

第 210 回 日本神経学会 九州地方会プログラム・抄録集

日 時:平成 27 年 6 月 27 日(土) 午前 9 時 00 分～午後 4 時 07 分
受付開始: 午前 8 時 30 分
会 場:熊本大学医学部総合研究 3 階 講習室
当 番:熊本大学大学院生命科学研究部神経内科学分野 安東由喜雄
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 アプリケーション PowerPoint 2010)
4. 対応メディア: USB メモリーのみ
(USB メモリーには演題番号、演題名のラベルをつけ、ファイル名は演題番号-演題名.拡張子(例:21-九大太郎.pptx)として下さい。
5. ビ デ オ: PowerPoint を使用した動画のみとします。
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ください。

(注)発表者の方は、遅くとも発表の 30 分前にメディアをご提出ください。

世話人会:ランチョンセミナー終了後、12 時 30 分より、熊本大学医学部図書棟 4 階 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:平成 27 年 6 月 27 日(土) 11:45～12:30
場 所:熊本大学医学部図書棟 3 階 第 1 講義室
座 長:熊本大学大学院生命科学研究部神経内科学分野 教授 安東由喜雄
講 演:熊本大学医学部附属病院神経内科 アミロイドーシス診療体制構築事業
特任教授 山下太郎 先生
共 催:第 210 回日本神経学会九州地方会、ファイザー株式会社

座長一覧

セッション	時間	演題	氏名	所属
1	9:00～9:48	1～6	松岡秀樹	鹿児島医療センター
2	9:49～10:37	7～12	稲富雄一郎	済生会熊本病院
3	10:38～11:26	13～18	緒方利安	福岡大学
	11:45～12:30	ランチオンセミナー		
	12:30～13:00	世話人会、昼休み		
4	13:00～13:48	19～24	中根俊成	熊本大学
5	13:49～14:29	25～29	軸丸美香	大分大学
6	14:30～15:18	30～35	村井弘之	九州大学
7	15:19～16:07	36～41	雪竹基弘	佐賀中部病院

第 210 回 日本神経学会九州地方会 プログラム
会場: 熊本大学医学部総合研究棟 3 階 講習室

セッション 1 (9:00-9:48) 座長: 松岡秀樹 (鹿児島医療センター)

1. Calcified amorphous tumor が脳梗塞の塞栓源として考えられた 1 例
熊本赤十字病院 神経内科 長尾洋一郎 他
2. 血管内治療で再開通が得られなかった右中大脳動脈 M1 遠位部の Calcified embolism の 1 例
長崎大学 神経内科 中岡賢治朗 他
3. 発症 1 ヶ月前に MRI 上の脳表ヘモジデリン沈着が認められていた脳アミロイドアンギオパチー関連脳出血の一例
佐賀大学 神経内科 野中俊宏 他
4. 脊髄硬膜欠損が原因と考えられた脳表ヘモジデリン沈着症の 1 例
九州大学 神経内科 迫田礼子 他
5. IgG4 関連疾患を有し vertebrobasilar dolichoectasia に椎骨動脈解離を合併した 1 症例
九州医療センター 脳血管内科 平田慎治 他
6. 血圧高値が病変進行に関与したと考えられた脳底動脈解離の 1 例
今村病院分院 神経内科 児島史一 他

セッション 2 (9:49-10:37) 座長: 稲富雄一郎 (済生会熊本病院)

7. 微小な硬膜下血腫の存在下でアルテプラザーゼ静注療法を施行した 1 例
熊本市民病院 神経内科 阪本徹郎 他
8. リバーロキサバン内服中に心原性脳塞栓症を再発し APTT 延長のため rt-PA 静注療法を施行せず血管内治療を行った 1 例
済生会福岡総合病院 神経内科・脳血管内科 中垣英明 他
9. リバーロキサバン内服中に視床出血を発症し、第Ⅸ因子複合体製剤投与後も血腫増大を呈した 1 症例

九州医療センター 脳血管内科・神経内科

濱田広之, 他

10. tPA 静注療法後に過灌流となり脳萎縮を来した 1 例

済生会福岡総合病院 神経内科・脳血管内科

入江 研一 他

11. 脳梗塞の回復過程で母国語より第 2 言語の表出が先行したバイリンガル失語の一例

琉球大学 第三内科

名嘉太郎 他

12. 左内頸動脈閉塞症の既往を有し, 高度の貧血を契機に発症した脳梗塞の 1 例

鹿児島医療センター 脳血管内科

濱田祐樹 他

セッション 3 (10:38-11:26)

座長: 緒方利安 (福岡大学)

13. めまい, 四肢異常感覚を呈した両側延髄内側梗塞の 2 例

嬉野医療センター 神経内科

野中俊章 他

14. Numb cheek syndrome を呈した転移性メッケル腔腫瘍(膵癌)の 1 例

南風病院 神経内科

吉見洋平 他

15. 過去の放射線治療による small vessel disease の 2 例

熊本大学 神経内科

三浦正智 他

16. MRI で経時的変化を捉ええた急性期脊髄梗塞の 1 例

福岡大学 神経内科

竹下 翔 他

17. 急性肋間動脈閉塞による横紋筋融解症で発症した後脊髄動脈症候群の 1 例

飯塚病院 神経内科

向野隆彦 他

18. 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) 治療中に心内血栓を形成し脳梗塞をきたした 1 例

国立病院機構熊本医療センター 神経内科

野村隼也 他

ランチオンセミナー (11:45-12:30)

座長 熊本大学大学院生命科学研究部 神経内科学 教授 安東由喜雄
『家族性アミロイドポリニューロパチーに対する肝移植、蛋白安定化剤、
核酸医薬療法』
熊本大学医学部附属病院神経内科 アミロイドーシス診療体制構築事業
特任教授 山下太郎先生

世話人会 (12:30-13:00)

図書棟 3階 第1講義室

セッション 4 (13:00-13:48)

座長: 中根俊成 (熊本大学)

19. 巨大くも膜下嚢胞を認めた側頭葉てんかんの一例
福岡山王病院 脳・神経機能センター 鎌田崇嗣 他
20. ペースメーカー患者の意識消失発作時を確認できた高齢者後頭葉てんかんの一例
倉敷中央病院 神経内科 岡田真里子 他
21. 起立性低血圧を呈した早期 Huntington 舞蹈病の一例
大分大学 神経内科 麻生泰弘 他
22. 多彩な自律神経症状を呈した Wolfram 症候群の一例
九州大学 神経内科 鳥山敬祐 他
23. Dysautonomic crisis による誤嚥性肺炎を繰り返し、家族性自律神経失調症が考えられた1例
長崎大学 神経内科 向野晃弘 他
24. 運動神経の病理評価を行った CIDP の1例
鹿児島大学 神経内科 永田龍世 他

セッション 5 (13:49-14:29)

座長: 軸丸美香 (大分大学)

25. 一過性単麻痺で発症した全身型重症筋無力症の一例
福岡市民病院 神経内科 芥川宜子 他

26. 症状が非典型的で著しい ADL 低下を呈した低カリウム性周期性四肢麻痺の 1 家族例
 国立病院機構沖縄病院 神経内科 宮城哲哉 他
27. 初期にパーキンソン症候群を呈し大脳基底核にプリオン蛋白 (PrP) の高度沈着を認めた PrP 蛋白 P102L 変異による Gerstmann-Sträussler-Scheinker 病(GSS) の一剖検例
 国立病院機構大牟田病院 神経内科 渡邊暁博 他
28. 両側顔面麻痺, 右側腹部全感覚低下, 左足趾関節炎を呈し, 急性期にインフルエンザ A の抗体価上昇を伴った 1 例
 小倉記念病院 神経内科 白石 渉 他
29. 高齢発症インフルエンザ脳症の一剖検例
 宮崎大学 神経呼吸内分泌代謝学分野 松尾倫子 他

セッション 6 (14:30-15:18)	座長: 村井弘之 (九州大学)
-----------------------	-----------------

30. 抗 MOG 抗体陽性視神経脊髄炎の 1 例
 佐世保市立総合病院 神経内科 藤本武士 他
31. 末梢神経障害の症状出現前にラクナ梗塞を発症した POEMS 症候群の 1 例
 聖マリア病院 脳血管内科 松下知永 他
32. 下垂体炎に肥厚性硬膜炎を合併した1例
 熊本大学 神経内科 中瀬 卓 他
33. 多彩な神経症候を来したカロライナジャスミン中毒の一例
 大分県立病院 神経内科 兒玉憲人 他
34. 転倒発作を示した成人発症 2 型シトルリン血症の一症例
 京都博愛会病院 神経内科 大井長和 他
35. 60Hz の視床下核刺激療法を試みた2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

36. バクロフェン髄注療法(ITB)が著効した里吉病の一例
鹿児島大学 神経内科 金子浩之 他
37. 気管動脈瘻による大量出血後, 手術により救命し得た Duchenne 型筋ジストロフィー(DMD)の 1 例
NHO 熊本再春荘病院 神経内科 石崎雅俊 他
38. 多発脳神経障害を認めたバーキットリンパ腫の一例
JCHO 諫早総合病院 神経内科 西浦義博 他
39. 意識障害、両下肢脱力の原因に TAFRO 症候群を疑った 1 例
大分大学 神経内科 藤岡秀康 他
40. 間歇型一酸化炭素(CO)中毒の一例
国保水俣市立総合医療センター 神経内科 山本文夫 他
41. 一側上肢に特異な神経症候を認めた Gliomatosis cerebri の一例
産業医科大学 神経内科 先成裕介 他

1

Calcified amorphous tumor が脳梗塞の塞栓源として考えられた 1 例

1) 熊本赤十字病院 神経内科

2) 熊本大学大学院生命科学研究部 神経内科学分野

長尾洋一郎¹⁾, 寺崎修司¹⁾, 平原智雄¹⁾, 和田邦泰¹⁾, 安東由喜雄²⁾

症例は 59 歳男性。糖尿病性腎症で 2011 年より人工透析中。2014 年 9 月某日右上下肢脱力、異常行動で当院入院。失語症、右不全片麻痺を認めた。頭部 MRI にて左前頭葉に皮質梗塞を認め、経胸壁心臓エコーにて僧帽弁基部に付着する可動性腫瘍性病変を認めた。複数回の血液培養では陰性。頸部血管エコー、ホルター心電図、下肢静脈エコー、経食道心臓エコーで他の塞栓源となり得る病変は認めず、僧帽弁の可動性病変を塞栓源とする脳塞栓症と診断した。第 27 病日で腫瘍摘出術を施行。病理学的所見では calcified amorphous tumor (CAT) であった。その後の MRI で左中大脳動脈 M2 前方枝が描出不良で、同部位に石灰化を示唆する SWI 低信号病変を認めたことから CAT そのものの断片が塞栓源であったことが推察された。

2

血管内治療で再開通が得られなかった右中大脳動脈 M1 遠位部の Calcified embolism の 1 例

1) 長崎大学病院 脳神経内科 2) 脳神経外科

中岡賢治朗¹⁾、立石洋平¹⁾、佐藤慧²⁾、堀江信貴²⁾、島智秋¹⁾、濱邊順平¹⁾、宮崎禎一郎¹⁾、松尾孝之²⁾、辻野彰¹⁾

症例は 85 歳男性。前日 23 時に就寝した。当日 6 時の起床時より左上肢単麻痺、中枢性左顔面神経麻痺、構音障害があった。来院時、左半側空間無視もあった。MRA で右中大脳動脈 M1 遠位部閉塞があり、MRI 拡散強調画像で同血管領域に淡い DWI 高信号が検出された。血管内治療で、再開通は得られなかった。治療後の頭部 CT で右中大脳動脈水平部に Calcified embolus を示唆する高吸収構造物があった。マイクロコンベックス探触子を用いた頸部血管エコーで右腕頭動脈に可動性高輝度プラークがあり、同部位からの Calcified embolism が考えられた。Calcified embolism に対して血管内治療を行った報告が少ないため、文献的考察を交えて報告する。

3

発症1ヶ月前にMRI上の脳表へモジデリン沈着が認められていた脳アミロイドアンギオパチー関連脳出血の一例

1) 佐賀大学医学部神経内科 2) 佐賀中部病院神経内科

野中俊宏¹⁾、薬師寺祐介¹⁾、井手俊宏¹⁾、河本和裕¹⁾、雪竹基弘²⁾、原英夫¹⁾

症例は85歳女性。頭痛、嘔気、嘔吐が出現し、当院へ救急搬送された。1ヶ月前に近医にて脳血管障害合併の Alzheimer 型認知症と診断され、診断時の T2*強調 MRI で限局性脳表へモジデリン沈着を認めていた。当院搬送時の意識レベルは JCS II-10。左上下肢不全麻痺、左半側空間無視、病態失認を認めた (NIHSS 17)。頭部 CT にて右側頭葉から頭頂葉にかけて周囲に浮腫を伴う皮質下出血を認めた。緊急開頭血腫除去術に採取された血腫標本で細動脈外膜を中心にアミロイドβ40 優位の沈着が見られ、脳アミロイドアンギオパチー関連の皮質下出血と診断した。近年 MRI 上の脳表へモジデリン沈着は、2年以内の脳出血発症に予見因子として注目されており、同所見を見た場合、将来の脳出血発症リスクを考慮した厳密な血圧管理や不適切な抗血栓薬使用を控えるなどの考慮が必要であると考えられた。

4

脊髄硬膜欠損が原因と考えられた脳表へモジデリン沈着症の1例

1) 九州大学大学院医学研究院神経内科学、2) JCHO 九州病院神経内科

迫田礼子¹⁾²⁾、雑賀徹¹⁾、山下謙一郎¹⁾、村井弘之¹⁾、吉良潤一¹⁾

症例は64歳男性。X-17年に慢性硬膜下血腫の既往あり。X-15年頃から頭痛、ふらつき、聴力低下が出現し、緩徐に増悪した。X-4年、他院精査にて血性髄液を認めた。MRIではT2/T2*強調画像にてびまん性に脳・脊髄表面に沿った低信号病変を認め、脳表へモジデリン沈着症および脳脊髄圧減少症と診断された。ブラッドパッチ施行後頭痛は軽快したが、ふらつき・難聴は次第に増悪した。止血剤投与でも症状の改善を認めないためX年当科紹介、入院となった。神経学的には、水平性注視方向性眼振、両側高度難聴および四肢・体幹失調を認めた。髄液検査では血性髄液を認めた。頭部・全脊椎MRIではCISS法にてTh2-2/3レベル硬膜前面に約1×7mmの欠損の存在が疑われた。脳表へモジデリン沈着症の要因と考え、当院整形外科にて硬膜欠損閉鎖術を行うこととした。本症例は脊髄硬膜欠損による脳表へモジデリン沈着症を来した比較的稀な症例と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

5

IgG4 関連疾患を有し vertebral dolichoectasia に椎骨動脈解離を合併した 1 症例

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

平田慎治, 外山祐一郎, 三間洋平, 矢坂正弘, 桑城貴弘, 湧川佳幸, 岡田 靖

症例は 64 歳女. IgG4 関連疾患 (間質性肺炎、ミクリッツ病、膜性腎症、炎症性腹部大動脈瘤等) とともに vertebral dolichoectasia の既往あり。ステロイド治療を 7 ヶ月間自己中断していた。主訴は左後頭部痛と右半身感覚障害。来院時、嚥下障害と右半身の温痛覚低下を認めた。MRI で延髄左背側に急性脳梗塞信号を, MRA で左椎骨動脈に 6.5mm 大の囊状拡張と狭小化を認め, 狭小部位は BPAS で血管外径の拡張を認め, 椎骨動脈解離に伴う延髄外側梗塞と診断した。過去にステロイド中断後 IgG4 値の上昇 (26.1[mg/dl]→頂値 804) とともに膜性腎症の増悪や炎症性腹部大動脈瘤の増大といった疾患活動性の再燃を認めており, 今回もステロイド量漸減後に IgG4 値が上昇 (73.4→頂値 569) しており, 解離との関連性が示唆された。IgG4 関連疾患と vertebral dolichoectasia や解離に関する文献的考察を含めて報告する。

6

血圧高値が病変進行に関与したと考えられた脳底動脈解離の 1 例

今村病院分院 神経内科

児島史一, 神田直昭, 岡田敬史, 萩原隆朗, 佐多玲子, 中島隆宏, 濱田陸三

症例は 64 歳男性. 某日一過性のめまいを自覚し救急来院した。来院時すでにめまいは消失し神経学的異常は認めなかった。血圧は 203/107 mmHg で高値であった。MRI で脳梗塞は検出されなかったが, MRA で脳底動脈に狭窄を伴う壁不整を認め入院となった。安静・補液のみで経過をみたところ, 翌日新たに左片麻痺, 構語障害が出現した。MRI で新たな梗塞巣を検出し, MRA では脳底動脈狭窄の進行を認めた。MRA 所見の変化から脳底動脈解離による脳梗塞と考え抗血栓療法と併せて積極的降圧治療を行った。その後症状の動揺と脳梗塞再発があったが症状・血管病変ともに軽快した。積極的降圧治療により狭窄病変の改善が得られた可能性が考えられた。過去に脳動脈解離に対する降圧療法に関して一定の見解はない。今回, 脳動脈解離に対する積極的降圧治療について考察する。

7

微小な硬膜下血腫の存在下でアルテプラーゼ静注療法を施行した1例

1) 熊本市市民病院 神経内科 2) 熊本大学 神経内科

阪本 徹郎、山川 誠、渡利 茉里、伊藤 康幸、橋本 洋一郎、

中島 誠²⁾、安東 由喜雄²⁾

症例は79歳女性。統合失調症、両側大腿骨骨折・人工骨頭置換術の既往があり、誤嚥性肺炎を繰り返しており、頻繁に転倒、頭部打撲していた患者。2015年1月X日、定期通所中のデイケアで意識レベルの低下と右不全片麻痺が出現。緊急に施行した頭部CTでは明らかな出血性病変を確認できなかった。頭部MRIにて左視床にDWIで高信号があり、ADC低下を認め急性期脳梗塞が考えられた。大脳鎌および右小脳テントに沿って薄くFLAIRでの高信号を認め、硬膜下血腫が考えられた。硬膜下血腫はCTで確定診断困難なレベルの出血性病変で有り、アルテプラーゼ静注療法が一般に行われうる病態と考え、発症4時間13分後にこれを施行した。NIHSSは来院直後27点から投与24時間後8点に改善した。経過中硬膜下血腫の増大は認めず、臨床的に問題となる症状増悪はなかった。第27病日にリハビリテーション継続目的で転院となった。明らかな出血の合併がある場合アルテプラーゼ投与は禁忌であるとされているが、CTのみで判断の付かない硬膜下血腫病変であれば、投与による増悪リスクは低い可能性がある。

8

リバーロキサバン内服中に心原性脳塞栓症を再発しAPTT延長のためrt-PA静注療法を施行せず血管内治療を行った1例

済生会福岡総合病院 神経内科・脳血管内科

中垣英明、入江研一、鳥山敬祐、田中恵理、川尻真和、山田猛

症例は63歳女性。心原性脳塞栓症の既往がありリバーロキサバン15mg内服中であり心房細動に対するアブレーションが予定されていた。外出先で右片麻痺、失語症が出現しドクターヘリで発症1時間35分後に当院に搬送された。来院時麻痺は消失していたが全失語症を認めた(NIHSSスコア:9)。頭部MRIではDWIでは左頭頂葉に淡い高信号が疑われMRAでは左M1閉塞であった。発症4.5時間以内だったが、採血ではAPTT58秒、PT-INR 1.39(PT 15.8秒)でありrt-PA静注は禁忌と判断した。発症3時間後から血管内治療を開始しSolitaire FRを用いて血栓を回収し、発症3時間20分で再開通を得られた。直後から症状は完全に消失した。翌日よりダビガトラン300mg/日を開始し、APTT48.2秒になり第4病日に自宅退院した。リバーロキサバンは通常、PT延長することが多いが本症例ではAPTT延長を呈していた。文献的考察を加えて報告する。

9

リバーロキサバン内服中に視床出血を発症し、第IX因子複合体製剤投与後も血腫増大を呈した1症例

国立病院機構 九州医療センター脳血管内科・神経内科

濱田広之, 和田晋一, 三間洋平, 矢坂正弘, 桑城貴弘, 岡田靖

要旨：症例は82歳男性。非弁膜症性心房細動に対しリバーロキサバン10mgQDによる内服加療されていた。2014年某日朝7時20分に内服したが、意識障害と左片麻痺を呈し最終内服3時間後に当院へ救急搬送された。来院時頭部CTで推定血腫量10mlの左視床出血を認め、収縮期血圧140mmHg未満を目標に降圧療法を行い、第IX因子複合体製剤1000単位を静注しプロトロンビン時間比（PT-INR）は1.33から1.14へ短縮したが、来院2時間30分後の頭部CTでは血腫量が21mlと増大した。リバーロキサバン内服中の脳出血に対し降圧療法と、第IX因子複合体製剤によるプロトロンビン時間の緊急是正を行ったが、血腫増大を認めた症例を報告する。

10

tPA静注療法後に過灌流となり脳萎縮を来した1例

済生会福岡総合病院 神経内科・脳血管内科

入江 研一, 鳥山 敬祐, 田中 恵理, 中垣 英明, 川尻 真和, 山田 猛

症例は79歳男性。心房細動を基礎疾患に有し、突然発症の右共同偏視・左完全片麻痺で当院搬入となった。NIHSSは19点。MRIで右MCA領域の超急性期脳梗塞、MRAで右MCA閉塞を認め、心原性脳塞栓症と診断した。Dダイマー $3.3 \mu\text{g/mL}$ 。発症から1時間50分後にtPA静注療法を行った。治療後に右MCAの完全再開通を得たが、左片麻痺は持続していた。二次予防としてリバーロキサバン15mg/dayを開始した。3日目に意識障害が悪化し、4日目の脳血流SPECTで右MCA領域の過灌流を認めた。6日目の脳波検査ではびまん性徐波を認めるものの突発波は見られなかった。過灌流に対して鎮静・降圧コントロールを行った。10日目のSPECTでも同部位が過灌流、17日目のSPECTでは同部位が低灌流となった。24日目のMRIで右大脳半球のびまん性萎縮を来していた。31日目退院時のNIHSSは9点。tPA静注療法後24時間以内に過灌流となった場合には良好な転帰をとることが多いと報告されている。tPA静注療法後に過灌流を来し、同部位に脳萎縮を来した稀な症例を経験したので報告する。

11

脳梗塞の回復過程で母国語より第2言語の表出が先行したバイリンガル失語の一例

琉球大学医学部附属病院 第三内科

名嘉太郎, 國場和仁, 崎間洋邦, 波平幸裕, 城間加奈子, 渡嘉敷崇, 大屋祐輔

症例は58歳女性、右利き。普段の会話は日本語であるが米軍基地で就労しており日常的な英会話が可能であった。X年3月某日、朝起床時からの右不全麻痺、失語を中心とした症状（NIHSS 5点）を主訴に救急搬送された。初診時、簡単な指示動作は可能だが会話での疎通や復唱は困難であった。頭部MRIでは左上側頭回や縁上回を含む多発性梗塞を認めた。失語症の回復過程はまず英単語による意思伝達が可能となり遅れて英単語、日本語の単語を交えての意思伝達の時期を経て、日本語中心の会話が可能になった。経過からバイリンガル失語と考えた。第2言語を日常的に使用する頻度が多い欧米からの報告が多く、日本人症例は比較的少ない。バイリンガル失語の責任局在や回復過程については議論があり、文献的考察を踏まえて報告する。

12

左内頸動脈閉塞症の既往を有し、高度の貧血を契機に発症した脳梗塞の1例

1) 鹿児島医療センター 脳血管内科 2) 鹿児島大学病院 神経内科

濱田 祐樹¹⁾, 大山 徹也²⁾, 脇田 政之¹⁾, 武井 藍¹⁾, 宮下 史生¹⁾, 松岡 秀樹¹⁾

症例は64歳男性。高血圧症、左内頸動脈閉塞症の既往あり。X年3月、呂律の回りにくさと右上下肢の脱力を主訴に当科入院となった。神経学的にはJCS I-1、構音障害、右片麻痺を認めた。頭部MRI上、左内頸動脈の境界領域に新鮮脳梗塞巣が多発し、MRAで左内頸動脈閉塞を認めた。血液検査でRBC 114万/ μ l、Hb 2.8 mg/dlと著明な貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査では貧血の原因と思われる十二指腸潰瘍を認めた。諸検査で塞栓源となりうる疾患は認めず、高度の貧血が発症の契機となった脳梗塞と診断した。貧血に起因する脳梗塞はしばしば遭遇するが、既存の内頸動脈閉塞症例に発症した報告は少なく、脳梗塞の発症機序を考察する上で貴重な症例と考えられたため報告する。

13

めまい，四肢異常感覚を呈した両側延髄内側梗塞の2例

嬉野医療センター 神経内科

野中俊章，田畑絵美，溝田貴光

症例1：82歳男性。既往症：高血圧，糖尿病，前頭側頭型認知症。3月27日めまい，四肢異常感覚が出現し28日頭部MRIで異常なし。30日当院受診した。入院時JCS 20，眼振なし，めまいが強く座位不可能で，四肢異常感覚を訴えるが評価困難だった。入院2日目嚙下障害，右片麻痺が出現し入院4日目頭部MRIで脑梗塞を指摘した。入院5日目吃逆，その後右片麻痺の増悪を認めた。症例2：62歳男性。既往症：高血圧，糖尿病。4月29日喫煙後に突然ふらつき，四肢・体幹の異常感覚，めまい，複視が出現した。入院時JCS 10，垂直性眼振，嚙下障害，両下肢の深部感覚低下を認めた。頭部MRIは入院時，画像変化がなかったが入院2日目脑梗塞を指摘した。入院4日目右片麻痺が出現し，9日目左片麻痺も出現した。“Heart appearance” signとして知られる両側延髄内側梗塞は稀であり，若干の文献的考察を加えて報告する。

14

Numb cheek syndrome を呈した転移性メッケル腔腫瘍（腭癌）の1例

南風病院 神経内科：吉見 洋平、池上眞由美、梅原藤雄

放射線科：谷 淳至、加治屋 より子 消化器内科：松田 彰郎

症例：70歳代女性。主訴：右頬部のしびれ。現病歴：X年5月、検診で腭腫瘍を指摘され、当院消化器内科を受診した。自覚症状はなかったが、腭癌、多発骨転移を指摘され、外来化学療法中であった。同年11月から右頬部のしびれを自覚し、当科へ紹介された。神経学的には、右三叉神経第2枝領域の異常感覚を認めた。頭部CT/MRIで右メッケル腔に腫瘍性病変を認めた。FDG-PETでは、多発骨病変に加え、右メッケル腔に異常集積を認めた。以上より、腭癌のメッケル腔転移によるNumb cheek syndromeと診断した。全身性化学療法に加え、右メッケル腔腫瘍に対し、γナイフによる放射線治療を行った、右顔面のしびれは軽減したが、経過中、脑梗塞を併発し、いったん軽快したが、その後、肝転移・肺転移を併発し、X+1年3月に永眠された。Numb cheek syndromeの病態に考察を加え報告する。

15

過去の放射線治療による small vessel disease の 2 例

熊本大学神経内科

三浦正智、中島 誠、藤本彰子、三隅洋平、植田明彦、渡邊聖樹、安東由喜雄

症例 1 は 17 歳時に松果体腫瘍に対し放射線照射を受けた 44 歳男性。今回構音障害と左不全片麻痺で発症し、右放線冠に急性期ラクナ梗塞を呈していた。症例 2 は 17 歳時に鞍上部胚細胞種に対し放射線照射を受けた 28 歳女性。構音障害と右不全片麻痺で発症し、左放線冠に急性期ラクナ梗塞を呈していた。2 例とも主幹動脈のアテローム硬化性変化に乏しかったが、若年にもかかわらず陳旧性ラクナ梗塞と微小出血が多発していた。血管危険因子として症例 1 は喫煙、症例 2 は脂質異常症を有していたが、凝固異常、血管炎などは否定的であった。放射線治療後長期生存例においては、放射線照射に伴って進行する頭頸部主幹動脈病変のみならず、近年の画像診断の発展により細小血管傷害による small vessel disease も注目されている。文献的考察を加えて報告する。

16

MRI で経時的变化を捉ええた急性期脊髄梗塞の 1 例

福岡大神経内科

竹下 翔、緒方利安、米良英和、深江治郎、坪井義夫

症例は 80 歳女性で、高血圧と高脂血症あり。20XX 年 2 月、午後 8 時に突然腰部～両下腿に激痛が出現し、30 分後に両下肢の脱力、感覚低下、尿意消失をきたした。来院時の神経学的所見として完全対麻痺、L1 レベル以下の解離性感覚障害、膀胱直腸障害があり、脊髄梗塞が疑われ緊急入院した。発症第 2 病日には脊椎造影 MRI 拡散強調画像で L1～2 の髄内に高信号域を認め、脊髄梗塞と診断した。CT angiography では大動脈解離はなく、大動脈の著明な石灰化と強い動脈硬化を認めた。急性期治療はエダラボン 60mg/日、ヘパリン 1 万単位/日の投与を行い、後にクロピドグレル 50mg/日の内服に切り替えた。発症第 3 病日に両下肢拳上が可能となり、感覚障害も改善傾向であった。発症第 22 病日には歩行器歩行が可能となったが、依然として病変は拡散強調画像で高信号を示していた。第 67 病日の拡散強調画像でも高信号が持続していた。MRI 拡散強調画像の経時的变化を追った脊髄梗塞の報告は多くなく、考察を加えて報告する。

17

急性肋間動脈閉塞による横紋筋融解症で発症した後脊髄動脈症候群の 1 例

飯塚病院神経内科

向野隆彦, 鳥山敬祐, 中村憲道, 高嶋伸幹, 立石貴久, 高瀬敬一郎

症例は 78 歳男性。突然の左腰部痛で発症。翌日右下肢脱力が出現。来院時、右下肢の不全麻痺および全感覚低下を認め、血液検査ではCKが1136U/Lと高値、髄液検査では軽度蛋白細胞解離を認めた。神経根炎や筋炎、脊髄梗塞の鑑別が必要であったが、入院後に症状増悪し、高度下肢対麻痺、Th11 以下全感覚脱失、下肢腱反射消失、膀胱直腸障害を認めた。MRI で Th8-L1 の胸腰髄後索優位に T2 高信号域を認め後脊髄動脈症候群と診断。さらに左脊柱起立筋にも T2 高信号域を認め、左腰部痛と高 CK 血症の原因は動脈閉塞による横紋筋融解症と診断した。造影 CT では L1 レベルの下行大動脈に破綻した粥腫を認め、同部位の肋間動脈が責任血管と考えられた。動脈閉塞による横紋筋融解症で発症した後脊髄動脈症候群は検索した限り報告がなく、考察も加えて報告する。

18

特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) 治療中に心内血栓を形成し脳梗塞をきたした 1 例

1) NHO 熊本医療センター神経内科、2) 熊本大学神経内科

野村隼也¹⁾、三浦正智¹⁾、山本文夫¹⁾、田北智裕¹⁾、安東由喜雄²⁾

症例は 52 歳男性。ITP に対して 3 年間エルトロンボパグオラミン内服中、突然右上肢脱力が出現。頭部 MRI にて左中大脳動脈境界域に新規脳梗塞を認め当科入院となった。第 1 病日に右上肢麻痺の増悪をきたし、出血性脳梗塞の合併を認めた。血小板数が 1 万/ μ L と減少しており、ステロイドパルス療法を施行した。心エコーにて心尖部に壁運動低下、左室内に可動性を伴う血栓を認め、冠動脈 CT では前下行枝#8 の閉塞が疑われた。亜急性期心筋梗塞に伴う心内血栓による心原性脳塞栓症と診断した。本症例の経過においては、ITP 自体の病態とともに、その治療薬による血栓形成が関与した可能性も考えられた。文献的考察を加え報告する。

19

巨大くも膜下嚢胞を認めた側頭葉てんかんの一例

福岡山王病院 脳・神経機能センター

鎌田崇嗣、重藤寛史、赤松直樹、谷脇予志秀、大原信司、松島俊夫

症例は20歳女性。5歳より意識減損発作が出現、てんかんと診断され抗てんかん薬の内服を継続していたが、発作コントロールは不良であった。てんかん外科手術の適応を検討し、長時間ビデオ脳波記録を実施した。脳波上、左側頭部から発作時のてんかん性放電を3回認めた。画像評価では、両側頭葉内側部に巨大くも膜嚢胞を認め、側頭葉内側は著明に外方に圧排され菲薄化していた。切除するてんかん原性領域の決定のため、左側頭葉の頭蓋内脳波記録を施行した。記録された発作起始部位および発作間欠期のてんかん焦点領域を含めた左側頭葉切除術を行い、現在までてんかん発作の再発を認めていない。本症例は、巨大くも膜下嚢胞の存在が側頭葉てんかんの発症に関連し、側頭葉の外科的切除により改善した貴重な症例と考えられたため、文献的考察を加え報告する。

20

ペースメーカー患者の意識消失発作時を確認できた高齢者後頭葉てんかんの一例

倉敷中央病院 神経内科

岡田真里子

症例は81歳男性。X-1年に初回の意識消失、強直性痙攣があり、心電図上 Mobitz II型房室ブロックを認めペースメーカーが留置された。X年午前4時頃にうめき声を妻が発見、強直性痙攣を呈したため救急搬送となった。来院後に再度、左共同偏視を伴う強直性痙攣が出現したがこの際には原因となる不整脈はなかった。脳波記録中に3度目の発作があった。右上肢を伸展し左上肢を屈曲し左共同偏視を伴い、全般化する発作であった。上肢症状出現前に、瞬目が出現し右への頸部回旋、右共同偏視が出現していたことが後日判明し、脳波と合わせて後頭葉てんかんと診断した。フェノバルビタール点滴静注、レベチラセタム内服で治療した。抗アレルギー薬内服が誘因であった。視覚症状がない場合や、前頭葉てんかん、側頭葉てんかんの症状を呈した場合、後頭葉てんかんの診断は難しい。発作時を現認できた高齢者後頭葉てんかんは貴重である。文献的考察や1年前の意識消失との関連も含めて報告する。

21

起立性低血圧を呈した早期 Huntington 舞踏病の一例

大分大学医学部 神経内科学講座

麻生泰弘、藤岡秀康、片山徹二、天野優子、後藤恵、石橋正人、木村有希、
藪内健一、軸丸美香、花岡拓哉、木村成志、松原悦朗

症例は 40 歳男性。32 歳頃より注意力散漫や物忘れ症状が出現し、38 歳頃からは歩行時のふらつきも見られるようになった。いずれの症状も緩徐に進行し、精査目的に当科紹介入院となった。入院時、MMSE 26 点、FAB 10 点、全身に軽度の舞踏運動を認めた。頭部 MRI では前頭葉、頭頂葉を中心に両側大脳半球の萎縮を認め、脳血流シンチグラフィでは尾状核頭部、前帯状回、左後頭葉に血流低下を認めた。Huntingtin の遺伝子検査を行ったところ、CAG リピートの軽度延長を認め、病歴や所見と併せて Huntington 舞踏病と診断した。Head Up Tilt test を施行したところ、挙上 5 分後に収縮期、拡張期血圧ともに低下し、失神した。MIBG 心筋シンチ、CV-RR、点眼試験では異常所見は認められなかった。初期の Huntington 舞踏病に起立性低血圧を合併する例は稀であり、考察を加えて報告する。

22

多彩な自律神経症状を呈した Wolfram 症候群の一例

1)九州大学大学院医学研究院 神経内科学 2)摩利支病院 糖尿病内科

3)山口大学大学院医学系研究科 病態制御内科学

鳥山敬祐¹⁾、山口浩雄¹⁾、林信太郎¹⁾、松瀬大¹⁾、重藤寛史¹⁾、浅野喬²⁾、田部勝也³⁾、谷澤幸生³⁾、村井弘之¹⁾、吉良潤一¹⁾

症例は 36 歳女性。17 歳時に 1 型糖尿病を指摘、25 歳時から視力低下、耳鳴、夜間頻尿、尿失禁、排尿困難が出現した。また、同時期に近医眼科を受診し、視力低下と視神経乳頭の蒼白化を指摘された。35 歳時の視野検査で中心暗点を指摘され、同時期より歩行時のふらつきを自覚するようになり、当科へ紹介となった。来院時視力低下、対光反射の減弱、左 Horner 症候群、注視方向性眼振、耳鳴、協調運動障害、四肢の腱反射亢進、体幹失調、排尿困難、便秘、起立性低血圧を認めた。頭部 MRI で両側視神経の萎縮、脳幹・小脳の萎縮を認めた。新規の WFS1 遺伝子変異(exon 8, 1048T/T to T/C(F350L), 1060T/T to A/T(F354I))が見つかり、Wolfram 症候群の診断となった。本症例は多彩な自律神経症状を伴った新規の遺伝子変異をもつ Wolfram 症候群であり、考察とともに報告する。

23

Dysautonomic crisisによる誤嚥性肺炎を繰り返し、家族性自律神経失調症が考えられた1例

1)長崎大学病院 脳神経内科 2)同 熱研内科 3)長崎総科大
向野晃弘¹⁾、福元尚子¹⁾、島 智秋¹⁾、太田理絵¹⁾、長岡篤志¹⁾、吉村俊祐¹⁾、宮崎 禎一郎¹⁾、中嶋秀樹¹⁾、白石裕一¹⁾、古本朗嗣²⁾、本村政勝³⁾、辻野 彰¹⁾

32歳女性。出生後から肺炎を繰り返し頻回に入院していた。16歳頃から激しい嘔吐、腹痛が出現するようになった。X-1年9月に胸部異常影と繰り返す肺炎で熱研内科へ入院し、誤嚥性肺炎と診断された。X年7月神経疾患の有無の精査目的に当科へ転科した。環境変化や情動的ストレスを契機に血圧上昇、頻脈を伴う激しい腹痛と嘔吐発作を認め、咳嗽反射の消失による誤嚥性肺炎を起こしていたことが判明した。同胞が乳児期に肺炎で死亡するなどの家族歴、心電図QT延長、食道アカラシア、低酸素状態への馴化、0.125%ピロカルピンで過敏性瞳孔を認め、家族性自律神経失調症が考えられた。貴重な症例と思われ報告する。

24

運動神経の病理評価を行ったCIDPの1例

鹿児島大学病院 神経内科

永田龍世、牧 美充、吉村道由、荒田 仁、松浦英治、高嶋 博

患者は25歳女性。主訴は手指筋力低下、走行・跳躍困難でもともと運動は得意だった。X-1年に縄跳びが跳べないことに気付き、走りづらさも自覚した。X年に神経伝導検査を行い運動神経で遠位潜時の著明な延長、MCVの低下を認め、感覚神経は導出不能だった。電気生理検査所見からCMTを疑いX年Y月入院。四肢の近位優位の筋力低下、四肢腱反射減弱を認め、髄液蛋白細胞解離を認めた。M蛋白は陰性で、CMTの遺伝子検査でも既知の変異は認めなかった。腓腹神経生検では、周膜下浮腫を伴う髄鞘障害を認めた。短腓骨筋内の運動神経では周膜下浮腫やsmall onion bulb形成を認めた。病理所見からCIDPを疑い、ステロイドパルスを施行したところ手指の筋力は改善した。さらに免疫吸着療法を7回施行したところ、両足跳びや片足跳びが可能となり、小走りもできるようになった。生前にCIDPの運動神経の病理評価が出来た貴重な例と考え報告する。

25

一過性単麻痺で発症した全身型重症筋無力症の一例

福岡市民病院神経内科

芥川宜子, 貞島祥子, 長野祐久, 由村健夫

症例は63歳女性。歩行中に突然左下肢麻痺が出現し、起立困難となり当院に救急搬送。救急車内では左Mingazzini陽性であったが、10分間程度で改善し、来院時は軽度の構音障害のみであった。3か月前にも労作時に同様の約5分間の左下肢の筋力低下のエピソードあり。頭部MRIで新規の脳梗塞はなく一過性脳虚血発作として当科入院。ABCD2スコア6点。入院2日目に両側眼瞼下垂が出現。3ヶ月前から疲労時に両側眼瞼下垂、鼻声、全身の脱力感があることが判明し、テンシロンテスト陽性、同日クリーゼとなり、人工呼吸器を装着した。抗アセチルコリンレセプター抗体は陽性で、胸腺腫は認めなかった。重症筋無力症の症状は左右差を認めるが、TIA様の症状を呈した報告は乏しく、鑑別に苦慮した。

26

症状が非典型的で著しいADL低下を呈した低カリウム性周期性四肢麻痺の1家族例

1) 国立病院機構沖縄病院 神経内科 2) 鹿児島大学病院 神経内科

宮城 哲哉¹⁾, 諏訪園 秀吾¹⁾, 石原聡¹⁾, 田代雄一¹⁾, 中地亮¹⁾, 迫田俊一²⁾, 末原雅人¹⁾.

症例は31歳男性。12歳から発症した①発作性の四肢麻痺と②進行性の両下肢近位筋筋力低下が進行し、③3-4時間毎に塩化カリウムを毎回50-90mEqを予防服用しなければ血中K濃度が低下(5.0→2.0mEq/L)し全身の完全麻痺が必ず出現する程に悪化し、不眠症と運動能力の低下から勤務6年後に失職した。31歳時に当科紹介受診の後に精査入院し筋生検でtubular aggregatesを、遺伝子検査でSCN4A遺伝子変異(R672G)を認め経過からも低カリウム(K)性周期性四肢麻痺と診断した。塩化カリウム内服にスピロラクトン75mg/日を併用開始し①と③の改善を得た。非発作時と発作時で神経伝導速度検査、針筋電図検査の結果は異なった。特にProlonged exercise testが発作時に陽性となった点、上記①の進行が速い点、③を認めた点は既報になく重要な症例と考えた。父親と姉も同症状だが②は軽度で③は無しか軽度であり併せて報告する。

27

初期にパーキンソン症候群を呈し大脳基底核にプリオン蛋白 (PrP) の 高度沈着を認めたPrP蛋白P102L変異によるGerstmann-Sträussler-Scheinker病 (GSS) の一剖検例

1) 国立病院機構大牟田病院神経内科 2) 九州大学大学院医学研究院神経病理学
3) 現愛媛大学 老年・神経・総合診療内科学
渡邊暁博¹⁾、司城昌大²⁾、本田裕之²⁾、菅原三和¹⁾、荒畑創¹⁾、河野祐¹⁾、
笹ヶ迫直一¹⁾、大八木保政¹⁾³⁾、岩城徹²⁾、藤井直樹¹⁾

死亡時 78 歳の女性。65 歳時より易転倒性あり、初期はパーキンソン症候群として経過したが、74 歳で無言無動、77 歳時頭部 MRI 拡散強調画像で初めて DWI で皮質高信号を認め、髄液 14-3-3 蛋白高値と p.Pro102Leu 変異があり GSS と診断。剖検にて肉眼的に大脳皮質・基底核・小脳の変性着色及び中脳被蓋部・橋の萎縮を認めた。組織学的には大脳皮質の海綿状変化、錐体細胞の脱落・萎縮、多数の Kuru 斑、PrP のプラーク型沈着に加え、シナプス型沈着もみられた。Proteinase K 処理により Type1 に加え、GSS に特徴的な 8kDa 付近のバンドを認めた。変性・PrP 沈着は大脳基底核など錐体外路を中心に高度に及んだ。GSS では 22.7% に錐体外路症状の報告があり、大脳基底核への早期からの PrP 沈着がパーキンソン症候群の原因と考えられた。

28

両側顔面麻痺，右側腹部全感覚低下，左足趾関節炎を呈し，急性期に インフルエンザ A の抗体価上昇を伴った 1 例

1) 小倉記念病院神経内科，2) 九州大学大学院医学研究院神経内科学講座
白石 渉^{1,2)}，古田興之介¹⁾，椎 裕章¹⁾

症例は 65 歳男性。両顔面の動かしにくさを主訴に当科を受診した。X 月 Y 日から 39°C の発熱を自覚，近医を受診し抗生剤を処方されたが。皮疹が出現し抗生剤は中止した。発熱は Y+6 日に解熱したが，Y+12 日から両顔面の動かしにくさが出現，Y+14 日に当科受診した。診察時，皮疹は消失していたが，両側の顔面麻痺を認め，柳原スコアで右 6 点，左 4 点だった。また，右側腹部の全感覚低下と，左拇趾の関節炎を認めた。血液検査で炎症所見とインフルエンザ A の CF 抗体価上昇 (32 倍) を認めた。髄液検査で蛋白 81mg/dl，細胞数 46/ μ l と蛋白細胞数の上昇を認めた，Bell 麻痺，Guillain-Barré 症候群，ライム病などを鑑別にステロイドパルス，IVIg，抗生剤投与を行ったところ症状は改善した。後日判明したライム病抗体，ボレリア DNA，抗ガングリオシド抗体は陰性であった。2 カ月後のインフルエンザ A 抗体価は 4 倍に低下しており，インフルエンザ感染に関連した多発単神経炎と考えられた。

29

高齢発症インフルエンザ脳症の一剖検例

宮崎大学 内科学講座 神経呼吸内分泌代謝学分野

松尾倫子, 石井信之, 谷口晶俊, 望月仁志, 塩見一剛, 中里雅光

症例は80歳男性。既往に糖尿病と40年の喫煙歴がある。入院5日前に発熱と上気道症状が出現し、入院同日午前近医でインフルエンザB型と診断されラニミビルとアセトアミノフェンを投与された。同日夜に自宅内で意識消失と痙攣を生じ、当院へ救急搬送された。神経学的には意識レベルE1V2M4で脳幹反射は減弱していたが、明らかな麻痺や項部硬直はなかった。血液検査では肝腎障害とDICを呈しており、IL-6が著明に上昇していた(2,180 pg/ml, 基準値<4 pg/ml)。頭部CTで両側視床に低吸収域を認めた。ステロイドパルス、IVIg、ペラミビルを投与したが発症16日目に死亡した。剖検では大脳白質全体に肉眼的に点状出血と壊死が、組織学的には壊死層周囲を主体としたグリオーシスがみられ、急性壊死性脳症と診断した。高齢発症のインフルエンザ脳症は稀であり、急性壊死性脳症の高齢者発症は過去に報告がない。

30

抗MOG抗体陽性視神経脊髄炎の1例

佐世保市立総合病院 神経内科

藤本武士, 金本 正, 島 智秋, 宮崎禎一郎

症例は60歳男性。10年前に両下肢脱力と排尿障害で発症し、MRIで3椎体に及ぶ胸髄病変あり。X日より左眼の見えにくさを自覚、翌日には左眼痛が出現した。X+3日に近医眼科を受診し、左視神経炎と診断されステロイドパルス療法(IVMP)を3日間施行後、当院紹介受診。右視力は矯正で1.2p、左は指数弁であった。MRIで左視神経の軽度腫大と強い造影効果を認めた。閃光刺激VEPでは左眼刺激での反応が欠如していた。入院後、IVMPを2クール追加治療し、ステロイド内服に切り替えたが、左視力の改善は乏しかった。後日、血清抗アクアポリン4抗体は陰性であったが、抗myelin-oligodendrocyte glycoprotein(MOG)抗体が陽性と判明した。抗MOG抗体陽性視神経炎の視力予後は比較的良好と言われるが、再発しやすく、またIVMPに対する反応が悪い事がある。抗MOG抗体陽性視神経脊髄炎につき、若干の文献的考察を加え報告する。

31

末梢神経障害の症状出現前にラクナ梗塞を発症した POEMS 症候群の 1 例

聖マリア病院 脳血管内科

松下知永、福田賢治、桑野 幸、澁谷 直、東 英司、熊本将也、芝原友也、福嶋由尚

症例は 44 歳男性。X-2 年 2 月に左基底核のラクナ梗塞を発症し近医で入院加療を受け、後遺症なく改善した。その際に血小板数の異常高値を指摘された。X-1 年 8 月頃より歩行時の倦怠感や下肢の脱力を自覚するようになった。同年 12 月当院外来を初診し、下肢遠位筋優位の筋力低下を認めた。下肢の筋力低下が徐々に増悪したため、X 年 4 月より精査加療目的に当科に入院となった。末梢神経障害、M 蛋白血症、血中 VEGF 上昇、肝脾腫、胸水貯留、色素沈着を認め、血小板増多も含め POEMS 症候群と診断した。POEMS 症候群に脳梗塞が合併することは知られているが、末梢神経障害発症前にラクナ梗塞を発症した症例の報告は稀であり、文献的考察を含め報告する。

32

下垂体炎に肥厚性硬膜炎を合併した 1 例

熊本大学 神経内科

中瀬卓、森由紀子、三隅洋平、増田曜章、高松孝太郎、安東由喜雄

症例は 69 歳、男性。X 年 9 月、全身倦怠感、耐寒性の低下、頭痛が出現した。近医にて下垂体炎による複合型下垂体機能低下症と診断され、ホルモン補充療法を受けた。12 月、MRI で下垂体柄の腫大、トルコ鞍周囲の硬膜肥厚および Gd 増強効果を指摘された。X+1 年 2 月、両眼痛、両眼球結膜の充血、右外転神経麻痺が出現し、MRI で硬膜病変が拡大したためステロイド治療が追加された。眼痛、外転神経麻痺は改善したが、4 月にステロイド減量中止後に嗄声および嚙下障害が出現、MRI で頭蓋底部の硬膜病変が増悪していたため当科紹介となった。髄液検査は正常、各種感染症検査は陰性、血清 IgG4 は基準値以下、各種自己抗体は陰性であった。ステロイド治療再開により、球症状および MRI での硬膜病変は改善傾向を認めた。本症例は、下垂体炎から比較的広範囲な肥厚性硬膜炎への波及を経時的に観察しえた貴重な症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

多彩な神経症候を来したカロライナジャスミン中毒の一例

大分県立病院神経内科

兒玉憲人、谷口雄大、堀大滋、法化図陽一

症例は 65 歳男性。X 年 4 月自宅に植えていたカロライナジャスミン(学名: *Gelsemium sempervirens*)の花を、ジャスミンと誤認してアルコールとともに夕食で摂取。摂取後十数分してめまいやふらつきなどの症状が出現。その後症状の進行があり救急搬送。多発脳神経症状の他、四肢の脱力と下肢優位の錘体路徴候を認めた。胃内容物除去しながら症状は一時軽快したが、胃洗浄を終えた頃に呼吸苦のため不穏となり、鎮静の上 ICU にて挿管管理となった。徐呼吸の出現があったものの無事に抜管でき、一般病棟へ転倒する頃にはめまいやふらつきなどの症状のみならず錘体路徴候が軽減していた。これまでカロライナジャスミン摂取に伴う一過性のめまい・ふらつき症状の報告はあるものの、詳細な神経症候の経過の記載は見られない。今回観賞用植物の誤摂取で神経症候が出現した貴重な例を経験したため、注意点ならびに文献的考察を加えて報告する。

転倒発作を示した成人発症 2 型シトルリン血症の一症例

1) 京都博愛会病院 神経内科

2) 京都大学 てんかん・運動異常生理学

大井長和¹⁾、林 紗葵¹⁾、池田昭夫²⁾

症例は 36 歳男性、右利き、日本人。主訴は転倒発作。2015 年 x 月 y 日の歩行中、意識消失なく前方に倒れた。同日に同様の発作が 3 回出現。同月 y+7 日にも同様の発作が 3 回出現し、この後に文字を書きにくくなり、話にくくなって神経内科入院。家族歴：同様の人なし。既往歴：18 歳：睥炎、薬剤性劇症肝炎で血漿交換。生活歴：特記事項なし。神経学的に、左優位に両上肢の陰性ミオクローヌス、両側の手指の微細運動拙劣を認めた。入院後に一過性の近接記憶障害が出現。補助検査で血中のアンモニア高値、脳波で前頭部優位の全般性間歇性デルタ活動を認めた。髄液検査、腹部造影 CT、頭部 CT、脳 MRI・MRA で異常所見なし。血中のシトルリン 723.2nmol/ml と異常高値を認め、成人発症 2 型シトルリン血症と診断した。糖質制限食にて、神経徴候の消失と血中アンモニア正常化を認めた。文献的考察を加えて報告をする。

60Hz の視床下核刺激療法を試みた 2 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、前田泰宏、酒井和香、権藤雄一郎、永石彰子、松尾秀徳

症例 1 は 59 歳の男性。両側 STN-DBS 術後 2 ヶ月。両側の単極刺激（130Hz, 90 μ S, 3.5V）で運動機能は改善したが嚥下障害と構音障害が増悪し誤嚥性肺炎を併発した。刺激頻度を 60Hz に変更することで発語が明瞭となり、嚥下機能も改善した。運動機能は変化なかった。症例 2 は 66 歳の男性。両側 STN-DBS 術後 60 ヶ月。両側の双極刺激（130Hz, 60 μ S, 2.6V）であったが、前屈姿勢が著明ですくみ足や構音障害（小声）を認めた。刺激頻度は 130Hz でマルチプログラミングを導入したが効果が乏しかったため刺激頻度を 60Hz に変更したところ、軽度だが発語が明瞭となり歩行も改善した。60Hz 刺激は 130Hz に比べて嚥下障害やすくみ足を改善したと報告されている。自験例では術後早期および術後 5 年でも 60Hz に変更することで構音障害や嚥下障害およびすくみ足に効果を認めた。DBS 調節のオプションとして 60Hz 刺激も試みる価値があると考えられた。

バクロフェン髄注療法 (ITB) が著効した里吉病の一例

鹿児島大学神経内科

金子浩之, 白元亜可理, 安藤匡宏, 田代雄一, 吉村道由, 荒田 仁, 橋口昭大, 渡邊修, 高嶋 博

症例は 28 歳女性。6 歳時に GH 分泌不全型低身長を指摘。9 歳時には脱毛、10 歳時より全身筋痙攣を認め里吉病と診断。免疫療法を含む加療を行ったものの症状は緩徐に増悪した。吸収不良症候群も併発し、筋痙攣のコントロール不良、歩行困難となり X 年 10 月に当科入院。電解質補正、ステロイドパルスなど行うも改善認めなかったがバクロフェン 25 μ g 髄注スクリーニング試験にて筋痙攣は一時的に改善した。ITB 植え込み術を施行したところ以後は筋痙攣のコントロールが可能となり歩行可能となった。里吉病では大脳皮質と脊髄における過興奮性が指摘されており、本症例は ITB によって脊髄の過興奮性を抑えたことで筋痙攣のコントロールが可能になったと考えた。同様の報告はなく、里吉病を含めた脊髄の過興奮性による難治性の筋痙攣に対して ITB 治療の有効性を示唆する貴重な症例と考えられたため、その機序を踏まえ報告する。

37

気管動脈瘻による大量出血後、手術により救命し得た Duchenne 型 筋ジストロフィー (DMD) の 1 例

1) NHO 熊本再春荘病院神経内科 2) 同呼吸器外科

3) 熊本大学心臓血管外 4) 熊本大学神経内科

石崎雅俊¹⁾, 岡崎敏郎¹⁾, 小林広典²⁾, 岡本 健³⁾, 坂口 尚³⁾, 西田泰斗¹⁾, 上山秀嗣¹⁾, 安東由喜雄⁴⁾

症例は 20 歳男性. 4 歳時に高 CK 血症, 四肢筋力低下にて DMD と診断された. 10 歳時に歩行不能となり, 18 歳時に気管切開術を施行し人工呼吸器を装着された. 気切後 1 年 10 ヶ月目に誘因なく気管カニューレより大量出血を認め, ショック状態となった. カニューレのカフ過膨張により出血は沈静化した. 同日大学病院心臓血管外科に転院後, 気管動脈瘻閉鎖術・大動脈-腕頭動脈バイパス術を施行し, 救命し得た. 気管動脈瘻による大量出血後の救命例は希少であり, 文献的考察を加え報告する.

38

多発脳神経障害を認めたバーキットリンパ腫の一例

1) JCHO 諫早総合病院神経内科 2) 同 内科

3) 同 耳鼻咽喉科 4) 同 歯科口腔外科

西浦義博¹⁾, 長郷国彦¹⁾, 早田央²⁾, 塚崎尚紀³⁾, 吉富泉⁴⁾, 福元尚子¹⁾

症例は 68 歳女性. 主訴は, 右眼瞼下垂. 体重減少および全身倦怠感を自覚し, X-2 年 9 月 10 日当院内科受診. 腹部 CT でリンパ節腫大あり, リンパ節生検でバーキットリンパ腫の診断. R-CHOP 療法で加療され経過は順調だったが, X-1 年 9 月左三叉神経第 3 枝麻痺, 左舌下神経麻痺が出現. 12 月右眼瞼下垂も認め, 12 月 19 日当院入院. 神経学的所見で右動眼神経麻痺を認め, 左三叉神経痛も自覚. 髄液細胞診は class II, 頭部 MRI で造影効果を伴う左三叉神経の腫大を認めた. ステロイド・パルス療法を行うも効果は一時的で, 以後左仙骨神経叢, 左舌下神経, 両側顔面神経, 左動眼神経, 左迷走神経, 右聴神経, 左腕神経叢に障害を認め, X 年 5 月 2 日, 死亡. バーキットリンパ腫は成人の悪性リンパ腫では稀だが中枢神経系へ浸潤しやすく, 若干の文献的考察を加え報告する.

意識障害、両下肢脱力の原因に TAFRO 症候群を疑った 1 例

大分大学医学部神経内科学講座

藤岡秀康、麻生泰弘、片山徹二、天野優子、後藤恵、石橋正人、木村有希、
藪内健一、軸丸美香、花岡拓哉、木村成志、松原悦朗

60 歳男性。X-1 月初旬に両下肢痛を自覚し、徐々に両下肢の筋力低下が出現した。その後も症状が増悪し、歩行不能となった為、前医に緊急入院し、精査目的に X 月 Y 日当科転院となった。入院時には発熱、軽度の意識障害、著明な胸腹水と全身の浮腫、肝脾腫を認めた。血液検査では著明な血液沈降速度の亢進を認め、血小板減少、腎機能障害、IL-6 の上昇、可溶性 IL-2 受容体の上昇を認めた。ランダム皮膚生検を行ったが、血管内悪性リンパ腫は否定的であり、臨床所見、検査所見から TAFRO 症候群を疑った。ステロイドパルス治療、エンドキサンパルス治療を開始したところ、意識障害、下肢筋力低下共に改善が見られ、歩行も可能となったことから、X+5 月にリハビリ病院へ転院となった。診断に苦慮した症例であり、考察を加えて報告する。

40

間歇型一酸化炭素 (CO) 中毒の一例

1) 国保水俣市立総合医療センター 2) 熊本大学神経内科
山本文夫¹⁾、中間達也¹⁾、植田明彦¹⁾、安東由喜雄²⁾

症例は 61 歳・女性。X 年 Y 月 25 日からズボンを頭からかぶろうとするなどの異常行動や物忘れが出現した。Y 月 28 日に近医を受診し、頭部 CT で左淡蒼球に低吸収病変を指摘された。同日、当科を紹介受診し、失語などの高次脳機能障害、動作緩慢、四肢の筋固縮などの錐体外路徴候、両下肢病的反射陽性、四肢腱反射亢進などの錐体路徴候があった。頭部 MRI では両側大脳白質に軽度のびまん性 FLAIR 高信号所見があった。「Y 月 1 日に練炭で自殺しようとしたが未遂に終わり、2 日に普段と変わらない様子で帰宅した」との病歴があり、他疾患が否定的であったため、間歇型 CO 中毒と診断した。30 日から高気圧酸素療法等による加療を開始した。以降、症候は徐々に増悪し、Y+1 月 29 日に転院となった。進行性の神経症候とびまん性大脳白質病変が認められた場合、間歇型 CO 中毒を疑う必要があること、同疾患では急性期に重篤でなくても時間を経て増悪するリスクがあることなど示唆に富む症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

一側上肢に特異な神経症候を認めた Gliomatosis cerebri の一例

1) 産業医大神経内科, 2) 産業医大病理部, 3) 産業医大脳神経外科
先成裕介¹⁾, 豊田知子¹⁾, 橋本智代¹⁾, 岡田和将¹⁾, 野口紘嗣²⁾, 島尻正平²⁾,
高松聖史郎³⁾, 高橋麻由³⁾, 西澤茂³⁾, 足立弘明¹⁾,

症例は 58 歳男性. 右利き. X-1 年 11 月頃より左手の震えが出現し, X 年 1 月頃には左手指と左手関節に変形と拘縮が出現した. 左手の震えは徐々に増悪し左手の使用が困難となり, 左手に痛みも伴うようになり 2 月 20 日に入院した. 入院時の所見では左上肢の遠位部優位に限局して持続するミオクローヌスを認め, 姿勢時や運動時に増悪し, ベンゾジアゼピン系薬剤投与により軽減した. 左手には浮腫、拘縮、疼痛を認めたが, 感覚障害はなかった. 入院後にミオクローヌスは左顔面まで拡大した. 表面筋電図で左上肢全体の筋群に同期性の持続時間が 100msec 以下の放電を認めたが, 脳波検査, 体性感覚誘発電位及び Long-loop reflex 及び Jerk-looked back averaging は正常であった. 頭部 MRI で大脳白質及び脳幹部の右側優位に増強効果を伴わないびまん性の高信号域を認め, 経時的に拡大した. 脳生検で olig2, GFAP 陽性の腫瘍細胞を認め, gliomatosis cerebri と診断した. 本例の神経症候に関して文献的考察を加え報告する.

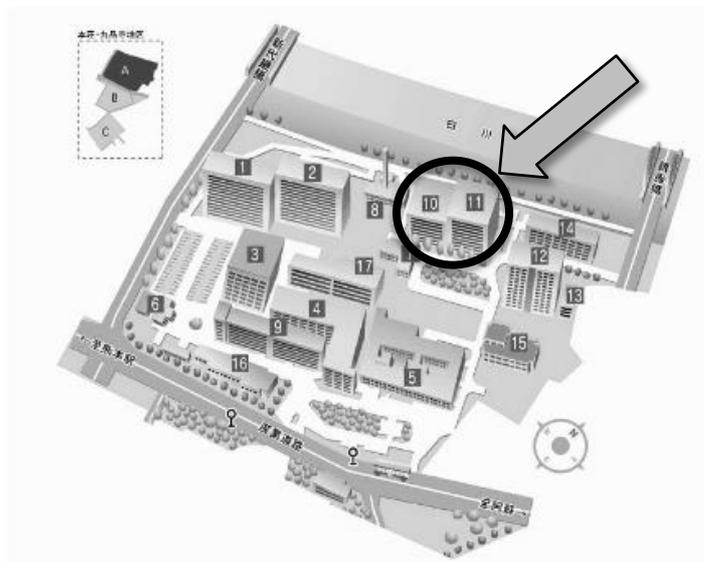
会場案内図



熊本大学医学部総合研究棟 3F講習室 〒860-8556 熊本市中央区本荘 1-1-1

JR熊本駅から	バス	第一環状線（本荘経由）に乗車，「大学病院前」下車
	タクシー	約5分
交通センターから	バス	八王子環状・御幸木部・野越団地行きに乗車，「大学病院前」下車
	タクシー	約5分
熊本空港から	バス	リムジンバス（県庁経由）に乗車，「交通センター」下車，交通センターから八王子環状・御幸木部・野越団地行きに乗車，「大学病院前」下車，またはタクシー約5分
	タクシー	約40分

会場までのご案内



〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1番1号

01	西病棟	07	旧救急棟	13	臨床医学教育研究センター
02	東病棟	08	設備管理棟	14	看護師宿舎
03	中央診療棟	09	医学部臨床研究棟	15	第一立体駐車
04	外来臨床研究棟	10	<u>医学教育図書棟</u>	16	第二立体駐車場
05	管理棟	11	<u>医学総合研究棟</u>	17	外来診療棟
06	山崎記念館 【登録有形文化財】	12	基礎医学研究棟		

～自家用車で来られる先生へ～

・駐車場をご利用の場合、駐車券をお渡ししますので、当日に受付でお申し出ください。

※数に限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用の上ご来場くださいますよう、よろしく願いいたします。