

第 223 回日本神経学会

九州地方会プログラム・抄録集

日時 平成 30 年 9 月 15 (土) 午前 9 時～午後 3 時 30 分
(受付時間:午前 8 時 30 分～)

会場 鹿児島大学医学部 鶴陵会館 大ホール(ウィリアム・ウィリスホール)

当番 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
神経病学講座 脳神経内科・老年病学 高嶋 博

会員 当日会員 1,000 円

<講演要領>

1. 講演時間 : 6 分
2. 質疑 : 2 分以内
3. プロジェクター: PC 液晶1台 (OS: Windows のみ : Power Point2010, 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、演者名のラベルをつけ、ファイル名は
“演題番号-演者名.拡張子”(例:51-鹿大太郎.ppt)としてください。
5. ビデオ : Power Point 内の動画のみとします。(要連絡)
6. 抄録 : 発表者は、郵送した抄録用紙を完成させ発表当日受付に提出して下さい。

(注意)発表者の方は、遅くともご発表 30 分前までに、メディアをご提出ください。

<世話人会>

当日セミナー終了後(12:30～)、鶴陵会館 中ホールにて開催致します。

<セミナーのご案内>

日時 : 平成 30 年 9 月 15 日(土) 11:50～12:30

場所 : 鹿児島大学医学部 鶴陵会館大ホール(ウィリアム・ウィリスホール)

座長 : 鹿児島大学大学院 脳神経内科・老年病学 教授 高嶋博

講演 : 「レビー小体型認知症の症状と治療」
福岡大学医学部 神経内科学 教授 坪井義夫先生

共催 : 第 223 回日本神経学会九州地方会
大日本住友製薬株式会社

(セミナー終了後 昼食を用意しています。)

第 223 回日本神経学会九州地方会 会場のご案内



※駐車場をご利用の方は、入構する際受け取った「駐車カード」を必ず持参して下さい。無料券を受付にてお渡しいたします。

※11時50分からのセミナーは地方会会場と同じ鶴陵会館（大ホール）で行われますが、昼食会場は医学部の第一および第二講義室となっております。お弁当は同昼食会場のほうに用意しておりますのでセミナーが終わりましたら同講義室でお弁当を受け取りそこで昼食を済ませてください。

座長一覧

セッション	時間	演題 No.	氏名	所属
1	9:00~9:40	1-5	松岡 秀樹	鹿児島医療センター
2	9:40~10:20	6-10	中垣 英明	福岡市民病院
3	10:20~11:00	11-15	渡嘉敷 崇	NHO 沖縄病院
4	11:00~11:40	16-20	大窪 隆一	藤元総合病院
セミナー 11:50~12:30				
昼休み・世話人会 12:30~13:20				
5	13:30~14:10	21-25	山下 賢	熊本大学
6	14:10~14:50	26-30	山崎 亮	九州大学
7	14:50~15:30	31-35	松浦 英治	鹿児島大学

第 223 回 日本神経学会九州地方会 プログラム

会場： 鹿児島大学医学部 鶴陵会館（ウィリアム・ウィリスホール）

セッション 1 (9:00-9:40) 座長：松岡 秀樹 鹿児島医療センター

1. 血行再建術 2 週間経過後に広範な浮腫を呈した脳梗塞の一例
福岡市民病院神経内科 柴田 憲一 他
2. 頸部回旋により椎骨動脈が環軸椎レベルで圧迫され、動脈解離を発症した
Bow Hunter's Stroke の 1 例
長崎大学病院脳神経内科 居相 有紀 他
3. 全身性エリテマトーデスに合併した可逆性脳血管攣縮症候群の 1 例
佐世保中央病院 脳血管内科 佐原 範之 他
4. 入院後、血栓移動により症状増悪したため血栓回収療法を行った
内頸動脈閉塞の 1 例
福岡市民病院神経内科 中垣 英明 他
5. t-PA 静注療法による症状改善後に再増悪を来した calcified cerebral emboli の一例
国立病院機構 九州医療センター 脳血管センター 脳血管・神経内科
榊 佑介 他

セッション 2 (9:40-10:20) 座長：中垣 英明 福岡市民病院

6. MRI 画像所見より脳幹脳炎と鑑別を要した高度脳幹浮腫の一部検例
飯塚病院脳神経内科 前田 泰宏 他
7. アルテプラゼ (tPA) 投与後に Microbleeds から 2 箇所 of 脳出血を発症した脳梗塞の 1 例
鹿児島医療センター 脳血管内科 平嶺 敬人 他
8. 経皮的冠動脈形成術中に発症した大動脈原性塞栓症に対して機械的血栓回収術を行った
一例
済生会福岡総合病院 脳神経内科 中澤 祐介 他
9. 本態性血小板に脳梗塞を合併し rt-PA 静注療法が奏功した一例
大分大学医学部神経内科学講座 佐藤 龍一 他

10. 繰り返す Transient focal neurological episode の発症後早期に皮質下出血を発症した脳アミロイドアンギオパチーの一例

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

吉川 正章 他

セッション 3 (10:20-11:00) 座長: 渡嘉敷 崇

NHO 沖縄病院

11. JCV の再検で診断がついたサルコイドーシスに進行性多巣性白質脳症を合併した一例
恒心会 おぐら病院 神経内科

重久 彩乃 他

12. 抗 VGKC 複合体抗体陽性辺縁系脳炎再燃にヘルペス脳炎が合併した一例
熊本大学 脳神経内科

白濱 諒 他

13. 急性壊死性脳症類似の画像を呈した高齢者インフルエンザ脳症の 1 例
高邦会高木病院 神経内科

森 法道 他

14. 除皮質姿勢を呈した Bickerstaff 脳幹脳炎の一例
大分県立病院神経内科

園田 卓司 他

15. 頭痛で発見された癌性髄膜腫症の一例
琉球大学医学部附属病院第三内科

谷川 健祐 他

セッション 4 (11:00-11:40) 座長: 大窪 隆一

藤元総合病院

16. GVHD 様皮疹を呈した播種性胸腺腫合併重症筋無力症の 1 例
長崎大学病院 脳神経内科

北之園 寛子 他

17. アルツハイマー型認知症を合併した脊髄小脳変性症 8 型 (SCA8) の 1 例
NHO 大牟田病院 神経内科

渡邊 暁博 他

18. ALS6 の 2 症例の長期経過
独立行政法人国立病院機構熊本南病院 神経内科

阪本 徹郎 他

19. 当院におけるノイズパレイドリアテスト 160 例の検討
NHO 沖縄病院 神経内科

渡嘉敷 崇 他

20. Painful Legs and Moving Toes (PLMT) による足趾不随意運動を呈した一例
九州大学大学院医学研究院神経内科学

田代 匠 他

セミナー : 11:50-12:30

座長: 鹿児島大学大学院 脳神経内科・老年病学 教授 高嶋博

講演: 「レビー小体型認知症の症状と治療」

福岡大学医学部 神経内科学 教授 坪井 義夫先生

世話人会・昼食 : 12:30-13:20

セッション5 (13:30-14:10) 座長: 山下 賢

熊本大学

21. 筋ジストロフィー症との鑑別が困難であった封入体筋炎の一例
宮崎大学医学部附属病院神経内科 小笠原 奈月 他
22. ネブリン複合ヘテロ接合体変異を認めた遠位型ネマリンミオパチーの一例
熊本大学 脳神経内科 山元 雅典 他
23. 外眼筋の筋力低下が症状のメインだった多発性筋炎の一例
鹿児島市立病院 神経内科 野口 悠 他
24. 原発性 Sjogren 症候群に続発した免疫介在性壊死性ミオパチーの一例
福岡大神経内科 高橋 信敬 他
25. 全身麻酔下開腹手術を行った成人型筋ジストロフィーの3症例
長崎川棚医療センター臨床研究部・神経内科 福留 隆泰 他

セッション6 (14:10-14:50) 座長: 山崎 亮

九州大学

26. 神経サルコイドーシスとの鑑別を要したギランバレー症候群の一例
鹿児島県立大島病院 神経内科 松田 耕助 他
27. ステロイド抵抗性の Tumefactive demyelinating lesion を有し選択的血漿交換療法が有効であった抗 MOG 抗体関連疾患の一例
鹿児島大学病院 脳神経内科 児島 史一 他
28. 発作性に異常行動を繰り返しながら認知機能障害が進行した成人型神経核内封入体病の一例
雪の聖母会 聖マリア病院 脳血管内科 金沢 信 他

29. ステロイド漸減中に再燃した橋本脳症の1例
済生会熊本病院神経内科 原田しずか 他

30. 若年男性に発症しエンドキサンパルス療法 (CPM) が効を奏した
抗 NMDA 受容体脳炎の2例
鹿児島医師会病院 脳神経内科 高口 剛 他

セッション7 (14:50-15:30) 座長: 松浦 英治

鹿児島大学

31. 長期の経過で緩徐進行し両上肢遠位部に限局した症状を呈した CIDP (MADSAM) の一例
九州大学大学院医学研究院神経内科学 松本 航 他

32. Arachnoid web の術後に悪化した HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) の一例
JCHO 諫早総合病院 神経内科 天本 悠太 他

33. 長期リハビリテーションで機能的転帰良好となった急性運動性軸索型重症 Guillain-Barré 症候群 (GBS) の一例
社会医療法人青洲会 福岡青洲会病院 脳神経内科 永田穂香 他

34. 構音障害・嘔声、嚥下障害を呈し、MRI で両側迷走神経のガドリニウム増強効果を認めた神経サルコイドーシスの1例
藤元総合病院 神経内科 吉田 崇志 他

35. 担癌患者で Propionibacterium acnes 抗体 (PAB 抗体) による免疫染色が診断に有用だったサルコイドーシスの1例
鹿児島大学 脳神経内科 高畑 克徳 他

1. 血行再建術 2 週間経過後に広範な浮腫を呈した脳梗塞の一例

福岡市民病院神経内科

柴田憲一、山元伸昭、中垣英明、長野祐久

症例は 69 歳男性。意識障害 (JCS10)、全失語、右半側空間無視、左共同偏視、右片麻痺、右感覚障害のため救急搬入され、NIHSS 25 点であった。頭部 MRI では左前頭葉・側頭葉・頭頂葉に広範な DWI 高信号を認め、MRA は左中大脳動脈で信号が途絶していた。急性期脳梗塞と診断し、発症 60 分後から rt-PA 静注療法を開始した。脳血管造影で左中大脳動脈が閉塞しており、血栓回収術により発症 1 時間 26 分後に完全再開通を得られた。術後、失語は残るものの右片麻痺は改善しており、NIHSS 5 点であった。翌日には左中大脳動脈領域皮質は DWI でわずかに高信号を呈するのみで、MRA で左中大脳動脈の信号は改善していた。入院 8 日目の MRI も同様の所見であった。13 日目から頭痛があり、15 日目から失語症状が悪化した。MRI では、左中大脳動脈領域皮質は ADC 高値を伴う DWI 高信号であり、FLAIR で浮腫性変化がみられた。抗浮腫療法を行ったが、画像上は改善に乏しかった。血栓回収術後、遅発性に過灌流症候群と血管原性浮腫が生じた可能性が考えられた。

2. 頸部回旋により椎骨動脈が環軸椎レベルで圧迫され、動脈解離を発症した Bow Hunter's Stroke の 1 例

長崎大学病院脳神経内科¹⁾、脳神経外科²⁾

居相有紀¹⁾、金本正¹⁾、立石洋平¹⁾、中岡賢治朗¹⁾、福嶋かほり¹⁾、北之園寛子¹⁾、太田理絵¹⁾、島智秋¹⁾、長岡篤志¹⁾、吉村俊祐¹⁾、宮崎禎一郎¹⁾、白石裕一¹⁾、諸藤陽一²⁾、堀江信貴²⁾、出雲剛²⁾、辻野彰¹⁾

症例は 28 歳男性。首鳴らしの習慣があった。左半身の協調運動障害と構音障害が出現し救急搬送された。頭部 MRI で左小脳半球と延髄左外側に虚血巣があった。造影 CT で左椎骨動脈 V3~V4 に壁不正を認めた。頸部血管エコーで、左椎骨動脈は右回旋時に頭蓋内閉塞が示唆され、Bow Hunter's Stroke と診断した。頸部右回旋位で造影 CT を撮影すると、間軸椎レベルで左椎骨動脈が圧迫される所見を認めた。経過中の頭部 MRI で左椎骨動脈に解離があった。抗凝固療法を開始し、頸部右回旋を極力避けるよう指導し、外来で経過観察中である。Bow Hunter's Stroke の病態、治療方針について、当院の過去の症例もあわせて考察する。

3. 全身性エリテマトーデスに合併した可逆性脳血管攣縮症候群の1例

佐世保中央病院 脳血管内科¹⁾ 膠原病内科²⁾ 脳神経外科³⁾

佐原範之¹⁾, 辻良香²⁾, 吉永貴哉³⁾, 古賀嵩久³⁾, 天本宇昭³⁾, 竹本光一郎³⁾, 阪元政三郎³⁾

症例は45歳, 女性. 全身性エリテマトーデス(SLE)にて通院加療中であった. XX年8月の頭部MRIで無症候性脳梗塞を認め, MRAでは右中大脳動脈末梢の描出が不良であった. 髄液検査でIL-6の軽度上昇を認めたが, 採血上はSLEの活動性上昇を示唆する所見はなく血管炎は否定的であった. 脳血管造影では右中大脳動脈はびまん性に狭小化していた. その後のMRAで右中大脳動脈の狭小化は自然軽快し, 9月初旬に自宅退院した. SLEには脳血管障害を合併することがあり, その原因として抗リン脂質抗体や血管炎などがある. 本症例は血管狭窄を伴った脳梗塞であり, 動脈硬化, 血管炎, 動脈解離, 血管攣縮などを鑑別とし, 狭窄病変が自然軽快したことから可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)と診断した. SLEに合併したRCVSとして文献的考察を加え報告する.

4. 入院後、血栓移動により症状増悪したため血栓回収療法を行った内頸動脈閉塞の1例

福岡市民病院 神経内科¹⁾, 同 脳神経外科²⁾

中垣 英明¹⁾, 山元 伸昭¹⁾, 柴田 憲二¹⁾, 長野 祐久¹⁾, 福島浩²⁾

症例は90歳女性. 80歳時に左PCA領域脳梗塞で某大学入院. 塞栓源不明であり二次予防にはアスピリンが選択された. 8月某日未明に左半身脱力, 構音障害に気づかれ6時30分に当院搬送. 神経学的には左半側空間無視, 左不全片麻痺(MMT4)ありNIHSSスコア7点であった. MRIでは右MCA境界領域に点状の急性期脳梗塞が散在し, MRAで右ICAは起始部から描出不良. 緊急でDSAを行ったところ, 右ICAは起始部から造影されず, Acom, Pcomを介して右MCAが描出された. 保存的治療を行う方針としアスピリン, クロピドグレル, アルガトロバン投与を行った. 同日夕方に意識障害, 左片麻痺, 半側空間無視が増悪し(NIHSS:16), 再度DSAを行った. 右ICAC4狭窄と右MCAM1近位部閉塞を認めた. Trevo XPを用いたM1の血栓回収を行い再開通が得られた. Willis動脈輪を介した側副血行があるICA閉塞では血栓の移動により症状増悪し血行再建が必要になることがある.

5. t-PA 静注療法による症状改善後に再増悪を来した calcified cerebral emboli の一例

国立病院機構九州医療センター 脳血管センター・臨床研究センター
脳血管・神経内科

榊 佑介, 徳永敬介, 森 興太, 船水章央, 後藤聖司, 桑城貴弘, 矢坂正弘, 岡田 靖

症例は76歳, 女性. 左上肢の脱力を主訴に救急搬送された. 来院時はMMT3/5の左上肢の不全麻痺を呈していた. 頭部CTで急性期出血巣は認めなかったが, 右中大脳動脈領域に点状の石灰化病変を複数認めた. 超急性期の脳梗塞と診断し, 発症から4.5時間以内であったため, t-PA 静注療法を開始した. t-PA 投与開始後に撮像した頭部MRIではCTで認めていた石灰化病変の周囲に急性期梗塞巣を認めた. 左上肢の麻痺はt-PA 投与開始後まもなくMMT4/5程度にまで一旦改善したが, t-PA 投与開始4時間後にMMT1/5程度にまで再増悪し, さらにMMT4/5程度の左下肢の不全麻痺も出現した. 症状増悪後に再検した頭部MRIでは新たに左中大脳動脈領域と右後下小脳動脈領域に急性期梗塞巣が出現していた. 入院後に施行した経食道心エコー図検査では大動脈弓部に強い石灰化と潰瘍形成を伴う複合粥腫病変を認めたため, 同病変を塞栓源とするcalcified cerebral emboliと診断した. calcified cerebral emboliにt-PA 静注療法を施行した報告は少なく, t-PA 投与開始後に症状が変動した例はさらに稀であるため, 文献的考察を加えて報告する.

6. MRI 画像所見より脳幹脳炎と鑑別を要した高度脳幹浮腫の一例

飯塚病院脳神経内科¹⁾,九州大学大学院医学研究院神経病理学²⁾

前田泰宏¹⁾, 前田教寿¹⁾, 進村光規¹⁾, 中村憲道¹⁾, 森慎一郎²⁾, 岩城徹²⁾, 高瀬敬一郎¹⁾

症例は89歳男性, X年12月9日に一過性の左上下肢脱力あり, 当院で一過性脳虚血発作と診断した. 12月19日にしゃべりにくさと右上下肢脱力を主訴に当院搬送, 神経診察ではJCS10, E3V4M6, 右共同偏視, 構音障害, 軽度右上下肢脱力, 左上下肢表在覚低下を認めた. 経過からは脳血管障害が疑われ, 頭部MRAで右椎骨動脈描出不良で左椎骨動脈及び脳底動脈が高度狭窄していたが, 頭部MRIでは橋下部右側から上位頸髄右側までDWI等信号, FLAIR及びADC高信号であり, 画像所見からは脳梗塞は否定的で脳幹脳炎が鑑別に挙げられた. 同日ステロイドパルス療法を施行したが, 12月20日昼に意識レベル低下, 呼吸不全を来し同日死亡した. 患者家族の同意を得て脳のみを剖検を行い, 両側椎骨動脈と脳底動脈に高度の動脈硬化, 延髄右側から上位頸髄右側に強い広範囲の浮腫性変化を認め, 一部に出血と梗塞を伴っていた. 炎症の所見はなく, 後日判明した各種自己抗体も陰性であった. 虚血部再灌流による血管性浮腫が主病態と考えられ, 文献的考察を加えて報告する.

7. アルテプラーゼ(tPA)投与後に Microbleeds から 2 箇所 の脳出血を発症した脳梗塞の 1 例

鹿児島医療センター 脳血管内科

平嶺 敬人, 谷合 洋造, 宮下 史生, 脇田 政之, 松岡 秀樹

症例は 73 歳女性. X 年 7 月 14 時半までは普段と変わりなかったが, 17 時に台所で倒れているところを発見され 17 時 42 分に来院された. 右共同偏視, 左片麻痺, 感覚障害, 構音障害など認めた (NIHSS は 12 点). 頭部 MRI では右中大脳動脈領域に広範囲の脳虚血が認められ, T2*で microbleeds(以下 MBs)が多発していた. 禁忌事項がないことを確認して 18 時 3 分にアルテプラーゼ(tPA)を投与した. MBs 多発症例であり, 血圧を 160mmHg 以下で厳格にコントロールした. tPA 投与 10 時間後に麻痺の増悪と嘔吐があり, 頭部 CT で右前頭葉と左視床の MBs と一致する部位 2 箇所に 10mm 大の出血が見られた. その後は出血の拡大なく, 退院時の NIHSS 9, mRS 4 であった. MRI first で tPA を投与する場合に, MBs が多発する症例への tPA 投与の判断を迷うことがある. MBs と tPA 投与後の出血リスク, 予後などについて文献的考察を加えて報告する.

8. 経皮的冠動脈形成術中に発症した大動脈原性塞栓症に対して機械的血栓回収術を行った一例

済生会福岡総合病院 脳神経内科¹⁾ 循環器内科²⁾ 病理診断科³⁾

中澤祐介¹⁾ 梅谷啓太¹⁾ 高下純平¹⁾ 橋本哲也¹⁾ 田中正人¹⁾ 野副純世²⁾

加藤誠也³⁾ 川尻真和¹⁾ 山田猛¹⁾

症例は 57 歳男性. 当院循環器内科にて右冠動脈の慢性完全閉塞に対して, 鎮静下に PCI を施行されていた. 術直後, 覚醒不良, 失語, 右片麻痺を認め, 当科紹介となった. NIHSS 32 点で頭部 MRI で左中大脳動脈領域の広範な虚血および左 M1 遠位部の閉塞を認めた. 機械的血栓回収術を行い, 白色血栓様の塞栓子を回収し, TICI2b の有効再開通が得られた. 塞栓源の検索を行ったところ経食道心エコーで左鎖骨下動脈より末梢の大動脈弓部に 5.2 mm の揺動性プラークを認めた. 回収血栓の病理組織所見は血小板が中心で赤血球成分, 炎症細胞浸潤を含む白色血栓様組織であり, PCI 中に発症した大動脈原性塞栓症と診断した. 第 23 病日に mRS 2 で回復期リハビリテーション病院に転院した. 大動脈原性塞栓症に対して機械的血栓回収療法を行った報告はなく, 貴重な症例と考え報告する.

9. 本態性血小板に脳梗塞を合併し rt-PA 静注療法が奏功した一例

大分大学医学部神経内科学講座

佐藤龍一，軸丸美香，堀 大滋，木村成志，松原悦朗

症例は 56 歳男性. JAK2 遺伝子変異を伴う本態性血小板血症で血液内科受診中であつた. 突然発症した左顔面の違和感, 左上下肢の動かしづらさを主訴に救急搬送された. 神経学的には両側水平性注視方向性眼振, 両眼での左右注視時の複視, 左上下肢不全麻痺, 左顔面を含む左半身の表在覚鈍麻を認め NIHSS 5 点であつた. 頭部 MRI では明らかな異常を認めなかったが, 経過と症状より超急性期の脳梗塞と診断した. 血栓溶解療法の適応があり recombinant tissue-type plasminogen activator (rt-PA) を発症後 4 時間 29 分で経静脈的投与し NIHSS 2 点と改善した. 本態性血小板血症に合併した脳梗塞で本例のように血栓溶解療法が奏功した症例の報告は少なく, 文献的考察を含めて報告する.

10. 繰り返す Transient focal neurological episode の発症後早期に皮質下出血を発症した脳アミロイドアンギオパチーの一例

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

吉川正章、鈴山耕平、薬師寺祐介、原英夫

症例は 65 歳の女性. 右口角と右示指に 10 分ほど持続する一過性の異常感覚を繰り返し当科に精査入院となった. 頭部 MRI 拡散強調画像で虚血病変はなく, 両側前頭葉に cortical superficial siderosis(cSS), 左中心溝に convexity subarachnoid hemorrhage をみとめ, ボストン基準上の probable CAA と診断した. 繰り返す神経症状は左中心溝の病変が関与した TFNE と判断した. 新たな TFNE や脳 MRI 所見増悪, 炎症活動性がないことを確認し退院としたが, その 10 日後に左前頭葉皮質下出血をきたした. CAA 関連所見として注目される TFNE や cSS は未だ治療法がなく, 本例を通じ最新の知見をふまえた対応法を考察する.

11. JCV の再検で診断がついたサルコイドーシスに進行性多巣性白質脳症を合併した一例

恒心会 おぐら病院 神経内科¹⁾ 鹿児島大学病院 脳神経内科²⁾

重久彩乃¹⁾, 平松 有¹⁾, 谷口雄大²⁾, 橋口昭大²⁾, 高嶋 博²⁾

症例は 75 歳女性. 3 ヶ月ほどで進行する喋りにくさと上肢の振るえ, 歩行困難のため前医入院. 頭部 MRI にて小脳の萎縮と中小脳脚の萎縮がみられた他, 全身 CT で多発リンパ節腫大, 脾多発結節, 血清 ACE 上昇, 肺胞洗浄液での CD4/8 比上昇, 肺門部リンパ節生検での類上皮細胞の所見などよりサルコイドーシスと診断. ステロイドパルス後に後療法を行い, 症状軽減したため当院転院となったが, FLAIR 画像で異常信号が小脳脚から橋部, 小脳に拡がっていた. 前医の髄液 JCV-DNA は陰性であったが, 画像や経過から進行性多巣性白質脳症(PML)を合併している可能性が否定できず, 国立感染症研究所へ PCR 検査を依頼したところ, 陽性であった. ミルタザピンの内服を開始して病勢が落ち着き, 転院となった. 画像や経過から PML が疑われる場合は JCV-DNA の再検も必要であると考えられた.

12. 抗 VGKC 複合体抗体陽性辺縁系脳炎再燃にヘルペス脳炎が合併した一例

熊本大学 脳神経内科

白濱諒、俵望、中根俊成、安東由喜雄

症例は 77 歳女性。X 年に胸腺腫を認め、手術が検討されていた。X+1 年 4 月頃からの進行性の認知機能低下があり、精査の結果抗 VGKC 複合体抗体陽性の傍腫瘍性辺縁系脳炎と診断された。血漿交換、胸腺腫摘出術を施行し、認知機能の改善を認めた。同年 5 月 1 日に意識レベルの低下を認め、精査目的に当科入院。入院時意識レベルは変動があり、JCS I-3~II-10 であった。また、神経学的には項部硬直、血液検査では低 Na 血症、頭部 MRI では拡散強調像、T2 star、FLAIR で左側頭内側に高信号域を認めた。髄液 PCR で HSV、抗 VGKC 複合体抗体 (LGI1) が陽性であった。アシクロビル投与、血漿交換、ステロイドパルス等の治療を行った。その後意識レベルは I-1 まで改善し、慢性期病院に転院となった。本報告ではウイルス性脳炎と自己免疫性脳炎併存あるいは混在について、考察する。

13. 急性壊死性脳症類似の画像を呈した高齢者インフルエンザ脳症の1例

高邦会高木病院 神経内科

森法道、末次南月、雪竹基弘

症例は ADL 自立の 86 歳男性。インフルエンザ A 型を発症し体動困難となったため入院となった。入院時の体温は 38.8℃。意識は清明で会話に問題なし。その他、身体所見および神経学的所見で異常はなかった。翌日朝から意識レベルの低下が出現し、頭部 MRI で両側大脳半球や脳梁などに広範囲の T2 高信号領域が出現し、一部は出血性変化を認めた。ステロイドパルス療法などで対応したが、多臓器不全を合併しており第 32 病日に死亡退院、剖検は得られなかった。インフルエンザ脳症は主に小児の疾患であるが、成人発症も 10-35%程度に認められる。成人のインフルエンザにおいても早期に意識障害を認めた場合はインフルエンザ脳症の発症を考慮することが重要であり、高齢発症インフルエンザ脳症に関して文献的考察を行う。

14. 除皮質姿勢を呈した Bickerstaff 脳幹脳炎の一例

大分県立病院神経内科

園田卓司、花岡拓哉、白元亜可理、武井潤、法化岡陽一

症例は 44 歳男性。X 年 9 月 8 日（第 1 病日）に発熱と倦怠感のため前医で抗生物質開始された。意識障害が出現したため第 3 病日に転院し、このとき高度の意識障害と除皮質姿勢を認めた。腱反射は上肢で消失し両側 Babinski 徴候陽性だった。脳脊髄液検査では細胞数 11/ μ l、蛋白 46mg/dl だった。ウイルス性もしくは自己免疫性脳炎を考えアシクロビルとステロイドを使用したが無効、単純血漿交換を 6 回行うことで除皮質姿勢の頻度は減少したが意識障害は改善しなかった。免疫グロブリン点滴を行い第 22 病日から有意な体動が出現し第 24 病日から会話可能になり除皮質姿勢は消失した。第 48 病日に介助下で歩行可能となった。抗 GQ1b-IgG 抗体陽性が判明し Bickerstaff 脳幹脳炎と診断した。第 105 病日に継足歩行可能となった。高度の意識障害と除皮質姿勢を呈したが経過良好であった Bickerstaff 脳幹脳炎の一例として考察を加え報告する。

15. 頭痛で発見された癌性髄膜腫症の一例

琉球大学医学部附属病院第三内科

谷川健祐, 国場和仁, 金城史彦, 當銘大吾郎, 山城貴之, 波平幸裕, 城間加奈子, 石原聡, 崎間洋邦, 大屋祐輔

症例は 68 歳女性. X 年 9 月から頭痛が徐々に増強し, 11 月に痙攣で当院救急受診. 診察で髄膜刺激徴候, 霧視, 両側眼底に乳頭浮腫を認めた. 髄液から印環細胞を認め, 癌性髄膜腫症が疑われた. 原発巣検索の胸腹部造影 CT で左乳房腫瘍, 左腋窩リンパ節腫大, 腹膜播種を認めた. 消化管内視鏡検査で胃体部より GCDFP-15 陽性の印環細胞を認め, 乳腺原発の癌性髄膜腫症と診断した. 濃グリセリン投与による脳圧コントロール, 全脳照射を施行した. 頭痛, 視力低下は改善し, 化学療法導入のために乳腺外科に転科を予定し, 退院した. 印環細胞癌の髄膜転移は報告があるが, 乳腺由来の印環細胞癌は稀であり, その転移の機序も含めて文献的検索を交えて考察する.

16. GVHD 様皮疹を呈した播種性胸腺腫合併重症筋無力症の 1 例

長崎大学病院 脳神経内科¹⁾、病理診断科²⁾、長崎総合科学大学 医療工学コース³⁾
北之園寛子¹⁾、白石裕一¹⁾、太田理絵¹⁾、長岡篤志¹⁾、吉村俊祐¹⁾、宮崎禎一郎¹⁾、立石洋平¹⁾、橋詰美貴子²⁾、本村政勝³⁾、辻野 彰¹⁾

症例は 76 歳男性. X-14 年に播種性胸腺腫に対して化学療法後に、重症筋無力症によるクリーゼ(抗 AChR 抗体: 110nmol/L)を発症し加療された。その後外来でプレドニゾロン漸減していき、X-4 年よりプレドニゾロン 5-10 mg で抗 AChR 抗体: 10nmol/L 以下で推移し、MG-ADL スケール 0-2 点で生活は自立していた。

X 年 10 月より紅斑性皮疹が前胸部から全身に拡大、Stevens-Johnson 症候群疑いで 12 月末に緊急入院した。各種 DLST は陰性で、皮膚生検で CD8 陽性 T 細胞の表皮内浸潤を認めて胸腺腫関連の GVHD 様皮疹と診断した。種々の免疫治療を試みたが、サイトメガロウイルス性腸炎を契機に DIC を合併し入院後 28 日目に逝去した。GVHD 様皮疹は胸腺腫合併重症筋無力症の予後を考える上で重要な徴候と考え報告する。

17. アルツハイマー型認知症を合併した脊髄小脳変性症 8 型 (SCA8) の 1 例

NHO 大牟田病院 神経内科

渡邊暁博, 居積晃希, 三好絢子, 荒畑創, 河野祐治, 山本明史, 笹ヶ迫直一

九州大学病院 放射線科

馬場眞吾

53 歳頃構音障害で発症した女性.その後歩行障害あり 62 歳時に小脳萎縮あり, タルチレリン内服開始.63 歳時に遺伝子検査で SCA8 と診断.70 歳時物忘れあり,MMSE 27,CDR 1.73 歳時,MMSE 16, CDR 1.左右注視方向性眼振,構音障害,四肢協調運動障害,体幹失調あり,構成障害あり.頭部 MRI で両小脳の萎縮あり,側頭葉内側の萎縮なし.ECD-SPECT で両側小脳,前頭葉,頭頂葉の血流低下を認めた.髄液リン酸化タウ 178pg/ml (基準値 50 未満)と高値,PIB-PET 陽性で軽度アルツハイマー型認知症と診断.その後ドネペジル 3m から 5 mg/日の内服治療を行った.SCA8 にアルツハイマー型認知症の合併例の報告はなく,脊髄小脳変性症に認知症を合併した場合は認知症の鑑別診断が重要と考えられた.

18. ALS6 の 2 症例の長期経過

独立行政法人国立病院機構熊本南病院 神経内科、*熊本大学 脳神経内科

阪本 徹郎、山下 哲司、倉富 晶、堀 寛子、山下 賢*、安東 由喜雄*

FUS/TLS 遺伝子変異に基づく家族性筋萎縮性側索硬化症 (ALS6) の 2 症例の長期経過を報告する。症例 1 は発症時 16 歳男性。既往に知的障害あるが ALS の家族歴なし。2010 年 4 月より嚥下障害、体重減少、全身の筋力低下が次々と出現。2011 年 3 月に非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) 導入、10 月には気管切開下人工呼吸療法 (TPPV) に移行。2014 年末までに全身高度麻痺となり意思伝達装置操作も不能、眼球運動障害も進行し 2016 年に入ってから閉じ込め状態となった。症例 2 は発症時 28 歳女性。単心室症と 27 歳時の脳梗塞既往あり。母方祖父が ALS。2016 年 7 月より頸筋から全身へ筋力低下が進行。2017 年 8 月より NPPV 開始され、10 月に TPPV に移行。四肢筋力は 2018 年 7 月までに手で意思伝達装置の PPS スイッチをこらうじて操作できる程度まで減弱した。ALS6 は本邦で報告される家族性 ALS (FALS) の中で 2 番目に多く、その変異様式により多様な経過をとることとされている。当院で経験した 2 症例はいずれも急速進行性であると考えられ、今後の症例の蓄積が ALS の病態解明のために望まれる。

19. 当院におけるノイズパレイドリアテスト 160 例の検討

¹NHO 沖縄病院 神経内科, ²脳神経筋疾患センター、³臨床心理士
渡嘉敷崇¹, 吉村直樹³, 山入端恵めぐみ³, 赤嶺博行¹, 立田直久¹, 妹尾洋¹,
藤原善寿¹, 藤崎なつみ¹, 城戸美和子¹, 中地亮¹, 諏訪園秀吾²

近年、ノイズパレイドリアテスト(nPT)が DLB 診断の補助的検査として活用されている。当院で 2016 年 10 月から 2017 年 12 月末までに nPT を実施した 160 例(男 73 例、女 87 例、平均年齢 73±8.9 歳)について疾患毎の陽性率、高次脳機能との関連について検討した。カルテを後方視的に調査し診断を確定し、nPT の結果を解析した。陽性率は DLB で 81.3%、認知症を伴うパーキンソン病(PDD)で 76.9%と高率に認め、nPT の得点も高かった。認知症を伴わないパーキンソン病(PD)では 26.8%であった。nPT 陽性例では全般性認知機能低下、視覚性認知・記銘・構成能力の低下および注意能力の低下を認めた。臨床診断における nPT の有用性と DLB における幻視、パレイドリアおよび高次脳機能との関連について文献的考察を交え考察する。

20. Painful Legs and Moving Toes (PLMT)による足趾不随意運動を呈した一例

九州大学大学院医学研究院神経内科学

田代匠、稲水佐江子、山下謙一郎、山崎亮、吉良潤一

症例は 67 歳男性。X-4 年に右足趾に異常感覚を自覚し、X-3 年には同部位の不随意運動と疼痛も出現したため当科に入院した。神経学的には右第 2～5 趾のミオキミア様運動、右足趾伸筋の軽度脱力、両下肢腱反射低下、足趾の表在覚・深部覚低下を認めた。針筋電図 2 筋同時記録では右短趾屈筋に周期的なバースト状の発火を認め、右短趾屈筋収縮後に骨間筋の共収縮を伴っていた。Jerk-locked back averaging では運動準備電位は認めなかった。以上より PLMT による足趾不随意運動と診断した。本症例では詳細な電気生理学的検討を実施できたため、PLMT による不随意運動の特徴について文献的考察を加えて報告する。

21. 筋ジストロフィー症との鑑別が困難であった封入体筋炎の一例

宮崎大学医学部附属病院神経内科

小笠原 奈月, 金丸 和樹, 小川 剛, 望月 仁志, 塩見 一剛, 中里 雅光

症例は 46 歳男性。20XX-3 年頃より両下肢筋力低下を自覚するようになり、徐々に進行し階段昇降が困難となったため 20XX 年 1 月に当科受診。下肢近位筋優位の筋力低下を認め、両側下腿において仮性肥大を認めた。針筋電図では腸腰筋において筋原性変化の所見であり、肢体型筋ジストロフィーや Becker 型筋ジストロフィーが疑われた。同年 4 月の所見では筋力低下の左右差に加えて翼状肩甲を認めた。ジストロフィン遺伝子検査と FSHD 遺伝子検査を提出し、ミオパチーの精査目的に筋生検施行したところ rimmed vacuole を伴う筋線維および非壊死線維への単核球侵入を認め、封入体筋炎の診断となった。同年 7 月に IVIg 加療を行ったところ、下肢近位筋の筋力低下が改善傾向となった。筋ジストロフィーとの鑑別が困難であった一例であり、文献的考察を踏まえて報告する。

22. ネブリン複合ヘテロ接合体変異を認めた遠位型ネマリンミオパチーの一例

熊本大学 脳神経内科

山元雅典、俵望、中原圭一、三隅洋平、山下賢、山下太郎、安東由喜雄

症例は 37 歳女性。両親の血族婚はなく、同胞に同様の症状なし。出生時および処女歩行開始に特に異常はなかった。4 歳頃から徒競走が苦手となり、7 歳時に左下垂足となった。20 歳頃には頸部や両上肢近位部の筋力低下も出現した。37 歳当科入院時の所見としては、頸部筋萎縮および筋力低下、上肢近位筋の筋力低下、指伸筋の軽度の筋力低下、左優位の著明な前脛骨筋筋力低下と筋萎縮を認めた。筋病理学的にはネマリン小体を有する筋線維、タイプ 1 線維萎縮、タイプ 2B 線維欠損が見られた。遺伝子検査を行ったところネブリン遺伝子に既報告にない複合ヘテロ接合体変異を認めた。遠位型ネマリンミオパチーは稀であり、本症例は世界初の変異を有することから貴重であると考えられた。

23. 外眼筋の筋力低下が症状のメインだった多発性筋炎の一例

鹿児島市立病院 神経内科

野口悠、牧美充、野村美和、池田賢一、渡邊修

患者は66歳男性。X年4月に一過性に見えにくさが出現するようになった。数日経った朝に右眼球の外転障害が出現し、近医受診となった。糖尿病があったため、糖尿病性外眼筋麻痺との診断で当科受診となった。両側眼球の外転障害を認め、本人の話では変動しながら増悪しているとのことだった。フィッシャー症候群を含む自己免疫性の神経障害を念頭に入院とし、ステロイドパルスを行ったところ、右外転障害は改善したが、左外転障害が残存したために γ -グロブリン大量療法を行ったところ、左眼球運動も改善傾向となった。その後、外来でフォローしていたが、右眼球の外転障害が増悪したため、再入院とした。頭部CTで両側外直筋の萎縮を認め、ミオパチーの可能性が考えられたため、左上腕二等筋から筋生検を行ったところ、炎症細胞の浸潤あり、いわゆる多発性筋炎の所見だった。外眼筋炎とされているものの中に全身性のミオパチーが隠れている可能性を示唆する症例だったため、文献的考察を加え報告する。

24. 原発性 Sjogren 症候群に続発した免疫介在性壊死性ミオパチーの一例

福岡大神経内科

高橋信敬、西田明弘、土井まいこ、松浦信太郎、岡島幹篤、津川潤、藤岡伸助、坪井義夫

66歳女性。四肢の筋力低下と労作時の呼吸困難を主訴に受診。神経学的に体幹、四肢の近位筋に有意な筋力低下を認め、血中CKが2747U/Lと高値を示した。筋MRIでは筋実質に異常所見はみられず、左上腕二頭筋からの筋生検では免疫介在性壊死性ミオパチーの所見を得た。多発筋炎関連の自己抗体はいずれも陰性、さらに抗SRP、HMGCR抗体も陰性であったが、抗SS-A抗体が53.2U/mLと上昇していた。唾液腺生検とSchirmer試験を行い、原発性Sjogren症候群(SjS)に矛盾しない所見を得たため、本症例の病態をSjSに続発する壊死性ミオパチーと考えた。ステロイド療法を開始し、自覚症状、CK値ともに改善した。膠原病関連の筋合併症は筋炎の病像が比較的典型的であるが、本症例のように続発性に壊死性ミオパチーを認めることもある。過去の報告と併せてこれを報告する。

25. 全身麻酔下開腹手術を行った成人型筋ジストロフィーの3症例

*1長崎川棚医療センター臨床研究部・神経内科、*2同外科

福留隆泰*1 権藤雄一郎*1 永石彰子*1 成田智子*1 前田泰宏*1 松屋合歓*1 寺田隆介*2

全例が侵襲的陽圧換気法をしており、ADLはベッド上臥床か坐位がとれる程度で経口摂取がなんとかできていた。症例1は34歳のDMD患者で脳梗塞の既往がある。33歳時に胆管切開結石摘出術を行ったが、手術時の心機能はEF=36%だった。症例2は50歳のMyD患者で46歳時に全身麻酔の術後に抜管できなくなり気管切開された。49歳時に開腹胆嚢摘出術を行ったが、手術時の心機能はEF=71%だった。症例3は62歳の肢帯型筋ジストロフィー患者で59歳時に胆石胆嚢炎を発症しPTGBDを行ったが、経口摂取すると胆石疝痛が生じるため中心静脈栄養管理をしていた。手術時の心機能はEF=57%だった。全例で全身麻酔や開腹術のリスクは高かったが術後の合併症はなく経口摂取もできている。筋ジストロフィーは胆石症の合併が多いとされており、生命予後も改善していることから胆石症の治療機会は増えると考えられている。

26. 神経サルコイドーシスとの鑑別を要したギランバレー症候群の一例

鹿児島県立大島病院 神経内科¹⁾、鹿児島大学病院 脳神経内科²⁾

松田 耕助¹⁾、有水 琢朗¹⁾、泊 晋哉¹⁾、吉村 道由²⁾、高嶋 博²⁾

68歳女性。X-7年に検診で頸部リンパ節腫大を指摘、増大傾向であったためX-2年生検でサルコイドーシスと診断。無症状であり投薬治療は行われず経過観察となっていた。X年某月下旬から物忘れが目立ち、翌月Y日からろれつ不良、両下肢脱力が出現しY+2日当科受診。見当識障害あり、注意力も散漫であった。右末梢性顔面神経麻痺、構音障害、両下肢の麻痺と感覚低下・異常感覚、排尿障害を認めた。深部腱反射は上肢は保たれ、両下肢で消失。髄液検査は細胞数 $6/\mu\text{l}$ 、蛋白 83.8 mg/dl 、造影MRI検査は頭部では左側頭葉に一部脳溝に沿って、腰髄では髄膜に沿って造影効果を認めた。NCSで脛骨神経F波消失、上肢SNAPの低下を認めた。神経サルコイドーシスと判断しステロイドパルス療法を開始したが、その後も症状は進行し、上肢筋力低下・腱反射消失を認めた。ギランバレー症候群の病態を考えIVIgを行い改善傾向となった。後日糖脂質抗体陽性が判明した。両疾患の関与について文献的に考察し報告する。

27. ステロイド抵抗性の Tumefactive demyelinating lesion を有し選択的血漿交換療法が有効であった抗 MOG 抗体関連疾患の一例

鹿児島大学病院 脳神経内科

児島史一、金子浩之、樋口雄二郎、荒田 仁、橋口昭大、松浦英治、高嶋 博

症例は 31 歳女性。亜急性に進行する感覚障害（右優位）、錐体路徴候（下肢優位）、排尿障害の精査目的にて入院となった。頭部 MRI にて一部皮質に及ぶ多発性の白質病変を認め、脊髄にも多発性病変を認めた。多発性硬化症の急性期を疑いステロイドパルス療法 2クール行い、免疫吸着療法(IAPP)も開始したが、症状は増悪を認め、MRI 上も脳および脊髄の病変の増大を認めた。右前頭葉の mass 状の病変（Tumefactive demyelinating lesion: TDL）も増大傾向であったことから、腫瘍性・感染性疾患も鑑別に挙がり脳生検を実施したが、脱髄巢に矛盾しない所見がえられた。IAPP から選択的血漿交換療法(selective PE)へ変更したところ良好な治療効果を得た。後に抗 MOG 抗体陽性が判明し抗 MOG 抗体関連疾患と診断した。本症例は、ステロイドや IAPP に抵抗性で TDL を伴っていた点で診断・治療に苦慮したが、selective PE が有効であり、抗 MOG 抗体関連疾患の病態を考える上で貴重な症例と考えられた。

28. 発作性に異常行動を繰り返しながら認知機能障害が進行した成人型神経核内封入体病の一例

雪の聖母会 聖マリア病院 脳血管内科

金沢 信、福田 賢治、松下 知永、松木 孝之、古賀 統之、木村 俊介、木附 信二
福嶌 由尚

症例は 67 歳女性。6 年前から発作性に着衣失行や道に迷うなどの異常行動と軽快を繰り返しながら緩徐に認知機能障害が進行、当院に紹介された。来院時 MMSE は 20 点、MRI DWI で皮質下白質に高信号域を認め、その特徴的な画像と病歴から成人型神経核内封入体病（neuronal intranuclear inclusion disease ; NIID）を疑い、皮膚生検で細胞内に核内封入体を認め NIID と診断した。

NIID は症例によって異なる中枢神経症状を急性発作として繰り返す。以前は剖検診断が主だったが、現在は MRI DWI での特徴的な画像所見と、皮膚生検で生前診断が可能となった。特に成人型 NIID は認知機能障害を主症状とし、経過中に TIA やてんかん発作との鑑別に注意を要し、文献的考察を加え報告する。

29. ステロイド漸減中に再燃した橋本脳症の1例

原田しずか，稲富雄一郎，池田知聡，神宮隆臣，松尾圭将，松原崇一郎，永沼雅基，池野幸一，米原敏郎（済生会熊本病院神経内科），
中島 誠，安東由喜雄（熊本大学脳神経内科），
米田 誠（福井県立大学看護福祉学部）

52歳，男性．甲状腺機能低下症の診断を受けたが，治療を自己中断していた．2017年5月にめまい，全身倦怠が生じ，さらに第11病日に約1日の経過で昏睡に至り，当院に入院した．神経学的にはJCS III-200で，局在症候は明らかでなかった．抗TG抗体>4000 IU/mL，抗TPO抗体 265 IU/mL，髄液正常，脳波は徐波傾向のみ，MRI異常なし，SPECTでは左側頭葉内側部に集積低下を認めた．ステロイドパルス療法により意識障害は速やかに改善し，わずかな注意障害，記憶障害を残すのみとなった．プレドニゾロンを7 mgまで漸減していた同年11月に，数時間の経過で昏睡となった．再入院時，JCS III-200，抗TG抗体 668 IU/mL，抗TPO抗体 24 IU/mL，その他は前回同様であった．各入院時の抗NAE抗体は陰性であった．ステロイドパルス療法により症状は速やかに改善した．橋本脳症では，ステロイド漸減時に再燃することがあり，注意が必要である．

30. 若年男性に発症しエンドキサンパルス療法（CPM）が効を奏した抗NMDA受容体脳炎の2例

鹿児島医師会病院 脳神経内科
高口 剛、中川広人、武井 藍、園田 健

症例1は23歳男性、症例2は20歳男性で、いずれも抗NMDA受容体抗体陽性が判明し抗NMDA受容体脳炎として加療を行った。症例1は髄膜炎症状に引き続き易怒性、興奮性ならびに不随意運動が出現した。mPSLに反応不良で血漿交換療法を行い、改善したため退院したが、約6ヶ月後に精神症状が再燃したため再入院。CPMを4クール施行し症状は消失した。症例2は意識障害で入院し、髄液細胞数および蛋白上昇があり、抗菌薬投与およびmPSLを行い、意識障害は改善したが、約1週間後に精神症状が出現したため、CPMを行った。2クール施行後1か月で症状は消失した。今回、症例報告が稀である男性の抗NMDA受容体脳炎に対しCPMが奏効した2例を経験した。臨床症状や治療経過について報告する。

31. 長期の経過で緩徐進行し両上肢遠位部に限局した症状を呈した CIDP(MADSAM)の一例

九州大学大学院医学研究院神経内科学

松本 航、稲水 佐江子、山下 謙一郎、山崎 亮、吉良 潤一

症例は 82 歳女性。X-40 年に右母指・示指の異常感覚を自覚し、その数年後より左上肢にも同様の症状が出現した。症状は次第に増悪し、筋力低下も認めるようになったため精査目的に X 年に当科入院となった。神経学的に右優位の両上肢遠位部筋力低下・筋萎縮があり、両側手関節以遠の表在覚の低下も認めた。上腕三頭筋反射は両側で消失していた。神経伝導検査で両側正中・右尺骨神経では F 波出現率低下があり感覚神経活動電位は誘発されなかった。頸髄 MRI ニューログラフィーで両側神経叢の非対称性の肥厚を認め CIDP (MADSAM) と診断した。MADSAM は典型的 CIDP に比較して若年発症で免疫療法に抵抗性なことが多い。本症例のように発症から長期経過した症例は報告が少ないため、その臨床的特徴について文献的考察を加えて報告する。

32. Arachnoid web の術後に悪化した HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) の一例

JCHO 諫早総合病院 神経内科¹⁾、同 脳神経外科²⁾、長崎大学病院 脳神経外科³⁾

天本悠太¹⁾、平山拓朗¹⁾、梅野哲也²⁾、大園恵介³⁾、溝田貴光¹⁾、長郷国彦¹⁾

症例は 83 歳男性。X 年 10 月、両下肢の筋力低下と感覚異常、頻尿あり。歩行障害悪化で 11 月にリハビリ入院し一時軽快したが X+1 年 2 月より歩行困難増悪で当科受診。血清 HTLV-1 抗体陽性であり、入院とした。痙性対麻痺(近位筋主体に中等度)、両足関節以下のしびれ感、膀胱直腸障害を認め、髄液で抗 HTLV-1 抗体陽性であり HAM と診断。ステロイドパルス 2 クール行うも効果は乏しく、下肢筋力低下はさらに進行した。脊椎 MRI 再検で Th5~7 レベルに arachnoid web があり症状との関連が疑われた。同部位に対し、6 月に肥厚くも膜切除術施行。直後に下肢脱力は一旦改善したが、術後 8 日で尿閉、10 日で弛緩性対麻痺となった。HAM や arachnoid web などの脊髄病変を有する症例に手術・麻酔が及ぼす影響について、文献的考察を含め報告する。

33. 長期リハビリテーションで機能的転帰良好となった急性運動性軸索型重症 Guillain-Barré 症候群 (GBS) の一例。

社会医療法人青洲会 福岡青洲会病院 脳神経内科¹、初期研修医²、
救急部³

永田穂香^{1,2}、井上 勲¹、山口浩雄¹、成田純任³

46 歳男性。X-10 日に下痢症状が出現、X-1 日、出張より特に著変なく帰宅した。X 日早朝は、ふらついたが歩行可能であった。午前 11 時に立てない状態で発見され、当院へ救急搬送となった。神経学的には両側末梢性顔面神経麻痺、嚥下障害、四肢麻痺、深部腱反射消失、神経伝導検査で、正中神経遠位潜時延長並びに顕著な振幅低下と F 波の消失から、重症軸索型 GBS の急性発症と診断し F 病院に転送した。人工呼吸管理と 2 回の免疫グロブリン大量療法を施行され、第 58 病日に当院脳神経内科に人工呼吸管理の状態 (Hughes grade 5) で転入院となった。抗ガングリオシド抗体は抗 GD1b IgG 抗体、抗 GD1aIgG 抗体、抗 GM1IgG 抗体が陽性で、多くの予後不良相関因子があるも、第 463 病日、病前と同一職種職場復帰した。臨床経過 (ビデオ供覧) を神経伝導検査の経過とともに考察を加え報告する。

34. 構音障害・嘔声、嚥下障害を呈し、MRI で両側迷走神経のガドリニウム増強効果を認めた神経サルコイドーシスの 1 例

藤元総合病院 神経内科

吉田崇志、大窪隆一、末原雅人

症例は 45 歳女性。X-1 年 5 月構音障害・嘔声、嚥下障害が出現し当科入院。胸部 CT で縦隔・肺門リンパ節腫脹を認めた。髄液検査では細胞数上昇を認めたが、可溶性 IL-2 受容体や ACE は正常であった。入院後症状の急速な増悪を認めたため、精査途中ではあったがステロイドパルス療法 (IVMP) を施行後、プレドニゾン (PSL) 内服を開始した。治療後症状は著明に改善し同年 6 月末に退院、以後 PSL は漸減中止となった。しかし X 年 6 月下旬より症状再燃。頭部 MRI で両側迷走神経にガドリニウム増強効果を伴う異常信号を認め、FDG-PET CT では両側鎖骨上窩・肺門リンパ節等に異常集積を認めた。右鎖骨上窩リンパ節生検で非乾酪性肉芽腫を認め、神経サルコイドーシスと診断し、直ちに IVMP+PSL 療法を行った。神経サルコイドーシスにおける脳神経障害の部位として迷走神経は比較的稀であり、貴重な症例と考えられた。

35. 担癌患者で *Propionibacterium acnes* 抗体(PAB 抗体)による免疫染色が診断に有用だったサルコイドーシスの 1 例

鹿児島大学 脳神経内科¹⁾, 鹿児島大学 糖尿病・内分泌内科²⁾

高畑克徳¹⁾, 楠元公士²⁾, 池田め衣¹⁾, 田代雄一¹⁾, 崎山佑介¹⁾, 吉村道由¹⁾,
荒田 仁¹⁾, 松浦英治¹⁾, 高嶋 博¹⁾

症例は 72 歳の男性。X-4 年に甲状腺乳頭癌手術の既往あり。X-2 年から易怒性があり、X 年に右同名半盲、健忘、性格変化、手指失認を指摘された。頭部 MRI で左側脳室後角から体部壁に沿う造影効果を伴う病変があり、当院脳神経外科で脳生検を行い類上皮細胞肉芽種を認めた。神経サルコイドーシスを疑われ当科紹介入院。FDG-PET で右肺・右腓腹筋などにも集積を認め、同部位からの生検検体でも類上皮細胞肉芽種を認めた。脳検体の PAB 染色陽性が判明し、サルコイドーシスと診断し治療を開始した。本患者は担癌状態であったため、悪性腫瘍に伴うサルコイド様反応や免疫抑制状態に伴う感染性肉芽種疾患との鑑別に苦慮した。サルコイドーシスの診断に PAB 抗体による免疫染色が有用であったため、文献的考察を加えて報告する。

第 223 回日本神経学会九州地方会 交通のご案内



高速を利用される方

■ 県外から車でいらっしゃる方

九州自動車道を南下、鹿児島 IC をスルーし、次の「山田 IC」で降りてください。最初の信号(ガソリンスタンドが目の前)を右へ。桜ヶ丘団地・鹿児島市方面に向かってください。さらに 3 つ目の信号、「桜ヶ丘団地入り口」(上記地図のガソリンスタンドの三叉路)を右折し桜ヶ丘団地へあがってきてください。

■ 鹿児島空港リムジンバス

空港から鹿児島市内行きリムジンバスに乗車、「天文館」または「鹿児島中央駅」で下車します。

JR を利用される方

- 鹿児島中央駅までおいでください。中央駅からはタクシーで鹿児島大学病院までは 20 分強、料金でおよそ 2500 円程度です。(詳細な料金はタクシーにお尋ねください。) 中央駅から JR 指宿枕崎線にのりかえる場合は「宇宿駅」で下車し(鹿児島中央駅から 10 分程度)、宇宿駅からは徒歩で 15 分(約 1.4Km)、あるいは「宇宿小学校前バス停」から鹿児島市営バス・鹿児島交通バスの便があります(バスで 2stop)。