” (例: 21-長大太郎.ppt) と
して下さい。)
5. ビ デ オ：Power Point 内の動画のみとします。
6. 抄 録：神経学会所定の用紙に記入の上, 学会当日のスライド受付時に
必ずご提出下さい。

(注意) 発表者の方は, 遅くともご発表の 30 分前にメディアをご提出下さい。

<世話人会>

ランチョンセミナー終了後, 12 時 40 分より長崎大学病院第 3 講義室にて開催いたします。

<ランチョンセミナーのご案内>

日 時：令和元年 6 月 29 日（土）12 時 00 分～12 時 40 分
会 場：長崎大学病院第 4 講義室
座 長：長崎大学病院 脳神経内科 教授 辻野 彰
講 演：「パーキンソン病治療における MAO-B 阻害薬の役割」
福岡大学病院 脳神経内科 講師 藤岡 伸助 先生
共 催：第 226 回日本神経学会九州地方会, 武田薬品工業株式会社

座長一覧

セッション	時間	演題番号	氏名	所属
1	9:00~9:40	1-5	徳永敬介	九州医療センター
2	9:40~10:20	6-10	薬師寺祐介	佐賀大学
3	10:20~11:00	11-15	木村成志	大分大学
4	11:00~11:40	16-20	山崎 亮	九州大学
	12:00~12:40	ランチョンセミナー		
	12:40~13:40	世話人会、昼休み		
5	13:40~14:20	21-25	山下 賢	熊本大学
6	14:20~15:08	26-31	白石裕一	長崎大学病院

第 226 回 日本神経学会九州地方会 プログラム

会場：長崎大学病院 第 4 講義室

セッション 1 (9:00-9:40)

座長：徳永敬介（九州医療センター）

1. 急性期脳梗塞で発症早期の治療方針に難渋した一例
長崎大学病院 脳神経内科 古賀彩華 他
2. 複視で発症し MLF 症候群に滑車神経麻痺を合併した脳梗塞の 1 例
国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科 大橋一慶 他
3. 左鎖骨下動脈閉塞症に対する腋窩-腋窩動脈バイパス術後に鎖骨下動脈盲端部の血栓による脳梗塞が疑われた一例
済生会福岡総合病院 脳神経内科 中澤祐介 他
4. 小児期全脳照射後、多発する large vessel disease と small vessel disease をみとめた中年期男性の一例
佐賀大学医学部内科学講座 神経内科 星野有紀 他
5. Cancer associated thrombosis による脳梗塞急性期患者の臨床的特徴と治療についての検討
国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科 友寄龍太 他

セッション 2 (9:40-10:20)

座長：薬師寺祐介（佐賀大学）

6. 脾臓低形成と低用量 prednisolone 長期使用歴を有する肺炎球菌性髄膜炎の 1 例
伊万里有田共立病院 神経内科 後藤公文 他
7. Klebsiella pneumonia による肝膿瘍/敗血症の治療中、可逆性脳梁膨大部病変をきたした一例
福岡市民病院 神経内科 中垣英明 他
8. 細菌性髄膜炎の罹患を契機に診断に至った Stormorken 症候群の 1 例
大分大学医学部 神経内科学講座 石橋正人 他
9. 一方向性水平回旋性眼振を初発としたピッカースタッフ脳幹脳炎の 1 例
熊本赤十字病院 脳神経内科 黒木健至 他
10. 球後視神経障害を伴う Guillain-Barré 症候群の 1 例
済生会熊本病院 脳神経内科 竹内陽介 他

セッション 3 (10:20-11:00)**座長: 木村成志 (大分大学)**

11. 眼症状に限局し、外眼筋萎縮を呈した抗 LRP4 抗体陽性の double seronegative MG 2 例の検討
宮崎大学医学部 神経呼吸内分泌代謝学分野 酒井克也 他
12. 突然の構音障害と片麻痺で搬送され、脳卒中と鑑別を要した高齢発症重症筋無力症の一例
佐世保市総合医療センター 脳神経内科 山口裕佳 他
13. 眼窩上神経の高度腫大に起因する複視が示唆された抗 NF155 抗体陽性 CIDP の一例
九州大学病院 脳神経内科 吉良雄一 他
14. 痙攣で発症し、遅発性に視覚異常、運動麻痺を呈した抗 MOG 抗体関連疾患の 1 例
NHO 沖縄病院 脳神経内科 城間加奈子 他
15. 抗 Plexin D1 抗体が陽性であった長期経過の FOSMN 症候群の一例
九州大学病院 脳神経内科 橋本 侑 他

セッション 4 (11:00-11:40)**座長: 山崎 亮 (九州大学)**

16. 抗 amphiphysin 抗体陽性の傍腫瘍性神経症候群の経過中に抗 SRP 抗体・抗 Ro-52 抗体陽性ミオパチーを合併した 1 例
鹿児島市医師会病院 脳神経内科 児島史一 他
17. 脊髄性筋萎縮症Ⅲ型病との鑑別を要したセントラルコア病の 1 例
別府医療センター 脳神経内科 前田教寿 他
18. *CHRND* 遺伝子に新規変異を認め、サルブタモール単剤が有効であったスローチャネル症候群の 1 家系
熊本大学 脳神経内科 高松孝太郎 他
19. 軸索型ニューロパチーおよび小脳失調、難聴、知的障害を呈した *PTRH2* 変異の本邦初の一症例
鹿児島大学病院 脳神経内科 湯地美佳 他
20. 呼吸不全に首下がりを伴う m. 3243A>G 変異ミトコンドリアミオパチーの 1 例
熊本大学 脳神経内科 中原圭一 他

ランチオンセミナー (12:00~12:40)

座長 長崎大学病院 脳神経内科 辻野 彰

「パーキンソン病治療における MAO-B 阻害薬の役割」

福岡大学病院 脳神経内科 藤岡 伸助 先生

世話人会・昼休み (12:40~13:40)

長崎大学病院 第3講義室

セッション 5 (13:40-14:20)

座長: 山下 賢 (熊本大学)

21. パーキンソン病の振戦に対して STN-DBS のマルチプログラミングが有効だった一例

長崎川棚医療センター 臨床研究部・神経内科

福留隆泰 他

22. Perry 病の一例: 早期診断の有用性

福岡大学医学部 脳神経内科

籠田早織 他

23. 軸索型ポリニューロパチーで発症し、長期経過後に舞踏運動が出現した McLeod 症候群の 1 例

産業医科大学 神経内科

山本 燎 他

24. 筋萎縮性側索硬化症との鑑別が問題となった副腎脊髄ニューロパチーの一例

鹿児島市立病院 脳神経内科

小田健太郎 他

25. 急速に症状が進行した遺伝子ホモ変異を伴う CADASIL の一例

琉球大学医学部附属病院 第三内科

山田義貴 他

セッション 6 (14:20-15:08)

座長: 白石裕一 (長崎大学病院)

26. 胃切除後 15 年で発症したビタミン B1 欠乏性ポリニューロパチーの 1 例

藤元総合病院 脳神経内科

穂原貴裕 他

27. 無症候性肺サルコイドーシスに合併した、small fiber neuropathy を伴っていると

考えられた筋サルコイドーシス

NHO 大牟田病院 脳神経内科

山本明史 他

28. **ギラン・バレー症候群（GBS）様の症状で発症したメトロニダゾール（MNZ）による多発ニューロパチー，脳症の1例**
JCHO 諫早総合病院 脳神経内科 辻田啓子 他
29. **妊娠を契機に急速に増悪したオルニチントランスカルバミラーゼ欠損症の一例**
独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 神経内科 岩永 洋 他
30. **Carotidynia と考えられた2例**
済生会熊本病院 脳神経内科 大山真英 他
31. **脊髄病変で発症し，神経 Behcet 病と鑑別を要した血管内リンパ腫の1例**
長崎大学病院 脳神経内科 島 智秋 他

1. 急性期脳梗塞で発症早期の治療方針に難渋した一例

古賀彩華, 平山拓朗, 立石洋平, 辻野修平, 山下魁理, 金本 正, 島 智秋, 太田理絵,
長岡篤志, 吉村俊祐, 宮崎禎一郎, 白石裕一, 辻野 彰
長崎大学病院 脳神経内科

症例は 75 歳女性。1 日前より胸部不快感があり, 内視鏡検査予定であった。前医受診時気分不快が出現した。血圧低下 (81/51mmHg) と左片麻痺と構音障害が出現後, 意識障害と右共同偏視となったため, 当院へ搬送された。頸動脈エコーで右総頸動脈 oscillating thrombus があった。頭部 MRI で右内頸動脈閉塞による脳梗塞であり血管造影室へ移動した。MRA を見直すと, 右椎骨動脈の描出不良があり, 頸動脈エコーを再検した。右総頸動脈には血栓が充満していた。造影 CT で StanfordA の大動脈解離があり, 血管内治療は中止した。第 7 病日に心タンポナーデで死亡した。大動脈解離による脳梗塞早期では, 総頸動脈に解離が及んでいないことがあり, 注意喚起も含め報告する。

2. 複視で発症し MLF 症候群に滑車神経麻痺を合併した脳梗塞の 1 例

大橋一慶, 和田晋一, 森 興太, 船水章央, 陣内重郎, 桑城貴弘, 矢坂正弘, 岡田 靖
国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科

症例は 79 歳男性。突然物が二重に見えるようになり, 発症 4 日後に当科受診した。神経学的所見として右眼は正面視で上外転位, 下方視で内下転障害を認めた。また左側方注視時に右眼の内転障害と左眼の注視方向への眼振を認め, 右滑車神経麻痺と右 MLF 症候群と診断した。頭部 MRI では中脳下部から橋上部の右側にかけて急性期脳梗塞の所見を認めた。頸部 MRA で左椎骨動脈に高度狭窄病変を認め, 同部位を基盤とするアテローム血栓性脳梗塞と診断した。抗血小板薬を投与し, 発症 32 日後には眼球運動は改善し複視は軽減した。本症例は複視を主訴とした MLF 症候群と滑車神経麻痺を合併した稀有な脳梗塞症例であり, 若干の文献的考察を交えて報告する。

3. 左鎖骨下動脈閉塞症に対する腋窩-腋窩動脈バイパス術後に鎖骨下動脈盲端部の血栓による脳梗塞が疑われた一例

中澤祐介¹⁾, 松本 航¹⁾, 高下純平¹⁾, 園田和隆¹⁾, 田中正人¹⁾, 岡留 淳²⁾, 伊東啓行²⁾, 川尻真和¹⁾, 山田 猛¹⁾

済生会福岡総合病院 脳神経内科¹⁾, 血管外科²⁾

症例は 70 歳男性。X-1 年頃より体動時の目の見えにくさを自覚していた。X 年 Y 月に当科受診し、左鎖骨下動脈閉塞症を認め、左椎骨動脈は逆流している状態であったため、鎖骨下動脈盗血症候群と診断し、血管内治療を試みた。しかし、閉塞部位のワイヤーの通過が困難であったため、X 年 Y+2 月に当院血管外科で腋窩-腋窩動脈バイパス術を行った。術直後より左椎骨動脈は順行性の血流を認め、症状も改善した。術後 10 日目に自宅退院となったが、同日昼にふらつきを認め、当院救急搬送となり左小脳に脳梗塞を認めた。超音波検査で左椎骨動脈の血流は変化なかったが、CTA で左鎖骨下動脈盲端部の血栓化を認め、一部血栓内に亀裂様の所見を認めた。盲端部の遊離血栓が塞栓源として疑われ、ワーファリンによる抗凝固療法を開始した。以降脳梗塞の再発は認めていない。左鎖骨下動脈閉塞症に対する腋窩-腋窩動脈バイパス術後に鎖骨下動脈盲端部の血栓による脳塞栓症の報告は少なく、文献的考察を加え報告する。

4. 小児期全脳照射後、多発する large vessel disease と small vessel disease をみとめた中年期男性の一例

星野有紀, 高島怜史, 吉川正章, 鈴山耕平, 薬師寺祐介, 原 英夫

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

症例は 48 歳男性。7 歳時に松果体腫瘍に対して全脳照射を受けた。36 歳時に左中大脳動脈狭窄による脳梗塞を発症。48 歳時に右前大脳動脈狭窄に伴う脳梗塞を発症した。36 歳時、48 歳時ともに頭部 MRI の磁化率強調像で脳葉優位の多発脳微小出血をみとめた。血管危険因子に乏しく、また脳葉型の脳微小出血保有者としては極めて若年であったため、これら脳内の large・small vessel disease は、小児期の放射線治療に関連している可能性がある。これまでに放射線療法後の大・小脳血管障害が同時に生じた報告はないが、放射線暴露と内皮機能障害を共通因子として、同時に生じうる可能性について考察したい。

5. Cancer associated thrombosisによる脳梗塞急性期患者の臨床的特徴と治療についての検討

友寄龍太, 桑城貴弘, 森 興太, 船水章央, 徳永敬介, 陣内重郎, 矢坂正弘, 岡田 靖
国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科

<目的>本邦では急激な高齢化に伴い, 癌合併の脳梗塞患者が急増している. 今回, 当院で加療を行った癌合併脳梗塞急性期患者の臨床的特徴について検討した. **<方法>**2001年1月から2018年12月までに当科で入院加療を行った発症7日以内の急性期脳梗塞患者のうちCancer associated thrombosisによる脳梗塞と診断した55例について臨床的特徴, 治療法, 転帰について検討した. **<結果>**対象症例の年齢中央値は76歳であり男性は33例(59%)であった. 入院中に19例(34.5%)に脳梗塞再発を認め, 再発時の抗血栓療法はヘパリン 9例(47%), ワルファリン 4例(21%), 抗血小板薬 3例(16%), 直接作用型経口抗凝固薬 2例(11%)であった. **<結論>** CATによる脳梗塞患者は入院中の再発リスクが高い. 急性期治療, 再発予防法についてはさらなる検討が必要と思われる.

6. 脾臓低形成と低用量 prednisolone 長期使用歴を有する肺炎球菌性髄膜炎の1例

後藤公文¹⁾, 田中達也²⁾, 吉田昌人³⁾

伊万里有田共立病院 神経内科¹⁾, 脳神経外科²⁾, 救急科³⁾

症例は37歳男性. 強皮症に対し5年前からprednisolone (PSL) 4 mg/日を内服. 1週間前から上気道炎症状を認めるも某日前夜まで著変なく, 翌朝に意識障害を主訴に救急搬送された. 35.4 °C, 91/67 mmHg. JCS III-100. 項部硬直は陰性であり, 左散瞳と対光反射消失, 両側兔眼を認めた. 頭部MRIには特記すべき所見はなく, 腹部CTでは脾臓低形成を認めた(0.88 mL/Kg). 髄液は黄色混濁, 細胞数 15/ μ L, 蛋白 453 mg/dL, 糖 0 mg/dl. 細菌性髄膜炎と考え, dexamethasone, meropenem, linezolidにて加療を開始. 静脈血と髄液から肺炎球菌が検出され肺炎球菌性髄膜炎と診断を確定しceftriaxoneにて加療を継続した. 第4病日に痙攣重積状態に陥った. 半年後には右聴力低下が後遺しIgG2 低値(173 mg/dL)を認めた. 脾臓低形成及び低用量 PSL 長期使用と肺炎球菌髄膜炎との関連を考察し報告する.

7. *Klebsiella pneumonia* による肝膿瘍/敗血症の治療中、可逆性脳梁膨大部病変をきたした一例

中垣英明, 山元伸昭, 柴田憲二, 長野祐久

福岡市民病院 神経内科

症例は 38 歳男性, フィリピン人. 貨物船乗組員として渡航中に発熱, めまいが出現持続するため 2 日後に当院救急搬送. 来院時 37.6 度と発熱を認め, 神経学的診察で異常なかった. CT で肝膿瘍認め, セフトリアキソン (CTRX) とメトロニダゾール (MNZ) 投与を開始した. ふらつき感増悪あり頭部 MRI 行ったところ, 脳梁膨大部と左放線冠に DWI, FLAIR で高信号病変を認めた. 髄液検査では細胞数正常, 蛋白 46 mg/dl. 肝膿瘍, 血液から *Klebsiella pneumonia* 検出, 血清アメーバ赤痢抗体陰性が確認され MNZ 中止. その後肝障害のため CTRX からレボフロキサシンに変更し肝膿瘍, 炎症反応は改善傾向あり 21 日後に退院帰国した. 退院前に行った MRI で脳梁膨大部と放線冠の病変は消失した. Mild encephalitis/encephalopathy with reversible splenic lesion (MERS) 類似の画像所見であり, 感染症または薬剤の関与の可能性がある.

8. 細菌性髄膜炎の罹患を契機に診断に至った Stormorken 症候群の 1 例

石橋正人¹⁾, 中道淳仁²⁾, 中村憲一郎^{1) 3)}, 木村成志¹⁾, 松原悦朗¹⁾

大分大学医学部 神経内科学講座¹⁾

大田記念病院²⁾

西別府病院³⁾

X 年 7 月 6 日より頭痛と発熱, 8 日より頻呼吸, 嘔気を認め前医入院した. 髄膜炎の診断で ABPC/SBT が投与されたが, 会話がかみ合わなくなり, 家族の認識も困難となった. 頭部 MRI で異常信号を認め脳炎が疑われ同日当科に転院した. 転院時, 発熱, 頻脈, 血圧低下があり, 神経学的には, 意識障害, 項部硬直, 両側縮瞳等を認めた. 血液検査では炎症反応上昇があり, 髄液検査では蛋白上昇と好中球優位の細胞数増多を認め糖は低下していた. 以上から細菌性髄膜炎を想定し DEX を投与した後に CTRX, ABPC/SBT, VCM を開始した. その後, ラテックス凝集法で肺炎球菌抗原を検出し, 肺炎球菌性髄膜炎と診断した. CTRX のみ継続し臨床症状および髄液所見は軽快した. 入院後, 以前から無脾症, 血小板低下, 縮瞳を指摘されていたことが判明し, 特徴的な顔貌も疑われたため, Stormorken 症候群が基礎にある可能性を考えた. 遺伝子検査で *STIM1* 遺伝子の既知の病的変異が確認され確定診断した. Stormorken 症候群は非常に稀な疾患であるため文献的な考察を加えて報告する.

9. 一方向性水平回旋性眼振を初発としたビッカースタッフ脳幹脳炎の1例

黒木健至¹⁾, 山崎義宗¹⁾, 三浦正智¹⁾, 進藤誠悟¹⁾, 和田邦康¹⁾, 寺崎修司¹⁾, 中根俊成²⁾
熊本赤十字病院 脳神経内科¹⁾
熊本大学 脳神経内科²⁾

症例は39歳, 女性. 発症7日前に感冒症状を認めた. 第1病日めまいを主訴に受診し, 左方向への水平回旋性眼振を認めたが, 頭部MRIで異常はなく, 内耳性めまいと診断した. 症状は急速に増悪し, 第3病日には傾眠となり, 両側瞳孔散大, 両側眼球は正中位に固定し, 四肢筋力低下を認めた. 感覚および失調は評価困難であった. 両側上下肢に痙性を認め, 腱反射は亢進しており, 尿閉も認めた. 免疫介在性ニューロパチーを想定し, 第5病日にステロイドパルスおよびIVIgを開始した. 徐々に意識レベルと筋力の改善が得られ, 運動失調が明らかとなった. 髄液検査を第4, 13病日に行ったが, 異常を認めなかった. 第15病日には自力歩行が可能となり, 第21病日に自宅退院となった. 抗GQ1b抗体陽性が判明し, ビッカースタッフ脳幹脳炎と診断した. 初期には一方向性水平回旋性眼振を呈し, 内耳性めまいとの鑑別が困難であった.

10. 球後視神経障害を伴う Guillain-Barré 症候群の1例

竹内陽介^{1) 2)}, 池田知聡¹⁾, 松尾圭将¹⁾, 永沼雅基¹⁾, 池野幸一¹⁾, 稲富雄一郎¹⁾,
米原敏郎¹⁾, 中島 誠³⁾
済生会熊本病院 脳神経内科¹⁾
熊本南病院 脳神経内科²⁾
熊本大学 脳神経内科³⁾

症例は60歳, 女性. 2019年1月上旬(第1病日), 歩行時動揺, 両眼視力低下に続いて両上肢の異常感覚が生じ, 第4病日に当科に入院した. 初診時, 両側指数弁, 対光反射減弱, 全外眼筋麻痺, 左眼瞼下垂, 頸屈筋力MMT 2, 深部覚障害, 四肢腱反射減弱を認めた. 神経伝導検査でMCV, SCV低下, F波潜時延長を, 視覚誘発電位でP100潜時延長を認めた. 血清抗GM3, GQ1b, GD3抗体が強陽性であった. 第12病日の髄液検査で蛋白細胞解離を認めた. 造影MRIで両側動眼神経, 外転神経の増強効果を認めた. Guillain-Barré症候群(GBS)と診断し, 免疫グロブリン大量静注療法(IVIg), ステロイドパルス療法を施行した. その後, 四肢筋力低下も続発し, 第7病日以降は回復に転じたが, 視力の改善は不十分であった. IVIgとステロイドパルス療法を追加したところ, 右眼0.1, 左眼0.4にまで改善した. 視神経障害を伴うGBSは稀である.

11. 眼症状に限局し、外眼筋萎縮を呈した抗 LRP4 抗体陽性の double seronegative MG 2 例の検討

酒井克也¹⁾、金丸和樹¹⁾、石井信之¹⁾、杉山崇史¹⁾、小川 剛¹⁾、望月仁志¹⁾、塩見一剛¹⁾、
中里雅光¹⁾、樋口 理²⁾

宮崎大学医学部 神経呼吸内分泌代謝学分野¹⁾

国立病院機構長崎川棚医療センター²⁾

症例 1 は生来健康の 20 歳女性、14 歳時に家族に両眼瞼下垂を指摘され当科を初診。ピリドスチグミンに軽度反応を示すも、自覚症状に乏しく、通院を自己中断。20 歳時に、眼球運動障害が増悪し再診した。症例 2 は、糖尿病と甲状腺機能亢進症で近医に通院加療中の 53 歳女性。眼科で両眼瞼下垂を指摘され当科を初診。2 例とも易疲労性を伴う眼瞼下垂で MG を疑ったが、AChR 抗体と MuSK 抗体は陰性、テンシロンテストで改善に乏しく、眼輪筋の反復刺激試験で有意な減衰はなかった。全方向性の眼球運動障害を認めるも、複視の自覚はなく、症状は眼に限局 (MGFA I)。症例 2 では上腕二頭筋より筋生検を施行したが、神経筋接合部での AChE の免疫組織学的な発現は正常レベル、RRF や有意なミトコンドリア DNA 変異もなかった。両者ともに MRI で外眼筋は菲薄化し、前頭筋での単線維筋電図で異常を認め、抗 LRP4 抗体が陽性と判明した。外眼筋萎縮を生じた抗 LRP4 抗体単独陽性 MG の報告はなく、2 例の臨床的特徴について、既報告を交え考察する。

12. 突然の構音障害と片麻痺で搬送され、脳卒中と鑑別を要した高齢発症重症筋無力症の一例

山口裕佳、藤本武士、福元尚子、林信孝、番園隆宏、鳥村大司、前田泰宏
佐世保市総合医療センター 脳神経内科

症例は 80 歳女性。主訴は構音障害、左上下肢麻痺。13 年前に右脳動脈バイパス術 (STA-MCA) の既往歴あり。現病歴は 3 月中旬に路上で倒れているところを発見され、構音障害、左片麻痺が認められ当院救急搬送となった。頭部 MRI で右内頸動脈閉塞を認めるも新規脳梗塞を疑う所見なく、来院後速やかに左片麻痺は改善したため TIA 疑いで入院となった。構音障害は入院後も残存していたが、入院 6 日目に誘因なく発語困難が出現し、翌日午前 3 時には意識レベル低下を認めた。血液ガス分析で著明な呼吸性アシドーシスを認め、呼吸筋麻痺などが疑われた。その後の家族からの詳細な問診で、5 年間で約 30kg の体重減少がみられていたことも判明した。一連の経過から重症筋無力症 (MG) クリーゼなどを想定し、大量免疫グロブリン療法を開始しながら鑑別をすすめた。後日、抗 MuSK 抗体が強陽性と判明した。高齢発症 MG では併存疾患の存在などで初期診断に難渋することがあり、また脳卒中様 (stroke mimic) 症状を呈する MG の報告もあり、若干の文献的考察を加えて報告する。

13. 眼窩上神経の高度腫大に起因する複視が示唆された抗 NF155 抗体陽性 CIDP の一例

吉良雄一¹⁾, 劉景晨¹⁾, 松本英展¹⁾, 高柳宏樹²⁾, 緒方英紀¹⁾, 松田やよい²⁾, 坂本竜一²⁾, 田中弘二¹⁾, 松瀬大¹⁾, 山崎亮¹⁾, 小川佳宏²⁾, 吉良潤一¹⁾

九州大学病院 脳神経内科¹⁾, 内分泌科代謝・糖尿病内科²⁾

症例は 48 歳男. 15 年前に脱力による歩行困難を主訴に当科を受診し, 精査により CIDP と診断. ステロイドの内服で脱力は改善したが, 10 年前より通院を自己中断していた. 半年前から緩徐進行性の複視と歩行困難を自覚し, 当科を再診. 神経診察では, 左眼の下転障害, 両下肢遠位筋の筋力低下, 四肢腱反射消失, 両下肢の振動覚低下, Romberg 徴候を認め, 継ぎ足歩行は困難だった. 血清抗 neurofascin (NF) 155 抗体が陽性であることから, 抗 NF155 抗体陽性 CIDP の再発と診断した. MRI では眼窩上神経 (V1) の高度腫大を認め, 上直筋への機械的圧迫による複視が示唆された. 自験抗 NF155 抗体陽性 CIDP の検討でも, 眼窩上神経の腫大を呈する症例を複数認め, 抗 NF155 抗体陽性 CIDP の特徴の一つと考えられた.

14. 痙攣で発症し, 遅発性に視覚異常, 運動麻痺を呈した抗 MOG 抗体関連疾患の 1 例

城間加奈子, 渡嘉敷崇, 妹尾洋, 藤原善寿, 藤崎なつみ, 城戸美和子, 中地亮, 諏訪園秀吾

NHO 沖縄病院 脳神経内科

症例は 35 歳女性. X 年 10 月発熱, 頭痛, 難治性吃逆あり. 痙攣発作を起こし, 近医救急病院へ搬送された. 髄液検査から無菌性髄膜炎の診断で治療された. 約 2 週間後, 突然の視覚障害をきたし, 球後視神経炎と診断された. その時点では造影頭部 MRI で明らかな病変は指摘されなかった. ステロイドパルス療法で視覚障害は一部改善した. 髄液検査でオリゴクローナルバンド陽性が判明した. プレドニン後療法中に右上下肢の筋力低下があり造影 MRI で左頭頂葉, 延髄および上位頸髄に造影効果を伴う病変を認めた. 抗 AQP4 抗体陰性で多発性硬化症が疑われ当院へ転院した. 後に抗 MOG 抗体陽性が判明した. 同抗体関連疾患では様々な所見や経過の報告が集積されつつある. 貴重な症例と考え, 文献的考察も含め報告する.

15. 抗 Plexin D1 抗体が陽性であった長期経過の FOSMN 症候群の一例

橋本 侑, 田代 匠, 藤井敬之, 宮地佑希野, 田中弘二, 松瀬 大, 山崎 亮, 吉良潤一
九州大学病院 脳神経内科

症例は 64 歳女性. 15 年前より舌痛と異常感覚が出現し, 数年で口腔内, 口周囲, 頭部に拡大した. さらに 2 年前より味覚障害が出現した. 舌痛症として治療されていたが改善なく, 当科紹介となった. 神経学的所見として, 口腔内から後頸部の感覚障害, 角膜反射消失, 味覚障害を認めた. 電気生理学的には, blink reflex で R2 の潜時延長, NCS で上肢 SNAP 振幅が低下しており, 臨床所見と併せて FOSMN 症候群と診断した. 患者 IgG とマウス後根神経節, 三叉神経節を用いた間接蛍光抗体法を実施したところ, いずれの小径ニューロンにも患者 IgG が特異的に結合し, リコンビナントヒト Plexin D1 を用いた吸収試験で染色性が低下したため, 抗 Plexin D1 抗体が陽性と判断した. IVIg を行ったが, 治療効果は乏しかった. 本症例で認めた口腔顔面痛は, 三叉神経節に抗 Plexin D1 抗体が結合したことにより発症した可能性が示唆された.

16. 抗 amphiphysin 抗体陽性の傍腫瘍性神経症候群の経過中に抗 SRP 抗体・抗 Ro-52 抗体陽性ミオパチーを合併した 1 例

児島史一¹⁾, 高口 剛²⁾, 堂園美香¹⁾, 徳永紘康¹⁾, 中川広人¹⁾, 園田 健¹⁾, 橋口昭大³⁾, 樋口逸郎³⁾

鹿児島市医師会病院 脳神経内科¹⁾

鹿児島医療センター 脳神経内科²⁾

鹿児島大学病院 脳神経内科³⁾

症例は 70 歳男性. 下肢優位に四肢のミオクローヌス様不随意運動が出現し入院. 髄液検査では細胞数・蛋白・IgG index の上昇と糖の低下を認めた. 感染性や腫瘍性を鑑別に精査を行い, 抗 amphiphysin 抗体陽性が判明した. 一方, 感染性は否定的であり, 腫瘍検索では腫瘍病変は指摘できなかった. ステロイドパルス療法を施行したところ, 不随意運動の消失を認めた. その後も外来で PET 検査を施行するも異常集積は認めなかった. 翌年に血液検査にて CK 上昇を認め, 抗 SRP 抗体(+), 抗 Ro-52 抗体(3+)が判明した. 再度入院で腫瘍検索を行うも, 腫瘍病変は認めなかった. 筋生検ではミトコンドリア変性を軽度認めるのみであり, 抗 SRP 抗体陽性ミオパチーとして免疫グロブリン大量静注療法を行ない, CK 値の改善を認めた. 本症例は腫瘍合併が示唆される複数の自己抗体が陽性であったが, 腫瘍病変を指摘できない症例であり, 腫瘍と自己抗体の関連について文献的考察を交え報告する.

17. 脊髄性筋萎縮症Ⅲ型病との鑑別を要したセントラルコア病の1例

前田教寿^{1) 2)}, 前田泰宏²⁾, 宇根隼人²⁾, 進村光規²⁾, 中村憲道²⁾, 高瀬敬一郎²⁾, 西野一三³⁾

別府医療センター 脳神経内科¹⁾

飯塚病院 脳神経内科²⁾

国立精神神経医療研究センター³⁾

症例は32歳女性。出生発達に異常なかったが10歳より下肢近位脱力を自覚。歩行困難となり、手すりなしでは階段を登れなくなった。症状は緩徐進行し20歳時には走ることができなくなった。同時期より仰臥位での頭部挙上不可となり29歳時にはペットボトルの蓋を開ける事もできなくなったため近医神経内科を経て当科紹介。下肢有意の軽度四肢筋力低下があり、Gowers 徴候は陽性。深部腱反射は減弱。家族歴として同様の症状はないが、両親とも聾啞で母方両親は従妹婚であることから遺伝性疾患を考えた。当初は脊髄性筋萎縮症を考え遺伝子検査を行うも陰性。鑑別として先天性ミオパチーを考え筋生検を試行、病理所見よりセントラルコア病と診断。最終的に *RYR1* のバリエント (Ex102. P4818G>A) を同定、原因遺伝子変異と診断した。*RYR1* のバリエントによる臨床像の違いにより Kugelberg Welander 病と鑑別を要した貴重な症例であり、今回文献を含めて報告する。

18. *CHRND* 遺伝子に新規変異を認め、サルブタモール単剤が有効であったスローチャンネル症候群の1家系

高松孝太郎, 俵 望, 山崎義宗, 山下 賢, 山下太郎, 安東由喜雄

熊本大 脳神経内科

症例は28歳男性。中学生時より長時間テニスラケットを握れなくなった。18歳時仕事中に上肢脱力を自覚。20歳代前半から首下がり、自動車運転中に複視が出現。22歳時 Chiari 奇形に対して手術を受けたが、その後も脱力が繰り返し出現。28歳時に当科受診し、神経学的所見として上肢遠位筋に MMT3~4 の筋力低下、易疲労性を認めた。神経伝導検査において単発刺激で反復電位を認め、3Hz 低頻度反復刺激で waning がみられた。父、叔母、妹に同症状があり、遺伝子検査にて罹患者全てにスローチャンネル症候群の原因遺伝子 *CHRND* に新規ヘテロ接合性変異を検出した。サルブタモール単剤内服を開始したところ、易疲労性が改善した。スローチャンネル症候群は治療可能なため見逃してはならない疾患であり、治療法を含めた文献的考察を加える。

19. 軸索型ニューロパチーおよび小脳失調，難聴，知的障害を呈した *PTRH2* 変異の本邦初の一例

湯地美佳¹⁾，金子浩之¹⁾，安藤匡宏¹⁾，樋口雄二郎¹⁾，橋口昭大¹⁾，荒田 仁¹⁾，
梅原藤雄²⁾，高嶋 博¹⁾

鹿児島大学病院 脳神経内科¹⁾

南風病院 脳神経内科²⁾

55 歳男性。幼小児期より知的障害，難聴の既往あり。50 歳頃より認知機能の悪化，ふらつき，筋萎縮が進行してきたため入院となった。臨床的には四肢遠位優位の筋力低下・筋萎縮に加え，小脳失調，感音性難聴，外眼筋麻痺，軽度 CK 高値を認めた。神経伝導検査では軸索障害型の polyneuropathy を認め，筋生検では少数の CO 欠損線維を認めミトコンドリア機能異常が示唆された。エクソーム解析にて，infantile-onset multisystem neurologic, endocrine, and pancreatic disease (IMNEPD) の原因遺伝子である *PTRH2* 遺伝子に新規変異を認めた。*PTRH2* はシグナル伝達や細胞生死に関与するミトコンドリア関連遺伝子の一つである。これまで *PTRH2* 変異は数家系のみでの報告であり本邦では報告がなく非常に貴重な症例と考えられ，*PTRH2* 変異による臨床的特徴および分子病態など考察を加え報告する。

20. 呼吸不全に首下がりを伴う m. 3243A>G 変異ミトコンドリアミオパチーの 1 例

中原圭一¹⁾，俵 望¹⁾，津田麻友美¹⁾，正高佑志¹⁾，山下 賢¹⁾，中根俊成¹⁾，山下太郎¹⁾，
安東由喜雄¹⁾，西野一三²⁾，後藤雄一²⁾

熊本大学 脳神経内科¹⁾

国立精神・神経医療研究センター²⁾

症例は 84 歳女性。弟に筋力低下の家族歴あり。幼少期より足が遅かった。X 年頃より呼吸困難感，X+2 年より起立困難と易疲労感が出現した。X+3 年 2 月に感冒罹患時に PaCO₂ が貯留し，呼吸不全を伴うミオパチーを疑われて同年 3 月 15 日に当科入院した。近位筋優位の筋力低下と筋萎縮，首下がりを認めるも，確定診断には至らず，NPPV を導入後経過観察された。同年 9 月筋病理で ragged red fiber を認め，ミトコンドリア DNA 解析で，m. 3243A>G 変異を 86% に検出した。m. 3243A>G 変異は MELAS 関連遺伝子変異として知られるが，本症例のような症候を呈することは比較的珍しい。本遺伝子変異と臨床症候について，文献的考察を加えて報告する。

21. パーキンソン病の振戦に対して STN-DBS のマルチプログラミングが有効だった一例

福留隆泰, 富田祐輝, 松屋合歡, 成田智子

長崎川棚医療センター 臨床研究部・神経内科

症例は 48 歳男性. 41 歳頃に左手の振戦で発症. 振戦が強く日常生活に支障があるため DBS 療法目的で X-5 年 6 月に当科を受診. 左腕に強い四肢の振戦を認め, X-5 年 7 月に両側 STN-DBS 手術. 刺激強度は両 1.6V, 刺激頻度は両 130Hz で振戦はほぼ消失していた. X-5 年 9 月から振戦が再燃. 刺激強度を上げることで改善. その後も振戦の増悪を繰り返し, X-4 年 6 月に刺激強度は右 4.0V, 左 4.5V になっていた. 同月に振戦が増悪したが, 刺激頻度を両 150Hz にすることで改善. その後の増悪時は刺激頻度を上げることで改善したが, X-2 年 11 月に刺激頻度は右 220Hz, 左 210Hz になっていた. X-1 年 2 月, 固縮が強くなり入院. 刺激幅を $60\mu\text{S}$ から $90\mu\text{S}$ に変更して改善. X 年 4 月, 左腕の振戦が増悪して入院. 刺激部位や刺激幅を調整しても十分な改善がなく, 右側にマルチプログラミングを導入して振戦は軽減した.

22. Perry 病の一例: 早期診断の有用性

籠田早織, 三嶋崇靖, 西田明弘, 藤岡伸助, 坪井義夫

福岡大学医学部 脳神経内科

症例は 52 歳男性. X-2 年 5 月頃から両手の安静時振戦がみられるようになった. また体重減少がみられ動作も緩慢となったため, X-2 年 7 月に当科外来を受診した. 神経学的所見では仮面様顔貌, 安静時振戦があり, 軽度の抑うつを認めた. 家族歴があり, 遺伝学的検査にて *DCTN1* 遺伝子変異 (F52L) を認め, Perry 病と診断した. Perry 病は一般に孤発性パーキンソン病と比較し, 症状の進行が早く, 体重減少, うつ・アパシー, 中枢性呼吸障害が進行性に増悪することを特徴とするが, 本症例は早期に L-dopa 投与を開始し, 現時点ではパーキンソニズムの悪化や呼吸障害はみられていない. Perry 病の臨床経過についての報告は稀であり, 本患者の臨床経過や画像所見, 早期診断の有用性について文献的考察を含め報告する.

23. 軸索型ポリニューロパチーで発症し、長期経過後に舞踏運動が出現した McLeod 症候群の 1 例

山本 燎¹⁾, 大成圭子¹⁾, 先成裕介¹⁾, 橋本智代¹⁾, 西野一三²⁾, 足立弘明¹⁾, 岡田和将¹⁾
産業医大 神経内科¹⁾
国立精神・神経医療センター²⁾

52 歳男性. 血族婚および明らかな家族歴なし. X-16 年より両足部の背屈困難を自覚し始め, 徐々に両下肢脱力が進行, X-9 年に当科入院した. 神経伝導検査は両上下肢感覚神経と両下肢運動神経は誘発不能で, 軸索型多発ニューロパチーと診断した. X-8 年に杖歩行となり, 血液検査で高 CK 血症 (3152IU/l) と高値を示したため, 筋生検施行し, ミオパチーの所見であったが診断には至らなかった. X-2 年には車椅子移動となり, 同時期より四肢及び体幹の舞踏運動が出現した. X 年の神経学的所見では頸部・四肢及び体幹の舞踏運動, 四肢で遠位優位の脱力と筋萎縮, 腱反射消失, 両足部で全感覚の低下を認めた. 血液検査では高 CK 血症 (899IU/l) と有棘赤血球を認め, 赤血球表面の Kx 抗原は欠損しており, 臨床的に McLeod 症候群と診断した. McLeod 症候群は稀な疾患であり, また本例のように軸索型ポリニューロパチーで発症し長期経過後に舞踏運動が出現する症例がある. 文献的考察を加え報告する.

24. 筋萎縮性側索硬化症との鑑別が問題となった副腎脊髄ニューロパチーの一例

小田健太郎¹⁾, 牧 美充¹⁾, 野村美和¹⁾, 重畠裕也¹⁾, 宮下史生¹⁾, 渡邊 修¹⁾, 高嶋 博²⁾
鹿児島市立病院 脳神経内科¹⁾
鹿児島大学病院 脳神経内科²⁾

患者は 76 歳女性. X-1 年 1 月より左下肢に違和感を憶えるようになった. その後も症状が進行したため, 9 月に当科紹介受診となった. 両下肢の痙性麻痺を認め, ITB 療法を行ったところ, 痙性の緩和を認めた. 痙性の原因検索で施行した頭部 MRI では錐体路に T2WI や FLAIR で高信号を認め, 針筋電図では fibrillation potential を認め, 筋萎縮性側索硬化症が最も疑われた. 頭部 MRI を詳細に再検討したところ, 錐体路は DWI で高信号, ADCmap で低信号となっており, 錐体路の障害は脱髄の可能性が考えられた. 副腎脊髄ニューロパチーの可能性を考え, 極長鎖脂肪酸の検査を行ったところ, C26:0/C22:0 の軽度増加を認め, 遺伝子検査まで行った. ABCD1 遺伝子異常を認め, 最終的にヘテロの遺伝子異常による副腎脊髄ニューロパチーが痙性の原因と考えられた.

25. 急速に症状が進行した遺伝子ホモ変異を伴う CADASIL の一例

山田義貴¹⁾, 照屋翔二郎¹⁾, 渡慶次裕也¹⁾, 水田若奈¹⁾, 金城史彦¹⁾, 山城貴之¹⁾,
波平幸裕¹⁾, 石原 聡¹⁾, 崎間洋邦¹⁾, 橋口昭大²⁾, 高嶋 博²⁾, 大屋祐輔¹⁾

琉球大学医学部附属病院 第三内科¹⁾

鹿児島大学 脳神経内科²⁾

症例は片頭痛および脳卒中の家族歴を複数持つ 65 歳女性。60 歳時に初回の症候性脳梗塞を発症した。頭部 MRI で側頭極を含まない陳旧性多発性の脳梗塞と微小出血痕を認めたため当科へ紹介となった。外来経過中に一過性の意識障害や脱力、失語等が複数回認められていたが、64 歳頃から加速的に認知機能低下を認めた。頭部 MRI では脳萎縮の進行と脳梗塞・微小出血痕の増加を認めた。遺伝子解析の結果、*NOTCH3* に R75P のホモ変異を認め、CADASIL と診断した。ヘテロ変異と比較しホモ変異では症状進行が早いと報告されている。また、R75P の変異では、非特異的な頭部 MRI 所見をとるとされている。本症例に関し、家族歴や症状/画像所見の進行を提示し文献的考察を踏まえて報告する。

26. 胃切除後 15 年で発症したビタミン B1 欠乏性ポリニューロパチーの 1 例

穂原貴裕, 吉田崇志, 大窪隆一, 末原雅人

藤元総合病院 脳神経内科

63 歳男性、軽度の飲酒歴あり。X-15 年胃全摘術を施行。以降近医で間欠的にビタミン B12 静注。X 年 1 月に両下腿の浮腫・疼痛・脱力が出現。緩徐に筋力低下は進行し X 年 3 月には異常感覚、4 月には両上肢にも筋力低下が出現し当院受診。初診時 MMT は下肢優位かつ左右差なく 4 程度に低下し、下腹部以下の全感覚低下と異常感覚、下腿浮腫や下肢筋萎縮を認めた。脳神経系には異常を認めなかった。電気生理検査/神経生検では軸索障害の所見を認めた。血中ビタミン類では B1 のみが低値 (16.1 ng/mL)、補充により症状は改善に向かった。ビタミン B1 欠乏性ポリニューロパチー (脚気ニューロパチー) と診断。ビタミン B1 は小腸での吸収が主体であり、胃切除後の吸収障害の機序については再建法の影響が大きいともされる。本症の発症機序について文献を交えて考察する。

27. 無症候性肺サルコイドーシスに合併した, small fiber neuropathy を伴っていると考えられた筋サルコイドーシス

山本明史¹⁾, 田代 匠²⁾, 松本 航³⁾, 井下恒平¹⁾, 渡邊暁博¹⁾, 荒畑 創¹⁾, 河野祐治¹⁾, 笹ヶ迫直一¹⁾, 小西さわ子⁴⁾, 伊勢信治⁵⁾

NHO 大牟田病院 脳神経内科¹⁾

JCHO 九州病院 神経内科²⁾

済生会福岡総合病院 脳神経内科³⁾

NHO 大牟田病院 皮膚科⁴⁾, 呼吸器内科⁵⁾

70 歳代女性が, 慢性の両下肢ジンジン感と不安定歩行を訴えていた. CK や CRP などの一般採血, 神経伝導検査, 脊椎 MRI は異常なかったが, 体部 CT で両肺門リンパ節腫脹 (BHL) があり, Ga シンチで明瞭な BHL の外に下腿筋に淡い集積を認めた. 皮下結節もあり, 生検で類上皮細胞肉芽腫を認め, ACE やリゾチームは正常範囲だったが, sIL2R は 1060U/ml と高値で, 皮膚科, 呼吸器内科と相談, サルコイドーシス (サ症) と診断した. そこで施行した下腿筋造影 MRI で Ga シンチ集積部に造影病変を認めた. 下腿筋病変はサ症でたびたび報告され, サ症では神経伝導検査で異常を認めない small fiber neuropathy 合併が散見されることから, 本例の症状 (異常感覚と下肢筋力低下) はサ症で一元的に説明できると考えた. 神経生検や筋生検は希望されず, 呼吸器症状なく, 免疫治療も希望されなかったため, 対症療法のみ継続中だが, 増悪なく経過しており, リンパ腫や結核は否定的と考えた.

28. ギラン・バレー症候群 (GBS) 様の症状で発症したメトロニダゾール (MNZ) による多発ニューロパチー, 脳症の 1 例

辻田啓子, 溝田貴光, 山下 彩, 北之園寛子, 長郷国彦

JCHO 諫早総合病院 脳神経内科

症例は 67 歳男性. 大腸クローン病に対して MNZ1000mg/日内服していた. X 月上旬より四肢しびれ感が出現し, 歩行困難が急速に進行し, X 月 25 日に入院した. 下肢腱反射の減弱・消失あり. 腰椎穿刺では蛋白細胞解離を認めなかったが, 神経伝導速度低下あり, 急性発症の多発ニューロパチーとして GBS を疑い, X 月 28 日から経静脈的免疫グロブリン療法を施行した. 治療後, 歩行速度の軽度改善を認めたが, 断綴性構音障害が出現し, 小脳症状が遅発性に出現した. X+2 月 7 日の MRI (FLAIR) にて小脳歯状核に高信号を認め, メトロニダゾール脳症を疑い, MNZ を中止した. その後, 歩行障害, 構音障害は著明に改善した. 急性多発ニューロパチーで発症したメトロニダゾール脳症の 1 例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する.

29. 妊娠を契機に急速に増悪したオルニチントランスカルバミラーゼ欠損症の一例

岩永 洋¹⁾, 上野未貴¹⁾, 徳田昌紘¹⁾, 忽那史也¹⁾, 本田涼子²⁾

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 神経内科¹⁾, 小児科²⁾

症例は 28 歳女性。既往歴や家族歴に特記事項なく生来健康ではあったが、タンパク質を多く含む食事を嫌う傾向にはあった。X 年 10 月、妊娠悪阻のため食事がほぼ摂れず意識障害を来しウェルニッケ脳症を疑われ当院搬送入院となる。入院時の採血では高アンモニア血症が見られた。入院後に呼吸も停止し人工呼吸器管理となった。経過から尿素サイクル異常症を疑い、透析導入、アミノ酸を制限した高カロリー輸液など実施したが、脳浮腫など進行し入院 7 日目に永眠された。アミノ酸分析の結果や尿中オロト酸の上昇などよりオルニチントランスカルバミラーゼ欠損症と診断された。日常生活では発症していない潜在的な尿素サイクル異常症患者が妊娠悪阻の為に蛋白異化亢進し急性増悪したと思われる症例を経験したので報告する。

30. Carotidynia と考えられた 2 例

大山真英, 稲富雄一郎, 池田知聡, 山川詩織, 井 建一郎, 松尾圭将, 永沼雅基, 池野幸一, 米原敏郎

済生会熊本病院 脳神経内科

症例 1. 44 歳, 女性。2011 年 12 月某日に左頸部の拍動, 疼痛を伴う腫脹に気づいた。初診時は左頸部に圧痛を伴う腫脹を認めた。血液検査で白血球 $9,600/\text{mm}^3$, 赤沈 $23\text{ mm}/\text{時}$, その他異常なし。頸部血管エコーで左頸動脈分岐部に辺縁整¹⁾ 内部均一な壁肥厚あり。MRI 上同病変は T2WIFS で高信号を呈した。PSL30mg にて症候は軽快したが, 漸減中の発症 1 ヶ月後に右頸部に同様の症状が出現した。PSL の再増量にて軽快し, 以後再発なし。症例 2. 69 歳, 女性。2019 年 2 月某日に左下顎～頸部の疼痛に気づいた。初診時は左頸部に圧痛を認めたが, 発赤や腫脹はなし。血液検査で白血球 $6,000 /\text{mm}^3$, 赤沈 $19\text{ mm}/\text{時}$, その他異常なし。画像検査では症例 1 と類似の所見を認めた。アセトアミノフェン $1,500\text{mg}$ のみで症候は軽快し, 発症後 3 ヶ月間再発なし。本 2 例は” carotidynia” の疾患概念に合致すると考えられた。同疾患の治療について文献的検討を含め考察する。

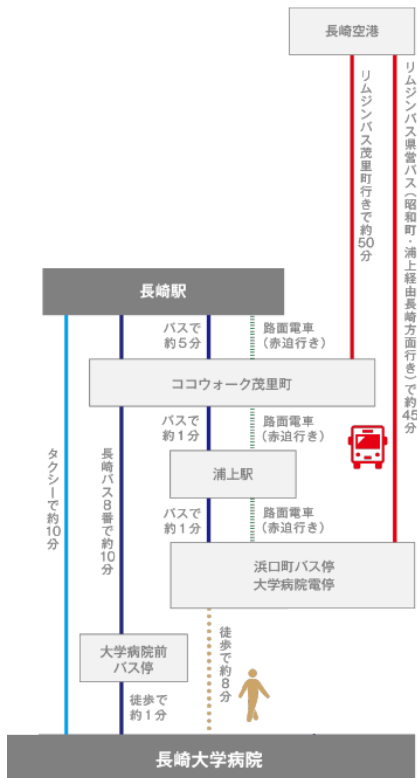
31. 脊髄病変で発症し、神経 Behcet 病と鑑別を要した血管内リンパ腫の 1 例

島 智秋¹⁾, 金本 正¹⁾, 長岡 篤志¹⁾, 吉村 俊祐¹⁾, 宮崎 禎一郎¹⁾, 立石 洋平¹⁾,
白石 裕一¹⁾, 塩田 恭史²⁾, 澤山 靖²⁾, 辻野 彰¹⁾

長崎大学病院 脳神経内科¹⁾, 同原研内科²⁾

症例は 66 歳男性. X 年 10 月から下肢筋力低下と膀胱直腸障害が出現した. 近医 MRI で脊髄円錐部に異常信号域を指摘され PSL10mg が開始されたが, 症状改善が乏しいため X+1 年 3 月に当科に入院した. 血液検査で軽度の炎症反応があり, sIL-2R は高値であった. HLA B-51 陽性で, 両眼の網膜ブドウ膜炎があり, 腹部血管の瘤状拡張があることから Behcet 病不全型の基準を満たしたが, 非典型的であるため脊髄および皮膚生検を施行した. 脊髄組織は炎症所見のみであったが, 皮膚組織では毛細血管内に L26 陽性の異型細胞を認め, 血管内リンパ腫が示唆された. 脊髄障害で発症し, 緩徐な経過であっても血管内リンパ腫を鑑別することが肝要である.

第 226 回日本神経学会九州地方会 アクセスのご案内



長崎空港から

リムジンバス茂里町行き：約50分
ココウォーク茂里町下車

バス リムジンバス県営バス(昭和町・浦上経由長崎方面行き)：約45分
浜口町バス停下車

タクシー 約1時間

JR長崎駅から

バス 長崎バス8番：約10分

タクシー 約10分

路面電車 赤迫行き：約20分

JR浦上駅から

タクシー 約5分

路面電車 赤迫行き：約5分

徒歩 約15分

車で

長崎自動車道 長崎多良見IC
→長崎バイパス 昭和町ICを降りて、5~10分

長崎大学病院の外来駐車場をご利用ください。

駐車券(100円)を会場受付に準備しております。

