



第 213 回 日本神経学会九州地方会

第 122 回 日本脳神経外科学会九州支部会

プログラム・抄録集

日時：2016 年 3 月 12 日（土）

受付開始：午前 8 時 00 分

開始時間：午前 8 時 30 分

神経学会	8 時 30 分～16 時 40 分
脳神経外科学会	8 時 30 分～17 時 30 分
合同セッション	11 時 20 分～12 時 00 分
ランチョンセミナー	12 時 10 分～12 時 50 分

会場：九州大学医学部百年講堂

当番：九州大学大学院医学研究院神経内科学 吉良 潤一  
九州大学大学院医学研究院脳神経外科学 飯原 弘二

## 会場案内

会場：九州大学医学部百年講堂（福岡市東区馬出 3-1-1）



- 博多駅から 地下鉄（中洲川端乗り換え）約 10 分「馬出九大病院前」下車  
西鉄バス約 15 分「警察本部前・九大病院入口」下車
- 福岡空港から タクシーで約 20 分



## 連絡事項

### <神経学会>

- 1) 講演時間 6分
- 2) 質疑: 2分
- 3) 発表形式: PC、液晶プロジェクタ1台 (Windowsのみ)
- 4) メディア: USBメモリーのみ。USBメモリーには演題番号のラベルをつけ、ファイル名は、演題番号-演者.拡張子  
(例: A-49-九大太郎.pptx)としてください。
- 5) 動画: PowerPoint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、当日のスライド受付時に必ずご提出ください。

(注) 発表者は、遅くとも発表の30分前には受付して下さい。

### <脳神経外科学会>

- 1) 脳神経外科専門医の方は、IC会員カードでの専門医クレジット登録となります。IC会員カードをご持参下さい。IC会員カードをお持ちでない方は、専門医番号での登録が可能です。
- 2) 現在、日本脳神経外科学会が行う学術総会・支部学術集会における発表者は、利益相反 conflict of interest (COI) 状態を開示する義務があります。COI自己登録および発表スライドにその旨を記載することが必要ですのでご注意ください。(詳細は日本脳神経外科学会ホームページをご参照下さい。)
- 3) 講演時間は6分(予鈴5分)、質疑応答2分です。(例年より短くなっていますのでご注意ください。)

## プログラム概要 午前の部

A会場（大ホール） 神経学会	B会場（中ホール1,2） 脳神経外科学会	その他会場 理事会・世話人会
8:30 開会の辞 吉良 潤一（九州大学）	8:30 開会の辞 飯原 弘二（九州大学）	
8:35-9:15 <b>セッション1</b> 座長 脇坂 義信（九州大学）	8:35-9:15 <b>セッション1 脳血管障害(1)</b> 座長 河島 雅到（佐賀大学） コメンテーター 大塚 忠弘 （熊本医療センター）	
9:15-9:55 <b>セッション2</b> 座長 松本 省二（小倉記念病院）	9:15-9:55 <b>セッション2 脳血管障害(2)</b> 座長 久保 毅（大分大学） コメンテーター 増岡 淳（佐賀大学）	
9:55-10:35 <b>セッション3</b> 座長 木村 成志（大分大学）	9:55-10:35 <b>セッション3 脳血管障害(3)</b> 座長 廣畑 優（久留米大学） コメンテーター 津本 智幸 （九州医療センター）	
10:35-11:15 <b>セッション4</b> 座長 中根 俊成（熊本大学）	10:35-11:15 <b>セッション4 脳血管障害(4)</b> 座長 東 登志夫（福岡大学） コメンテーター 陶山 一彦 （長崎みなとメディカルセンター）	
11:20-12:00 <b>合同セッション</b> 座長 山田 猛（済生会福岡総合病院 神経内科） 山本 淳孝（産業医科大学 脳神経外科）		
12:10-12:50 <b>ランチョンセミナー1</b> 座長 吉良 潤一（九州大学） 演者 武田 篤（仙台西多賀病院）	12:10-12:50 <b>ランチョンセミナー2</b> 座長 溝口 昌弘 （北九州市立医療センター） 演者 吉本 幸司（九州大学）	12:10-12:50 脳神経外科学会 九州支部 理事会 ※ 2階 会議室1
		12:55-13:15 神経学会 九州地方会 世話人会 ※ 1階 中ホール3

## 午後の部

A 会場（大ホール） 神経学会	B 会場（中ホール 1, 2） 脳神経外科学会
	13:00-13:40 <b>セッション 5 脳腫瘍 (1)</b> 座長 時村 洋 (鹿児島大学) コメンテーター 坂田 清彦 (久留米大学)
13:20-14:00 <b>セッション 5</b> 座長 渡嘉敷 崇 (琉球大学)	13:40-14:20 <b>セッション 6 脳腫瘍 (2)</b> 座長 上原 久夫 (宮崎大学) コメンテーター 安部 洋 (福岡大学)
14:00-14:40 <b>セッション 6</b> 座長 岡田 和将 (産業医科大学)	14:20-15:00 <b>セッション 7 脳腫瘍 (3)</b> 座長 矢野 茂利 (熊本大学) コメンテーター 中野 良昭 (産業医科大学)
14:40-15:20 <b>セッション 7</b> 座長 白石 裕一 (長崎大学)	15:00-15:40 <b>セッション 8 脳腫瘍 (4)</b> 座長 鎌田 健作 (長崎大学) コメンテーター 菅原 健一 (琉球大学)
15:20-16:00 <b>セッション 8</b> 座長 深江 治郎 (福岡大学)	15:40-16:20 <b>セッション 9 脊髄疾患</b> 座長 渡辺 孝 (琉球大学) コメンテーター 横上 聖貴 (宮崎大学)
16:00-16:40 <b>セッション 9</b> 座長 薬師寺 祐介 (佐賀大学)	16:20-16:52 <b>セッション 10 感染その他</b> 座長 佐山 徹郎 (九州大学) コメンテーター 米澤 大 (鹿児島大学)
16:40 閉会の辞 吉良 潤一 (九州大学)	16:52-17:32 <b>セッション 11 小児</b> 座長 橋口 公章 (九州大学) コメンテーター 森岡 隆人 (福岡市立こども病院)
	17:32 閉会の辞 飯原 弘二 (九州大学)

## ランチョンセミナーのご案内

### ランチョンセミナー 1

日時 2016年3月12日(土) 12:10~12:50

場所 九州大学医学部百年講堂 大ホール (A会場)

座長 吉良 潤一 (九州大学神経内科)

演者 武田 篤 (国立病院機構仙台西多賀病院院長)

演題 「パーキンソン病治療の現在の考え方と随伴する認知症への対応について」

共催 第213回日本神経学会九州地方会

協和発酵キリン株式会社

### ランチョンセミナー 2

日時 2016年3月12日(土) 12:10~12:50

場所 九州大学医学部百年講堂 中ホール1,2 (B会場)

座長 溝口 昌弘 (北九州市立医療センター脳神経外科)

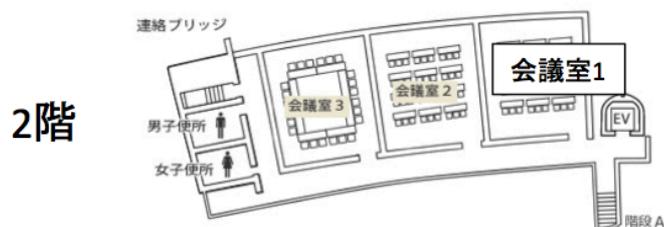
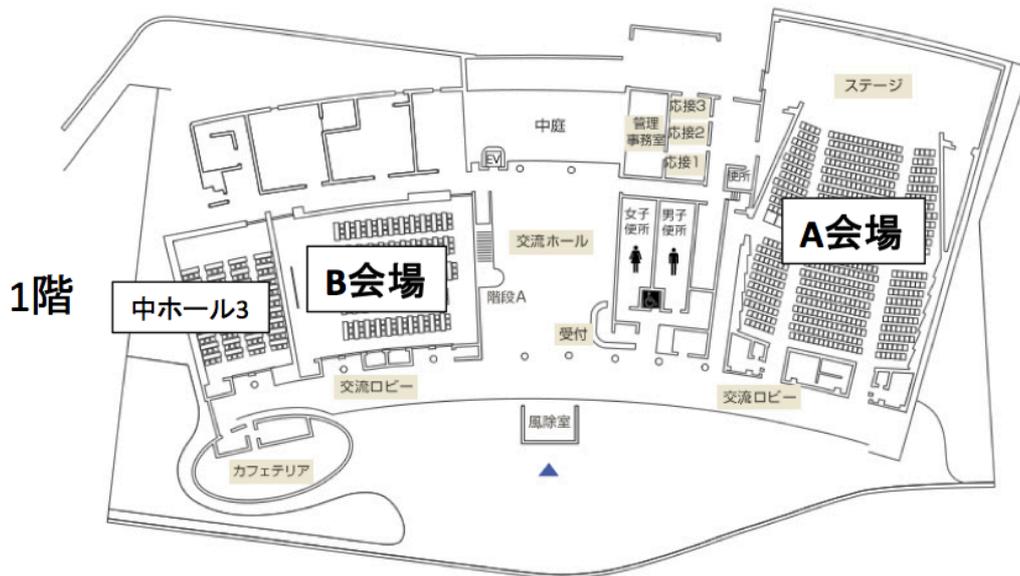
演者 吉本 幸司 (九州大学脳神経外科)

演題 「悪性脳腫瘍に関する最近の話題」

共催 第122回日本脳神経外科学会九州支部会

MSD 株式会社

### 会場配置図



## 日本神経学会九州地区 生涯教育講演会のご案内

日時 2016年3月13日(日) 9:30~13:00

場所 九州大学コラボステーション 2階 視聴覚ホール

会費 4000円

1. 「これだけは知っておいて欲しい筋疾患」  
座長：谷脇 考恭 (久留米大学 呼吸器・神経・膠原病内科部門)  
演者：西野 一三 (国立精神・神経センター神経研究所 疾病研究第一部)
2. 「ここまできた脳梗塞治療：2015 update」  
座長：松原 悦朗 (大分大学 神経内科)  
演者：平野 照之 (杏林大学 脳卒中医学教室)
3. 「認知症・パーキンソニズムの画像解析」  
座長：坪井 義夫 (福岡大学 神経内科)  
演者：福山 秀直 (京都大学 学際融合教育推進センター)
4. 「ここに目をつける！デジタル脳波判読ナビ」  
座長：吉良 潤一 (九州大学 神経内科)  
演者：飛松 省三 (九州大学 臨床神経生理学)

## 日本神経学会九州支部主催 神経学的ハンズオンのご案内

日時 2016年3月13日(日) 14:00~15:20

場所 九州大学コラボステーション 1階 セミナー室

会費 3000円

Tutor：吉良 潤一 (九州大学 神経内科)

法化 陽一 (大分県立大学 神経内科)

# プログラム

## (神経学会)

神経学会の演題は「A-O」という演題番号です。  
合同セッションの抄録は「合同-O」という演題番号です。

セッション1

8:35～9:15

座長 脇坂 義信 (九州大学)

A-1 片麻痺で発症した頸髄硬膜外血腫の1例

国立病院機構九州医療センター<sup>1</sup>脳血管・神経内科,<sup>2</sup>脳神経外科

溝口 忠孝<sup>1</sup>, 後藤 聖司<sup>1</sup>, 三月田 祐平<sup>2</sup>, 徳永 敬介<sup>1</sup>, 高口 剛<sup>1</sup>, 中村 麻子<sup>1</sup>, 桑城 貴弘<sup>1</sup>, 矢坂 正弘<sup>1</sup>, 詠田 眞治<sup>2</sup>, 岡田 靖<sup>1</sup>

A-2 脳静脈洞血栓症の経過観察に Susceptibility-weighted imaging と arterial spin labeling が有用であった1例

長崎大学病院 脳神経内科

松田 剛, 金本 正, 立石 洋平, 濱邊 順平, 中岡 賢治朗, 辻野 彰

A-3 塞栓源として calcified amorphous tumor を診断し得た1例

<sup>1</sup>済生会熊本病院神経内科, <sup>2</sup>熊本大学神経内科学

神宮 隆臣<sup>1</sup>, 波止 聡司<sup>1</sup>, 本多 由美<sup>1</sup>, 永沼 雅基<sup>1</sup>, 池野 幸一<sup>1</sup>, 稲富 雄一郎<sup>1</sup>, 米原 敏郎<sup>1</sup>, 安東 由喜雄<sup>2</sup>

A-4 WEMINO (wall-eyed monocular internuclear ophthalmoplegia) 症候群を呈した橋左被蓋梗塞の1例

済生会福岡総合病院神経内科

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

A-5 肺動静脈瘻内に血栓を認めた脳梗塞の1例

<sup>1</sup>熊本赤十字病院 神経内科, <sup>2</sup>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<sup>1</sup>, 寺崎 修司<sup>1</sup>, 平原 智雄<sup>1</sup>, 和田 邦泰<sup>1</sup>, 安東 由喜雄<sup>2</sup>

セッション2

9:15～9:55

座長 松本 省二 (小倉記念病院)

A-6 前兆のある片頭痛の既往を持つ可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) が疑われた3例の検討

<sup>1</sup>熊本市民病院神経内科, <sup>2</sup>国立病院機構熊本医療センター神経内科, <sup>3</sup>水俣市立総合医療センター神経内科

渡利 茉里<sup>1</sup>, 山川 誠<sup>1</sup>, 阪本 徹郎<sup>1</sup>, 橋本 洋一郎<sup>1</sup>, 山本 文夫<sup>2</sup>, 伊藤 康幸<sup>3</sup>

## A-7 可逆性脳梁膨大部病変を伴う軽症脳炎／脳症（MERS）との鑑別を要した多発性脳梗塞

佐世保市立総合病院 神経内科

宮崎 禎一郎, 江口 美紀, 島 智秋, 藤本 武士

## A-8 下垂体炎により右内頸動脈狭窄を来した1例

<sup>1</sup>済生会熊本病院神経内科, <sup>2</sup>熊本大学神経内科学

本多 由美<sup>1</sup>, 波止 聡司<sup>1</sup>, 神宮 隆臣<sup>1</sup>, 永沼 雅基<sup>1</sup>, 池野 幸一<sup>1</sup>, 稲富 雄一郎<sup>1</sup>, 米原 敏郎<sup>1</sup>, 安東 由喜雄<sup>2</sup>

## A-9 脳梗塞拡大に伴い同側の Ivy signが増強, 拡大したもやもや病の1例

鹿児島医療センター脳血管内科

重久 彩乃, 濱田 祐樹, 宮下 史生, 下田 祐郁, 武井 藍, 脇田 政之, 松岡 秀樹

## A-10 リバーロキサバン内服後, 内頸動脈可動性血栓の消失を認めた心原性脳塞栓症の1例

国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科

佐藤 倫子, 後藤 聖司, 徳永 敬介, 高口 剛, 中村 麻子, 桑城 貴弘, 矢坂 正弘, 岡田 靖

## セッション3

9:55～10:35

座長 木村 成志 (大分大学)

## A-11 重症ヘルペス脳炎の経過中に髄液オレキシン値の低下を認め症候性過眠症を呈した1例

<sup>1</sup>別府医療センター神経内科, <sup>2</sup>秋田大学医学部神経運動器学講座精神科学分野

横山 淳<sup>1</sup>, 近藤 大祐<sup>1</sup>, 今西 彩<sup>2</sup>, 神林 崇<sup>2</sup>, 光尾 邦彦<sup>1</sup>

## A-12 免疫療法が有効であった Morvan 症候群の一例

<sup>1</sup>佐賀大学神経内科, <sup>2</sup>鹿児島大学神経内科

鈴木 耕平<sup>1</sup>, 江里口 誠<sup>1</sup>, 薬師寺 祐介<sup>1</sup>, 渡邊 修<sup>2</sup>, 原 英夫<sup>1</sup>

## A-13 HLA タイピングより神経 Sweet 病が疑われた髄膜脳炎の一例

小倉記念病院脳神経内科

橋本 哲也, 雑賀 徹, 松本 省二

## A-14 著明な脊髄圧迫所見を示した脊髄肥厚性硬膜炎の1例

鹿児島大学病院神経内科

吉田 崇志, 高畑 克徳, 大山 徹也, 崎山 佑介, 吉村 道由, 荒田 仁, 岡本 裕嗣, 高嶋 博

## A-15 治療に難渋した抗 NMDA 受容体脳炎の 2 例

飯塚病院神経内科

水野 裕理, 向野 隆彦, 中村 憲道, 立石 貴久, 高瀬 敬一郎

## セッション 4

10:35~11:15

座長 中根 俊成 (熊本大学)

## A-16 コンパウンドヘテロ変異を有した遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシスの 1 例

<sup>1</sup>熊本大学神経内科 <sup>2</sup>高知大学神経内科

天野 朋子<sup>1</sup>, 植田 光晴<sup>1</sup>, 山下 太郎<sup>1</sup>, 三隅 洋平<sup>1</sup>, 増田 曜章<sup>1</sup>, 古谷 博和<sup>2</sup>, 安東 由喜雄<sup>1</sup>

## A-17 経静脈的免疫グロブリン療法 (IVIg) が有効であった IgA 単クローン性免疫グロブリン血症 (MGUS) に伴うニューロパチーの 1 例

<sup>1</sup>熊本大学神経内科 <sup>2</sup>NHO 熊本再春荘病院神経内科

岡田 匡充<sup>1</sup>, 中原 圭一<sup>1</sup>, 三隅 洋平<sup>1</sup>, 高松 孝太郎<sup>1</sup>, 前田 寧<sup>1,2</sup>, 安東 由喜雄<sup>1</sup>

## A-18 高 IgG4 血症・多発性腫瘍病変が前駆し、感覚失調性多発ニューロパチーを契機に診断に至ったシェーグレン症候群の 1 例

南風病院 <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>病理

古川 淳一郎<sup>1</sup>, 池上 真由美<sup>1</sup>, 田中 貞夫<sup>2</sup>, 梅原 藤雄<sup>1</sup>

## A-19 外眼筋麻痺・体幹失調を伴った Acute oropharyngeal palsy の 1 例

南風病院神経内科

小田 健太郎, 池上 真由美, 梅原 藤雄

## A-20 多彩な神経症状を呈した軸索型 Charcot-Marie-Tooth 病 (MFN2 点変異) の一例

<sup>1</sup>産業医大神経内科, <sup>2</sup>鹿児島大神経内科

先成 裕介<sup>1</sup>, 橋本 智代<sup>1</sup>, 大成 圭子<sup>1</sup>, 岡田 和将<sup>1</sup>, 橋口 昭大<sup>2</sup>, 高嶋 博<sup>2</sup>, 足立 弘明<sup>1</sup>

座長 神経内科 山田 猛 (済生会福岡総合病院)  
脳神経外科 山本 淳孝 (産業医科大学)

合同-1 視交叉近傍に生じ脱髄性疾患との鑑別を要した視神経膠芽腫の1例

倉敷中央病院<sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科, <sup>3</sup>京都博愛会病院 神経内科

佐藤 真也<sup>1</sup>, 黒崎 義隆<sup>2</sup>, 森 仁<sup>1</sup>, 北口 浩史<sup>1</sup>, 山尾 房枝<sup>1</sup>, 大井 長和<sup>3</sup>, 沈 正樹<sup>2</sup>, 山形 専<sup>2</sup>, 進藤 克郎<sup>1</sup>

合同-2 痙攣発作を呈した慢性硬膜下血腫の2症例

佐世保市立総合病院<sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科

藤本 武士<sup>1</sup>, 藤岡 真知子<sup>1</sup>, 島 智秋<sup>1</sup>, 宮崎 禎一郎<sup>1</sup>, 白川 靖<sup>2</sup>, 上之郷 眞木雄<sup>2</sup>

合同-3 頸部振戦が著明で脳深部刺激療法が有効であったジストニアの一例

<sup>1</sup>九州大学大学院医学研究院 神経内科学, <sup>2</sup>貝塚病院 脳神経外科

辻本 篤志<sup>1</sup>, 篠田 紘司<sup>1</sup>, 上原 平<sup>1</sup>, 山下 謙一郎<sup>1</sup>, 村井 弘之<sup>1</sup>, 宮城 靖<sup>2</sup>, 吉良 潤一<sup>1</sup>

合同-4 ワーファリン内服中に発症した脳出血に対する神経内視鏡下血腫除去術の一例

<sup>1</sup>福岡大学医学部救命救急センター, <sup>2</sup>福岡大学医学部脳神経外科

松田 浩大<sup>1</sup>, 保田 宗紀<sup>2</sup>, 松本 順太郎<sup>1</sup>, 左村 和宏<sup>2</sup>, 野中 将<sup>1</sup>, 岩朝 光利<sup>2</sup>, 東 登志夫<sup>1</sup>, 石倉 宏恭<sup>2</sup>, 井上 亨<sup>1</sup>

合同-5 脳深部刺激装置 ActivaTM の新機能とその使用経験

<sup>1</sup>貝塚病院脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学病院救命救急センター

宮城 靖<sup>1</sup>, 河井 伸一<sup>1</sup>, 松本 順太郎<sup>2</sup>

座長 吉良 潤一 (九州大学)

演者: 武田 篤 (国立病院機構 仙台西多賀病院院長)

演題: 「パーキンソン病治療の現在の考え方と

随伴する認知症への対応について」

座長 渡嘉敷 崇 (琉球大学)

## A-21 一側頸部～上肢の有痛性体性感覚発作を繰り返した頭頂葉てんかんの一例

福岡山王病院 <sup>1</sup>てんかん・すいみんセンター, <sup>2</sup>神経内科, <sup>3</sup>脳神経外科,  
<sup>4</sup>九州大学大学院医学研究院神経病理学鎌田 崇嗣<sup>1,2</sup>, 赤松 直樹<sup>1,2</sup>, 大原 信司<sup>1,3</sup>, 松島 俊夫<sup>3</sup>, 谷脇 予志秀<sup>2</sup>, 重藤 寛史<sup>1,2</sup>, 鈴木 諭<sup>4</sup>A-22 脳波にて周期性一側性てんかん型放電を呈した炎症性脳アミロイドアンギオパチ  
一の1例

倉敷中央病院 神経内科

岡田 真里子, 佐藤 眞也, 大嶋 理, 森 仁, 北口 浩史, 山尾 房枝, 進藤 克郎

## A-23 日本人脳アトラスの開発：基底核の可視化は可能か？

<sup>1</sup>医療法人貝塚病院 機能神経外科, <sup>2</sup>九州大学システム情報科学研究院,  
<sup>3</sup>熊本大学大学院生命科学研究部 形態構築学, <sup>4</sup>九州大学大学院医学研究院 臨床神経生理,  
<sup>5</sup>九州大学大学院システム生命科学府 生命情報科学宮城 靖<sup>1,4</sup>, 諸岡 健一<sup>2</sup>, 福田 孝一<sup>3</sup>, 飛松 省三<sup>4</sup>, 伊良皆 啓一<sup>5</sup>

## A-24 非典型的二相性ジストニアの一例：淡蒼球刺激からの考察

<sup>1</sup>医療法人貝塚病院 機能神経外科, <sup>2</sup>沖縄赤十字病院 機能神経外科,  
<sup>3</sup>医療法人青仁会池田病院 神経内科宮城 靖<sup>1</sup>, 山城 勝美<sup>2</sup>, 白石 匡史<sup>3</sup>

## A-25 左脳病変により音楽性幻聴など多彩な症状を呈した一例

長崎川棚医療センター <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科永石 彰子<sup>1</sup>, 前田 泰宏<sup>1</sup>, 酒井 和香<sup>1</sup>, 成田 智子<sup>1</sup>, 権藤 雄一郎<sup>1</sup>, 福留 隆泰<sup>1</sup>, 浦崎 永一郎<sup>2</sup>, 松尾 秀徳<sup>1</sup>

座長 岡田 和将 (産業医科大学)

## A-26 交代性斜偏位を認めた Wernicke 脳症の一症例

京都博愛会病院 <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>眼科林 紗葵<sup>1</sup>, 大井 長和<sup>1</sup>, 黒川 歳雄<sup>2</sup>, 小林 ルミ<sup>2</sup>, 上田 直子<sup>2</sup>

## A-27 脊髄硬膜外腔に髄液貯留を伴った脳表ヘモジデリン沈着症の1例

<sup>1</sup>宮崎大学医学部内科学講座 神経呼吸内分泌代謝学分野, <sup>2</sup>古賀総合病院 神経内科

新屋 琴子<sup>1</sup>, 中里 祐毅<sup>1</sup>, 望月 仁志<sup>1</sup>, 原 善根<sup>1</sup>, 高妻 美由貴<sup>1</sup>, 石井 信之<sup>1</sup>, 谷口 晶俊<sup>1</sup>, 杉山 崇史<sup>1</sup>, 稲津 明美<sup>2</sup>, 塩見 一剛<sup>1</sup>, 中里 雅光<sup>1</sup>

## A-28 急性脳炎で発症した抗 MOG 抗体陽性疾患の一例

大分大学医学部神経内科学講座

佐々木 雄基, 石橋 正人, 片山 徹二, 後藤 恵, 天野 優子, 藪内 健一, 麻生 泰弘, 軸丸 美香, 花岡 拓哉, 木村 成志, 松原 悦朗

## A-29 頭部画像所見が全て消失した抗 AQP4 抗体陰性・抗 MOG 抗体陽性の NMOSD の一症例

<sup>1</sup>NHO 沖縄病院神経内科, <sup>2</sup>藤元総合病院神経内科, <sup>3</sup>NHO 米沢病院神経内科, <sup>4</sup>東北大学神経内科

城戸 美和子<sup>1</sup>, 宮城 哲哉<sup>1</sup>, 石原 聡<sup>1</sup>, 中地 亮<sup>1</sup>, 高橋 利幸<sup>3</sup>, 金子 仁彦<sup>4</sup>, 中島 一郎<sup>4</sup>, 諏訪園 秀吾<sup>1</sup>, 末原 雅人<sup>1,2</sup>

## A-30 石灰化を伴う tumefactive MS 様の病変を認めた neuropsychiatric SLE (NPSLE) の一例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

永田 諭, 茶谷 裕, 上原 平, 山崎 亮, 村井 弘之, 吉良 潤一

## セッション 7

14:40～15:20

座長 白石 裕一 (長崎大学)

## A-31 Sjogren 症候群を合併した sporadic late-onset nemaline myopathy (SLONM) の1例

<sup>1</sup>済生会福岡総合病院神経内科, <sup>2</sup>国立精神・神経医療研究センター 神経研究所・疾病研究第一部

入江 研一<sup>1</sup>, 鳥山 敬祐<sup>1</sup>, 田中 恵理<sup>1</sup>, 中垣 英明<sup>1</sup>, 川尻 真和<sup>1</sup>, 山田 猛<sup>1</sup>, 西野 一三<sup>2</sup>

## A-32 強い嚥下障害を来した抗 Lrp4 抗体陽性の1例

<sup>1</sup>鹿児島大学病院 神経内科・老年病学, <sup>2</sup>長崎川棚医療センター/西九州脳神経センター 臨床研究部

平松 有<sup>1</sup>, 牧 美充<sup>1</sup>, 崎山 佑介<sup>1</sup>, 吉村 道由<sup>1</sup>, 荒田 仁<sup>1</sup>, 高嶋 博<sup>1</sup>, 樋口 理<sup>2</sup>

## A-33 早期免疫グロブリン大量静注療法 (IVIg) が奏効した抗 SRP 抗体陽性ミオパチーの一例

<sup>1</sup>鹿児島市医師会病院 神経内科, <sup>2</sup>鹿児島大学病院 神経内科

金子 浩之<sup>1</sup>, 中川 広人<sup>1</sup>, 橋口 昭大<sup>2</sup>, 徳永 紘康<sup>1</sup>, 樋口 逸郎<sup>2</sup>, 高嶋 博<sup>2</sup>, 園田 健<sup>1</sup>

### A-34 スタチン非関連の抗 HMGCR、抗 Ku 抗体陽性壊死性ミオパチーの 1 例

<sup>1</sup>福岡大神経内科学, <sup>2</sup>国立精神・神経医療研究センター

西田 明弘<sup>1</sup>, 藤岡 伸助<sup>1</sup>, 竹下 翔<sup>1</sup>, 津川 潤<sup>1</sup>, 深江 治郎<sup>1</sup>, 西野 一三<sup>2</sup>, 坪井 義夫<sup>1</sup>

### A-35 呼吸困難と全身性浮腫を初発とする抗 PM-Scl 抗体陽性の壊死性ミオパチーの一例

<sup>1</sup>琉球大学附属病院第三内科, <sup>2</sup>名古屋大学附属病院皮膚科, <sup>3</sup>国立精神・神経医療研究センター

宮城 朋<sup>1</sup>, 波平 幸裕<sup>1</sup>, 大城 咲<sup>1</sup>, 妹尾 洋<sup>1</sup>, 山城 貴之<sup>1</sup>, 城間 加奈子<sup>1</sup>, 國場 和仁<sup>1</sup>, 崎間 洋邦<sup>1</sup>, 渡嘉敷 崇<sup>1</sup>, 大屋 祐輔<sup>1</sup>, 室 慶直<sup>2</sup>, 西野 一三<sup>3</sup>

## セッション 8

15:20~16:00

座長 深江治郎 (福岡大学)

### A-36 コイル塞栓術が契機となった白質脳症の 1 例

福岡市民病院 <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科

貞島 祥子<sup>1</sup>, 芥川 宜子<sup>1</sup>, 長野 祐久<sup>1</sup>, 由村 健夫<sup>1</sup>, 福島 浩<sup>2</sup>

### A-37 C 型肝炎ウイルス感染に対するインターフェロン治療によりパーキンソン症候群を生じたと考えられる 1 例

飯塚市立病院神経内科

高嶋 伸幹

### A-38 気息性嘔声で発症した筋萎縮性側索硬化症の一例

JCHO 諫早総合病院 <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>耳鼻咽喉科, <sup>3</sup>国立病院機構長崎医療センター耳鼻咽喉科

西浦 義博<sup>1</sup>, 福元 尚子<sup>1</sup>, 長郷 国彦<sup>1</sup>, 塚崎 尚紀<sup>2</sup>, 加瀬 敬一<sup>3</sup>

### A-39 PIB-PET で両側後頭葉に高度集積を認めた Posterior cortical atrophy (PCA) の一例

<sup>1</sup>国立病院機構大牟田病院 神経内科, <sup>2</sup>九州大学大学院医学研究院 放射線科

渡邊 暁博<sup>1</sup>, 馬場 眞吾<sup>2</sup>, 菅原 三和<sup>1</sup>, 荒畑 創<sup>1</sup>, 河野 祐治<sup>1</sup>, 笹ヶ迫 直一<sup>1</sup>, 藤井 直樹<sup>1</sup>

### A-40 PIB-PET 所見を除外診断に用いた Semantic dementia (SD) の 1 例

藤元総合病院神経内科

末原 雅人, 篠原 和也, 大窪 隆一

座長 薬師寺 祐介 (佐賀大学)

## A-41 シェーグレン症候群に伴う横断性脊髄症との鑑別に苦慮した脊髄上衣腫の1例

大分大学医学部 神経内科学講座

天野 優子, 麻生 泰弘, 片山 徹二, 後藤 恵, 石橋 正人, 藪内 健一, 軸丸 美香, 花岡 拓哉, 木村 成志, 松原 悦朗

## A-42 上肢の疼痛を契機に診断された Erdheim-Chester 病 (ECD) の1例

鹿児島市立病院 神経内科

山下 ひとみ, 時村 瞭, 田辺 肇, 能勢 裕久, 池田 賢一

## A-43 高齢で発症し、進行する下肢脱力をきたした胸腰髄脊髄空洞症の1例

国立病院機構大牟田病院 神経内科

永田 諭, 菅原 三和, 渡邊 暁博, 荒畑 創, 河野 祐治, 笹ヶ迫 直一, 藤井 直樹

## A-44 ランゲルハンス細胞組織球症長期寛解中に進行性の小脳失調症を発症した1例

長崎大学病院 <sup>1</sup>脳神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科, <sup>3</sup>小児科種岡 飛翔<sup>1</sup>, 長岡 篤志<sup>1</sup>, 上野 未貴<sup>1</sup>, 吉村 俊祐<sup>1</sup>, 向野 晃弘<sup>1</sup>, 中嶋 秀樹<sup>1</sup>, 白石 裕一<sup>1</sup>, 辻野 彰<sup>1</sup>, 鎌田 健作<sup>2</sup>, 松尾 孝文<sup>2</sup>, 岡田 雅彦<sup>3</sup>, 森内 浩幸<sup>3</sup>

## A-45 脊髄病変で発症とした中枢神経原発悪性リンパ腫の1例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>血液内科, <sup>3</sup>脳神経外科名嘉 太郎<sup>1</sup>, 仲地 耕<sup>1</sup>, 神里 尚美<sup>1</sup>, 比嘉 真理子<sup>2</sup>, 大城 一郁<sup>2</sup>, 石原 興平<sup>3</sup>, 竹下 朝規<sup>3</sup>, 長嶺 知明<sup>3</sup>

閉会の辞 16:40

吉良 潤一

# プログラム

## (脳神経外科学会)

脳神経外科学会の演題は「B-O」という演題番号です。  
合同セッションの抄録は「合同-O」という演題番号です。

セッション1 脳血管障害(1)

8:35~9:15

座長 河島 雅到 (佐賀大学)

コメンテーター 大塚 忠弘 (熊本医療センター)

B-1 Azygos anterior cerebral artery近位分枝のinfundibular dilation部に新生した破裂微小脳動脈瘤

<sup>1</sup>長崎医療センター脳神経外科, <sup>2</sup>長崎医療センター初期臨床研修プログラム

吉村 正太<sup>2</sup>, 福田 雄高<sup>1</sup>, 杣川 知香<sup>2</sup>, 日宇 健<sup>1</sup>, 小野 智慧<sup>1</sup>, 牛島 隆二郎<sup>1</sup>, 戸田 啓介<sup>1</sup>, 堤 圭介<sup>1</sup>

B-2 脳梗塞で発症した右前大脳動脈遠位部大型血栓化動脈瘤の一例

長崎県島原病院脳神経外科

平山 航輔, 宗 剛平, 野田 満, 徳永 能治

B-3 異常過形成前脈絡叢動脈瘤破裂によるSAHの1例

長崎労災病院脳神経外科

広瀬 誠, 大園 恵介, 藤本 隆史, 川原 一郎

B-4 脳動静脈奇形手術後に発生した左中大脳動脈巨大血栓化動脈瘤の1例

<sup>1</sup>済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科, <sup>2</sup>防衛医科大学校脳神経外科,

<sup>3</sup>済生会熊本病院脳卒中センター病理部, <sup>4</sup>熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

河井 浩志<sup>1</sup>, 西 徹<sup>1</sup>, 水野 隆正<sup>1</sup>, 小林 修<sup>1</sup>, 竹崎 達也<sup>1</sup>, 牟田 大助<sup>1</sup>, 林 建佑<sup>1</sup>, 土井 一真<sup>2</sup>, 中川 政弥<sup>2</sup>, 神尾 多喜浩<sup>3</sup>, 倉津 純一<sup>4</sup>

B-5 脳内出血で発症した破裂脳動脈瘤の2例

新武雄病院脳神経外科

一ノ瀬 誠, 丹羽 章浩, 吉田 卓史, 大中 洋平

セッション2 脳血管障害(2)

9:15~9:55

座長 久保 毅 (大分大学)

コメンテーター 増岡 淳 (佐賀大学)

B-6 STA-MCAバイパス吻合部に動脈瘤形成を認めた1例

福岡徳洲会病院脳神経外科

本原 慶彦, 吉田 英紀, 原 健太, 坂元 孝光, 長谷川 亨, 金子 好郎

B-7 動脈硬化性狭窄を伴った頸部内頸動脈瘤に対して  
saphenous vein を用いた CCA-ICA bypass を施行した一例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

秋山 智明, 西村 中, 迎 伸孝, 森 恩, 空閑 太亮, 橋口 公章, 吉本 幸司, 佐山 徹郎, 飯原 弘二

B-8 80mm を超える超巨大内頸動脈瘤の 1 例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

駒柵 宗一郎, 西牟田 洋介, 樋渡 貴昭, 時村 洋, 有田 和徳

B-9 早期診断し良好な転機をたどった頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻の一例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

榎本 紀哉, 竹崎 達也, 林 建佑, 河井 浩志, 牟田 大助, 小林 修, 水野 隆正, 西 徹

B-10 脊髄 MRI で胸腰髄に異常信号を認めた頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻の一例

長崎大学医学部脳神経外科

佐藤 慧, 諸藤 陽一, 前田 肇, 堀江 信貴, 出雲 剛, 松尾 孝之

セッション 3 脳血管障害(3)

9:55~10:35

座長 廣畑 優 (久留米大学)

コメンテーター 津本 智幸 (九州医療センター)

B-11 感染性心内膜炎の菌塊による急性内頸動脈閉塞に対して血栓回収を行った一例

<sup>1</sup>社会医療法人製鉄記念八幡病院脳卒中・神経センター,

<sup>2</sup>社会医療法人製鉄記念八幡病院病理診断科, <sup>3</sup>社会医療法人製鉄記念八幡病院循環器内科

小柳 侑也<sup>1</sup>, 山口 慎也<sup>1</sup>, 中溝 玲<sup>1</sup>, 田川 直樹<sup>1</sup>, 半田 瑞樹<sup>2</sup>, 下釜 達朗<sup>2</sup>, 金城 満<sup>2</sup>, 岡部 宏樹<sup>3</sup>

B-12 高度屈曲病変、type3 aortic arch、Bovine aortic arch に対する  
バルーン付きガイディングカテーテルの有用性

九州医療センター脳血管内治療科

徳永 聡, 鶴崎 雄一郎, 津本 智幸

B-13 治療選択に難渋した上小脳動脈解離性動脈瘤の一例

大分大学医学部脳神経外科

津田 聖一, 久保 毅, 杉田 憲司, 石井 圭亮, 森重 真毅, 川崎 ゆかり, 松田 浩幸, 大西 晃平,  
札幌 博貴, 藤木 稔

## B-14 コイル塞栓術中に distal coil migration を生じ、ステント留置によりレスキューした 1 例

友愛会豊見城中央病院

孫 宰賢, 藤井 教雄, 岩上 貴幸

## B-15 破裂前下小脳動脈末梢部動脈瘤に対し瘤内コイル塞栓術をおこなった一例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

高野 陽子, 伊藤 理, 田中 俊也, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

## セッション 4 脳血管障害(4)

10:35~11:15

座長 東 登志夫 (福岡大学)

コメンテーター 陶山 一彦 (長崎みなとメデイカルセンター)

## B-16 内耳道内で破裂した AICA 遠位部動脈瘤の一例

<sup>1</sup>福岡大学病院救命救急センター, <sup>2</sup>福岡大学医学部脳神経外科, <sup>3</sup>国立循環器病研究センター脳神経外科

松本 順太郎<sup>1</sup>, 大川 将和<sup>2</sup>, 福田 健治<sup>2</sup>, 堀尾 欣伸<sup>3</sup>, 東 登志夫<sup>2</sup>, 井上 亨<sup>2</sup>

## B-17 Suction-decompression 法を用いて治療した NF1 合併内頸動脈瘤の 1 例

佐賀大学医学部附属病院 脳神経外科

岡 祐介, 河島 雅到, 若宮 富浩, 江橋 諒, 劉 軒, 吉岡 史隆, 緒方 敦之, 高瀬 幸徳,

中原 由紀子, 下川尚子, 増岡淳, 阿部竜也

## B-18 敗血症を背景として発症した、総頸動脈 free-floating thrombus に対する CEA の一例

<sup>1</sup>小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科, <sup>2</sup>小倉記念病院 検査科

甲斐 康稔<sup>1</sup>, 石井 暁<sup>1</sup>, 定政 信猛<sup>1</sup>, 石橋 良太<sup>1</sup>, 安藤 充重<sup>1</sup>, 坂 真人<sup>1</sup>, 西 秀久<sup>1</sup>, 岡田 卓也<sup>1</sup>, 瀧田 亘<sup>1</sup>, 園田 和隆<sup>1</sup>, 高下 純平<sup>1</sup>, 井上 勝美<sup>2</sup>, 永田 泉<sup>1</sup>

## B-19 同日に急性下肢動脈閉塞と脳塞栓来した一例

<sup>1</sup>伊万里有田共立病院脳神経外科, <sup>2</sup>静便堂白石共立病院脳神経外科

田中 達也<sup>1</sup>, 内山 拓<sup>1</sup>, 桃崎 宣明<sup>1</sup>, 大石 豪<sup>2</sup>, 本田 英一郎<sup>2</sup>

## B-20 脳動静脈奇形に対しγナイフ治療後に発症した chronic encapsulated expanding hematoma の二症例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

田中 俊也, 一ツ松 勤, 高野 陽子, 石堂 克哉, 伊藤 理

座長 神経内科 山田 猛（済生会福岡総合病院）  
脳神経外科 山本 淳孝（産業医科大学）

合同-1 視交叉近傍に生じ脱髄性疾患との鑑別を要した視神経膠芽腫の1例

倉敷中央病院<sup>1</sup>神経内科,<sup>2</sup>脳神経外科,<sup>3</sup>京都博愛会病院 神経内科

佐藤 真也<sup>1</sup>, 黒崎 義隆<sup>2</sup>, 森 仁<sup>1</sup>, 北口 浩史<sup>1</sup>, 山尾 房枝<sup>1</sup>, 大井 長和<sup>3</sup>, 沈 正樹<sup>2</sup>, 山形 専<sup>2</sup>, 進藤 克郎<sup>1</sup>

合同-2 痙攣発作を呈した慢性硬膜下血腫の2症例

佐世保市立総合病院<sup>1</sup>神経内科,<sup>2</sup>脳神経外科

藤本 武士<sup>1</sup>, 藤岡 真知子<sup>1</sup>, 島 智秋<sup>1</sup>, 宮崎 禎一郎<sup>1</sup>, 白川 靖<sup>2</sup>, 上之郷 眞木雄<sup>2</sup>

合同-3 頸部振戦が著明で脳深部刺激療法が有効であったジストニアの一例

<sup>1</sup>九州大学大学院医学研究院 神経内科学,<sup>2</sup>貝塚病院 脳神経外科

辻本 篤志<sup>1</sup>, 篠田 紘司<sup>1</sup>, 上原 平<sup>1</sup>, 山下 謙一郎<sup>1</sup>, 村井 弘之<sup>1</sup>, 宮城 靖<sup>2</sup>, 吉良 潤一<sup>1</sup>

合同-4 ワーファリン内服中に発症した脳出血に対する神経内視鏡下血腫除去術の一例

<sup>1</sup>福岡大学医学部救命救急センター,<sup>2</sup>福岡大学医学部脳神経外科

松田 浩大<sup>1</sup>, 保田 宗紀<sup>2</sup>, 松本 順太郎<sup>1</sup>, 左村 和宏<sup>2</sup>, 野中 将<sup>1</sup>, 岩朝 光利<sup>2</sup>, 東 登志夫<sup>1</sup>, 石倉 宏恭<sup>2</sup>, 井上 亨<sup>1</sup>

合同-5 脳深部刺激装置 ActivaTM の新機能とその使用経験

<sup>1</sup>貝塚病院脳神経外科,<sup>2</sup>福岡大学病院救命救急センター

宮城 靖<sup>1</sup>, 河井 伸一<sup>1</sup>, 松本 順太郎<sup>2</sup>

座長 溝口 昌弘（北九州市立医療センター）

演者： 吉本 幸司（九州大学脳神経外科）

演題： 「悪性脳腫瘍に関する最近の話題」

座長 時村 洋 (鹿児島大学)

コメンテーター 坂田 清彦 (久留米大学)

B-21 三叉神経痛で発症したメッケル腔部髄膜腫に対する治療方針の検討

福岡山王病院 脳・神経機能センター

天本 宇昭, 松島 俊夫, 小川 さや香, 大原 信司

B-22 腫瘍出血を呈した大脳鎌髄膜腫の1例

九州中央病院脳神経外科

道脇 悠平, 久我 亮介, 黒木 愛, 井上 琢哉

B-23 頭蓋内外に伸展し、発生母地の診断に苦慮した髄膜腫の一例

<sup>1</sup>福岡市民病院脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学医学部 病理学, <sup>3</sup>福岡大学医学部脳神経外科

吉永 進太郎<sup>1</sup>, 吉野 慎一郎<sup>1</sup>, 福島 浩<sup>1</sup>, 鍋島 一樹<sup>2</sup>, 平川 勝之<sup>1</sup>, 井上 亨<sup>3</sup>

B-24 術中眼球運動モニタリング下に摘出した滑車神経鞘腫の一例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

松浦 任, 矢野 茂敏, 賀来 泰之, 倉津 純一

B-25 頭蓋外三叉神経鞘腫(第3枝)の1手術例

<sup>1</sup>静便堂白石共立病院脳神経外科, <sup>2</sup>伊万里有田共立病院脳神経外科

大石 豪<sup>1</sup>, 本田 英一郎<sup>1</sup>, 桃崎 宣明<sup>2</sup>, 田中 達也<sup>2</sup>, 内山 拓<sup>2</sup>

座長 上原 久生 (宮崎大学)

コメンテーター 安部 洋 (福岡大学)

B-26 悪性転化し、髄腔内播種をきたしたと思われる類上皮腫の一例

<sup>1</sup>宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 脳神経外科学分野,

<sup>2</sup>宮崎大学医学部 病理学講座 腫瘍・再生病態学分野

末松 裕貴<sup>1</sup>, 武石 剛<sup>1</sup>, 横上 聖貴<sup>1</sup>, 上原 久生<sup>1</sup>, 魏 峻洸<sup>2</sup>, 山下 篤<sup>2</sup>, 佐藤 勇一郎<sup>2</sup>, 竹島 秀雄<sup>1</sup>

B-27 非典型的な画像所見を呈する成人頭蓋内 Neuroenteric cyst

産業医科大学脳神経外科

宮地 裕士, 梅村 武部, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 秋葉 大輔, 植田 邦裕, 鈴木 恒平,  
高松 聖史郎, 西澤 茂

## B-28 頭頂部頭蓋骨原発巨大海綿状血管腫の一例

<sup>1</sup>久留米大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>久留米大学医学部病理学教室

梶原 壮翔<sup>1</sup>, 坂田 清彦<sup>1</sup>, 竹重 暢之<sup>1</sup>, 中村 普彦<sup>1</sup>, 折戸 公彦<sup>1</sup>, 廣畑 優<sup>1</sup>, 三好 淳子<sup>1</sup>, 杉田 保雄<sup>2</sup>, 森岡 基浩<sup>1</sup>

## B-29 嚢胞内出血で発症した延髄外側腫瘤の一例

<sup>1</sup>佐世保中央病院脳神経外科, <sup>2</sup>佐世保中央病院病理部, <sup>3</sup>福岡大学医学部病理学講座,

<sup>4</sup>福岡大学医学部脳神経外科

榎本 年孝<sup>1</sup>, 竹本 光一郎<sup>1</sup>, 高木 友博<sup>1</sup>, 藤原 史明<sup>1</sup>, 阪元 政三郎<sup>1</sup>, 米満 伸久<sup>2</sup>, 小林 広昌<sup>3</sup>, 鍋島 一樹<sup>3</sup>, 井上 亨<sup>4</sup>

## B-30 T1 inversion recovery シークエンスを用いた定位的針生検術を行った小児胚細胞種の一例

<sup>1</sup>福岡大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学医学部小児科, <sup>3</sup>福岡大学医学部病理学

河野 大<sup>1</sup>, 森下 登史<sup>1</sup>, 野中 将<sup>1</sup>, 小林 広昌<sup>1</sup>, 福田 健治<sup>1</sup>, 大川 将和<sup>1</sup>, 安部 洋<sup>1</sup>, 東 登志夫<sup>1</sup>, 音田 泰裕<sup>2</sup>, 野村 優子<sup>2</sup>, 鍋島 一樹<sup>3</sup>, 井上 亨<sup>1</sup>

## セッション7 脳腫瘍(3)

14:20~15:00

座長 矢野 茂利 (熊本大学)

コメンテーター 中野 良昭 (産業医科大学)

## B-31 透明中隔から発生した側脳室内膠芽腫の一例

九州医療センター脳神経外科

瀧川 浩介, 白水 寛理, 三月田 祐平, 秦 暢宏, 詠田 眞治

## B-32 経過観察中に頭蓋内を含めた髄腔内播腫を認めた脊髄上衣腫の1例

<sup>1</sup>伊万里有田共立病院脳神経外科, <sup>2</sup>静便堂白石共立病院脳神経外科

田中 達也<sup>1</sup>, 内山 拓<sup>1</sup>, 桃崎 宣明<sup>1</sup>, 大石 豪<sup>2</sup>, 本田 英一郎<sup>2</sup>

## B-33 播種性病変を呈したRGNTの一例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

齋藤 清貴, 横上 聖貴, 笠 新逸, 上原 久生, 竹島 秀雄

## B-34 多源性に脳出血を繰り返した転移性脳腫瘍の1例

佐世保市立総合病院脳神経外科

林 健太郎, 林 之茂, 松尾 義孝, 白川 靖, 上之郷 眞木雄

## B-35 頭蓋内原発性悪性黒色腫の一例

<sup>1</sup>鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科, <sup>2</sup>霧島市立医師会医療センター脳神経外科,

<sup>3</sup>野口脳神経外科

岡田 朋久<sup>1</sup>, 米澤 大<sup>1</sup>, 平野 宏文<sup>1</sup>, 大吉 達樹<sup>1</sup>, 羽生 未佳<sup>1</sup>, 高城 朋子<sup>1</sup>, 新納 忠明<sup>2</sup>, 中野 真一<sup>3</sup>,  
有田 和徳<sup>1</sup>

## セッション 8 脳腫瘍(4)

15:00～15:40

座長 鎌田 健作 (長崎大学)

コメンテーター 菅原 健一 (琉球大学)

## B-36 頭部打撲を契機に指摘された円蓋部悪性リンパ腫の一例

<sup>1</sup>九州大学大学院医学研究院脳神経外科, <sup>2</sup>九州大学大学院医学研究院神経病理学,

<sup>3</sup>九州大学大学院医学研究院血液腫瘍内科

高原 健太<sup>1</sup>, 森 恩<sup>1</sup>, 空閑 太亮<sup>1</sup>, 橋口 公章<sup>1</sup>, 吉本 幸司<sup>1</sup>, 佐山 徹郎<sup>1</sup>, 鈴木 諭<sup>2</sup>, 嶋川 卓史<sup>3</sup>,  
小田原 淳<sup>3</sup>, 加藤 光次<sup>3</sup>, 飯原 弘二<sup>1</sup>

## B-37 海綿静脈洞に限局した成人頭蓋内脊索腫

産業医科大学脳神経外科

鈴木 恒平, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 秋葉 大輔, 植田 邦裕, 梅村 武部, 高松 聖史郎,  
宮地 裕士, 西澤 茂

## B-38 再発を繰り返し骨盤転移をきたした脳血管周皮腫の一例

<sup>1</sup>池友会福岡和白病院脳神経外科, <sup>2</sup>ガンマナイフセンター, <sup>3</sup>病理診断科

肥後 尚樹<sup>1</sup>, 原田 啓<sup>1</sup>, 梶原 真仁<sup>1</sup>, 谷口 俊介<sup>1</sup>, 高木 勝至<sup>2</sup>, 中野 龍治<sup>3</sup>, 福山 幸三<sup>1</sup>

## B-39 脊髄空洞症を合併した後頭蓋窩大型くも膜嚢胞の1手術例

<sup>1</sup>沖縄県立中部病院脳神経外科, <sup>2</sup>沖縄県立中部病院神経内科

矢野 昭正<sup>1</sup>, 石川 泰成<sup>1</sup>, 仲宗根 進<sup>1</sup>, 吉田 剛<sup>2</sup>

## B-40 外転神経麻痺で発症した Sylvius 裂くも膜嚢胞の一例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

村上 あゆみ, 篠島 直樹, 矢野 茂敏, 倉津 純一

## セッション 9 脊髄疾患

15:40～16:20

座長 渡辺 孝 (琉球大学)

コメンテーター 横上 聖貴 (宮崎大学)

#### B-41 正常圧水頭症を呈した脊髄馬尾神経鞘腫の一例

<sup>1</sup>嬉野医療センター脳神経外科, <sup>2</sup>嬉野医療センター病理診断科  
土持 諒輔<sup>1</sup>, 村田 秀樹<sup>1</sup>, 内藤 慎二<sup>2</sup>, 宮園 正之<sup>1</sup>

#### B-42 頸椎前縦靭帯骨化症により嚥下障害、嘔声をきたした1例

九州医療センター脳神経外科  
白水 寛理, 瀧川 浩介, 三月田 祐平, 秦 暢宏, 詠田 眞治

#### B-43 転移性脊髄髄内腫瘍の一例

九州労災病院脳神経外科  
前原 直喜, 天野 敏之, 芳賀 整

#### B-44 頭蓋頸椎不安定性にて発症した腎細胞癌頭蓋底転移の一例

<sup>1</sup>久留米大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>久留米大学医学部病理学  
寺地 昭太<sup>1</sup>, 坂本 六大<sup>1</sup>, 中村 普彦<sup>1</sup>, 竹重 暢之<sup>1</sup>, 折戸 公彦<sup>1</sup>, 宮原 孝寛<sup>1</sup>, 服部 剛典<sup>1</sup>, 坂田 清彦<sup>1</sup>,  
広畑 優<sup>1</sup>, 杉田 保雄<sup>2</sup>, 森岡 基浩<sup>1</sup>

#### B-45 上位頸髄神経鞘腫に対する手術到達法の選択

琉球大学医学部脳神経外科  
金城 雄生, 渡邊 孝, 宮城 智央, 石内 勝吾

### セッション 10 感染その他

16:20～16:52

座長 佐山 徹郎 (九州大学)

コメンテーター 米澤 大 (鹿児島大学)

#### B-46 S. agalactiae を起因菌とする劇症型急性硬膜下膿瘍の一例

福岡輝栄会病院脳神経外科  
阿部 悟朗, 中野 智伸, 尤 郁偉, 石橋 秀昭, 鈴木 聡

#### B-47 神経内視鏡手術が奏功した脳室炎の1例

<sup>1</sup>地方独立行政法人大牟田市立病院脳神経外科, <sup>2</sup>久留米大学医学部脳神経外科  
藤森 香奈<sup>1</sup>, 寺地 昭太<sup>2</sup>, 江藤 朋子<sup>1</sup>, 山下 伸<sup>1</sup>, 倉本 晃一<sup>1</sup>, 森岡 基浩<sup>2</sup>

#### B-48 医学部における臓器提供側の立場からの移植医療啓発講義の課題

国家公務員共済組合連合会新小倉病院  
吉開 俊一

## B-49 新しい脳深部刺激装置 VerciseTM の使用経験

<sup>1</sup>貝塚病院脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学病院救命救急センター  
宮城 靖<sup>1</sup>, 河井 伸一<sup>1</sup>, 松本 順太郎<sup>2</sup>

## セッション 11 小児

16:52~17:32

座長 橋口 公章 (九州大学)

コメンテーター 森岡 隆人 (福岡市立こども病院)

## B-50 胸椎不全型 nonterminal myelocystocele の一例

<sup>1</sup>JCHO 九州病院脳神経外科, <sup>2</sup>JCHO 九州病院小児科,  
<sup>3</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科  
尾辻 亮介<sup>1</sup>, 外間 政朗<sup>1</sup>, 伊野波 諭<sup>1</sup>, 山本 順子<sup>2</sup>, 森岡 隆人<sup>3</sup>

## B-51 Non-epithelial tethering tract を伴った潜在性二分脊椎の 2 症例

<sup>1</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科, <sup>2</sup>九州大学大学院医学研究院脳神経外科,  
<sup>3</sup>九州大学大学院医学研究院神経病理  
森岡 隆人<sup>1</sup>, 下川 能史<sup>2</sup>, 村上 信哉<sup>1</sup>, 橋口 公章<sup>2</sup>, 鈴木 諭<sup>3</sup>

## B-52 生後より嘔吐発作を繰り返した Lhermitte-Duclos disease の一例

<sup>1</sup>長崎医療センター脳神経外科, <sup>2</sup>長崎医療センター初期臨床研修プログラム,  
<sup>3</sup>長崎医療センター小児科, <sup>4</sup>西諫早病院  
杣川 知香<sup>2</sup>, 小野 智憲<sup>1</sup>, 本田 涼子<sup>3</sup>, 馬場 啓至<sup>4</sup>, 福田 雄高<sup>1</sup>, 日宇 健<sup>1</sup>, 牛島 隆二郎<sup>1</sup>, 戸田 啓介<sup>1</sup>,  
堤 圭介<sup>1</sup>

## B-53 von Willebrand 病に併発した帽状腱膜下血腫の 1 例

長崎大学医学部脳神経外科  
定方 英作, 諸藤 陽一, 出端 亜由美, 吉田 光一, 角田 圭司, 松尾 孝之

## B-54 軟膜動静脈瘻破裂に対し経動脈的塞栓術を施行した 1 例

<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院 脳神経外科, <sup>2</sup>大阪市立総合医療センター 脳血管内治療科  
福地 絢子<sup>1</sup>, 江橋 諒<sup>1</sup>, 高瀬 幸徳<sup>1</sup>, 吉岡 史隆<sup>1</sup>, 下川 尚子<sup>1</sup>, 劉 軒<sup>1</sup>, 若宮 富浩<sup>1</sup>, 緒方 敦之<sup>1</sup>,  
増岡 淳<sup>1</sup>, 河島 雅到<sup>1</sup>, 阿部 竜也<sup>1</sup>, 小宮山 雅樹<sup>2</sup>

閉会の辞 17:32

飯原 弘二

# 抄録集

A 演題、B 演題の順に収録しています。  
合同セッションの抄録は 78 ページをご参照下さい。

## A-1 片麻痺で発症した頸髄硬膜外血腫の1例

国立病院機構九州医療センター<sup>1</sup>脳血管・神経内科,<sup>2</sup>脳神経外科

溝口 忠孝<sup>1</sup>, 後藤 聖司<sup>1</sup>, 三月田 祐平<sup>2</sup>, 徳永 敬介<sup>1</sup>, 高口 剛<sup>1</sup>, 中村 麻子<sup>1</sup>, 桑城 貴弘<sup>1</sup>, 矢坂 正弘<sup>1</sup>, 詠田 眞治<sup>2</sup>, 岡田 靖<sup>1</sup>

症例は46歳男性。数か月前から仕事が多忙で休みがなく、頭痛やめまい感を自覚するようになり、近医で鎮痛薬等を処方されていた。起床後トイレに向かう時に左頸部から背部に痛みを感じ、筋肉痛と考え様子を見ていたが、その後左上下肢の脱力感も自覚するようになったため救急要請し当院へ搬送された。来院時の診察では、左不全片麻痺（MMT：上肢 4/5、下肢 3/5）を認めた。頭痛やめまい感の自覚もあり、椎骨動脈解離など脳血管障害の可能性を考え頭部MRIを撮像したが、頭蓋内に明らかな異常所見は認めなかった。顔面を含まない左片麻痺であること、左頸部痛の訴えがあることから頸椎MRIを撮像したところC4-6にかけて脊髓左背側に硬膜外血腫を認め、今回の症状の原因と考えられた。同日に当院脳神経外科で血腫除去術が施行され、術直後より左片麻痺は改善がみられた。片麻痺で発症した頸髄硬膜外血腫は、診察所見のみでは脳卒中との鑑別が難しいことがあり、文献的考察を加え報告する。

## A-2 脳静脈洞血栓症の経過観察に Susceptibility-weighted imaging と arterial spin labeling が有用であった1例

長崎大学病院 脳神経内科

松田 剛, 金本 正, 立石 洋平, 濱邊 順平, 中岡 賢治朗, 辻野 彰

20歳男性。X年11月初頭から頭痛があった。11日、全身性強直性痙攣があり、前医に入院した。退院後も頭痛が持続し、25日当院を受診した。頭部MRI Susceptibility-Weighted imaging(SWI)で両側前頭葉脳表に低信号域があり、造影MR Venographyで上矢状静脈洞血栓症を認めた。Arterial spin labeling(ASL)で右前頭部の灌流低下が示唆された。抗凝固療法後、頭痛と嘔気は改善したが、MR Venographyで上矢状静脈洞の再開通はほとんどなかった。しかし、SWIで検出された脳表の低信号は軽減し、ASLによる灌流低下所見は消失した。脳静脈洞血栓症の経過観察に、SWIとASLが有用かもしれない。

### A-3 塞栓源として calcified amorphous tumor を診断し得た 1 例

<sup>1</sup> 済生会熊本病院神経内科, <sup>2</sup> 熊本大学神経内科学

神宮 隆臣<sup>1</sup>, 波止 聡司<sup>1</sup>, 本多 由美<sup>1</sup>, 永沼 雅基<sup>1</sup>, 池野 幸一<sup>1</sup>, 稲富 雄一郎<sup>1</sup>, 米原 敏郎<sup>1</sup>,  
安東 由喜雄<sup>2</sup>

症例は 89 歳, 女性. 心房細動の既往があり, ワルファリン内服中. 持続する全身倦怠感を主訴に, 前医を受診. MRI にて両側大脳半球の内頸動脈境界領域および両側小脳半球に散在性の塞栓症と勧化得られる病巣を認めた. 精査目的に当科紹介入院となった. 神経学的異常は認めず, PT-INR は 1.96 と良好なコントロールであった. 塞栓源検索の結果, 経胸壁心臓超音波にて僧帽弁弁輪石灰化および後尖弁輪部に付着する可動性の大きい表面不整で内部均一高エコーの構造物を認め, calcified amorphous tumor (CAT) と診断した. CAT は, Reynolds (1997) が世界で初めて報告し, 全身塞栓症の原因となり得る. 2 日および 6 日後に経胸壁, 10 日後に経食道心臓超音波を検査し, CAT はサイズ縮小し, 消失した. 症状増悪はないが, 10 日後の MRI にて左後頭葉に新規病巣が増加しており, CAT が塞栓源と判断した.

### A-4 WEMINO (wall-eyed monocular internuclear ophthalmoplegia) 症候群を呈した橋左被蓋梗塞の 1 例

済生会福岡総合病院神経内科

田原 康次郎, 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 73 歳男性. 1 週間前から複視, 歩行困難をきたした. 入院時に右眼瞼下垂, 右眼外斜位, 右眼固視時に左眼外斜位, 右方注視時に右眼の解離性眼振, 左眼内転障害, 輻輳障害, 四肢体幹失調, 四肢腱反射亢進を認めた. EOG では右眼に右方注視時に右向きおよび上向き眼振, 上方注視時に上向き眼振がみられた. 頭部 MRI 検査では拡散強調画像で橋左被蓋部に高信号, FLAIR でも淡い高信号の所見を認め, 急性期脳梗塞と診断した. 両側の基底核～放線冠には陳旧性梗塞巣が多発していた. 抗血小板剤による治療を開始し, 右眼の注視眼振と失調症状は徐々に改善した. 本症例では, MLF 症候群に交代性外斜視と輻輳障害を認め, WEMINO (wall-eyed monocular internuclear ophthalmoplegia) 症候群と考えられた. 垂直方向の眼振を伴っている点が特異であり報告する.

## A-5 肺動静脈瘻内に血栓を認めた脳梗塞の1例

<sup>1</sup>熊本赤十字病院 神経内科, <sup>2</sup>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<sup>1</sup>, 寺崎 修司<sup>1</sup>, 平原 智雄<sup>1</sup>, 和田 邦泰<sup>1</sup>, 安東 由喜雄<sup>2</sup>

症例は82歳女性。既往に心房細動、高血圧、糖尿病、脂質異常症あり。X年8月26日失語、右片麻痺があり、当院救急搬送された。頭部MRI画像の拡散強調像にて左側頭葉深部白質、頭頂葉深部白質に淡い高信号があり、MRA画像でも左中大脳動脈水平部で閉塞を認めた。急性期脳梗塞と考え、t-PA投与、脳血栓除去術を行ったが、主幹動脈の再開通はえられなかった。エダラボン、濃グリセリンで加療を行い、二次予防としてリバロキサバンを選択した。入院経過中に酸素化低下があり、原因精査のために9月1日胸部造影CTを撮影したところ、右上葉S3に血栓を伴う5cm大の肺動静脈瘻を認めたため二次予防はワルファリンカリウムとした。9月11日にリハビリテーション病院へ転院とした。11月5日再入院とし、11月6日に経皮的カテーテル塞栓術を行った。

本症例では心房細動のほかに血栓を伴う肺動静脈瘻が塞栓源になった可能性も考えられる。塞栓源としての肺動静脈瘻の意義を再考した。

## A-6 前兆のある片頭痛の既往を持つ可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)が疑われた3例の検討

<sup>1</sup>熊本市民病院神経内科, <sup>2</sup>国立病院機構熊本医療センター神経内科, <sup>3</sup>水俣市立総合医療センター神経内科

渡利 茉里<sup>1</sup>, 山川 誠<sup>1</sup>, 阪本 徹郎<sup>1</sup>, 橋本 洋一郎<sup>1</sup>, 山本 文夫<sup>2</sup>, 伊藤 康幸<sup>3</sup>

当院では、2008年4月から2015年12月までの7年8カ月間に3例の片頭痛既往患者に起こった、RCVSが原因と考えられる脳梗塞を経験している。いずれも20～30歳の若年者であり、前兆のある片頭痛の既往があった。当院受診は第2～5病日であり、全例で初診時に何らかの神経学的異常所見を認めたが、頭痛を伴った例はなく1例のみ初診前日に強い頭痛を認めていた。全例で初診時にMRIの異常が指摘され、入院当時は1例が奇異性脳塞栓、1例が椎骨動脈解離、1例がRCVSと診断されていたが、前者2例はその後の画像フォローでRCVSが強く疑われた。片頭痛既往のある若年者の脳梗塞の原因検索では、RCVSや脳動脈解離を念頭に置きこまめな画像フォローを行うことが勧められる。

## A-7 可逆性脳梁膨大部病変を伴う軽症脳炎／脳症（MERS）との鑑別を要した多発性脳梗塞

佐世保市立総合病院 神経内科

宮崎 禎一郎, 江口 美紀, 島 智秋, 藤本 武士

症例は64歳女性。糖尿病性腎症のため透析導入された。その後譫妄を生じ、抗精神病薬を開始したところ意識障害が出現し、徐々に増悪した。抗精神病薬を減量・変更しても意識障害は遷延し、頭部MRIで脳梁弓部から脳梁膨大部にかけて左右差があるDWI高信号、ADC低下を示す病変を認めた。意識障害の発症が緩徐であったことから、画像上は脳血管障害の他、軽症脳炎／脳症（MERS）も考えられ、慎重に経過観察とした。しかしMRI上の病変はその後にも消失せず、意識障害は1か月ほどの経過で緩徐に改善した。経過中に再び意識障害が出現、同日の頭部MRIで両側視床にADC低下を示す新たな病変が出現していた。CT angiographyで大動脈弓にプラークの存在が疑われ、動脈原性脳塞栓症と判断した。脳梁膨大部を含む病変の病態は経過を踏まえて慎重に判断する必要がある。

## A-8 下垂体炎により右内頸動脈狭窄を来した1例

<sup>1</sup> 済生会熊本病院神経内科, <sup>2</sup> 熊本大学神経内科学

本多 由美<sup>1</sup>, 波止 聡司<sup>1</sup>, 神宮 隆臣<sup>1</sup>, 永沼 雅基<sup>1</sup>, 池野 幸一<sup>1</sup>, 稲富 雄一郎<sup>1</sup>, 米原 敏郎<sup>1</sup>, 安東 由喜雄<sup>2</sup>

49歳, 女性. 1年前からの後頭部痛, 全身倦怠感, 四肢冷感, 体重減少が進行性に増悪し, 当科を受診した. 神経学的には異常なし. MRA/CTAでは右内頸動脈に近位部より狭小化を認め, 特に海綿静脈洞部の狭窄度が強かった. 造影MRIではトルコ鞍内から鞍上部さらに海綿静脈洞内に波及する腫瘍性病変を認め, 右内頸動脈は圧排されていた. 血液検査ではコルチゾール, ACTH, free T4の低下を認め, 下垂体前葉負荷試験およびインスリン負荷試験では, 視床下部機能不全症パターンを呈した. 髄液検査では細胞数27/mm<sup>3</sup>, 蛋白81mg/dL, 血清免疫学的検査ではIgG4, 抗汎下垂体抗体を含めて異常所見なし. 経過中に低Na血症も進行した. 自己免疫性下垂体炎の診断でホルモン補充療法およびステロイド内服を開始したところ, 頭痛, 全身症候の改善を認めたが, 内頸動脈狭窄は改善しなかった. 本例の右内頸動脈狭窄は, 下垂体炎の炎症が波及したことによるものと推察した.

## A-9 脳梗塞拡大に伴い同側の Ivy sign が増強，拡大したもやもや病の 1 例

鹿児島医療センター脳血管内科

重久 彩乃，瀆田 祐樹，宮下 史生，下田 祐郁，武井 藍，脇田 政之，松岡 秀樹

症例は 67 歳女性．高血圧，糖尿病，脂質異常症の既往あり．排便時に右眼窩部痛が出現，翌日には左側視野の見えにくさが出現し当科入院となった．神経学的には左同名半盲を認めた．頭部 MRI 上，右頭頂葉-後頭葉に新鮮梗塞巣を呈し，MRA で右後大脳動脈，両側内頸動脈終末部以遠の閉塞が示唆された．後日施行した脳血管造影検査でもやもや病と診断した．来院時の FLAIR 画像では右大脳半球脳溝に多発する高信号域を認め，クモ膜下出血の併存を考慮したが，梗塞巣の拡大とともに脳溝の異常信号が増強し，造影 MRI で右大脳半球脳溝の造影効果を認めたから，Ivy sign と判断した．もやもや病の際に脳溝に見られる MRI の異常信号は Ivy sign として知られているが，脳梗塞の経過と共に増強，拡大した報告は見られず，その臨床的意義について文献的考察を交えて報告する．

## A-10 リバーロキサバン内服後，内頸動脈可動性血栓の消失を認めた心原性脳塞栓症の 1 例

国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科

佐藤 倫子，後藤 聖司，徳永 敬介，高口 剛，中村 麻子，桑城 貴弘，矢坂 正弘，岡田 靖

症例は 78 歳女性．歩行中に右下肢の脱力感，言葉の出難さを自覚したが，速やかに症状は改善傾向となり自宅で様子を見ていた．翌日，わずかに症状が残存していたため近医を受診し，脳血管障害が疑われ当院へ救急搬送された．来院時，軽度の右下肢麻痺が示唆されたが，その他，他覚的に明らかな神経学的異常所見はみられなかった．心電図は心房細動であり，頭部 MRI で左中大脳動脈領域に散在する急性期梗塞巣を認め，心原性脳塞栓症と診断した．頸部血管エコーでは左総頸動脈分岐部から内頸動脈および外頸動脈遠位側にかけて可動性血栓を認め，栓子が分岐部に引っかかり残存している状態と考えられた．リバーロキサバン 15mg/日の内服を開始したところ，内服開始翌日に再検した頸部血管エコー検査では血栓は消失していた．頭部 MRI では左中大脳動脈領域に新規の小梗塞が散在していたが，神経脱落症状の出現は認めなかった．リバーロキサバンの血栓消退効果に関して，文献的考察を加えて報告する．

## A-11 重症ヘルペス脳炎の経過中に髄液オレキシン値の低下を認め症候性過眠症を呈した1例

<sup>1</sup>別府医療センター神経内科, <sup>2</sup>秋田大学医学部神経運動器学講座精神科学分野

横山 淳<sup>1</sup>, 近藤 大祐<sup>1</sup>, 今西 彩<sup>2</sup>, 神林 崇<sup>2</sup>, 光尾 邦彦<sup>1</sup>

症例は52歳女性。発熱、頭痛、失語症状を認め、近医の頭部MRIで左前頭葉、左側頭葉にDWI高信号を認め、同日当科へ救急搬送となった。発熱、意識障害、髄膜刺激徴候、髄液検査で細胞数の増多を認めた。ヘルペス脳炎を疑い、抗ヘルペスウイルス薬とステロイド点滴により治療を開始した。髄液にてHSV-DNA陽性が判明し、ヘルペス脳炎と確定診断した。病勢が強かったが第24病日から髄液所見が改善傾向に転じた。しかし第25病日より発語や嚥下は可能にもかかわらず、終日閉眼するようになった。第26病日まで抗ウイルス薬の投与を継続し、以後発熱や髄液所見は徐々に改善したが、閉眼状態は第40病日頃まで持続し、その後自然に軽快した。ヘルペス脳炎による両側視床下部病変を強く認めていたため、髄液オレキシン値を測定したところ175pg/mlと低下しており、症候性過眠症と診断した。本症例のような経過のヘルペス脳炎は既報告が少なく貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

## A-12 免疫療法が有効であった Morvan 症候群の一例

<sup>1</sup>佐賀大学神経内科, <sup>2</sup>鹿児島大学神経内科

鈴木 耕平<sup>1</sup>, 江里口 誠<sup>1</sup>, 薬師寺 祐介<sup>1</sup>, 渡邊 修<sup>2</sup>, 原 英夫<sup>1</sup>

症例は56歳男性。3ヶ月で20kgの体重減少、発汗過多、幻視、全身の疼痛、四肢のミオキミア様不随意運動、尿閉、便秘で当科紹介となった。検査所見では抗アセチルコリン抗体高値で、頭部画像所見に明らかな異常はなかったが、胸部CTで胸腺腫を指摘された。重症筋無力症を示唆する易疲労性や誘発筋電図での異常は認めなかった。抗VGKC抗体強陽性から、Morvan症候群と診断した。2回のステロイドパルス療法、胸腺腫摘出術、7回の単純血漿交換、免疫グロブリン大量療法を行い、全身の疼痛、幻視、尿閉と高次脳機能検査での改善、幻視の消失、体重の回復が見られている。

Morvan症候群は、Isaacs症候群で見られる末梢神経の過剰興奮を特徴とする筋痙攣などの症状に加え、多彩な自律神経症状、幻覚、記憶力障害などの中枢神経症状を特徴とする自己免疫性疾患である。極めて稀とされるが、免疫療法が著効したので文献的考察を加えて報告する。

## A-13 HLA タイピングより神経 Sweet 病が疑われた髄膜脳炎の一例

小倉記念病院脳神経内科

橋本 哲也, 雑賀 徹, 松本 省二

症例は 46 歳男性。2 週間前から発熱・咽頭痛, 1 週間前から嚥下障害を認め徐々に増悪した。ふらつきも認め食事困難となり受診した。入院時, 体温 38°C, 見当識障害・項部硬直・眼振・構音障害・嚥下障害・体幹失調を認め, 口腔内アフタ性潰瘍もみられた。頭部 MRI にて橋・左小脳・両側内包後脚・左側頭葉に造影効果を伴う脳実質病変を認め, 脳溝に沿った FLAIR 高信号病変も認めた。髄液検査にて好中球優位の細胞数上昇を認めた。脳幹を首座とする髄膜脳炎と診断し抗生剤・抗ウイルス薬・ステロイドにて加療を開始した。各種培養・ウイルス DNA 検査は陰性であり, ステロイドに対する反応性が良好であった。皮疹は認めなかったが, 髄液 IL-6 が著明高値, HLA-B54・Cw1 が陽性であり神経 Sweet 病が疑われた。神経症状が先行する神経 Sweet 病は神経ペーチェット病との鑑別が困難であることが多く, 文献的考察を加えて報告する。

## A-14 著明な脊髄圧迫所見を示した脊髄肥厚性硬膜炎の 1 例

鹿児島大学病院神経内科

吉田 崇志, 高畑 克徳, 大山 徹也, 崎山 佑介, 吉村 道由, 荒田 仁, 岡本 裕嗣, 高嶋 博

症例は 78 歳女性。既往に数回の外傷歴が有る。73 歳時に転倒から下肢脱力が出現し、近医整形外科で脊髄硬膜外血腫と診断された。75 歳時に杖歩行まで悪化、77 歳時には 2 本杖が必要となった。78 歳時には易転倒から歩行不能となり当科に入院した。両下肢脱力と痙性、Babinski 陽性、Th10 以下の痛覚消失、頻尿便秘を伴っていた。血沈 50mm/H、抗核抗体 640 倍、SS-A 抗体 81.7、HTLV-1 抗体陽性と異常値を示したが IgG4 低値 ANCA 陰性だった。髄液はタンパク 1882mg/dl、細胞数 95 個/ $\mu$ l と異常所見を認めた。脊髄 MRI は Th3-10 レベルに硬膜肥厚と著明な脊柱管狭窄をみとめ、硬膜は T1WI T2WI で低信号、造影では硬膜表層に沿って線状の増強効果をみとめ脊髄肥厚性硬膜炎が疑われた。脊髄肥厚性硬膜炎は比較的稀であり、原因は特発性の他、IgG4 関連、膠原病関連、感染による続発性など多岐に渡ると考えられている。本例は特異な画像所見を示しており、病理所見や臨床経過について詳報する。

## A-15 治療に難渋した抗 NMDA 受容体脳炎の 2 例

飯塚病院神経内科

水野 裕理, 向野 隆彦, 中村 憲道, 立石 貴久, 高瀬 敬一郎

抗 NMDA 受容体脳炎の 2 例を報告する。1 例目は 25 歳女性。先天性副腎皮質過形成と両側卵巣奇形腫の既往がある。発熱と頭痛、異常行動が出現し、その後痙攣が出現し当院に搬送された。卵巣腫瘍を切除し各種免疫療法を行った。経過中に抗 NMDA 受容体抗体が陽性と判明した。免疫療法後は呼吸管理や不随意運動・痙攣に対する加療を継続し、後遺症なく約半年後に自宅退院した。2 例目は 31 歳女性。頭痛と高熱が持続し近医で加療していたが、興奮・多弁が出現し当院に搬送。痙攣を認めた。髄液検査で単核球優位に細胞数が上昇しており、全身検索では卵巣に機能性嚢胞を認めた。自己免疫性脳炎の疑いでステロイドパルスと血漿交換を行った。加療中に抗 NMDA 受容体抗体陽性と判明し、腫瘍切除を行い病理検査にて卵巣奇形腫と診断された。抗 NMDA 受容体脳炎は診断までの過程や免疫療法後の加療に苦慮する例も多く、今後も症例の蓄積が必要である。文献的考察を交え既報告との比較検討を行った。

## A-16 コンパウンドヘテロ変異を有した遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシスの 1 例

<sup>1</sup>熊本大学神経内科 <sup>2</sup>高知大学神経内科

天野 朋子<sup>1</sup>, 植田 光晴<sup>1</sup>, 山下 太郎<sup>1</sup>, 三隅 洋平<sup>1</sup>, 増田 曜章<sup>1</sup>, 古谷 博和<sup>2</sup>, 安東 由喜雄<sup>1</sup>

症例は 69 歳男性。約 5 年前より左室肥大を指摘され、1 年前より左上肢のしびれを自覚。心筋生検の結果、心アミロイドーシスと診断された。遺伝子検査にて、トランスサイレチン (TTR) 遺伝子に Val30Met と Lys80Arg 変異を認め、血清 TTR 分子の質量分析にて、Val30Met と Lys80Arg 変異をコンパウンドヘテロで有していることが判明した。アミロイドーシスによる心症候と軽度の末梢神経障害を認めた。これまでにコンパウンドヘテロ変異を有する本症の報告はいくつかあるが、本症例と同様の変異型の報告はない。ヘテロ変異を有する症例や他のコンパウンドヘテロ変異を有する症例との比較を含めて本症例の病態を考察する。

## A-17 経静脈的免疫グロブリン療法 (IVIg)が有効であった IgA 単クローン性免疫グロブリン血症 (MGUS)に伴うニューロパチーの 1 例

<sup>1</sup>熊本大学神経内科 <sup>2</sup>NHO 熊本再春荘病院神経内科

岡田 匡充<sup>1</sup>, 中原 圭一<sup>1</sup>, 三隅 洋平<sup>1</sup>, 高松 孝太郎<sup>1</sup>, 前田 寧<sup>1,2</sup>, 安東 由喜雄<sup>1</sup>

症例は 69 歳男性。X-1 年 8 月より左上肢, 9 月より右上肢の脱力感を自覚し, 徐々に増悪した。X 年 9 月の神経学的所見は, 両上肢の近位筋優位の筋力低下と筋萎縮, 四肢の腱反射減弱を認め, 感覚障害は認めなかった。血液検査で CK 値の上昇はなく, 髄液検査は正常所見であった。神経伝導検査では上肢優位, 軸索障害優位の異常所見を認めた。頸椎造影 MRI では異常なかった。免疫電気泳動で IgA  $\kappa$  型 M 蛋白血症を認め, 骨髄生検を行い MGUS と診断とした。他疾患の鑑別を行い IgA-MGUS に伴うニューロパチーと考えた。IVIg を施行し, 上肢筋力は改善した。IgA-MGUS に伴うニューロパチーに IVIg が有効であった報告は少なく, 貴重な症例と考えられた。

## A-18 高 IgG4 血症・多発性腫瘤病変が前駆し、感覚失調性多発ニューロパチーを契機に診断に至ったシェーグレン症候群の 1 例

南風病院 <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>病理

古川 淳一郎<sup>1</sup>, 池上 真由美<sup>1</sup>, 田中 貞夫<sup>2</sup>, 梅原 藤雄<sup>1</sup>

症例は 70 歳代女性。主訴: 歩行障害 現病歴: 4 年前から、多発リンパ節腫脹、心膜腫瘤、高  $\gamma$  グロブリン血症、血清 IgG4 高値 (1940mg/dl), リンパ節生検で IgG4 陽性形質細胞浸潤を指摘されていた。X 年 5 月から手足のしびれが出現し、徐々に悪化した。9 月から歩行困難になり当科を受診した。神経学的には、手袋靴下型感覚低下、四肢腱反射消失、感覚性失調による歩行障害を認めた。上下肢運動・感覚神経伝導速度低下、髄液蛋白細胞解離 (蛋白 334mg/dl)、血清抗 SS-A 抗体陽性、涙液・唾液分泌低下、唾液腺シンチで左耳下腺取り込み低下、口唇生検でリンパ球・IgG4+ 形質細胞浸潤を認めた。シェーグレン症候群にともなう感覚失調性多発ニューロパチーを疑い、プレドニン内服、IVIg を施行し、歩行障害は改善した。本例は IgG4 関連疾患との類似性も有しており、考察を加えて報告する。

## A-19 外眼筋麻痺・体幹失調を伴った Acute oropharyngeal palsy の 1 例

南風病院神経内科

小田 健太郎, 池上 真由美, 梅原 藤雄

症例 30 才代 男性 主訴：しゃべりにくい 現病歴：X 日からのどの痛み、咳嗽が出現した。X+7 日から鼻声、手足のしびれ、嚥下障害が出現し X+9 日に受診した。神経学的には、眼球運動障害（両眼上転・外転）、軟口蓋麻痺、鼻声、上肢腱反射消失、手足先のびりびり感、継足歩行の不安定性を認めたが、四肢筋力は正常であった。髄液・末梢神経伝導検査は異常なし。頭部 MRI では、両側外転神経の造影効果を認めた。入院後、メチルプレドニゾンパルス療法を施行したが効果がないため、入院 3 日目から IVIG を開始し症状は速やかに改善した。以上より Acute oropharyngeal palsy と診断した。本例は咽頭麻痺以外に、外眼筋麻痺、体幹失調、上肢腱反射消失を認め、Fisher 症候群、Pharyngeal-cervical-brachial variant of GBS との類似性も示した。考察を加え報告する。

## A-20 多彩な神経症状を呈した軸索型 Charcot-Marie-Tooth 病 (MFN2 点変異) の一例

<sup>1</sup>産業医大神経内科, <sup>2</sup>鹿児島大神経内科

先成 裕介<sup>1</sup>, 橋本 智代<sup>1</sup>, 大成 圭子<sup>1</sup>, 岡田 和将<sup>1</sup>, 橋口 昭大<sup>2</sup>, 高嶋 博<sup>2</sup>, 足立 弘明<sup>1</sup>

症例は 28 歳男性。家族歴なし。正常産で処女歩行は 1 歳であったが転倒しやすかった。2 歳時に両白内障、4 歳時に両側足関節の変形に対して手術を受けた。その頃より両下肢遠位優位の筋力低下が徐々に進行し、10 歳時は補助具使用、15 歳からは車椅子を使用するようになった。小学生時に精神発達遅滞を指摘されていた。神経学的所見では視力低下と視神経萎縮、認知機能障害、四肢遠位優位の筋力低下と筋萎縮、四肢筋トーヌス低下、四肢腱反射消失を認めた。神経伝導検査では CMAP は誘発不能であった。右上腕二頭筋と右腓腹筋で施行した針筋電図で脱神経所見を認めた。VEP では両側 P100 潜時の延長を認めた。頭部 MRI で大脳及び小脳の萎縮があり、また FLAIR 画像で両側大脳白質及び中小脳脚部に対称性の高信号域を認めた。遺伝子検査で Mitofusin (MFN) 2 遺伝子の R104W 変異を認めた。MFN2 遺伝子異常による CMT2A 型では中枢神経障害を伴う症例があり、文献的考察を加えて報告する。

## A-21 一側頸部～上肢の有痛性体性感覚発作を繰り返した頭頂葉てんかんの一例

福岡山王病院<sup>1</sup> てんかん・すいみんセンター,<sup>2</sup> 神経内科,<sup>3</sup> 脳神経外科,  
<sup>4</sup>九州大学大学院医学研究院神経病理学

鎌田 崇嗣<sup>1,2</sup>, 赤松 直樹<sup>1,2</sup>, 大原 信司<sup>1,3</sup>, 松島 俊夫<sup>3</sup>, 谷脇 予志秀<sup>2</sup>, 重藤 寛史<sup>1,2</sup>,  
鈴木 諭<sup>4</sup>

症例は76歳男性。X年9月急に左頸部～左上肢に生じる発作性の疼痛が出現、その後左上肢の強直より始まり全身けいれんに至る全般化発作を発症。搬送先の医療機関にて右頭頂部の髄膜腫を認め、抗てんかん薬が開始された。全般化発作は抑制されたが、左頸部～左上肢の疼痛発作が頻回に生じるようになり、10月末に当院に紹介された。脳波では疼痛発作時に右頭頂部に限局した律動性徐波活動を認め、単純部分発作としての疼痛と診断。画像にて髄膜腫の増大傾向も示唆され、11月初旬に腫瘍摘出術を施行。病理診断は脳実質に浸潤する anaplastic meningioma であった。術後、疼痛発作は著明に減少した。本症例は、頭頂葉てんかんの単純部分発作症状として一側頸部～上肢の有痛性体性感覚発作を生じ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。

## A-22 脳波にて周期性一側性てんかん型放電を呈した炎症性脳アミロイドアンギオパチーの1例

<sup>1</sup>倉敷中央病院 神経内科

岡田 真里子<sup>1</sup>, 佐藤 眞也<sup>1</sup>, 大嶋 理<sup>1</sup>, 森 仁<sup>1</sup>, 北口 浩史<sup>1</sup>, 山尾 房枝<sup>1</sup>, 進藤 克郎<sup>1</sup>

症例は78歳女性。X年1月から認知機能低下及びADL低下が数週間で進行した。頭部MRIのFLAIR画像にて右頭頂葉・後頭葉の白質に高信号域を認め、T2\*画像では同病変に一致する低信号域を多数認めた。その後、全般発作を生じ、抗てんかん薬を導入されていた。X年5月に痙攣重積状態で救急搬送され当科に入院。脳波にて右頭頂部を焦点とする約1Hzの周期性一側性てんかん型放電を呈し、痙攣消失後も数週間持続した。炎症性脳アミロイドアンギオパチーに伴う症候性てんかんと診断した。治療としてステロイドパルス療法を行ったところ、MRI上白質病変の範囲が縮小し、脳波所見も軽快した。本例に文献的考察を加えて報告する。

## A-23 日本人脳アトラスの開発：基底核の可視化は可能か？

<sup>1</sup>医療法人貝塚病院 機能神経外科, <sup>2</sup>九州大学システム情報科学研究院,  
<sup>3</sup>熊本大学大学院生命科学研究部 形態構築学, <sup>4</sup>九州大学大学院医学研究院 臨床神経生理,  
<sup>5</sup>九州大学大学院システム生命科学府 生命情報科学

宮城 靖<sup>1,4</sup>, 諸岡 健一<sup>2</sup>, 福田 孝一<sup>3</sup>, 飛松 省三<sup>4</sup>, 伊良皆 啓一<sup>5</sup>

脳深部刺激療法(DBS)の手術対象となる頻度が高いのは、視床下核、淡蒼球内節、視床腹中間核である。DBS リードの位置は、標的神経核内の機能局在のみならず、副作用を誘発しうる隣接構造との距離も重要な情報となる。Schaltenbrand-Wahren 脳アトラス(1977)は機能的定位脳手術で最も参考にされているが、水平断・矢状断・冠状断がそれぞれ異なる脳半球から作成されているため、同じ構造物であっても観察する方向によって座標がことなり整合性なく、作成間隔は不均一で標本作製に伴う変形も大きい。我々は2007年より、正常解剖実習用の献体脳を用い日本人用の脳座標アトラスの作成を開始し、ほぼ1体分の脳の完全な連続標本を作成した。現在健常者脳MRI画像から得た脳形状データを平均化し、より標準的な形状を作成する方法や標準脳形状を患者個人のMRI画像に対応し三次元的に自由に変形するアルゴリズムを開発しており、脳アトラスに対する取り組みを紹介する。

## A-24 非典型的二相性ジストニアの一例：淡蒼球刺激からの考察

<sup>1</sup>医療法人貝塚病院 機能神経外科, <sup>2</sup>沖縄赤十字病院 機能神経外科,  
<sup>3</sup>医療法人青仁会池田病院 神経内科

宮城 靖<sup>1</sup>, 山城 勝美<sup>2</sup>, 白石 匡史<sup>3</sup>

22歳女性。17歳の頃高熱と感冒症状の後に四肢の弛緩性麻痺を生じた。ウイルス性脊髄炎の診断で行なわれたパルス療法は無効だった。その後四肢麻痺は緩解増悪を繰り返しながら徐々に改善し19歳頃から歩けるようになった。20歳から介護職に就いたが、22歳で突然両下肢の違和感から両下肢脱力感が進行し2日後には歩行不能となり脱力は上肢にも及んだ。顔面・外眼筋・体幹は異常なく四肢に偽性麻痺を呈し、不随意運動や特定の肢位異常もなかった。四肢は受動運動に抵抗し屈伸不能の強い硬直(パラトニア)を呈し、膝関節ではクローヌス様の振戦も生じた。非典型的ジストニアと考え淡蒼球刺激療法を行なった。微小電極記録では淡蒼球内節に不規則に発火する細胞を認めたが、全体として内節と外節の境界は不明瞭であった。通常のジストニアは随意運動で偽性麻痺を呈することはなく、受動運動刺激で出現するパラトニアは非常に珍しい。淡蒼球刺激のオンオフで即時的効果が再現できるため、神経可塑性が関与せず、内節の異常な発火パターンが淡蒼球・視床・皮質投射の体性機能局在を消失させる特殊な病態があると考えられた。

## A-25 左脳病変により音楽性幻聴など多彩な症状を呈した一例

長崎川棚医療センター<sup>1</sup> 神経内科,<sup>2</sup>脳神経外科

永石 彰子<sup>1</sup>, 前田 泰宏<sup>1</sup>, 酒井 和香<sup>1</sup>, 成田 智子<sup>1</sup>, 権藤 雄一郎<sup>1</sup>, 福留 隆泰<sup>1</sup>, 浦崎 永一郎<sup>2</sup>, 松尾 秀徳<sup>1</sup>

症例は71歳の女性である。右難聴あり。X年8月、「言葉がでない」「対象物との距離感がつかめない」症状が短時間出現した。頭部MRIで左側頭頭頂後頭葉に浮腫性病変がみられ内部の一部に斑状～リング状の造影増強効果をみとめた。脳波で左側頭部に徐波混入あり、症状からてんかん発作と考えレベチラセタム1000mg/日を開始した。同年11月、「右手が使いづらい」「テレビの音声方言に聞こえ、字幕の色が実際と違って見える」「音程がついた文章が聞こえる」「聞こえる音声にエコーがかかる」などの症状が一過性に出現したのにひきつづき、童謡や小学校校歌など既知の音楽の一節が繰り返し聞こえる症状が頻繁に出没するようになった。てんかん発作による症状と考え、レベチラセタムを1500mg/日に増量し約3週間で音楽性幻聴は消失した。文献的考察をふくめて報告する。

## A-26 交代性斜偏位を認めたWernicke脳症の一症例

京都博愛会病院<sup>1</sup> 神経内科,<sup>2</sup>眼科

林 紗葵<sup>1</sup>, 大井 長和<sup>1</sup>, 黒川 歳雄<sup>2</sup>, 小林 ルミ<sup>2</sup>, 上田 直子<sup>2</sup>

症例は52歳男性、右利き、日本人。主訴は歩きにくい。2015年3月から歩きにくくなり、以後進行性。同年4月から、他人に右眼が揺れていると指摘され、動揺視を自覚、以後進行性。同年6月に当科に入院。出産時から左手近位筋の筋力低下あり。アルコール多飲者で、毎日カップラーメンの食生活。入院時の神経学的所見は、両側方視時に外転眼の解離性眼振、上転障害、上転時の上向き眼振、

両側方視時の内転眼の緩徐衝動性眼球運動、失調性歩行、左右側方視時の交代性斜偏位を認めた。脳MRI・FLAIR画像で橋・中脳の被蓋部に高信号域を認め、SPECT(IMP)では大脳皮質の全般性血流低下を認めた。本例の交代性斜偏位の責任病巣は橋・中脳被蓋部と考えた。中脳被蓋で、耳石・三半規管の信号が障害されることにより、交代性斜位が発現した可能性があり、文献的考察を加えて報告をする。

## A-27 脊髄硬膜外腔に髄液貯留を伴った脳表ヘモジデリン沈着症の1例

<sup>1</sup>宮崎大学医学部内科学講座 神経呼吸内分泌代謝学分野, <sup>2</sup>古賀総合病院 神経内科

新屋 琴子<sup>1</sup>, 中里 祐毅<sup>1</sup>, 望月 仁志<sup>1</sup>, 原 善根<sup>1</sup>, 高妻 美由貴<sup>1</sup>, 石井 信之<sup>1</sup>, 谷口 晶俊<sup>1</sup>, 杉山 崇史<sup>1</sup>, 稲津 明美<sup>2</sup>, 塩見 一剛<sup>1</sup>, 中里 雅光<sup>1</sup>

症例は62歳男性である。10年前に交通外傷で左肩腱板断裂に対する手術を受けた。3年前より体幹失調と右難聴が出現し、緩徐に進行した。神経学的には四肢と体幹の軽度失調と60 dBの右感音難聴を認めた。髄液所見はキサントクロミーであり、フェリチン196 ng/ml（正常値12 ng/ml以下）と高値であった。脳MRIでは後頭蓋窩優位に脳表に沿ってヘモジデリン沈着を示唆する所見を認めた。脊髄MRIでも頸胸椎レベルの脊髄表面に同様の所見を認めた。特に第6頸椎から第6胸椎にかけて硬膜外腔に髄液漏出を認め、外傷による硬膜損傷が疑われた。漏出源検索のため、脳槽シンチやCTミエログラフィ検査を行ったが、原因部位の特定はできなかった。カルバゾクロムとトラネキサム酸の点滴及び内服治療を継続している。本症例の病態と治療経過を報告する。

## A-28 急性脳炎で発症した抗MOG抗体陽性疾患の一例

大分大学医学部神経内科学講座

佐々木 雄基, 石橋 正人, 片山 徹二, 後藤 恵, 天野 優子, 藪内 健一, 麻生 泰弘, 軸丸 美香, 花岡 拓哉, 木村 成志, 松原 悦朗

症例は30歳男性。X年11月15日より頭痛と発熱が出現した。20日突然異常言動が出現し、全身けいれんを来たしたため前医救急搬送された。搬入時、意識障害は改善していたが左上下肢の感覚鈍麻を認めた。画像検査では右頭頂葉皮質下に異常信号域を認めた。数日で感覚障害は改善したものの、23日に頭痛・発熱が再燃した。25日には異常信号域の拡大を認め、髄液細胞数および蛋白が上昇していた。急性脳炎が疑われ28日当科転院した。髄膜刺激徴候と軽度の意識障害を認めた。明らかな感染性脳炎は否定的で免疫介在性脳炎と診断しステロイド治療を行った。治療に伴い症状は軽快し退院した。しかし、その後プレドニゾロンを5 mg/日まで漸減していたところ、X+1年1月に左視神経炎を発症したため、再度ステロイド治療を行い軽快した。MBP、OCB、抗AQP4抗体は陰性であった。抗MOG抗体が陽性であり抗MOG抗体陽性疾患と診断した。貴重な症例であるため文献的考察を加えて報告する。

## A-29 頭部画像所見が全て消失した抗 AQP4 抗体陰性・抗 MOG 抗体陽性の NMOSD の一症例

<sup>1</sup>NHO 沖縄病院神経内科, <sup>2</sup>藤元総合病院神経内科, <sup>3</sup>NHO 米沢病院神経内科, <sup>4</sup>東北大学神経内科

城戸 美和子<sup>1</sup>, 宮城 哲哉<sup>1</sup>, 石原 聡<sup>1</sup>, 中地 亮<sup>1</sup>, 高橋 利幸<sup>3</sup>, 金子 仁彦<sup>4</sup>, 中島 一郎<sup>4</sup>, 諏訪園 秀吾<sup>1</sup>, 末原 雅人<sup>1,2</sup>

症例は 44 歳・男性。30 歳時に右視力低下、嘔気、頭痛、非回転性めまい出現し自然軽快。A 院眼科で視神経炎の診断にてステロイドパルス療法・PSL 内服し軽快、以後 10 年間再発なし。40 歳時に複視、排尿困難、持続性吃逆、左下腿外側異常感覚が出現、B 院 MRI にて頭部、上部頸髄、下部胸髄に複数の T2/FLAIR 高信号認め、MS/NMO 疑いにて当科紹介入院。パルス後軽快したが軽度の左下腿異常感覚、下方視時複視は以後残存 (EDSS 2.0→1.5)。抗 AQP4 抗体陰性で MS と診断、PSL 内服中止し IFN $\beta$ -1a 導入。以後 minor relapse が 2 ヶ月、2 年、3 年後に計 4 回あり。44 歳時の頭部 MRI にて以前の画像所見が全て消失しており、MS に矛盾。抗 MOG 抗体陽性が判明し、NMOSD と判断。男性、排尿障害、視神経炎、吃逆、髄液細胞増加、髄液 IL-6 上昇、良好なステロイド反応性と比較的予後良好の特徴を備え、IFN $\beta$  の反応性不良と MRI 病巣の消失が特徴的と考えられた。

## A-30 石灰化を伴う tumefactive MS 様の病変を認めた neuropsychiatric SLE (NPSLE) の一例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

永田 諭, 茶谷 裕, 上原 平, 山崎 亮, 村井 弘之, 吉良 潤一

症例は 41 歳女性。X-1 年 11 月頃から、右上下肢の異常感覚、頻尿、視野異常が相次いで出現し、その都度自然軽快した。X 年 8 月に近医で撮影された MRI で脳腫瘍が疑われたため、当院脳神経外科に入院。頭部 MRI で右前頭葉白質に周囲に T2 延長域を伴う 13mm 大のリング状造影病変を認め、その他の白質にも小病巣が散在。髄液オリゴクローナルバンド陰性で、IgG index は正常。各種検査にて腫瘍性病変は否定的で、同年 12 月に当科入院。入院時、神経学的異常は認めなかった。病歴と MRI 所見から tumefactive MS を疑ったが、頭部 CT で白質病変に一致して小石灰化が多発していたため、頭蓋内石灰化をきたす疾患を鑑別に挙げ各種検査を行った。その結果、日光過敏のエピソード、手関節 MRI での関節炎所見、抗 ds-DNA 抗体価上昇、ループスアンチコアグラント陽性が判明し、NPSLE の診断に至った。tumefactive MS との鑑別を要し、石灰化が診断の契機となった貴重な症例であり、文献的考察を加え報告する。

## A-31 Sjogren 症候群を合併した sporadic late-onset nemaline myopathy (SLONM) の 1 例

<sup>1</sup> 済生会福岡総合病院神経内科, <sup>2</sup> 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所・疾病研究第一部  
入江 研一<sup>1</sup>, 鳥山 敬祐<sup>1</sup>, 田中 恵理<sup>1</sup>, 中垣 英明<sup>1</sup>, 川尻 真和<sup>1</sup>, 山田 猛<sup>1</sup>, 西野 一三<sup>2</sup>

症例は 55 才女性。筋疾患の家族歴はない。以前からドライマウスを自覚し、齲歯が多発していた。1 年前より両側 DIP 関節腫脹と疼痛を認めていた。2 ヶ月前から進行性の両側大腿の筋力低下を自覚していた。四肢近位優位の筋萎縮・筋力低下 (MMT 3~4) を認めたが、顔面筋や舌は正常であった。Silmer 試験 5mm で、角膜びらんを認めた。血清 CK 258 IU/L (正常 41-153)、血沈 1 時間値 35、CRP 0.06、抗核抗体 320 倍、リウマチ因子 26、抗 SS-A 抗体 >500、抗 SS-B 抗体陰性、抗 Jo-1 抗体陰性、血清 M 蛋白陰性。針筋電図で右上腕二頭筋に低振幅 MUP を認めた。左上腕二頭筋の病理所見では、筋線維の中等度大小不同と小角化筋線維を認め、萎縮筋線維には多数の細かなネマリン小体が見られた。Sporadic late-onset nemaline myopathy (SLONM) と診断し、プレドニゾロン 40mg/日 内服開始したが、筋力に改善はみられず、2 ヶ月で漸減中止した。SLONM にIVIg 療法が有効という報告があり、免疫グロブリン 0.4g/kg/日を 5 日間投与した。治療前と治療 3 週間後の MMT が三角筋 3→4、腸腰筋 3→4 と改善した。稀な症例であり、文献的考察を含め報告する。

## A-32 強い嚥下障害を来した抗 Lrp4 抗体陽性の 1 例

<sup>1</sup> 鹿児島大学病院 神経内科・老年病学,

<sup>2</sup> 長崎川棚医療センター/西九州脳神経センター 臨床研究部

平松 有<sup>1</sup>, 牧 美充<sup>1</sup>, 崎山 佑介<sup>1</sup>, 吉村 道由<sup>1</sup>, 荒田 仁<sup>1</sup>, 高嶋 博<sup>1</sup>, 樋口 理<sup>2</sup>

症例は 72 歳男性。PMR の既往有り。70 歳時に嚥下障害が出現し耳鼻科などで精査されるも原因不明だった。症状は徐々に増悪し食事が困難となったため 71 歳時に近医神経内科を受診し、テンシロンテスト陽性だったため当院へ紹介受診となった。神経症状は易疲労性は認めるものの筋力低下に乏しく、嚥下障害が主体であった。Decrement test では waning (-)、自己抗体検索にて抗 ACh-R 抗体 (-)、抗 MuSK 抗体 (-)、抗 Lrp 抗体 (+) であり、抗 Lrp4 抗体陽性重症筋無力症として免疫療法を行ったところステロイド療法が有効であった。抗 Lrp4 抗体の病的意義は不明であり、患者の臨床的特徴も不明な点が多い。本疾患の病態を考察するとともに、当科で経験した抗 Lrp4 抗体陽性患者と比較して患者の臨床的特徴を検討する。

## A-33 早期免疫グロブリン大量静注療法 (IVIg) が奏効した抗 SRP 抗体陽性ミオパチーの一例

<sup>1</sup>鹿児島市医師会病院 神経内科, <sup>2</sup>鹿児島大学病院 神経内科

金子 浩之<sup>1</sup>, 中川 広人<sup>1</sup>, 橋口 昭大<sup>2</sup>, 徳永 紘康<sup>1</sup>, 樋口 逸郎<sup>2</sup>, 高嶋 博<sup>2</sup>, 園田 健<sup>1</sup>

症例は67歳女性。X年9月近医で高CPK血症(660IU/L)を指摘。自覚症状はなかったものの、徐々に値が上昇したためX年12月筋生検実施。筋病理では炎症細胞浸潤に乏しく、筋繊維の壊死・再生を認めた。X年12月下旬下肢脱力感自覚。CPKは5600IU/Lまで上昇したため同月入院加療となった。ステロイド大量療法を施行しCPKは2000IU/L程度まで低下したが症状は増悪した。X+1年1月免疫グロブリン大量静注療法を開始、点滴3日後より下肢脱力感は改善。CPKも700IU/Lまで低下した。抗SRP抗体陽性ミオパチーはステロイド抵抗性が知られており、症状の進行も早いことから早期に免疫グロブリン大量静注療法を施行する報告が散見される。本症例でも同様の臨床経過であったことから、同症の文献的考察を加えて報告する。

## A-34 スタチン非関連の抗 HMGCR、抗 Ku 抗体陽性壊死性ミオパチーの1例

<sup>1</sup>福岡大神経内科学, <sup>2</sup>国立精神・神経医療研究センター

西田 明弘<sup>1</sup>, 藤岡 伸助<sup>1</sup>, 竹下 翔<sup>1</sup>, 津川 潤<sup>1</sup>, 深江 治郎<sup>1</sup>, 西野 一三<sup>2</sup>, 坪井 義夫<sup>1</sup>

症例は20歳女性。X-1年9月から両側下肢近位筋の把握痛と進行性の筋力低下が出現した。近医で著明な血清CK値の上昇を指摘され、X年3月に当科紹介入院した。頸筋ならびに四肢近位筋の筋力低下(MMT:4)を認め、四肢腱反射は低下していた。スタチンを含めた薬剤内服歴はなく、家族内に類症もなかった。血清筋関連酵素が上昇していたが、抗Jo-1抗体等の筋炎関連自己抗体は陰性であった。その他の自己免疫疾患、感染症、悪性腫瘍は否定的であった。針筋電図では筋原性変化を認め、大腿筋MRI STIR画像で左右非対称性の高信号域がみられた。筋組織所見に加え、抗HMGCR抗体が陽性であったため、スタチン非関連の壊死性ミオパチーと診断した。プレドニゾロンの内服により臨床症状、血清CK値ともに軽快した。本症例は若年発症、スタチン非関連に加え、抗Ku抗体も陽性であり、その臨床的意義を考察する。

## A-35 呼吸困難と全身性浮腫を初発とする抗 PM-Sc1 抗体陽性の壊死性ミオパチーの一例

<sup>1</sup> 琉球大学附属病院第三内科, <sup>2</sup> 名古屋大学附属病院皮膚科, <sup>3</sup> 国立精神・神経医療研究センター

宮城 朋<sup>1</sup>, 波平 幸裕<sup>1</sup>, 大城 咲<sup>1</sup>, 妹尾 洋<sup>1</sup>, 山城 貴之<sup>1</sup>, 城間 加奈子<sup>1</sup>, 國場 和仁<sup>1</sup>, 崎間 洋邦<sup>1</sup>, 渡嘉敷 崇<sup>1</sup>, 大屋 祐輔<sup>1</sup>, 室 慶直<sup>2</sup>, 西野 一三<sup>3</sup>

69 歳男性。来院 2 ヶ月前から呼吸困難、急速な全身性浮腫が出現した。近位筋優位の筋力低下、嚥下障害が認められ当科に入院となった。高 CK 血症、MRI で四肢筋に異常信号、針筋電図で筋原性変化を認めた。筋生検で壊死性ミオパチーの病理所見であった。抗 Jo-1 抗体を含む抗 ARS 抗体と抗 SRP 抗体は陰性。ステロイドパルス療法とプレドニン内服の後療法で、反応は良好であった。しかしプレドニン内服漸減中に強皮症症状が初めて出現した。後に抗 PM-Sc1 抗体陽性が判明した。

抗 PM-Sc1 抗体は多発性筋炎・強皮症重複症候群に対し特異性が高いとされるが抗 PM-Sc1 抗体に関する病態は不明な点が多く貴重な症例と考え報告する。

## A-36 コイル塞栓術が契機となった白質脳症の 1 例

福岡市民病院 <sup>1</sup> 神経内科, <sup>2</sup> 脳神経外科

貞島 祥子<sup>1</sup>, 芥川 宜子<sup>1</sup>, 長野 祐久<sup>1</sup>, 由村 健夫<sup>1</sup>, 福島 浩<sup>2</sup>

症例は 60 歳女性。2014 年 11 月に破裂脳底動脈-上小脳動脈瘤に対しコイル塞栓術、2015 年 2 月に水頭症に対し V-P シヤント術、5 月に血管撮影を施行している。8 月フォローアップの MRI で小脳虫部、大脳半球白質に多発する T2 高信号の斑状病変を認め、同部位は点状の Gd 造影効果を伴った。診察時、血圧は軽度高値、自覚症状はなく、神経学的には明らかな異常は認めなかった。腎機能正常、白質脳症を来すような自己抗体陰性、sIL-2R 低値、髄液検査では軽度蛋白上昇を認めた。画像検査のみの異常であり、白質病変は一部増悪、一部改善を認めながら経過観察のみで消退傾向ではあるが現在も残存している。原因としてコイル塞栓や血管撮影後の影響を考えたが、通常コイル塞栓術や血管撮影後に白質脳症を呈した症例の経過は数日から数週間であり本症例の経過は長期にわたる。文献的考察を加え報告する。

## A-37 C型肝炎ウイルス感染に対するインターフェロン治療によりパーキンソン症候群を生じたと考えられる1例

飯塚市立病院神経内科

高嶋 伸幹

症例は61歳女性。主訴は動作緩慢。X-1年11月健診にてC型肝炎ウイルス(HCV)感染を指摘され、近医内科にて12月より半年間インターフェロン(IFN)治療が行われた。X年3月より動作緩慢が発現し、5月IFN治療終了後も症状は持続した。7月精神科受診しうつ病は否定された。11月当科初診した。母親、妹がHCV陽性。類症なし。現症として便秘、仮面様顔貌、無動、対称性の全身筋強剛、小刻み歩行、前傾姿勢、腰曲り、後方突進現象を認めるも振戦を認めなかった。頭部MRI、脳波明らかな異常なし。DaT scanは両被殻、両尾状核への集積低下を認めた。MIBG心筋シンチはH/M比低下を認めなかった。IFN以外に被疑薬を認めず、IFNによるパーキンソン症候群を考えLドパ開始したが効果は限定的である。既報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

## A-38 気息性嗄声で発症した筋萎縮性側索硬化症の一例

JCHO 諫早総合病院 <sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>耳鼻咽喉科, <sup>3</sup>国立病院機構長崎医療センター耳鼻咽喉科

西浦 義博<sup>1</sup>, 福元 尚子<sup>1</sup>, 長郷 国彦<sup>1</sup>, 塚崎 尚紀<sup>2</sup>, 加瀬 敬一<sup>3</sup>

症例は84歳男性。既往歴、家族歴に特記事項なし。主訴は発声障害。平成22年5月頃よりしゃべりにくさを自覚。9月、小声となり聞き取りも困難になる。12月某日、近医紹介で当科外来受診。初診時のBMIは23.9kg/m<sup>2</sup>。発声は小声で嗄声を認め、深部腱反射は下肢で減弱。嚥下および四肢筋力は正常だった。針筋電図は第一背側骨間筋で脱神経所見を認めたが、上腕二頭筋・前脛骨筋は異常なし。日常生活での認知機能障害は目立たないものの、頭部MRIで前頭葉・側頭葉に萎縮あり。喉頭内視鏡で声帯の萎縮、閉鎖不全を認め、発声障害は気息性嗄声と診断。その後発声障害に加え、平成23年8月に嚥下障害、平成25年2月に歩行障害、平成25年6月に上肢筋力低下を認め、筋萎縮性側索硬化症と診断。気息性嗄声で発症した筋萎縮性側索硬化症は稀と思われ報告する。

## A-39 PIB-PET で両側後頭葉に高度集積を認めた Posterior cortical atrophy (PCA) の一例

<sup>1</sup> 国立病院機構大牟田病院 神経内科, <sup>2</sup> 九州大学大学院医学研究院 放射線科

渡邊 暁博<sup>1</sup>, 馬場 眞吾<sup>2</sup>, 菅原 三和<sup>1</sup>, 荒畑 創<sup>1</sup>, 河野 祐治<sup>1</sup>, 笹ヶ迫 直一<sup>1</sup>, 藤井 直樹<sup>1</sup>

初診時 57 歳の女性。52 歳時より車の自損事故が多くなり、56 歳より喚語困難、物や顔の識別困難となり受診。MMSE16、CDR 1 で神経学的に視力測定や追視困難で、両上肢の筋強剛を認めた。標準視知覚検査で単純な図形や文字の認識や模写困難で相貌認知が障害されていた。近時記憶障害を認めたが意味記憶は保たれていた。Flash VEP で両側潜時遅延を認めた。頭部 MRI で後頭葉や内側側頭葉の萎縮を認めなかったが、脳血流シンチで両側後頭葉の血流低下を認め PCA と診断した。髄液リン酸化タウは正常で、A $\beta$  40/42 比の上昇を認めた。PiB-PET で両側後頭葉に集積を認め非典型的集積を認めたアルツハイマー病による PCA と考えられた。

## A-40 PIB-PET 所見を除外診断に用いた Semantic dementia (SD) の 1 例

藤元総合病院神経内科

末原 雅人, 篠原 和也, 大窪 隆一

67 歳右利き男性。2 年ほど前から落ち着かず、徐々に口数も減り、問いかけにもかみ合わない返答。基本的日常動作に問題はないが、従事する新聞配達業ができなくなった。車の車庫入れは下手になったが、走行時の異常は感じられず。易怒性、攻撃性亢進などは認められていない。初診時所見として、失語(流暢、単語復唱可能、聴性理解低下、文字理解低下、音読不能など)、右手優位の構成失行を認めたが、parkinsonism などの運動障害なし。HDS-R:0/30, FAB:6/18, SLTA では意味障害(語義失語)中心の障害が示唆され、MRI では左前頭葉弁蓋部・側頭葉に高度の萎縮、ECD-SPECT でも同部の著しい血流低下を認めたが、PIB-PET では両側前頭葉皮質に僅かな集積を認めるのみで、基本的に A $\beta$  蓄積疾患ではない事が示唆された。FTLD および緩徐進行性失語(PPA)の subtype としての semantic dementia(SD)と診断した。SD の早期診断の問題点を中心に考察する。

## A-41 シェーグレン症候群に伴う横断性脊髄症との鑑別に苦慮した脊髄上衣腫の 1 例

大分大学医学部 神経内科学講座

天野 優子, 麻生 泰弘, 片山 徹二, 後藤 恵, 石橋 正人, 藪内 健一, 軸丸 美香, 花岡 拓哉, 木村 成志, 松原 悦朗

症例は 76 歳男性。X-4 年 2 月より足底のしびれ、X-3 年 9 月より頸屈時の電撃痛を自覚した。X-2 年 3 月に近医の MRI で頸胸髄の腫脹を認め、脊髄腫瘍の疑いで当院脳神経外科に入院した。入院後より両手の脱力と胸部帯状絞扼感が出現した。炎症性疾患の鑑別のため、当科転科。精査にてシェーグレン症候群に伴う横断性脊髄症と診断した。ステロイド治療にて感覚障害の改善、髄液蛋白の低下を認めたが、画像上の改善はなかった。再精査目的に X 年 7 月に再入院。髄液蛋白はさらに上昇し、MRI で脊髄病変に造影効果が疑われ、CT で石灰化を認めた。メチオニン PET で脊髄病変に集積を認め、脊髄生検の病理で上衣腫と確定診断した。診断までに時間を要した貴重な症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

## A-42 上肢の疼痛を契機に診断された Erdheim-Chester 病 (ECD) の 1 例

鹿児島市立病院 神経内科

山下 ひとみ, 時村 瞭, 田辺 肇, 能勢 裕久, 池田 賢一

30 歳女性、主訴は右脇腹と左腕の疼痛。X-1 年より右 Th11 領域帯状疱疹後神経痛があり、X 年 5 月から左上腕の疼痛が出現、X 年 8 月頭部画像異常を指摘され当科紹介受診した。来院時下肢痙性があり、右腰部、左肩～上腕の搔痒感・疼痛を訴えた。MRI では脳幹部～上位頸髄、左視神経、脳室壁、皮質下白質に散在する結節性病変を認めた。CT、超音波検査で肺・心臓に非特異的所見があり、多臓器病変と考えられた。Ga シンチ・骨シンチで両側大腿骨遠位部および脛骨近位部に強い集積があり、骨 MRI で同部位に広範な T1 低信号を認めた。骨生検を施行し、泡沫状細胞質を有する組織球様細胞が散見され、免疫染色にて CD68(+), CD1a(-)であった。以上より ECD と診断した。ECD は非ランゲルハンス細胞性組織球が異常集積し全身に浸潤する原因不明の稀な疾患である。中枢神経病変は 20-30%に見られ、画像上結節型と浸潤型があるとされる。若干の文献的考察を含め報告する。

## A-43 高齢で発症し、進行する下肢脱力をきたした胸腰髄脊髄空洞症の一例

国立病院機構大牟田病院 神経内科

永田 諭, 菅原 三和, 渡邊 暁博, 荒畑 創, 河野 祐治, 笹ヶ迫 直一, 藤井 直樹

診断時 80 歳男性. 78 歳時から徐々に進行する下肢筋力低下・歩行困難があり, 両下肢の異常感覚を合併. 79 歳時には腰部脊柱管狭窄症として腰椎椎弓切除術, 頸部後縦靭帯骨化症として後方拡大術が行われたが症状進行し, 80 歳時には自力歩行が困難となった. 神経学的には, 両下肢にびまん性の筋力低下と筋萎縮があり立位困難. Th10 以下の全感覚鈍麻, 下肢深部腱反射消失, Babinski 反射陰性, 膀胱直腸障害がみられた. 針筋電図で右大腿四頭筋・両前脛骨筋に活動性脱神経所見, 磁気誘発電位での中枢伝導時間延長, 下肢体性感覚誘発電位での潜時延長がみられた. 脊髄 MRI では胸髄から脊髄円錐にかけて脊髄は腫大し, 内部に造影効果を伴わない境界明瞭な T2 延長病変を認めた. 腫瘍や奇形などを認めず脊髄空洞症と考えられた. 症状はなお進行性であったことから手術加療目的に転院となった. 高齢発症であり, 下肢弛緩性麻痺で発症した胸腰髄脊髄空洞症の貴重な症例であった.

## A-44 ランゲルハンス細胞組織球症長期寛解中に進行性の小脳失調症を発症した 1 例

長崎大学病院 <sup>1</sup>脳神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科, <sup>3</sup>小児科

種岡 飛翔<sup>1</sup>, 長岡 篤志<sup>1</sup>, 上野 未貴<sup>1</sup>, 吉村 俊祐<sup>1</sup>, 向野 晃弘<sup>1</sup>, 中嶋 秀樹<sup>1</sup>, 白石 裕一<sup>1</sup>, 辻野 彰<sup>1</sup>, 鎌田 健作<sup>2</sup>, 松尾 孝文<sup>2</sup>, 岡田 雅彦<sup>3</sup>, 森内 浩幸<sup>3</sup>

症例は 23 歳男性. X-18 年ランゲルハンス細胞組織球症(LCH)を発症、化学療法で寛解した。X-3 年より歩行時のふらつき、X-2 年から構音障害が出現した。X 年 6 月の頭部 MRI では両側小脳半球から脳幹部にかけて T2 強調および FLAIR 画像で高信号域(造影効果なし)があった。再発を疑い小脳から脳生検を施行したが、反応性のアストロサイトとミエリン染色性の低下を認めるのみであった。同 7 月当科入院時の神経学的所見では、精神発達遅滞(WAIS-III IQ 63)、構音障害、両下肢腱反射亢進、両側バビンスキー徴候陽性および失調性歩行があった。髄液検査では蛋白が軽度上昇していた。LCH の非腫瘍性中枢神経病変として文献的考察をふまえて報告する。

## A-45 脊髄病変で発症とした中枢神経原発悪性リンパ腫の一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター<sup>1</sup>神経内科,<sup>2</sup>血液内科,<sup>3</sup>脳神経外科

名嘉 太郎<sup>1</sup>, 仲地 耕<sup>1</sup>, 神里 尚美<sup>1</sup>, 比嘉 真理子<sup>2</sup>, 大城 一郁<sup>2</sup>, 石原 興平<sup>3</sup>, 竹下 朝規<sup>3</sup>, 長嶺 知明<sup>3</sup>

症例は48歳女性, 生来健康で既往歴なし. 201X年Y日より後頸部痛, 手の痺れを自覚し総合病院に入院. 頸髄MRIでC2~5に造影効果を伴う長大病変, 頭蓋内にも多発する病変を認めた. デキサメサゾン, メチルプレドニゾロンパルス療法により頸髄病変は消退. しかし四肢脱力や自発性低下が増強し, Y+14週当科へ転院. 入院時に認めた四肢麻痺や自発性低下はステロイド投与で軽快したが, 数週間後には再び悪化, 頭部MRIで両側基底核領域にリング状造影効果を伴う多発病変を認めた. 皮膚生検で血管内リンパ腫は検出できず, 髄液蛋白とIL-10が高値であった. Y+16週に脳浮腫が出現, 緊急内視鏡下脳生検を施行し, リンパ腫の病理を得た(diffuse large B-cell type lymphoma). 血液内科転科し化学療法(R-MVP)を行い, 意識障害は回復した. 脊髄病変で初発した中枢神経原発悪性リンパ腫について文献的に考察した.

## B-1 Azygos anterior cerebral artery近位分枝のinfundibular dilation部に新生した破裂微小脳動脈瘤

<sup>1</sup>長崎医療センター脳神経外科, <sup>2</sup>長崎医療センター初期臨床研修プログラム

吉村 正太<sup>2</sup>, 福田 雄高<sup>1</sup>, 杉川 知香<sup>2</sup>, 日宇 健<sup>1</sup>, 小野 智慧<sup>1</sup>, 牛島 隆二郎<sup>1</sup>, 戸田 啓介<sup>1</sup>, 堤 圭介<sup>1</sup>

【背景】Azygos anterior cerebral artery (AACA) 自体に脳動脈瘤 (AN) が合併する頻度は 7-16% とされ、その多くは遠位分岐部における囊状 AN として発生する。Infundibular dilation (ID) は一般に AN とは区別されるが、稀に破裂 AN への進展やそれ自体の破裂も報告されている。今回、AACA の近位分岐部における ID から新生したと思われる破裂微小 AN の稀な 1 例を経験したので提示する。

【症例】36 歳 女性

【既往歴/生活習慣】気管支喘息・喫煙・飲酒

【臨床経過】2 年前に眩暈のため他院で撮像した MRA/CTA 上、AACA 近位部の小型未破裂 AN を指摘され経過観察されていた。3 か月前の MRA では形態上の変化は指摘されていない。急激に増強した頭痛を主訴に他院へ救急搬入。CT で SAH を認め、当院へ搬送された。意識清明で神経学的異常は見られなかった。3D-DSA 上、過去に指摘されていた AN は AACA から分岐する右脳梁辺縁動脈起始部の ID であり、ここから両側(右後方/左前方)に bleb 様の微小 AN が新生したと考えられた。右 pterional approach で直回の部分切除下に ID 部の左右に突出した AN(右側=破裂)を両側で clip し、残存した赤色調 ID は coating した。

【結語】AACA に合併する AN について、1) 非囊状 2) 近位部発生 3) 新生などの記載は極めて稀で、4) ID 自体あるいは ID からの AN 新生によって発症した SAH の報告は渉猟し得ない。AACA や ID に発生する SAH の病態や risk について文献的に考察する。

## B-2 脳梗塞で発症した右前大脳動脈遠位部大型血栓化動脈瘤の一例

長崎県島原病院脳神経外科

平山 航輔, 宗 剛平, 野田 満, 徳永 能治

【背景/目的】血栓化動脈瘤は画像検査で偶然見つかる場合や、クモ膜下出血および脳内出血で発症することが多いが、脳梗塞で発症することも少数ながら報告されている。また、全脳動脈瘤中、前大脳動脈遠位部動脈瘤が占める割合は 2~6.7% と頻度が少ない。さらに大型動脈瘤で血栓化を伴うものは稀とされている。今回我々は脳梗塞で発症し、診断、治療に至った右前大脳動脈遠位部 大型血栓化動脈瘤を経験したので報告する。

【症例】52 歳、男性。既往歴は耳下腺良性腫瘍のみで定期通院なし。平成 27 年 8 月某日午前より左上下肢脱力が出現し、症状が悪化するため前医へ救急搬送され、脳梗塞を認め当科紹介搬送となった。発症時より頭痛や嘔気はなく、意識清明で下肢に強い左片麻痺を認めた。頭部 CT/CTA では 右 Pericallosal artery の閉塞および右 Callosomarginal artery 分岐部に最大径 4.5mm の造影される瘤の一部と周囲の高吸収域を認め、部分血栓化動脈瘤と考えられたが、明らかなクモ膜下出血は認めなかった。MRI では右前頭葉内側に急性期脳梗塞を認め、MRA では右前大脳動脈遠位部に動脈瘤を認めた。部分血栓化動脈瘤の瘤内血栓による急性の前大脳動脈閉塞と考え治療開始。未破裂であり、瘤破裂と瘤内血栓の増大を予防する目的で、シロスタゾール内服、エダラボン点滴を行った。また、当初より頭痛の訴えはなかったが、解離の可能性も否定できなかったため血圧管理も行った。入院 21 日目に開頭クリッピング術およびコーティングを行った。周術期に特に問題はなく、入院 36 日目でリハビリ目的に転院となった。現在当科外来フォロー中である。

【考察】本症例はまず急性期脳梗塞の治療を行い、その後動脈瘤の治療を行ったが、瘤の一部残存があり、今後も慎重な画像フォローを予定している。本症例のように脳梗塞によって発見された大型血栓化動脈瘤の報告は少なく、発症の機序としては動脈または瘤内の血栓からの塞栓や mass effect による母血管の閉塞が示唆されており、文献的考察を加えて報告する。

### B-3 異常過形成前脈絡叢動脈瘤破裂による SAH の 1 例

長崎労災病院脳神経外科

広瀬 誠, 大園 恵介, 藤本 隆史, 川原 一郎

症例は 75 歳女性。201X 年 6 月 6 日夜頭痛が出現したためかかりつけの内科病院を受診した。嘔吐下痢症の診断で入院となり点滴を受け翌日帰宅したが、第 3 病日になっても症状改善しないためかかりつけ医を再受診し頭部 CT にて SAH が疑われ当科紹介となった。入院時現症：意識清明、鎮痛剤服用しているが強い頭痛あり、項部硬直あり、明らかな神経学的脱落所見なし。頭部 CT にて Fisher group 2 の SAH を認めた。脳血管造影を行ったところ右前脈絡叢動脈が異常に発達しておりその起始部に動脈瘤が確認された。後交通動脈分岐部にも動脈瘤を認めた。同日クリッピング術施行。術中所見より破裂は前脈絡叢動脈瘤と判断された。術後経過は良好であった。前脈絡叢動脈異常過形成そのものが稀であることからその分岐部に動脈瘤を伴っているケースはさらに稀であり、今回調べた限りではこれまで 5 例（破裂 3 例：未破裂 2 例）が報告されているのみである。本症例につき文献的考察を加えて報告する。

### B-4 脳動静脈奇形手術後に発生した左中大脳動脈巨大血栓化動脈瘤の 1 例

<sup>1</sup> 済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科, <sup>2</sup> 防衛医科大学校脳神経外科,

<sup>3</sup> 済生会熊本病院脳卒中センター病理部, <sup>4</sup> 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

河井 浩志<sup>1</sup>, 西 徹<sup>1</sup>, 水野 隆正<sup>1</sup>, 小林 修<sup>1</sup>, 竹崎 達也<sup>1</sup>, 牟田 大助<sup>1</sup>, 林 建佑<sup>1</sup>, 土井 一真<sup>2</sup>, 中川 政弥<sup>2</sup>, 神尾 多喜浩<sup>3</sup>, 倉津 純一<sup>4</sup>

我々は脳動静脈奇形に対する手術 31 年後に左中大脳動脈巨大血栓化動脈瘤を認めた 1 症例を経験したため報告する。56 才男性。31 年前に左中大脳動脈領域脳動静脈奇形の摘出術を施行されているが、詳細は不明。悪心を主訴に近医を受診し頭部 MRI にて周囲に少量の出血を伴う左中大脳動脈血栓化動脈瘤を指摘され当院へ紹介となった。3-Dimensional Computed tomography Angiography では左中大脳動脈には石灰化を伴う拡張を認め、拡張した側頭枝から後方に突出する血栓化動脈瘤を認めた。動脈瘤の頸部は不明瞭であり、2ヶ所から瘤内に血液の流入を認めた。来院時は無症状で経過観察としたが約 1 年の経過で明らかな増大傾向を示し手術を行った。Indocyanine green 造影では動脈瘤表面に発達した Vasa vasorum を認めた。浅側頭動脈を動脈瘤末梢側に吻合した後、瘤内血栓を超音波メスで遠位部から除去した。瘤の末梢側は切断した。M1 側に血栓の摘出を進めると出血を認めたため、母血管を遮断しながら血栓を除去した。適切と思われる範囲で残した瘤壁を利用し、有窓クリップにて M2 を形成するようにクリップを行った。M2 の血流は温存され、術後 MRI で皮質下に小梗塞巣が散在したが、神経学的脱落症状を認めず自宅退院となった。母血管の拡張を伴う巨大血栓か動脈瘤に対する治療に関して、文献的考察を加えて報告する。

## B-5 脳内出血で発症した破裂脳動脈瘤の2例

新武雄病院脳神経外科

一ノ瀬 誠, 丹羽 章浩, 吉田 卓史, 大中 洋平

【はじめに】破裂脳動脈瘤に脳内血腫を伴う Fisher 分類 group IV の症例ではくも膜下出血単独の場合よりも重症の症例が多く、予後不良とされている。一方で脳実質内出血を伴ったくも膜下出血は Hunt & Kosnik 分類 Grade V でも早期手術を行った方が良いと判断される場合も多い。今回我々は、頭部 CT でくも膜下出血をほとんど、または全く認めず、脳実質内出血で発症した脳動脈瘤破裂の2症例を経験した。破裂脳動脈瘤と脳内血腫との関係について若干の文献的考察を含め報告する。

【症例 1】66 歳男性。突然の頭痛を訴えたのち意識レベルが低下したため救急搬送となった。JCS20, 右不全片麻痺あり。頭部 CT で左被殻から尾状核にかけての脳内出血と脳室内穿破を認めた。血腫に隣接したくも膜下腔には淡いくも膜下出血所見を認めた。出血源検索のため CTA を施行したところ、左中大脳動脈分岐部に径 11mm の動脈瘤を認め出血源と判断した。同日、開頭脳動脈瘤頸部クリッピング術を施行した。脳表にはうすいくも膜下出血を認めた。

【症例 2】44 歳女性。早朝に突然の右側頭部痛を自覚し独歩で外来受診した。JCS0, 神経学的脱落なし。頭部 CT では右側頭葉に径 5cm の皮質下出血を認めた。くも膜下出血の所見は全くみられなかった。脳動静脈奇形, 血管腫または脳腫瘍からの出血が疑われたために造影 MRI 検査および血管造影検査を施行したがいずれも否定的であった。MRA および血管造影検査で右中大脳動脈分岐部に径 6mm の動脈瘤を認め出血源と判断した。同日、開頭脳動脈瘤頸部クリッピング術および血腫除去術を施行した。脳表には全くくも膜下出血を認めなかった。

## B-6 STA-MCA バイパス吻合部に動脈瘤形成を認めた1例

福岡徳洲会病院脳神経外科

本原 慶彦, 吉田 英紀, 原 健太, 坂元 孝光, 長谷川 亨, 金子 好郎

症例は 41 歳男性、突然のめまいを主訴に当院を受診し各種検査の結果もやもや病による脳梗塞と診断した。脳血流評価を施行したうえ、バイパス術の適応と判断し発症から約 1 カ月後に左 STA-MCA バイパスを施行し、mRS1 で自宅退院となった。その後も外来通院で経過を見ていたが、バイパス術より約半年後の CTA で、吻合部対側に動脈瘤の形成を認めた。破裂予防のため、クリッピング術を施行し現在も自宅生活を送っており、mRS1 で経過している。

STA-MCA バイパス後に動脈瘤を形成した報告は散見されるが、比較的稀な症例と考えられるため、文献的考察を加えて報告する。

## B-7 動脈硬化性狭窄を伴った頸部内頸動脈瘤に対して saphenous vein を用いた CCA-ICA bypass を施行した一例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

秋山 智明, 西村 中, 迎 伸孝, 森 恩, 空閑 太亮, 橋口 公章, 吉本 幸司, 佐山 徹郎, 飯原 弘二

【背景】頸部内頸動脈瘤は稀な疾患であり、周囲組織への圧迫症状や瘤内血栓に伴う塞栓症が問題となる。今回我々は母血管側に動脈硬化性の狭窄を合併し、瘤内血栓に伴う塞栓症を来した頸部内頸動脈瘤に対して、saphenous vein を用いた CCA-ICA bypass により良好な結果を得た症例を経験したため、具体的な手術戦略とその手技を報告する。

【症例】67 歳男性。右上肢の痺れを契機に、頭頸部 MRI で左頭頂後頭葉分水嶺領域の新規梗塞巣ならびに左 CCA 分岐部に不整形囊状動脈瘤を指摘され、当科紹介となった。脳血管撮影では左 CCA から ICA にかけて潰瘍を伴う動脈硬化性の狭窄と分岐部付近より外側に突出する 18x16x36mm の分葉状の囊状動脈瘤を認めた。左 CCA に対する BTO は陰性であった。瘤内血栓による塞栓性脳梗塞を予防するため、外科的治療を施行する方針となった。まずは瘤切除を試みたが、動脈瘤は周囲組織と強く癒着しており困難であった。そこで動脈結紮時の plaque 破綻を防ぐため、動脈硬化性の狭窄病変に対し、CCA、ECA、ICA を clamp し、内膜剥離を行った上で、saphenous vein の short graft を用いた頸部での CCA-ICA bypass を施行し、動脈瘤を sacrifice する形で CCA、ECA、ICA を結紮した。術後は新たな神経異常所見を認めず、術前同様の mRS 1 で自宅退院となった。切除した動脈瘤の病理所見は特異的な異常所見は認めず、動脈硬化性変化が見られた。

【考察】頸部内頸動脈瘤に対する外科的治療として、一般に動脈瘤切除や bypass 術を併用した ICA 結紮術などが行われる。病理所見として動脈硬化性変化が最も多く、稀に ICA 狭窄や潰瘍性病変を合併すると報告されている。本症例では動脈硬化性狭窄が CCA に及んでいたため、動脈瘤を sacrifice する形での short graft を用いた CCA-ICA bypass が有効であった。

## B-8 80mm を超える超巨大内頸動脈瘤の 1 例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

駒柵 宗一郎, 西牟田 洋介, 樋渡 貴昭, 時村 洋, 有田 和徳

25mm を超える巨大脳動脈瘤は全脳動脈瘤の約 7-13% を占めると言われている。その自然歴においては、最近の報告 (UCAS Japan) によると年間破裂率 33.4% と非常に高いことが明らかになっている。今回我々は今までに経験したことのないほど大きい 80mm を超える脳動脈瘤を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症例は 50 代男性。20 年前他院にて 20mm 程度の頭蓋内腫瘍を指摘されるも、放置していた。その後徐々に小脳症状、左聴力消失、左顔面麻痺、嚥下困難、嘔声が出現してきたため、当科を紹介受診した。MRI にて左内頸動脈錐体部の血栓化巨大動脈瘤 (最大径 80mm) を認めた。術前にバルーンオクルージョンテストにより虚血耐性を確認した後、浅側頭動脈-中大脳動脈バイパスを留置し左内頸動脈を結紮した。術後は特に合併症を認めず、脳血管撮影上、動脈瘤の消失を確認した。1 年後に内頸動脈の再開通があり、再度頸部内頸動脈の結紮を行ったが、以後の経過は順調である。

## B-9 早期診断し良好な転機をたどった頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻の一例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

榎本 紀哉, 竹崎 達也, 林 建佑, 河井 浩志, 牟田 大助, 小林 修, 水野 隆正, 西 徹

【はじめに】脊髄硬膜動静脈瘻(dural arteriovenous fistula; dAVF)は脊髄血管奇形の70%を占めるが、多くは胸腰椎移行部に発生し頭蓋頸椎移行部に生じるものは稀である。今回脊髄症で発症し比較的早期に診断し良好な転機をたどった頭蓋頸椎移行部 dAVF の一例を経験した。

【症例】65歳、男性。X年10月上旬より後頸部痛を自覚し、その後間欠性跛行・両下肢のしびれ・感覚低下・排尿障害が出現した。X年11月、MRIで髄内異常信号と異常血管影を上位頸髄から下位頸髄にかけて認め、頭頸部血管造影検査を施行し右椎骨動脈硬膜陥入部近傍から脊髄前面へと下降する拡張した異常な静脈を認め、頭蓋頸椎移行部 dAVF と診断した。直達術を行い、右椎骨動脈硬膜陥入部に流出静脈を確認し遮断した。術翌日に下肢しびれの改善があり、術後7日目には歩行障害の改善を認めた。現在排尿障害に対し経過観察中である。

【考察】胸腰椎移行部 dAVF はほぼ全例が脊髄症で発症するが、頭蓋頸椎移行部 dAVF では比較的くも膜下出血が多く、脊髄症発症例は37.1%との報告がある。脊髄症は静脈性高血圧による脊髄血管の灌流障害により生じ、進行すると静脈性梗塞となり不可逆的な障害を起こす。脊髄症発症の頭蓋頸椎移行部 dAVF は発症から診断まで平均約18ヶ月と時間を要することが多いが、本症例では約1ヶ月と比較的早期に診断し治療介入を行えたことが良好な転機につながった可能性がある。早期の診断と治療が頭蓋頸椎移行部 dAVF には重要と考え、その自然歴や予後について文献的考察を交え報告する。

## B-10 脊髄 MRI で胸腰髄に異常信号を認めた頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻の一例

長崎大学医学部脳神経外科

佐藤 慧, 諸藤 陽一, 前田 肇, 堀江 信貴, 出雲 剛, 松尾 孝之

82歳男性、10か月前に第1腰椎圧迫骨折の既往あり。2か月前より増悪する歩行障害、腰腹部痛を認め、他院で精査を行った。脊髄硬膜動静脈瘻が疑われ、血管造影を含めた精査が行われたが、確定診断には至らず当科紹介となった。当院転院時、下肢対麻痺、両下肢感覚障害など認め、MRI T2強調像で胸髄 Th2/3-10/11 レベルで脊髄内に高信号域、造影 T1 強調像で脊髄前方・後方に異常血管を認めた。血管造影検査で左椎骨動脈からの流入動脈と、左頭蓋頸椎移行部に shunt を有し、脊髄前面と後面を下降する導出静脈を認め、頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻と診断した。導出静脈離断術を行い、術後症状麻痺・感覚障害ともに改善、髄内異常信号域も縮小傾向となった。胸髄レベルに病変を呈する頭蓋頸椎移行部硬膜動静脈瘻は稀であり、文献的考察を加え報告する。

## B-11 感染性心内膜炎の菌塊による急性内頸動脈閉塞に対して血栓回収を行った一例

<sup>1</sup>社会医療法人製鉄記念八幡病院脳卒中・神経センター,

<sup>2</sup>社会医療法人製鉄記念八幡病院病理診断科, <sup>3</sup>社会医療法人製鉄記念八幡病院循環器内科

小柳 侑也<sup>1</sup>, 山口 慎也<sup>1</sup>, 中溝 玲<sup>1</sup>, 田川 直樹<sup>1</sup>, 半田 瑞樹<sup>2</sup>, 下釜 達朗<sup>2</sup>, 金城 満<sup>2</sup>, 岡部 宏樹<sup>3</sup>

症例は62歳女性。3ヶ月前に他院にてARに対して生体弁による大動脈弁置換術を施行され、ワルファリン2.5mg/dayを内服中であった。左上下肢麻痺で発症し、発症75分で前医へ救急搬送された。顔面を含む左上下肢麻痺（上肢MMT2/5、下肢MMT3/5）・左上肢感覚障害を認め、NIHSS10点であった。MRIで右ICAは閉塞していたものの、DWI高信号域は基底核に局限していた。PT-INR 2.02であったためt-PAは施行されず、血管内治療目的に当院へ搬送となった。右ICAはpetrous portionから血流が途絶しており、Penumbra®を用いて当院到着から55分でTICI3の完全再開通を得た。神経学的所見は直後からNIHSSも4点へと改善し、その後も経時的に改善しNIHSS0点となった。回収した血栓が黄白色で非常に硬く、通常の血栓とは異なっていたため、病理診断へと提出した。血栓と考えていたものは病理学的に菌塊を含んでおり、生体弁に関係する感染性心内膜炎からの心原性塞栓が強く疑われた。加療のため循環器内科へ転科となり、CEZ+AMK→ABPC+GM→VCM+GMで治療継続中である。感染性心内膜炎の菌塊による急性内頸動脈閉塞に対して血栓回収を行った稀な例であり、文献的考察を加え報告する。

## B-12 高度屈曲病変、type3 aortic arch、Bovine aortic archに対するバルーン付きガイディングカテーテルの有用性

九州医療センター脳血管内治療科

徳永 聡, 鶴崎 雄一郎, 津本 智幸

【はじめに】一般的に動脈硬化が高度で屈曲が強い症例やtype3 aortic arch、Bovine typeの際のガイディングカテーテル(GC)の誘導は困難であるとされる。今回、我々はこのような症例に対しバルーン付きGCを用いてアプローチが可能となり、短時間で緊急血行再建術が可能であった症例を経験したので報告する。

【症例】症例1:87歳女性。右MCA M1閉塞に対して緊急血行再建術を企図したが、動脈硬化が強く右腕頭動脈は高度屈曲していた。9F OPTIMOをinflateさせ、flow-guidedとすることでGC誘導が可能であった。穿刺からGC誘導まで19分。

症例2:71歳男性。左MCA M1閉塞に対して緊急血行再建術を企図したが、type3 & Bovine aortic archであった。9F OPTIMOをinflateさせ、flow-guidedとすることでGC誘導が可能であった。穿刺からGC誘導まで9分。

症例3:84歳男性。右MCA M1閉塞に対して緊急血行再建術を企図したが、総腸骨動脈の狭窄が高度でありtrans-brachial approachに切り替えた。これにより治療可能であったが、鼠径穿刺からGC誘導まで67分と時間を要した。

【考察】GC誘導困難例に対しては、細径カテーテル誘導後にexchangeする方法や頸動脈圧迫する方法があるが、これらはinner-catheterの誘導が必須となる。その他、trans-brachial approachに切り替える方法や上腕動脈より誘導したgoose neck snareを用いてGCを保持する方法があるが、これらは治療に時間を要する。これらに対しガイディングバルーンを用いてflowにのせてGCを誘導する方法は、inner-catheter誘導の必要がない場合もあり、簡便で時間を要しない点で有用であった。

## B-13 治療選択に難渋した上小脳動脈解離性動脈瘤の一例

大分大学医学部脳神経外科

津田 聖一, 久保 毅, 杉田 憲司, 石井 圭亮, 森重 真毅, 川崎 ゆかり, 松田 浩幸, 大西 晃平,  
札幌 博貴, 藤木 稔

【はじめに】上小脳動脈に発生する解離性動脈瘤は非常に稀であり、直達術では trapping+bypass 併用術、血管内手術では母血管閉塞が行われることが多い部位である。母血管の温存目的で、Stent 留置を行うこともあるが、出血急性期では限界がある。今回我々は、Stent 留置のみで治療を行い、経過も比較的良好であった症例を経験したので報告する。

【症例】59 歳男性、X 年 1 月 11 日朝、突然の激しい後頭部痛が出現、嘔吐も伴ったため、当院救急搬入。頭部 CT 上、後頭蓋窩に強いび慢性のくも膜下出血が見られた。出血源は椎骨動脈系と考え、脳血管撮影施行。通常の脳血管撮影正面像と側面像からは、出血源をとらえることができず、回転 DSA で、なんとか出血源を捉えることができた。上小脳動脈分岐直後が解離しており、同部位を含め母血管閉塞は広範囲の小脳梗塞が生じることが予想され、trapping+bypass も穿通枝温存などの観点から困難と判断し、stent 留置のみを行うこととした。留置後、解離瘤は造影されなくなっており、stent 閉塞を予防する目的で、抗血小板剤を loading 後に、アスピリンとクロピドグレルの投与を行った。術翌日は経過良好であった。術 3 日目に脳幹周囲に出血を来し、脳血管撮影を行ったが、解離の進展など出血源は見当たらなかった。抗血栓療法をゆるやかにすることで、その後は頭蓋内の問題は生じずに経過し、回復期病院を経て自宅退院された。

【結語】本症例は上小脳動脈分岐直後から解離しており、同部位に対して stent 留置のみで、解離腔を閉鎖することができたものと考えられる。しかしながら出血急性期の Stent 留置は術後管理を含め反省すべき点がまだあり、今後の経験の蓄積が必要であろう。

## B-14 コイル塞栓術中に distal coil migration を生じ、ステント留置によりレスキューした 1 例

友愛会豊見城中央病院

孫 宰賢, 藤井 教雄, 岩上 貴幸

【はじめに】脳動脈瘤コイル塞栓術の合併症の 1 つに coil migration がある。今回われわれは術中に生じた distal coil migration に対し、ステント留置によりレスキューした 1 例を経験したので報告する。

【症例】多発未破裂脳動脈瘤を有する 66 歳男性。右内頸動脈前脈絡叢動脈分岐部動脈瘤、内頸動脈瘤 (C2 portion) に対しコイル塞栓術を施行した。右内頸動脈前脈絡叢動脈分岐部動脈瘤は問題なく塞栓できたが、C2 portion の内頸動脈瘤の塞栓中に detach device の不具合でコイルを detach できないことがあった。コイルの回収を行ったところ、回収中にコイルが完全に detach されて distal migration した。コイルは末梢へ移動するに従って mass を形成し、脳梗塞発症が危惧されたため Goose neck snare にて回収を試みたが、困難であった。そこで CODMAN ENTERPRISE VRD を用い、コイルを血管壁に押し付ける形で手技を終了した。ENTERPRISE はそのまま留置した。術中、末梢の血流に問題はなかった。軽度のくも膜下出血を合併したが、術後明らかな神経脱落症状の出現なく経過、独歩退院となった。

【結語】Distal coil migration は稀な合併症であるが、その際の対処法につき若干の考察を交えて報告する。

## B-15 破裂前下小脳動脈末梢部動脈瘤に対し瘤内コイル塞栓術をおこなった一例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

高野 陽子, 伊藤 理, 田中 俊也, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

前下小脳動脈の末梢に発生する脳動脈瘤は頭蓋内脳動脈瘤の 0.1%と低く、非常に稀である。今回くも膜下出血で発症した右前下小脳動脈末梢部動脈瘤を経験し、急性期治療として瘤内コイル塞栓術を施行したので考察を加えて報告する。症例は 50 歳女性。起床時に突然の頭痛、嘔気が出現し救急搬送された。搬送時、JCS0、明らかな神経脱落症状はなく、Hunt & Kosnik grade 2, WFNS grade 1 であった。頭部 CT で後頭蓋窩を中心にくも膜下出血 Fisher group3 を認めた。頭部 3D-CTA を行うと、右前下小脳動脈(AICA)末梢に不整形の動脈瘤を認め、出血源と考えられた。同日全身麻酔下で瘤内コイル塞栓術を施行した。microcatheter(Excelsior SL-10)を瘤内へ誘導しコイル塞栓術を開始したが、Second coil 塞栓中の最終段階でコイルの一部が瘤外へ突出し、術中破裂を認めた。予め用意していた HyperForm を右 AICA 起始部へ誘導・拡張させ、AICA の血流を停止させたのち、塞栓を再開した。瘤内にコイルが十分に充填されたところでバルーンを deflation し造影を行ったところ、造影剤の瘤外流出はなく、瘤は消失したため手技を終了した。術後明らかな神経脱落症状は出現せず、経過は良好で mRS grade0 で退院となった。治療 2 ヶ月後の脳血管撮影で coil compaction と瘤の一部再開通を認めたため、初回治療より 3 ヶ月後に再治療を行った。1 年後の脳血管撮影では、塞栓後の動脈瘤は neck remnant の状態であり、現在も経過観察中である。

## B-16 内耳道内で破裂した AICA 遠位部動脈瘤の一例

<sup>1</sup>福岡大学病院救命救急センター, <sup>2</sup>福岡大学医学部脳神経外科, <sup>3</sup>国立循環器病研究センター脳神経外科

松本 順太郎<sup>1</sup>, 大川 将和<sup>2</sup>, 福田 健治<sup>2</sup>, 堀尾 欣伸<sup>3</sup>, 東 登志夫<sup>2</sup>, 井上 亨<sup>2</sup>

【背景】前下小脳動脈(AICA)遠位に発生する動脈瘤は 0.1%と稀であり、治療に関しても確立されたものはない。今回我々は内耳道内で破裂しクモ膜下出血を来し、血管内治療を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】64 歳女性。突然のめまい、頭痛のため頭部 CT を施行したところ、クモ膜下出血(Hunt & Kosnik Grade1)を指摘された。脳血管造影で左前下小脳動脈(AICA)と上小脳動脈(SCA)を feeder とし、上錐体静脈洞に流出する硬膜動静脈瘻を認めた。明らかな cortical venous reflex は認めず、SPS は海綿静脈洞に入り下錐体静脈洞に流出していた。AICA の meatal branch に aneurysm を認め出血源と考えられた。動脈瘤は内耳道内に存在していた。再出血予防のため AICA の meatal branch まで microcatheter をすすめ、NBCA を用い経動脈的塞栓を行った。Meatal branch ごと瘤は消失した。治療後、左聴力は消失し、末梢性左顔面神経麻痺が出現したため、ステロイド投与など加療を行い徐々に改善を認めた。再出血なく、術後 1 ヶ月で自宅退院となった。1 年後の血管造影では動静脈シャントは消失していた。

【考察】本症例では末梢に動静脈瘻を伴っており、シャントによる高流量が動脈瘤形成、破裂の一因と考えられた。動脈瘤の再破裂予防のため NBCA による治療を選択した。脳幹への反回枝や術後の神経障害には留意が必要である。

## B-17 Suction-decompression 法を用いて治療した NF1 合併内頸動脈瘤の 1 例

佐賀大学医学部附属病院 脳神経外科

岡 祐介, 河島 雅到, 若宮 富浩, 江橋 諒, 劉 軒, 吉岡 史隆, 緒方 敦之, 高瀬 幸徳, 中原 由紀子, 下川尚子, 増岡淳, 阿部竜也

症例は 67 歳の男性。父がクモ膜下出血で死亡した家族歴があった。NF1 と十二指腸粘膜下腫瘍の既往に対して近医フォロー中であった。頭蓋内病変の精査を行ったところ、左内頸動脈に 16mm の未破裂脳動脈瘤を指摘され当院紹介となった。術前は明らかな神経脱落症状はなかった。左内頸動脈瘤からは後外側に向かって後交通動脈と前脈絡叢動脈が分枝していた。左内頸動脈に対してバルーンマタス試験を施行し tolerance 良好であった。手術は、suction decompression 法を用いて血管形成的クリッピング術を行った。術中 ICG、脳血管撮影を用いて瘤内に流入血流が無いことと、前脈絡叢動脈を含めた動脈への血流が良好であることを確認した。また、MEP は術中に変化なかった。術後経過は良好で明らかな後遺症なく独歩自宅退院となった。NF1 に脳動脈瘤が合併した報告は比較的少なく、文献的考察を加えて報告する。

## B-18 敗血症を背景として発症した、総頸動脈 free-floating thrombus に対する CEA の一例

<sup>1</sup>小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科, <sup>2</sup>小倉記念病院 検査科

甲斐 康稔<sup>1</sup>, 石井 暁<sup>1</sup>, 定政 信猛<sup>1</sup>, 石橋 良太<sup>1</sup>, 安藤 充重<sup>1</sup>, 坂 真人<sup>1</sup>, 西 秀久<sup>1</sup>, 岡田 卓也<sup>1</sup>, 瀧田 亘<sup>1</sup>, 園田 和隆<sup>1</sup>, 高下 純平<sup>1</sup>, 井上 勝美<sup>2</sup>, 永田 泉<sup>1</sup>

【症例】63 歳男性。生来健康であった。1 週間前からの左胸痛を主訴に当院救急外来受診。心電図で V2-6 の ST 上昇、CRP 23.2、プロカルシトニン 7.76 と炎症所見の上昇から心膜炎や胸膜炎を疑われ、同日当院循環器内科に入院し、抗生剤の投与が開始された。翌日朝に構音障害と右上下肢の麻痺を発症。頭部 MRI で左大脳半球に散在性に多発性脳梗塞を認め、MRA で左総頸動脈に狭窄を認め、頸部血管エコーで血管壁の浮腫性肥厚を伴った free-floating thrombus の所見を認めた。脳梗塞のリスクが高いと考えられたため、同日緊 CEA を施行した。術中所見では総頸動脈周囲に明らかな細菌感染を疑わせるような所見はなかった。動脈壁の脆弱性も認めず、総頸動脈は一次縫合可能であった。摘出したブランク標本の病理所見では、通常動脈硬化性病変はほとんど認められず、血栓内膜表層の広範にわたる好中球の浸潤、血管内皮の部分的破綻と同部位の壁内血栓形成が認められた。

【考察】Free-floating thrombus は、頸動脈狭窄病変の 0.4~1.5%程度と言われ、非常に稀な病態である。そのほとんどは動脈硬化病変が原因と言われているが、その他、血管炎、過凝固状態、覚醒剤使用、Eagle 症候群などが原因となることもある。今回我々が経験した症例は、敗血症により血管内皮の障害と破綻が起こり、同部位に free-floating thrombus を形成し、脳梗塞を発症した稀な例と考えられた。

## B-19 同日に急性下肢動脈閉塞と脳塞栓来した一例

<sup>1</sup>伊万里有田共立病院脳神経外科, <sup>2</sup> 静便堂白石共立病院脳神経外科

田中 達也<sup>1</sup>, 内山 拓<sup>1</sup>, 桃崎 宣明<sup>1</sup>, 大石 豪<sup>2</sup>, 本田 英一郎<sup>2</sup>

【はじめに】心房細動は脳塞栓、急性四肢動脈閉塞のそれぞれの主な原因であるが、同時に発症することは稀である。今回、急性下肢動脈閉塞と脳塞栓を短期間に発症した発作性心房細動の一例を経験したので報告する。

【症例】89歳女性。慢性心不全にて他院入院中、昼食後より右下肢の痺れあり、精査にて右大腿浅動脈閉塞の診断にて保存的に加療開始された。同日17:30意識障害が出現。頭部MRIにて左基底核に新鮮脳梗塞、左中大脳動脈閉塞を認め、当院紹介受診となる。来院時、JCS100、痛み刺激にて右上下肢MMT2/5。発症4.5H以内の脳塞栓と考え、rt-PA静注療法を開始後、右大腿穿刺にて9Frシースを留置し、ステント型血栓回収機器を用いた再開通療法を行い、TICI2bの再開通。術後、意識レベルの軽快、右半身麻痺の改善を認めた。右足の斑紋状のチアノーゼ、冷感、右膝下動脈以下触知不能であった。翌日、下肢症状改善が無かったため、左大腿浅動脈閉塞に対して大腿動脈露出後、順行穿刺にて6Frシースを留置し、血行再建を施行し、再開通し、症状改善を認めた。後日、モニター心電図にて発作性心房細動を認め、急性下肢動脈閉塞と脳塞栓の原因と考えられた。

【考察】脳主幹動脈閉塞を伴う脳塞栓は緊急疾患である。一方、下肢急性動脈閉塞はしばしば肢切断や死亡の危険性があり、緊急の処置を要する。側副血行発達のない塞栓症では、発症6時間以内であれば高率に救肢可能であり、24時間を経過すると約20%が切断に至る。今回、脳主幹動脈閉塞に対する再開通療法を優先し、その後、下肢血管閉塞に対する再開通療法を行い、機能回復と救肢できた。

## B-20 脳動静脈奇形に対し $\gamma$ ナイフ治療後に発症した chronic encapsulated expanding hematoma の二症例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

田中 俊也, 一ツ松 勤, 高野 陽子, 石堂 克哉, 伊藤 理

【はじめに】脳動静脈奇形(AVM)に対し $\gamma$ ナイフ治療後に発症する chronic encapsulated expanding hematoma は稀な疾患である。今回、本疾患の二症例を経験したので報告する。

【症例1】40歳男性。4年前に脳室内出血にて発症した左側頭葉内側の脳動静脈奇形(Spetzler-Martin grade 3)に対し、 $\gamma$ ナイフ治療後、血管内治療による塞栓術を行った。治療後、脳血管造影検査では異常血管像なし。3か月前から頭痛が出現した。当科受診時、右同名半盲を認めた。左側頭葉に2cm大の出血を認めたが、血管造影検査では異常血管像を認めなかった。chronic encapsulated expanding hematoma の診断とし、手術によりAVM、血腫を全摘出した。術後、右同名半盲の改善傾向を認めた。

【症例2】74歳女性。15年前に右前頭葉皮質下出血にて発症した脳動静脈奇形(S-M grade 4)に対し、 $\gamma$ ナイフ治療後。治療後の脳血管造影検査では異常血管像なし。2か月前から左上下肢の不全麻痺が出現し、頭部CTにて右前頭葉皮質下出血を認め、血管造影検査では異常血管像は認めなかった。当科受診時、意識は清明であるが、左上下肢MMT3/5の不全麻痺を認めた。右前頭葉皮質下に4cm大の出血を認めたが、血管造影検査では異常血管像を認めなかった。手術によりAVM、血腫を全摘出した。術後、左上下肢不全麻痺は改善傾向を示した。

【考察】AVMに対し $\gamma$ ナイフ治療後に発症する chronic encapsulated expanding hematoma は稀であるが、血腫が徐々に増大し、脳局所症状を呈する重大な病態である。血腫は被膜に覆われていることが多いとされており、VEGFが関与し被膜内の新生血管増生が起り、血腫が増大すると考えられている。本二症例の画像所見、および病理所見を提示し、文献的考察を加えて報告する。

## B-21 三叉神経痛で発症したメッケル腔部髄膜腫に対する治療方針の検討

福岡山王病院 脳・神経機能センター

天本 宇昭, 松島 俊夫, 小川 さや香, 大原 信司

三叉神経痛の原因として、周囲血管の Root exit zone (REZ) への圧迫の他に、メッケル腔近傍の腫瘍性病変が原因となることがあり、頻度の高いものの一つとして髄膜腫が挙げられる。メッケル腔部髄膜腫はメッケル腔と腫瘍との関係により摘出ルート、難易度や合併症率が大きく異なることは以前から報告されているが、確固たる治療指針はいまだ確立されていないのが現状である。また、三叉神経痛を引き起こすものは腫瘍本体が非常に小さい場合もしばしば経験され、手術の時期につき迷う場合も多い。今回我々は三叉神経痛で発症した小さなメッケル腔部髄膜腫の2例を経験した。メッケル腔と腫瘍の関係性を考慮し、1例は手術適応と判断し、もう1例は保存的加療継続を選択したが、その判断根拠につき特に解剖学的観点より若干の文献的考察を加えて検討する。

## B-22 腫瘍出血を呈した大脳鎌髄膜腫の1例

九州中央病院脳神経外科

道脇 悠平, 久我 亮介, 黒木 愛, 井上 琢哉

【症例】78歳、男性。起床時に右不全麻痺に気づき当院を救急受診した。来院時、意識清明で右不全麻痺（上肢 MMT 2/5、下肢 MMT 1/5）を認め、頭部単純 CT で左前頭葉内側に不均一な高吸収域を認めた。頭部造影 MRI にて、左前頭葉内側に血腫とその前上方に大脳鎌に付着する 38mm 大の増強腫瘍を認め、大脳鎌髄膜腫とそれに伴う腫瘍出血と診断した。第5病日に開頭術を施行し、腫瘍摘出（Simpson grade 2）ならびに血腫除去を行った。腫瘍は灰白色調で軟らかく、易出血性であった。病理診断は fibrous meningioma で MIB-1 index は 9% であった。術後に麻痺は改善傾向にあり（上肢 MMT 4/5、下肢 MMT 3/5）、第30病日に回復期病院へ転院となった（modified Rankin Scale 4, Karnofsky Performance Status 40%）。

【結語】脳腫瘍に起因して生じる脳出血は、下垂体卒中を除けば転移性脳腫瘍や神経膠腫で頻度が高く、髄膜腫による脳出血は比較的稀といわれている。今回、腫瘍出血を呈した大脳鎌髄膜腫の症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

## B-23 頭蓋内外に伸展し、発生母地の診断に苦慮した髄膜腫の一例

<sup>1</sup>福岡市民病院脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学医学部病理学, <sup>3</sup>福岡大学医学部脳神経外科

吉永 進太郎<sup>1</sup>, 吉野 慎一郎<sup>1</sup>, 福島 浩<sup>1</sup>, 鍋島 一樹<sup>2</sup>, 平川 勝之<sup>1</sup>, 井上 亨<sup>3</sup>

【症例】62 歳男性。

【主訴】左下肢脱力、右頭頂部皮下膨隆。

【現病歴】2年前より頭頂部皮下腫瘤自覚していた。数ヶ月前より左下肢脱力出現し、近医受診後当院紹介となった。

【放射線学的所見】頭部単純 CT 上、右頭頂骨を破壊し硬膜内に進展している腫瘍性病変を認めた。骨条件では頭蓋骨外板は薄く保たれていたが、板間層は腫大し内板は破壊されていた。頭部 MRI 上同病変は頭蓋骨から頭蓋内から頭蓋内頭頂部に進展しており、T1 強調画像にて low ~ iso intensity、T2 強調画像にて iso~high intensity に描出され、Gd-DTPA にて比較的均一に造影されていた。脳血管撮影上、腫瘍は左右中硬膜動脈、後頭動脈、浅側頭動脈より栄養されていた。

【手術所見】術前に両側中硬膜動脈塞栓術を行なった。皮膚を反転すると頭蓋骨外板は一部欠損し、開頭すると硬膜も一部欠損し、頭蓋骨内の腫瘍と硬膜下の腫瘍の連続を認めた。硬膜内に進展している腫瘍を離断し、硬膜内病変に対し摘出を行なったが、肉眼的に上矢状静脈洞への進展はなく、静脈洞壁周囲の凝固を行なった。

【病理所見】fibrous meningioma、WHO grade 1、MIB-1 陽性率は 4.8%。

【術後経過】術後軽度の左下肢麻痺の増悪を認めたが、軽度改善を認め術後 14 日にリハビリ目的で転院となった。

【結語】頭蓋骨から頭蓋内へ連続する髄膜腫の一例を経験した。腫瘍の発生は高位円蓋部で硬膜内外へ進展し、頭蓋骨肥厚、破壊を生じたものと考えた。髄膜腫において骨破壊を伴う場合は悪性度の高いとの報告があり、本症例においても MIB-1 4.8%と若干高値を示しており今後再発含め注意が必要である。

## B-24 術中眼球運動モニタリング下に摘出した滑車神経鞘腫の一例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

松浦 任, 矢野 茂敏, 賀末 泰之, 倉津 純一

術中眼球運動モニタリングを併用して摘出し得た滑車神経鞘腫症例を経験した。症例は 43 歳男性。統合失調症とアルコール依存症に対して内服加療中であった。2009 年頭部外傷によって左眼下方水平半盲となった。2015 年 12 月頭痛を主訴に頭部 MRI を撮像され、橋腹側右側に不均一に造影される腫瘍性病変を認め、後大脳動脈が頭側に、上小脳動脈が尾側に圧排されていた。術前明らかな眼球運動障害はなかった。2016 年 1 月眼球運動モニタリング下での開頭腫瘍摘出術を施行した。腫瘍に対する刺激で術中眼球運動モニタリングに反応がない部分を減圧していくうちに、動眼神経からの剥離が可能となった。術前の腫瘍の局在と性状から動眼神経由来の神経鞘腫を疑ったが、滑車神経との連続性から滑車神経鞘腫と判断できたため、全摘出を行った。術後眼球運動障害や複視を認めず経過良好にて自宅退院とした。自覚症状がない原因として、左眼下方水平半盲による下方視時の複視がなかったことが考えられた。滑車神経鞘腫は非常に稀な疾患であり、また画像上動眼神経鞘腫との鑑別は困難である。動眼神経鞘腫であった場合、腫瘍摘出による術後眼球運動障害は必発であると考えられる。今回滑車神経鞘腫の鑑別と眼球運動モニタリングの有用性について文献的考察を加えて報告する。

## B-25 頭蓋外三叉神経鞘腫（第3枝）の1手術例

<sup>1</sup> 静便堂白石共立病院脳神経外科, <sup>2</sup> 伊万里有田共立病院脳神経外科

大石 豪<sup>1</sup>, 本田 英一郎<sup>1</sup>, 桃崎 宣明<sup>2</sup>, 田中 達也<sup>2</sup>, 内山 拓<sup>2</sup>

【はじめに】三叉神経鞘腫は全頭蓋内腫瘍の0.2%の発現率であり、かつてのJeffersonの分類は頭蓋内に限り、A) middle fossa, B) posterior fossa, C) dumbbell typeとしたが、この分類では頭蓋外に発生した神経鞘腫には適合しないためにYoshidaらは組織解剖学的に神経鞘腫のmeningesの覆われる環境による新しい分類を発表した。Type 1 subdural type, type 2 interdural type, type 3 interperiostealの3分類である。このtype 3がinfratemporal fossaに発現した頭蓋外三叉神経鞘腫を意味する。今回はtype 3にあたりと考えられる頭蓋外三叉神経鞘腫の1例を経験したので1例を報告する。【症例】症例は53歳女性で主訴は左下顎周囲の軽度な違和感である。4年前から経過観察していたが、症状は軽微で様子観察を行っていた。2012年脳MRIでT2WIが卵円孔直下にround tumorを認め、左三叉神経鞘腫の診断としていた。2015年9月に歯痛や下顎痛が増悪したためにMRIをおこなった。家族説明し入院治療とした。

手術は通常subtemporal, extradural approachで術野を平坦化するためにzygomaticotomyも併用した。拡大したforamen ovalを広げて直下にcapsulated membraneを認め、これを切開するとsolid tumorとcystな部分に分かれた腫瘍を可及的に摘出した。術後症状は消失した。【結語】三叉神経第3枝に局限した頭蓋外神経鞘腫をsubtemporal extradural approachにて摘出した稀有な1例を報告した。

## B-26 悪性転化し、髄腔内播種をきたしたと思われる類上皮腫の一例

<sup>1</sup> 宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 脳神経外科学分野,

<sup>2</sup> 宮崎大学医学部 病理学講座 腫瘍・再生病態学分野

末松 裕貴<sup>1</sup>, 武石 剛<sup>1</sup>, 横上 聖貴<sup>1</sup>, 上原 久生<sup>1</sup>, 魏 峻洸<sup>2</sup>, 山下 篤<sup>2</sup>, 佐藤 勇一郎<sup>2</sup>, 竹島 秀雄<sup>1</sup>

類上皮腫は脳腫瘍の中で0.2~1.8%を占める良性腫瘍である。組織学的には角化を伴う重層扁平上皮で被覆された嚢胞であり、皮膚付属器は伴わない。好発部位としては小脳橋角部、中頭蓋窩、トルコ鞍近傍、脊髄、頭蓋骨板間層などがあり、稀に悪性転化して扁平上皮癌が発生する。今回悪性転化し、髄腔内播種をきたしたと思われる類上皮腫の一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

症例は54歳男性。既往歴に特記事項なし。半年間持続する右足外側の異常感覚と2ヵ月前からの平衡感覚障害、構音障害を主訴に当院を受診した。頭部MRIで左前頭葉、側頭葉、小脳、脳幹に辺縁分葉状に造影される多発性の腫瘍性病変と拡散強調画像で右小脳橋角部に高信号を呈する索状影を認めた。血液検査上、SCC抗原が上昇していたが、全身精査では頭部以外に腫瘍性病変は認めず、転移性脳腫瘍は否定的であった。組織確認及び減圧のため左小脳橋角部病変に対して開頭腫瘍摘出術を施行した。病理組織診断は扁平上皮癌であった。数年前他院で撮影されていた頭部MRIでは右小脳橋角部に類上皮腫が存在していた。今回の頭部MRIで類上皮腫の一部に増強効果が出現したことを併せて考えると悪性転化し、左前頭葉、側頭葉、小脳、脳幹部病変に髄腔内播種した病変であることが強く示唆された。

## B-27 非典型的な画像所見を呈する成人頭蓋内 Neuroenteric cyst

産業医科大学脳神経外科

宮地 裕士, 梅村 武部, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 秋葉 大輔, 植田 邦裕, 鈴木 恒平,  
高松 聖史郎, 西澤 茂

症例は 21 歳男性。平成 27 年 5 月より歩行時のふらつき、聞き取りにくさが出現し近医受診。画像検査で腫瘍性病変を認め当科紹介。来院時左感音性難聴、左上肢協調運動障害、失調性歩行を認めた。頭部 CT 検査では左小脳橋角部に約 50mm の高吸収、頭部 MRI 検査では DWI 低～等信号、T1WI 高信号、T2WI 低信号を呈した実質外腫瘍を認めた。また T2\*で腫瘍内部に一部低信号を呈し、Gd 造影で同部位に増強効果を認めた。また腫瘍による脳幹圧迫により閉塞性水頭症を来していた。鑑別として Dermoid cyst, Epidermoid cyst, Colloid cyst など一部出血性変化を伴う病変を考えた。同年 6 月開頭腫瘍摘出術を施行。腫瘍は暗緑色の被膜で覆われた嚢胞性病変で、嚢胞内には内用液及び泥状の成分を認めた。腫瘍内部には肉芽腫様の構造物を認め、周囲神経・血管と強く癒着しており、大部分を摘出し手術を終了した。術後、神経症状改善し術後 12 日で自宅退院。病理組織診断は慢性炎症性変化を伴う Neuroenteric cyst であった。

Neuroenteric cyst は呼吸上皮、腸管上皮に類似した細胞からなり外胚葉と内胚葉の分離不全によるとされる。頸髄、上位胸髄腹側の硬膜下腔に好発し頭蓋内は稀である。栄養血管に乏しく画像上、T1WI 低信号、T2WI 高信号、嚢胞の増強効果は認めないとされるが、一方、内部液体成分の蛋白濃度に依存し多彩な信号値を呈するとされる。

非特異的な画像所見を呈した本症例は、T1WI 高信号、T2WI で低信号、一部増強効果を認め、T2\*で低信号を呈していた。病理学的にも出血性変化及び慢性炎症性変化を呈し、術中所見でも周囲構造物の強い癒着を伴っていた。したがって、本症例のように Neuroenteric cyst において、造影効果及び出血性変化を呈している場合には周囲構造物との強い癒着による手術中の腫瘍剥離が困難であることが予測され注意が必要である。

## B-28 頭頂部頭蓋骨原発巨大海綿状血管腫の一例

<sup>1</sup>久留米大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>久留米大学医学部病理学教室

梶原 壮翔<sup>1</sup>, 坂田 清彦<sup>1</sup>, 竹重 暢之<sup>1</sup>, 中村 普彦<sup>1</sup>, 折戸 公彦<sup>1</sup>, 廣畑 優<sup>1</sup>, 三好 淳子<sup>1</sup>, 杉田 保雄<sup>2</sup>,  
森岡 基浩<sup>1</sup>

症例は 38 歳男性。5 年前から頭頂部に違和感を伴う腫瘍に気付きいていたが徐々に増大、外見上も目立つようになり当院へ紹介となった。頭部 MRI にて頭頂部傍矢状静脈洞周辺および頭蓋骨内を主座とし頭蓋外皮下に進展する 7.8×5.8×5.8 cm の均一に造影される腫瘍性病変が認められた。脳血管撮影検査にて両側中硬膜動脈、浅側頭動脈からの腫瘍濃染像を認めたが脳血管からの造影所見はなかった。上矢状静脈洞は腫瘍部で描出されなかった。これらの所見から上矢状静脈洞に浸潤閉塞し硬膜外に伸展した髄膜腫と診断し、栄養血管塞栓術後摘出術を施行した。術中所見としては頭蓋骨は内部が珊瑚状となっており、術前塞栓術を行ったにも関わらず術中甚だしい出血を認め大量輸血を必要とした。腫瘍は硬膜面と強い癒着を認めたが硬膜外のみ存在していた。上矢状静脈洞内には血流を認めたため、矢状静脈洞部のみ残し腫瘍を硬膜とともに可及的に摘出し、頭蓋骨を人工骨にて再建した。術後 MRI にて腫瘍はほぼ摘出できており、上矢状静脈洞は再開通していた。術後一時的に両下肢の脱力を生じたが改善した。病理診断の結果は海綿状血管腫であった。頭蓋骨に発生する海綿状血管腫は比較的稀であるが、その報告の多くは頭蓋骨内に留まる小さなものである。巨大なものは非常に稀であり今回のように静脈洞を圧迫して閉塞させた症例は報告がない。文献的考察を加え報告する。

## B-29 嚢胞内出血で発症した延髄外側腫瘍の一例

<sup>1</sup>佐世保中央病院脳神経外科, <sup>2</sup>佐世保中央病院病理部, <sup>3</sup>福岡大学医学部病理学講座,

<sup>4</sup>福岡大学医学部脳神経外科

榎本 年孝<sup>1</sup>, 竹本 光一郎<sup>1</sup>, 高木 友博<sup>1</sup>, 藤原 史明<sup>1</sup>, 阪元 政三郎<sup>1</sup>, 米満 伸久<sup>2</sup>, 小林 広昌<sup>3</sup>, 鍋島 一樹<sup>3</sup>, 井上 亨<sup>4</sup>

【症例】24歳男性。2015年9月右後頸部痛を主訴に近医を受診し、MRIで延髄外側の腫瘍性病変を指摘され当院紹介入院となった。CTでは延髄右外側に9mm×8mm大のhigh density mass lesionがみられ、MRIではT1WIで均一に低信号、T2WI及びT2\*では高信号を呈しニボーを形成していた。造影MRIでは増強効果なく、血管造影ではavascularであった。症状の改善あり外来にて経過観察していたが、2か月後MRIで腫瘍の増大(15mm大)、延髄の圧排変形が見られたため右後頭下開頭腫瘍摘出術を施行した。嚢胞は延髄右側から上位頸髄外側にかけて局在し、周囲の椎骨動脈、副神経、舌下神経の一部が圧排され、腫瘍後内側表面に小血管が走行していた。嚢胞は薄い半透明の被膜を有し、内容液は粘調でやや混濁し、内部に小さな白色の柔らかい腫瘍が存在していた。術後は特に問題なく経過し術後12日目で自宅退院した。病理所見では嚢胞壁は一層～多層性の豊富な粘液を有する円柱上皮や多列線毛上皮に覆われ、壁内にはヘモジデリンの沈着がみられ、出血を伴ったNeurenteric cystと診断した。出血で発症した症例は稀であり文献的考察を加え報告する。

## B-30 T1 inversion recovery シークエンスを用いた定位的針生検術を行った小児胚細胞種の一例

<sup>1</sup>福岡大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学医学部小児科, <sup>3</sup>福岡大学医学部病理学

河野 大<sup>1</sup>, 森下 登史<sup>1</sup>, 野中 将<sup>1</sup>, 小林 広昌<sup>1</sup>, 福田 健治<sup>1</sup>, 大川 将和<sup>1</sup>, 安部 洋<sup>1</sup>, 東 登志夫<sup>1</sup>, 音田 泰裕<sup>2</sup>, 野村 優子<sup>2</sup>, 鍋島 一樹<sup>3</sup>, 井上 亨<sup>1</sup>

【目的】小児における胚細胞種は脳基底核部に好発することが知られている。脳深部の腫瘍に対して全摘出は困難であるため、最小限の侵襲で診断を行い術後の放射線治療や化学療法へとつなげることが治療上重要である。今回、新たなMRI撮像条件を用いた定位的針生検術により低侵襲に手術を行い、正確な診断を行うことができた小児脳腫瘍の症例を報告する。[症例]12歳女児。左上下肢の軽度の麻痺と行動異常を訴え小児科を受診した。頭部MRIにて両側基底核と下垂体柄にT1強調画像で造影される病変を認めたため、当科で定位的針生検術を施行した。手術では全身麻酔下にLeksell G Frameを装着し、術前にthin sliceの造影T1強調画像とT1 inversion recovery画像を撮影した。ターゲットを右淡蒼球に定め、脳血管や脳溝および脳室を避けるように安全なtrajectoryから生検を行った。病理診断はgerminomaであった。

【結語】基底核部の胚細胞種に対して定位的針生検術を行った。定位的針生検術は適切な症例選択と術前計画により安全かつ確実な診断方法であると考えられた。特に、T1 inversion recovery sequenceは脳基底核部の詳細な解剖を描出する上で有用であり、本症例で定位的針生検術を施行する上で有用であった。

## B-31 透明中隔から発生した側脳室内膠芽腫の一例

九州医療センター脳神経外科

瀧川 浩介, 白水 寛理, 三月田 祐平, 秦 暢宏, 詠田 眞治

73歳女性。頭部MRIで右側脳室内に透明中隔に付着する腫瘍を指摘された。造影MRIで明らかな増強効果はなく、無症候で13mmと小さいため経過観察とした。以降は3ヶ月毎に頭部MRIで経過観察していた。徐々に病変の増大を認めたため、初診から1年6か月後に再度当科紹介となった。無症候であったが、腫瘍は27mmと増大し、またGd造影では不均一に増強され、右Monro孔を閉塞しており、脳室拡大を認めた。右前頭開頭経脳梁到達法で側脳室前角に到達し腫瘍を全摘出した。病理組織では膠芽腫(GBM)の診断であり、後療法としてテモゾロマイド放射線同期療法(75mg/m<sup>2</sup>: day, 45Gy/18Fr)を施行した。治療後評価のMRIで増強病変の出現は認めなかった。脳室内発生 of GBMは稀であり報告例も少ない。本症例では偶発的に発症早期の画像が得られており、腫瘍の発生母地が透明中隔であったことが確定しえた貴重な症例と考えられた。

## B-32 経過観察中に頭蓋内を含めた髄腔内播腫を認めた脊髄上衣腫の1例

<sup>1</sup>伊万里有田共立病院脳神経外科, <sup>2</sup>静便堂白石共立病院脳神経外科

田中 達也<sup>1</sup>, 内山 拓<sup>1</sup>, 桃崎 宣明<sup>1</sup>, 大石 豪<sup>2</sup>, 本田 英一郎<sup>2</sup>

【目的】上衣腫は、脳室や脊髄中心管にある上衣細胞より発生する神経膠腫である。組織学的に悪性は低いが、脊椎を破壊したり、転移したりする事もある。今回、外傷を契機に発見された胸椎硬膜内髄外腫瘍が5年の経過観察中に頭蓋内を含めた髄腔内播腫を認め、生検にて上衣腫と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。X年に転落外傷にて胸椎MRIを施行したところ、胸椎硬膜内髄外腫瘍を指摘された。無症候性であったため経過観察されていた。X+4年に複視の精査目的に頭部MRIを施行したところ、左延髄背側に腫瘤を認めた。X+5年10月腰痛、両下肢の痺れが出現し、保存的加療されるも症状が徐々に進行したため、X+6年5月当院紹介受診となる。入院時、独歩可能、下肢全体の痺れあり、明らかな脱力は認めなかった。硬膜内髄外腫瘍を延髄背側、頸椎、胸椎、仙椎に多発性に認めた。組織診断、腰痛軽減目的にTh11-12椎体レベルの腫瘍に対して腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は易出血性で、神経根に強く癒着していた。病理診断は上衣腫であった。上衣腫の髄腔内播腫と考えられた。

【考察】上衣腫の脊髄および頭蓋内での複数発生例についての報告は散見される。多くは頭蓋内発生の上衣腫が脳脊髄液によって脊髄内へ播種したものとして報告されている。播種は重力に影響され、圧倒的に硬膜内の遠位側に生じるとされる。本例は既知の胸髄腫瘍の経過観察中に末梢側のみならず、頸椎、頭蓋内に播種を認めた稀な一例と考えられた。

## B-33 播種性病変を呈した RGNT の一例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

齋藤 清貴, 横上 聖貴, 笠 新逸, 上原 久生, 竹島 秀雄

【緒言】 Rosette-forming glioneuronal tumor of the fourth ventricle (RGNT)は主に若年成人の小脳虫部から第4脳室に発生し、全摘出で治癒が期待される WHO 分類 2007 Grade 1 の稀な良性腫瘍である。今回我々は水頭症で発症し、画像上播種性病変を認めた RGNT の症例を経験したので報告する。

【症例】 8歳女性。出生、成長・発達に大きな問題なし。2015年5月に繰り返す嘔吐で発症し近医小児科入院。頭部 MRI 検査で第4脳室腫瘍、水頭症を指摘され当科転院となった。当院での頭部 MRI 検査では T2 強調画像で第4脳室を中心に中脳水道に張り付くような病変で、Ga 造影で造影増強効果を認めた。さらに脳幹周囲、頸髄表面、側脳室内、シルビウス裂に造影増強効果を認め播種性病変が疑われた。画像検査では、鑑別疾患として pilocytic astrocytoma, ependymoma, ependymblastoma, medulloblastoma が挙げられた。全摘出は困難と考え、腫瘍生検術+脳室ドレナージ術を施行した。肉眼所見上は灰白調で、易出血性、第4脳室に張り付くようなゼリー状の腫瘍であり、病理診断は RGNT, MIB-1 index 1.7%の診断であった。水頭症の改善により臨床症状は改善した。SchlamannらのMeta-AnalysisによるとRGNT85例のうち、全摘出に至った症例は36例に留まり、部分摘出例の3例にのみ放射線照射が施行された。予後不良で死亡に至った症例は3例であった。本症例では病理所見、臨床症状が軽度であることを考慮し、待機的に後療法を検討する方針とした。2015年8月の時点で画像上の腫瘍増大もなく良好に経過している。

【結語】 画像上髄液播種を呈した若年発症の RGNT の 1 症例を経験した。全摘出が困難な RGNT の後療法は定見がなく、症例毎において慎重な検討を要すると思われる。

## B-34 多源性に脳出血を繰り返した転移性脳腫瘍の 1 例

佐世保市立総合病院脳神経外科

林 健太郎, 林 之茂, 松尾 義孝, 白川 靖, 上之郷 眞木雄

症例は80歳男性。肺癌に対して左側上葉摘出術を受けた。2カ月後、自宅療養中に頭痛が出現した。次第に意識障害が出現したために当院に救急搬送された。来院時、JCS3、四肢の筋力低下を認めた。頭部 CT にて左小脳に40mm大の腫瘍を認めた。腫瘍は等～高吸収域を呈し、亜急性の出血と判断した。また、右側頭葉に2mm大の高吸収域を認めた。肺炎を合併しており、全身管理を行った。第2病日の頭部 CT では腫瘍はやや縮小していたが、腫瘍は高吸収域となり、くも膜下出血を合併しており、新たな出血を来したものと判断した。第4病日に開頭術を施行した。全身麻酔で腹臥位とし、ナビゲーションを併用した。腫瘍内容は慢性硬膜下血腫様の液体であった。小脳橋角部側に血管に塊があり、摘出し病理標本とした。術後、新たな神経学的異常は認めず、病理診断は肺癌の転移であった。術後、全脳照射 30 Gy を施行した。小脳病変は安定していたが、右側頭葉の高吸収域は次第に増大し、20mm大となったが、その後消退した。出血の増大は緩徐であり、小脳病変と同様に転移性脳腫瘍からの出血と判断した。症例を報告し、転移性脳腫瘍からの出血の病態について文献的考察を加える

## B-35 頭蓋内原発性悪性黒色腫の一例

<sup>1</sup>鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科, <sup>2</sup>霧島市立医師会医療センター脳神経外科,

<sup>3</sup>野口脳神経外科

岡田 朋久<sup>1</sup>, 米澤 大<sup>1</sup>, 平野 宏文<sup>1</sup>, 大吉 達樹<sup>1</sup>, 羽生 未佳<sup>1</sup>, 高城 朋子<sup>1</sup>, 新納 忠明<sup>2</sup>, 中野 真一<sup>3</sup>,  
有田 和徳<sup>1</sup>

頭蓋内原発性悪性黒色腫は、メラニン色素産生能を有する細胞の増殖からなる腫瘍であり、本邦において発生頻度は低い。治療法としては外科的治療を根幹に化学療法及び放射線療法が選択されるが、予後は極めて不良である。今回経験した若年の頭蓋内原発性悪性黒色腫の一例を文献的考察を含め報告する。症例は、10代の女性、増強する頭痛を主訴に救急搬送、画像検査の結果左後頭葉の腫瘍性病変が指摘され、開頭腫瘍摘出術を実施。術中所見でくも膜下腔に存在する腫瘍は黒色を呈していた。病理はびまん性かつシート状に増生するメラニン細胞を認め、免疫染色では Melan A、HMB-45、S-100 に陽性を示しており、悪性黒色腫の診断に至った。術後は摘出腔局所への定位放射線療法を実施するも、その後脊髄を含む髄腔内播種を認め、追加として全脳-全脊髄照射を実施している。以降は頭痛及び痙攣重積発作が頻回にみられ、また急性水頭症併発により VP シャント術も実施されている。ご家族と相談した結果、その当時選択されうる化学療法は行われず、緩和医療への方針転換の後、発症3年後に死亡された。

## B-36 頭部打撲を契機に指摘された円蓋部悪性リンパ腫の一例

<sup>1</sup>九州大学大学院医学研究院脳神経外科, <sup>2</sup>九州大学大学院医学研究院神経病理学,

<sup>3</sup>九州大学大学院医学研究院血液腫瘍内科

高原 健太<sup>1</sup>, 森 恩<sup>1</sup>, 空閑 太亮<sup>1</sup>, 橋口 公章<sup>1</sup>, 吉本 幸司<sup>1</sup>, 佐山 徹郎<sup>1</sup>, 鈴木 諭<sup>2</sup>, 嶋川 卓史<sup>3</sup>,  
小田原 淳<sup>3</sup>, 加藤 光次<sup>3</sup>, 飯原 弘二<sup>1</sup>

【症例】62歳男性。数年前より職場の棚扉で前額部を強打することがしばしばあった。2015年7月頃から前額部に皮下腫脹が出現し、10月に近医を受診した。頭部CTで前額部皮下および直下の頭蓋内硬膜外に占拠性病変を指摘され当科紹介となった。当初、器質化した皮下血腫と硬膜外血腫を疑い精査を施行したところ、皮下と硬膜外の病変はいずれも造影MRIで不均一に増強され、PET検査では核種の異常集積を認め、また眼窩内への浸潤を認めた。腫瘍マーカー検査は $\beta$ -MG 2.0mg/L、IL2-R 1816.0 U/mLであり、悪性リンパ腫を疑い、前額部皮下及び硬膜外病変に対して小開頭での生検術を施行した。術中所見では頭蓋骨浸潤も確認され、皮下・頭蓋内の腫瘍は連続した一病変と判断した。病理結果から Diffuse large B cell lymphoma の診断となった。悪性リンパ腫に準じてR-MPV療法を開始後、病変は縮小傾向である。【考察】円蓋部の悪性リンパ腫の報告例は少なく、当院でも2000年以降で同様の症例経験はなく非常にまれな病態と考えられる。同部位における腫瘍性病変としては他に髄膜腫や転移性脳腫瘍等が挙げられ、治療方針は大きく事なることからその鑑別は重要と思われるが、円蓋部悪性リンパ腫において過去の報告例は少なく、典型的な検査所見については不明な点が多い。自験例に過去の報告例を併せ、円蓋部悪性リンパ腫の画像所見や病理像、治療方針について文献的考察を加え報告する。

## B-37 海綿静脈洞に限局した成人頭蓋内脊索腫

産業医科大学脳神経外科

鈴木 恒平, 山本 淳孝, 高橋 麻由, 中野 良昭, 秋葉 大輔, 植田 邦裕, 梅村 武部, 高松 聖史郎,  
宮地 裕士, 西澤 茂

症例は66歳男性。2013年10月、肝内胆管癌の摘出を施行されその後内服化学療法中であった。同時期より複視があり、2015年2月頃より左前頭部のしびれも出現した。かかりつけ消化器外科で頭部MRI施行され、頭蓋内病変を指摘され当科紹介となった。初診時、左外転神経麻痺と左V1領域のしびれを認めた。頭部CTで左傍鞍部に骨破壊像を伴う腫瘍性病変を認め、頭部MRIでは左海綿静脈洞内部を主座とする30mm大のT1低信号、T2高信号の腫瘍性病変を認めた。造影MRIでは腫瘍は比較的均一な増強効果を示し、脳血管撮影では腫瘍濃染像は認めなかった。既往から転移性脳腫瘍を考え、その他髄膜腫や海綿状血管腫等を鑑別に挙げ手術を施行した。硬膜外アプローチによる開頭腫瘍摘出術を施行。術中病理診断では、転移性脳腫瘍の可能性が示唆され、部分摘出にとどめた。術後合併症なく経過した。最終病理で脊索腫の診断となり、残存腫瘍に対して放射線加療を追加し現在再発なく経過している。脊索腫は胎生期の遺残脊索より発生し仙骨や脊椎など中軸骨格に好発する。全体の25～35%が頭蓋底に発生し原発性脳腫瘍の0.2～0.5%を占める稀な腫瘍である。通常、頭蓋底脊索腫の多くはsphenoccipital synchondrosisより斜台に好発するが、15%で片側性に錐体尖部に発生し小脳橋角部や海綿静脈洞へ進展すると報告されている。本症例では腫瘍は海面静脈洞内にほぼ限局しており外転神経麻痺、三叉神経障害を呈していた。文献的には海綿静脈洞部腫瘍は海綿状血管腫や三叉神経鞘腫、下垂体線腫などが多数を占めるとされるが、報告によって異なるものの脊索腫も1～7%程度報告されており、海綿静脈洞に限局する腫瘍の鑑別として考慮すべきと考えられた。

## B-38 再発を繰り返し骨盤転移をきたした脳血管周皮腫の一例

<sup>1</sup>池友会福岡和白病院脳神経外科, <sup>2</sup>ガンマナイフセンター, <sup>3</sup>病理診断科

肥後 尚樹<sup>1</sup>, 原田 啓<sup>1</sup>, 梶原 真仁<sup>1</sup>, 谷口 俊介<sup>1</sup>, 高木 勝至<sup>2</sup>, 中野 龍治<sup>3</sup>, 福山 幸三<sup>1</sup>

64歳女性、3カ月前から左側頭部の腫瘍が徐々に増大するため受診、左側頭部の頭蓋骨破壊を伴い皮下に伸展する4cm大の髄外腫瘍がみられ初回手術を施行、血管周皮腫の診断であった。以後、17カ月後（以降、初回手術からの月数）に右後頭部硬膜転移に対し2回目の手術、1cm大以下の硬膜転移に対し18カ月目から36カ月目に計4回、8ヶ所のガンマナイフ照射を行った。41カ月目に左頭頂部の硬膜転移に対し3回目の手術を施行した。41カ月目のPET-CTで全身転移巣はなかった。43カ月目に全脳照射30Gy、局所照射15Gyを予定し副作用のため全脳照射30Gyで中止した。その後、癌性髄膜炎による症候性てんかんをきたすようになるも生活は自立できていた。46カ月目に歩行時に左股関節部の疼痛が出現、左腸骨の骨融解を伴う腸骨転移による病的骨折であった。PRT-CTで頭蓋外転移は同部のみ確認された。根治治療は困難であり骨盤部の放射線照射20Gyを施行するも、車椅子移乗のADLとなった。57カ月目に癌性髄膜炎により永眠された。血管周皮腫は硬膜浸潤性の腫瘍で再発性が高く、化学療法、放射線照射の効果が期待できない腫瘍である。小さい再発巣の段階で見逃さなければ定位放射線照射による局所制御が可能である。また頭蓋外転移をきたすことがあり全身検索を要する。

## B-39 脊髄空洞症を合併した後頭蓋窩大型くも膜嚢胞の1手術例

<sup>1</sup> 沖縄県立中部病院脳神経外科, <sup>2</sup> 沖縄県立中部病院神経内科

矢野 昭正<sup>1</sup>, 石川 泰成<sup>1</sup>, 仲宗根 進<sup>1</sup>, 吉田 剛<sup>2</sup>

脊髄空洞症と Chiari 奇形の合併はよく知られているが、後頭蓋窩大型くも膜嚢胞に脊髄空洞症を合併した報告は非常に稀である。今回、われわれが経験した1手術例に若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は33歳男性。出生時を含め頭部外傷や髄膜炎など感染症の既往はない。受診2か月前から右前腕尺側のしびれと感覚鈍麻を自覚。しびれは怒責時や右下側臥位で増強した。その後、仰臥位でも両下肢に電気が走るような感覚を自覚するようになった。四肢の筋力低下や筋萎縮、巧緻運動障害、歩行障害は認めなかった。画像検査で小脳後面に大型くも膜嚢胞を認め、小脳が上前方に圧排されていた。C1 から T1 レベルに脊髄空洞症とそれに伴う脊髄の膨大がみられた。脊髄造影 MRI で腫瘍性病変は認められず、電気生理学的検査で SEP は正常であった。神経症状の悪化を予防する目的で手術を行い、新たな神経脱落症状なく退院した。

脊髄空洞症を合併した後頭蓋窩大型くも膜嚢胞の術式として、文献では嚢胞切除と後頭下減圧術の報告が大半であり、S-S shunt は再発時に選択されるなど適応は限定的である。今回、われわれはくも膜嚢胞切除による髄液還流の改善がどの程度持続するか予測できないこと、術中に頸髄後面で白濁肥厚した強固なくも膜癒着を観察したことから、将来の髄液循環障害再発による脊髄空洞症の再増大を危惧した。さらに初めて経験する症例でもあり後頭下減圧、C1 椎弓切除、くも膜嚢胞切除、Magendie 孔の開放と同時に S-S shunt 留置を併用した。術後、右上肢のしびれは軽快、MRI でくも膜嚢胞と脊髄空洞症の縮小を認め、満足いく良好な結果が得られた。今後臨床症状と画像の長期フォローを行っていく。

## B-40 外転神経麻痺で発症した Sylvius 裂くも膜嚢胞の一例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

村上 あゆみ, 篠島 直樹, 矢野 茂敏, 倉津 純一

頭蓋内くも膜嚢胞の発生頻度は約 0.1~0.3%で剖検や画像検査で偶然みつかる無症候性がほとんどで症候性は少ない。症例は24歳男性。自動車運転時に自覚した複視を主訴に近医眼科を受診。眼鏡の調整が行われたが改善しなかったため頭蓋内精査施行したところ、巨大嚢胞性病変が認められ加療目的に当科紹介となった。入院時所見では、頭痛・嘔吐やうっ血乳頭など頭蓋内亢進症状は認められなかった。また対座法で明らかな眼球運動障害は認められなかったが、ヘススクリーンテストで両側外転障害が認められた。頭部レントゲン及びCT上、右頭蓋は菲薄化し対側に比べ拡大しており頭蓋は左右非対称であった。頭部MRI上、右前頭側頭頭頂円蓋部から中頭蓋窩、脳底槽に至る最大径15cmの巨大な嚢胞性病変と周囲脳組織の圧排・変形が認められた。内部は髄液と同等の信号強度を呈し、Sylvius 裂くも膜嚢胞と診断した。他に器質性病変が存在しないことから、嚢胞が外転神経障害の責任病変と考え、小開頭で神経内視鏡下に嚢胞脳槽開窓術を施行した。嚢胞内に硬性内視鏡を挿入し、脳底槽の安全なスペースを切開し、嚢胞と脳底槽を交通させた。術後自覚的に複視は改善し、ヘススクリーンテストで外転障害は改善していた。画像上も嚢胞の縮小と周囲構造物の圧排効果は軽減していた。頭蓋内くも膜嚢胞による外転神経麻痺は稀である。内視鏡下嚢胞脳槽開窓術により良好な結果を得たので、文献的考察を加えて報告する。

## B-41 正常圧水頭症を呈した脊髄馬尾神経鞘腫の一例

<sup>1</sup>嬉野医療センター脳神経外科, <sup>2</sup>嬉野医療センター病理診断科

土持 諒輔<sup>1</sup>, 村田 秀樹<sup>1</sup>, 内藤 慎二<sup>2</sup>, 宮園 正之<sup>1</sup>

脊髄腫瘍に水頭症を伴う症例は少ないながらいくつかの報告がある。今回我々は正常圧水頭症の精査でみつかった脊髄神経鞘腫の症例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は66才、男性。初診より1年ほど前から出現、進行した認知機能障害、歩行障害、尿失禁を主訴に前医外来を受診した。同院でのMRIで脳室の拡大があり、正常圧水頭症を疑われ当科紹介受診となった。腰椎穿刺を施行したところ、髄液は黄色であり髄液蛋白は3900mg/dLと高値であった。腰椎MRIでL2椎体レベルに硬膜内外にダンベル状に進展する髄外増強病変を認めた。脊髄腫瘍による続発性水頭症と診断し、L2の椎弓切除ならびに腫瘍摘出術を施行した。摘出標本の病理学診断は神経鞘腫であった。術後2週間の時点での認知機能はMMSEで術前の19点から27点へと著明に改善し、歩行障害や尿失禁も改善した。水頭症の原因として、まれではあるが脊髄腫瘍の可能性があり、腫瘍摘出により水頭症の症状が改善する可能性があることが示唆された。

## B-42 頸椎前縦靭帯骨化症により嚥下障害、嘔声をきたした1例

九州医療センター脳神経外科

白水 寛理, 瀧川 浩介, 三月田 祐平, 秦 暢宏, 詠田 眞治

73歳・男性。半年前から徐々に進行する嚥下障害、嘔声がみられるようになった。上部消化管内視鏡で器質的な異常は指摘できず、下咽頭後壁がなだらかに隆起していた。C3/4で下咽頭から喉頭下部を後方から圧迫する前縦靭帯骨化症があり、固形物は飲み込めず、粥状のものしか摂取できなくなった。前縦靭帯骨化症が嚥下障害、嘔声の原因と考えられ、頸椎前方アプローチによる骨化巣切除術を施行した。術後より嚥下障害改善を認めた。頸椎前縦靭帯骨化症の多くは無症状であるが、高度な骨化形成とそれに伴う食道壁や気管、反回神経の圧迫、炎症などにより嚥下障害や嘔声をきたすことは稀である。嚥下障害による誤嚥性肺炎や気道閉塞に伴った死亡例も報告されていることから、骨棘による障害が出ている症例には外科的治療を行う必要がある。今回我々は前縦靭帯骨化症により嚥下障害、嘔声を呈した1症例に対して外科的治療を行い、良好な結果が得られたので報告する。

## B-43 転移性脊髄髄内腫瘍の一例

九州労災病院脳神経外科

前原 直喜, 天野 敏之, 芳賀 整

頭蓋内・脊髄内に多発する病変の鑑別はときに困難な場合があり、これが治療開始の遅延にもつながる。当院において頭蓋内および脊髄内に多発性の病変を有し、診断に難渋した転移性腎細胞癌の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は70歳男性で、進行性に増悪する両下肢の脱力と膀胱直腸障害を主訴に当院を受診した。MRIでは上位頸髄から腰髄に及ぶ広範な脊髄内のT2WI・FLAIR高信号病変を認め、Gd造影ではTh2/3レベルの髄内に6mm大の増強病変を認めたため、これが今回の責任病巣と考えられた。また頭蓋内の精査も行ったところ、両側の前頭葉、側頭葉、後頭葉、右頭頂葉に連続性のないT2WI・FLAIR高信号病変と、Gd造影で増強される多発性の結節性病変を認め、炎症性疾患・脱髄性疾患・腫瘍などが鑑別として挙げられた。腹部造影CTでは右腎に小結節性病変を認め、腎細胞癌を原発巣とする転移性脊髄腫瘍の可能性も考えられたが、他の部位には転移を認めず、腎細胞癌からの転移としては、原発巣のサイズやstagingからは非典型的と考えられた。症状も進行性であることから、視神経脊髄炎などを考慮し、並行してステロイドパルス療法を開始されたものの、臨床上も画像上もほとんど治療効果は認めなかった。確定診断を目的に左側頭後頭葉の14mm大の増強病変に対して開頭生検術を行ったところ、腎細胞癌からの転移性腫瘍に矛盾しない所見であり、放射線治療を開始するに至った。

転移性の脊髄腫瘍は非常に稀であり、特に腎細胞癌からの転移はほとんど報告がない。患者の状態を勘案すると、なるべく非侵襲的な精査による診断と早期の治療開始が望ましいが、転移性脊髄腫瘍の鑑別は時に困難であり、鑑別のためには遅滞なく生検術を考慮する必要があると考えられた。

## B-44 頭蓋頸椎不安定性にて発症した腎細胞癌頭蓋底転移の一例

<sup>1</sup>久留米大学医学部脳神経外科, <sup>2</sup>久留米大学医学部病理学

寺地 昭太<sup>1</sup>, 坂本 六大<sup>1</sup>, 中村 普彦<sup>1</sup>, 竹重 暢之<sup>1</sup>, 折戸 公彦<sup>1</sup>, 宮原 孝寛<sup>1</sup>, 服部 剛典<sup>1</sup>, 坂田 清彦<sup>1</sup>, 広畑 優<sup>1</sup>, 杉田 保雄<sup>2</sup>, 森岡 基浩<sup>1</sup>

症例は74歳女性。登山中に後方に転倒したがリュックがクッションとなり頸部が過伸展状態となった。その後より頸部は右に側屈し、後頸部痛、構音障害、嚥下障害が出現したため近医受診。精査にて右後頭顆から斜台下部にかけて溶骨性変化を伴う腫瘤性病変を指摘され、当院紹介となった。腫瘍は右頸静脈孔前方で、頭蓋底の骨を破壊し右舌下神経管を巻き込むように存在していた。術前に行った血管撮影検査ではS状静脈洞は閉塞や圧迫なく、上行咽頭動脈や後頭動脈、椎骨動脈より強い腫瘍濃染像を認めた。各種腫瘍マーカーは陰性で骨シンチでその他に集積なかったため、原発性骨腫瘍やglomus jugular tumorなどを疑った。右後頭環椎関節はすでに圧潰、脱臼の所見を認めており後頭頸椎間の固定術は必須と考えられたため、術前塞栓術の後far lateral approachにて腫瘍を可及的に摘出し、引き続いて固定術を行った。病理診断は、腎細胞癌の頭蓋底転移であった。残存腫瘍に放射線治療を加え、原発巣に対しては今後泌尿器科で手術予定である。腎細胞癌の頭蓋骨の転移、特に頭蓋頸椎移行部への転移で発症する症例は非常に稀である。文献的考察を加えて報告する。

## B-45 上位頸髄神経鞘腫に対する手術到達法の選択

琉球大学医学部脳神経外科

金城 雄生, 渡邊 孝, 宮城 智央, 石内 勝吾

【目的】上位頸髄に発生する神経鞘腫の摘出術においては、腫瘍の発生部位と進展方式により、適切な手術到達法を選択する必要がある。今回我々は、上位頸髄硬膜外神経鞘腫と上位頸髄硬膜内髄外神経鞘腫の2症例を経験したので、手術到達法を中心に報告する。

【症例】症例1は45歳男性。約3ヶ月の経過で持続する両手掌のしびれを自覚。MRIでは、左C-2神経根から発生し、不均一に造影される硬膜内髄外腫瘍を認め、延髄の高度な圧迫を認めた。右側臥位、Far lateral approachで腫瘍摘出術を施行した。外側後頭下開頭、C-1椎弓切除を行って、硬膜内の腫瘍を全摘出し、Dural sleeveの位置では被膜下摘出を行った。病理診断はSchwannomaであり、両上肢のしびれは完全に回復した。症例2は31歳男性。2年の経過で持続する両手指のしびれを自覚。MRIでは、最大径43mm、不均一に造影され、上位頸髄外側に進展する腫瘍を認めた。FIESTAでは、頸髄との間に硬膜が介在する所見を認め、硬膜外腫瘍と診断した。右側臥位でC-1椎弓切除のみを行い、C-1とC-2間の硬膜外に存在する腫瘍を全摘出した。病理診断はSchwannomaであり、両上肢のしびれは完全に回復した。

【結語】上位頸髄に発生する神経膠腫の摘出術において、硬膜内髄外腫瘍、Dumbbel型腫瘍の場合には、Far lateral approachが有用であり、髄液漏防止のためには、dural sleeveの部位は、被膜下摘出が必要となる。硬膜外腫瘍の摘出の際には、頸椎静脈叢と被膜を丁寧に剥離することで、出血を軽減することが可能となる。

## B-46 S. agalactiae を起因菌とする劇症型急性硬膜下膿瘍の一例

福岡輝栄会病院脳神経外科

阿部 悟朗, 中野 智伸, 尤 郁偉, 石橋 秀昭, 鈴木 聡

【はじめに】急性硬膜下膿瘍は衛生面の改善並びに抗生剤の普及により、近年減少しつつある稀な疾患である。しかし今回のような劇症型の経過をとることもあり、依然臨床の場では軽視できない。今回副鼻腔炎から由来し、S. agalactiae を起因菌とする劇症型急性硬膜下膿瘍を経験し、抗生剤加療および開頭排膿術を行い良好な経過を得たのでここに報告する。

【症例】16歳男性 【既往歴】幼少期より副鼻腔炎の指摘あり

【現病歴】20XX年XX月X日38℃代の熱発あり。3日後40℃代へと増悪し左前頭部を中心とした激しい頭痛となり受診。頭部CTにて左前頭部前額洞近傍に凸レンズ上の低吸収域を、左側頭部脳表に薄く低吸収域を認めた。左前額洞にも膿瘍貯留を認め、副鼻腔炎由来の急性硬膜外・下膿瘍と診断。同日よりピペラシリン8g/日、セフトリアキソン2g/日、ミノマイシン200mg/日の重症量開始。入院翌日より失語症状出現し、入院3日目JCS30へと意識レベル低下。頭部CTにて左側頭部脳表の低吸収域の増大と、左大脳半球全体の腫脹と認めた。脳幹周囲の圧迫も認め、切迫脳ヘルニアと判断し同日開頭排膿術及び減圧開頭術を施行した。前頭部の骨切除の際、硬膜外膿瘍より排膿を認め培養提出。硬膜下にも左側頭葉・前頭葉脳表に広範囲に膿瘍形成を認めた。同じく培養提出し、可及的脳表の洗浄を行い外減圧とした。培養結果としてはすべての培養よりS. agalactiaeが検出された。術後次第に意識改善し、失語症状も術3日後には消失した。

【考察】S. agalactiaeはB群溶連菌（GBS）とも呼ばれ、主に腸内・口腔内の常在菌として有名である。今回副鼻腔炎より発症した、急激に進行する硬膜下膿瘍を経験し、早期の開頭排膿術により良好な治療転帰を得た。

## B-47 神経内視鏡手術が奏功した脳室炎の1例

<sup>1</sup>地方独立行政法人大牟田市立病院脳神経外科, <sup>2</sup>久留米大学医学部脳神経外科

藤森 香奈<sup>1</sup>, 寺地 昭太<sup>2</sup>, 江藤 朋子<sup>1</sup>, 山下 伸<sup>1</sup>, 倉本 晃一<sup>1</sup>, 森岡 基浩<sup>2</sup>

脳室炎に対する治療は抗生剤による内科的治療および脳室ドレナージ術が主流であったが、近年は神経内視鏡手術の有用性も報告されている。今回、我々は難治性の脳室炎に対し神経内視鏡手術が奏功した症例を経験したので報告する。症例は60歳、男性。2015年8月下旬に頭痛・発熱を認め、髄膜炎疑いにて当科紹介となった。入院時、意識レベルは清明で項部硬直のみ認め、血液検査にて著明な炎症所見と髄液検査にて著明な多核球優位の細胞数上昇を認めた。MRIでは左側脳室後角に感染性 debris を疑う所見を認め、脳室炎の診断にて抗生剤投与を開始した。治療開始後も炎症所見および髄液所見は改善せず、再検したMRIでは左側脳室周囲の造影所見と左側脳室後角の debris の増大を認めた。経過中、意識レベルの低下も認め、難治性の脳室炎に対して9月中旬に神経内視鏡を用いた debris の除去、脳室内洗浄および脳室ドレナージ術を行った。同時に炎症に伴うモンロー孔閉塞による水頭症予防のため septostomy も行った。術後2日目には劇的な髄液所見の改善を認めた。術後も内科的治療を継続し、10月初旬に再度、神経内視鏡にて脳室内の観察・洗浄を行い、同時期に脳室ドレーンも抜去した。術後のMRIでは水頭症の合併なく、炎症に伴う左側脳室の癒着・形態変化を認めたが、脳室周囲の造影所見は消失した。その後も髄液所見は改善を示し、意識レベルも清明となり、頭痛、発熱も消失し、神経脱落症状なく11月に独歩退院となった。脳室炎に対する外科的治療には脳室ドレナージが行われていたが、ドレナージだけでは感染性 debris の除去は困難と考えられる。一方、神経内視鏡手術は直視下に debris の除去を行うことができ、また septostomy など炎症に伴う局所的な髄液循環障害に対応することも可能で脳室ドレナージ単独より有用性は高いと考えられる。難治性の脳室炎に対しては内科的治療に神経内視鏡手術を併用することは根治的にも有用と考えられた。

## B-48 医学部における臓器提供側の立場からの移植医療啓発講義の課題

国家公務員共済組合連合会新小倉病院

吉開 俊一

日本の臓器ドナー数は、欧米の1/30-1/50、韓国の1/13に過ぎない。この差は、国民や医療従事者に対する啓発の差違によると考えられる。現在の医学部教育では、臓器提供側の講義は稀である。そこで多くのドナー患者経験を持つ筆者は、九州圏内の5大学医学部で講義を計20回行った。その講義は学生らに、臓器提供事情と共に患者の死を理解する新鮮な機会を与えた。以下に講義で展開された代表的な質疑応答を提示する。1. 医師は人が死ぬとなぜ分かるか、医師は患者が存命中に治療を諦め患者が死ぬことを家族に告げて良いのか、死を防ぐため全ての患者には人工呼吸器や人工心肺が用いられるはずだ：理論中心の医学教育の場では、実践的な患者の死の理解は困難である。医業に就けば死のあり方を理解するとはいえ、臓器提供は患者の死を前提とした唯一の医療行為であり、医師は人の死を正視せよと教えるべきである。2. 医学部受験対策の一環で、脳死は人の死かを哲学的に討論した多くの経験談があった。その殆どは、矛盾に満ちた議論の後脳死は回復可能と結論付けられた：脳死は単なる脳機能の全廃状態であり、医学的には人の死ではなく、法的な死との規定に過ぎない。しかし過去の誤解に満ちた世間の喧噪の延長線上で、受験対策での脳死に関する誤りの刷り込みは、医学部入学前に彼らに悪影響を及ぼしていた。3. オプション提示で医師が臓器提供の話題を口にすることが、家族に臓器提供を思い浮かばせ引いては提供を促す。医師自身に様々な感情がある状態では、完全に中立で提供を誘導させないオプション提示をするのは難しい：オプション提示に関しては、医師としての適切な資質と訓練の上で行われるべきと考える意見と、あくまで負担無く当然の流れとして呈示できるシステムこそが本質的に求められるとの意見に分かれた。この相反する議論を深めることが、移植医療の発展の鍵と考えられた。このように臓器提供側の講義は、医学生に医療の現場の諸問題を伝えプロの自覚を促すものであった。

## B-49 新しい脳深部刺激装置 VerciseTM の使用経験

<sup>1</sup>貝塚病院脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学病院救命救急センター

宮城 靖<sup>1</sup>, 河井 伸一<sup>1</sup>, 松本 順太郎<sup>2</sup>

【背景】VerciseTM は 16 個の独立した電流供給源を持つ充電式定電流の脳深部刺激療法 (DBS) システムである。パーキンソン病の視床下核刺激療法 (STN-DBS) において VerciseTM を導入したのでその使用経験について報告する。

【方法】2015 年 5 月からパーキンソン病患者 16 例に新規 STN-DBS 手術を行なった。術前に患者および家族に従来の DBS システム ActivaTM と VerciseTM の特性を紹介し、最終的に 13 例が VerciseTM を選択した。13 例の平均年齢は 65.1 歳、男女比 7:6、術前オフ期 Yahr 3-5 であった。

【結果】VerciseTM を選択した理由は、第 1 に電池性能 (25 年以上の推定電池寿命、完全放電による電池劣化がない)、第 2 にリモコン・充電器の操作性であった。1 例で術中延長ケーブルを破損し交換したが、結果的に全例で器械トラブルはなく使用できた。頭蓋内出血や感染などの手術合併症はなかった。UPDRS part 2 (オフ期) は 65.0 % 減少し、抗 PD 薬 (一日レボドパ換算用量) は 57% 減少した。従来の DBS システム ActivaTM 使用例 (36 例) ではそれぞれ 60.7% と 60.5% であり、ほぼ同等の成績であった。

【考察】VerciseTM はパーキンソン病における STN-DBS 導入の急性期において従来の DBS システムとほぼ同等の治療効果が得られた。またその充電やプログラマー操作は容易に習得しやすく、高齢者やパーキンソン病患者には有用な DBS システムと考えられた。

## B-50 胸椎不全型 nonterminal myelocystocele の一例

<sup>1</sup>JCHO 九州病院脳神経外科, <sup>2</sup>JCHO 九州病院小児科,

<sup>3</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科

尾辻 亮介<sup>1</sup>, 外間 政朗<sup>1</sup>, 伊野波 諭<sup>1</sup>, 山本 順子<sup>2</sup>, 森岡 隆人<sup>3</sup>

【はじめに】Myelocystocele は稀な閉鎖性二分脊椎の一種であり、腰仙部に好発し頸部または胸腰部の発生は少ないとされる。今回、胸部に発生し脊髄中心管拡大や嚢胞内への脊髄の陥入のない不全型 nonterminal myelocystocele の手術を経験した。特徴的な画像および手術所見を示し文献的考察を加え報告する。

【症例】生後 4 日目の女児。産科医院で妊娠管理が行われ出産前に異常は指摘されていない。37 週 1 日で自然経膈分娩で出産、身長 50cm、体重 3082g、Apgar9/9 点、胸背部腫瘍を指摘され紹介となった。病変は胸背部正中に存在する 4×3.5×2.5cm の嚢胞性腫瘍で薄い正常皮膚に覆われていた。左内反足が見られたが、それ以外の下肢運動は良好、肛門反射は保たれ排尿、排便は日齢相当であった。CT で下位胸椎以下に二分脊椎を認め、MRI の CISS 画像で第 11-12 胸椎椎弓間に小孔を介し脊髄硬膜下腔と嚢胞に髄液の交通を認めた。同部で脊髄は嚢胞側硬膜へ癒着し、嚢胞と脊髄背面は索状物で連続していた。脊髄円錐下端は第 3 腰椎レベルと低位であった。生後 13 日目、嚢胞切除および硬膜形成、繫留解除を目的に手術を行った。脊髄硬膜とくも膜は途中で嚢胞壁へ移行していた。MRI で認めた索状物は脊髄背側から発生し瘻孔を通過し嚢胞壁に移行した。電気刺激で運動神経がないことを確認し索状組織を切離した。硬膜・椎弓形成を行い手術を終了、術後経過は良好である。病理検査で索状構造物は GFAP 陽性のグリア、血管、結合組織から成り、fibroneural stalk の所見であった。

【考察】稀な不全型 nonterminal myelocystocele の一手術例を経験した。術前 MRI による診断は重要で手術所見とよく一致した。本疾患は神経学的異常を合併しない報告が多いが、本例は脊髄円錐が低位に存在するため脊髄係留の発生に留意し経過観察を行う予定である。

## B-51 Non-epithelial tethering tract を伴った潜在性二分脊椎の 2 症例

<sup>1</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科, <sup>2</sup>九州大学大学院医学研究院脳神経外科,

<sup>3</sup>九州大学大学院医学研究院神経病理

森岡 隆人<sup>1</sup>, 下川 能史<sup>2</sup>, 村上 信哉<sup>1</sup>, 橋口 公章<sup>2</sup>, 鈴木 諭<sup>3</sup>

Non-epithelial tethering tract (NETT)は表皮から脊椎管内に連続する索状物が脊髄を係留するもので、表皮に覆われた管腔構造物を有する先天性皮膚洞のような epithelial tethering tract と区別される (Rajpal S et al. 2007)。2015年8月以降経験した潜在性二分脊椎12例中2例にNETTがみられた。(症例1) 生後1日腰背部正中のcigarette burn様の癬痕皮膚で受診。MRIで皮膚病変から脊椎管内に連続する索状物を認め、meningocele manqueの診断で、3ヶ月時に手術を行った。3D-heavily T2強調画像(3D-hT2)や3D-T1強調画像(3D-T1)では、NETTが正中よりやや左側から硬膜内に入り脊髄を係留する状態が明瞭に描出され、索状物が脊髄に入る直前で切断、係留解除した。索状物は末梢神経と血管を含んだ膠原線維主体の組織であった。(症例2) 腰背部正中の皮膚陥凹で受診。3D-hT2や3D-T1では、低位円錐と終糸肥厚に加え、皮膚陥凹から脊髄に連続する索状物を認め、5ヵ月時に手術を行った。まず、終糸から脊髄円錐にcaudal typeの脂肪腫がみられ、これを係留解除した。これとは別により頭側で硬膜囊に入る索状物を切断、係留解除した。索状物は膠原線維主体の組織で、脊髄への附着部には末梢神経や横紋筋がみられた。NETTはPang Dら(1993)のいうlimited dorsal myeloschisisの概念、すなわち神経管の限局的な部位での不完全な閉鎖により神経組織と皮膚組織の連続性が残るものと理解されている。皮膚洞と違い感染やinclusion tumor合併の危険性はないが、脊髄係留に対してはその解除が必要で、この診断には3D-hT2や3D-T1、特に索状物から脊髄の走行に一致した断面で再構成が可能なcurved parallel法が有用である。

## B-52 生後より嘔吐発作を繰り返した Lhermitte-Duclos disease の一例

<sup>1</sup>長崎医療センター脳神経外科, <sup>2</sup>長崎医療センター初期臨床研修プログラム,

<sup>3</sup>長崎医療センター小児科, <sup>4</sup>西諫早病院

杉川 知香<sup>2</sup>, 小野 智憲<sup>1</sup>, 本田 涼子<sup>3</sup>, 馬場 啓至<sup>4</sup>, 福田 雄高<sup>1</sup>, 日宇 健<sup>1</sup>, 牛島 隆二郎<sup>1</sup>, 戸田 啓介<sup>1</sup>, 堤 圭介<sup>1</sup>

【はじめに】Lhermitte-Duclos disease (LDD)は小脳の過誤腫によって小脳半球が腫大し周囲を圧迫することで脳圧亢進症状、小脳失調、水頭症などを呈する疾患である。今回、生後より嘔吐発作を繰り返したLDDの1例を経験したので報告する。【症例】10歳男児。生後2週より原因不明の嘔吐が出現。生後8ヵ月時に頭部MRIで右小脳に腫瘍性病変を指摘されるが増大傾向はなく、自律神経失調症として他施設にてフォローアップされていた。9歳時に強直間代けいれんでてんかんを発症し、10歳時に当院へ紹介。抗てんかん薬を開始後てんかん発作は消失したが嘔吐発作は日単位で持続した。持続時間は1-2分で1日10回以上見られた。間欠期は無症状であったが、左右注視眼振や軽度の小脳失調症状は認めた。頭部MRIで右中小脳脚に付着する約3cm大の腫瘍性病変あり軽度延髄を圧迫していた。ビデオ脳波記録では嘔吐発作時の脳波変化は認めなかった。各種制吐剤、ハロペリドールは無効であった。FDG-PETにて病変部の代謝亢進を認め、これに起因する症状の可能性が高いと判断し病変の部分切除術を施行した。病理所見はDysplastic cerebellar gangliocytomaであった。術後、嘔吐発作は速やかに消失し再燃なく1年が経過した。術直後は失調性歩行と右測定障害が出現したがリハビリテーションによって半年後にはほぼ消失した。【考察】LDDの患者で発作性嘔吐の報告はない。嘔吐発作の原因としては腫瘍による脳幹の嘔吐中枢の圧迫、てんかん発作、病変内部の異常な機能亢進などの可能性を考えたが、PET-CTを含む検査結果より腫瘍内部での異常な機能亢進が示唆され、病変そのものによる嘔吐発作ではないかと推察した。

## B-53 von Willebrand 病に併発した帽状腱膜下血腫の 1 例

長崎大学医学部脳神経外科

定方 英作, 諸藤 陽一, 出端 亜由美, 吉田 光一, 角田 圭司, 松尾 孝之

帽状腱膜下血腫は頭部打撲や頭髪の牽引で生じ、救急外来でよくみられる病態である。帽状腱膜下血腫は通常保存的治療となる。症例は 8 歳の女兒、転倒し床で右側頭部を打撲した。受傷時は涕泣あったが、普段と変わりなかったため経過をみていた。受傷 2 日後より頭痛が増悪し、3 日目より嘔気も出現したため当院小児科を受診した。CT で著明な帽状腱膜下血腫を認めたため当科へコンサルトとなった。頭痛、嘔気が強かったため当科入院とし、血腫の吸引を行った。その後も血腫の増大を認めたため、再度穿刺を行い、血腫の吸引、弾性包帯による圧迫を行った。血液検査で第 XIII 因子の低下を認め、補充を行った。その後は血腫の増大認めず自宅退院となった。

今回 von Willebrand 病に併発した難治性の帽状腱膜下血腫を経験したので、文献的考察を加えて報告する

## B-54 軟膜動静脈瘻破裂に対し経動脈的塞栓術を施行した 1 例

<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院 脳神経外科, <sup>2</sup>大阪市立総合医療センター 脳血管内治療科

福地 絢子<sup>1</sup>, 江橋 諒<sup>1</sup>, 高瀬 幸徳<sup>1</sup>, 吉岡 史隆<sup>1</sup>, 下川 尚子<sup>1</sup>, 劉 軒<sup>1</sup>, 若宮 富浩<sup>1</sup>, 緒方 敦之<sup>1</sup>, 増岡 淳<sup>1</sup>, 河島 雅到<sup>1</sup>, 阿部 竜也<sup>1</sup>, 小宮山 雅樹<sup>2</sup>

【はじめに】軟膜動静脈瘻は比較的稀な疾患であるが、破裂率も高く治療の適応、方法について慎重に検討する必要がある。今回我々は軟膜動静脈瘻破裂に対し血管内治療を施行した症例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

【症例】4 歳男児。3 歳時より右側頭葉に静脈瘤を伴う血管病変を指摘されており、増大傾向にあったため、治療を前提に経過観察中であった。2015 年 5 月に頭痛発症の右急性硬膜下血腫を認め、緊急入院となった。一旦症状は改善したが、入院 7 日目に再出血を反復し、頭痛・意識障害が出現したため、出血源と思われる静脈瘤に対し TAE を行った。終了直後に瞳孔不同が出現し、引き続き緊急開頭血腫除去術を施行した。術後 5 日目の MRI では Galen 大静脈に T2\*WI 低信号域の出現あり、TAE の結果として Galen 大静脈内に血栓を形成したものと考えられた。術後 6 日目に抜管した後、ヘパリン持続静注による抗凝固療法を開始した。術後 21 日目に血管造影を施行し、出血源と考えられた静脈瘤が消失していること、また Galen 大静脈を含めた正常還流は保たれていることを確認し、抗凝固療法を終了した。ごく軽度の左下肢麻痺が残存したが、その他は明らかな後遺症なく入院 40 日目で自宅退院とした。退院時 mRS1。発症後 6 ヶ月後の血管造影で病変が消失していることを確認した。

【まとめ】軟膜動静脈瘻は破裂リスクが高く、厳重な経過観察を行うとともに治療のタイミングを逸しないことが肝要である。

## 合同-1 視交叉近傍に生じ脱髄性疾患との鑑別を要した視神経膠芽腫の1例

倉敷中央病院<sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科, <sup>3</sup>京都博愛会病院 神経内科

佐藤 眞也<sup>1</sup>, 黒崎 義隆<sup>2</sup>, 森 仁<sup>1</sup>, 北口 浩史<sup>1</sup>, 山尾 房枝<sup>1</sup>, 大井 長和<sup>3</sup>, 沈 正樹<sup>2</sup>, 山形 専<sup>2</sup>, 進藤 克郎<sup>1</sup>

症例は67歳男性。主訴は右眼で物が見えないこと。X年9月から右眼で物が見えにくくなり、右眼の奥の鈍痛もあった。以後、進行性。眼科を経て、X年11月に当科へ紹介。右視神経乳頭の腫脹と発赤、右 Marcus Gunn 瞳孔、右眼の圧痛を認め、右眼はほぼ全盲であった。MRIにて右視神経から視交叉右側にかけて腫大を伴う T2 高信号病巣を認め、ガドリウム造影効果も伴った。血清抗 AQP4 抗体は陰性であった。脱髄性疾患を考え、ステロイドパルス療法と血漿交換療法を行ったところ、右眼痛は軽快。一方、右視力、右眼底所見、MRI 所見の改善に乏しかった。以後、病巣の経時的増大を認めたことから腫瘍を疑い、脳神経外科にて同病巣の開頭腫瘍摘出術を実施したところ神経膠芽腫と病理診断された。テモゾロミドの投与と放射線療法を行うも転帰は不良であった。文献的考察を加えて報告する。

## 合同-2 痙攣発作を呈した慢性硬膜下血腫の2症例

佐世保市立総合病院<sup>1</sup>神経内科, <sup>2</sup>脳神経外科

藤本 武士<sup>1</sup>, 藤岡 真知子<sup>1</sup>, 島 智秋<sup>1</sup>, 宮崎 禎一郎<sup>1</sup>, 白川 靖<sup>2</sup>, 上之郷 眞木雄<sup>2</sup>

症例1は91歳女性。X年9月に転倒後、右硬膜下血腫の診断となり近医でフォロー。同年12月下旬、食事中に息苦しそうにしているのを発見され救急要請。救急車内より全身間代性痙攣あり。来院後、ジアゼパム静注で痙攣は頓挫したが、再び左顔面と上肢より始まる間代性痙攣が繰り返された。頭部 MRI では右慢性硬膜下血腫と DWI で右大脳皮質高信号の他、FLAIR で一部脳溝の高信号あり。

症例2は83歳女性。X年12月に自宅で転倒し壁で頭部を打撲、同月末より傾眠傾向や歩行障害あり。前医で頭部 CT を施行、左硬膜下血腫を指摘され保存的に加療されていた。翌月上旬より痙攣発作があり当院紹介受診。右上下肢に間代性痙攣あり、ジアゼパム静注で痙攣は頓挫したが再び痙攣は繰り返された。後日施行した頭部 MRI では左硬膜下血腫と FLAIR で一部脳溝の高信号あり。痙攣発作を伴う慢性硬膜下血腫について、画像を中心に検討を加え報告する。

### 合同-3 頸部振戦が著明で脳深部刺激療法が有効であったジストニアの一例

<sup>1</sup>九州大学大学院医学研究院 神経内科学、<sup>2</sup>貝塚病院 脳神経外科

辻本 篤志<sup>1</sup>、篠田 紘司<sup>1</sup>、上原 平<sup>1</sup>、山下 謙一郎<sup>1</sup>、村井 弘之<sup>1</sup>、宮城 靖<sup>2</sup>、吉良 潤一<sup>1</sup>

症例は40歳女性。X-5年7月より頸部を大きく上下に振るような不随意運動が出現。同時期より歩行困難も自覚。複数の神経内科で精査されたが、頭部MRIや血液検査に異常なく、心因性と判断され、精神科で経過観察されていた。症状は次第に進行しX年3月に当科入院。入院時、頸部が激しく上下に動く不随意運動、首下がり、両下肢内反尖足を認め歩行不能であった。頸部不随意運動は感覚トリックを伴った。表面筋電図では頸部伸展・屈曲時に共収縮、不随意運動の際には2Hz前後の相反性収縮を認めた。X年11月に脳深部刺激療法(淡蒼球刺激療法)を施行し、頸部不随意運動、首下がりは顕著に改善。内反尖足も同様に改善し歩行可能となった。頸部・下肢を主体とする全身性ジストニアで、ジストニア性振戦による頸部不随意運動が顕著であった症例と考えられた。病初期から頸部振戦が主徴であったため、診断に長期間を要したと推察された。貴重な症例と考え報告する。

### 合同-4 ワーファリン内服中に発症した脳出血に対する神経内視鏡下血腫除去術の一例

<sup>1</sup>福岡大学医学部救命救急センター、<sup>2</sup>福岡大学医学部脳神経外科

松田 浩大<sup>1</sup>、保田 宗紀<sup>2</sup>、松本 順太郎<sup>1</sup>、左村 和宏<sup>2</sup>、野中 将<sup>1</sup>、岩朝 光利<sup>2</sup>、東 登志夫<sup>1</sup>、石倉 宏恭<sup>2</sup>、井上 亨<sup>1</sup>

近年神経内視鏡による血腫除去術が、急性期脳出血に対する外科的治療として確立したものとなってきている。抗凝固療法中の脳出血の発症は問題が多い。今回ワーファリン内服中に発症した脳出血に対して、神経内視鏡下血腫除去術を行った。

症例は66歳男性、夕食後に突然の気分不良、嘔吐を発症し、同日加療目的に当センター搬入となった。BP 207/104mmHg、JCS 10、GCS14点(E3V5M6)、NIHSS 5点であり、右共同偏視、左小脳失調症状、構音障害を認めた。頭部CTでは左小脳半球に4.0×2.4cmの高吸収域がみられ、3D-CTAでは脳動脈瘤や血管奇形はみられなかった。慢性心房細動に対しワーファリン内服中であり、搬入時INR 2.13であった。降圧剤による血圧コントロールを行い、乾燥人血液凝固第9因子複合体(PPSB-HT)を投与後、同日緊急で神経内視鏡下血腫除去術を行った。術後経過は良好で、NIHSS 2点と改善がみられ、術後12日目にリハビリテーション目的で転院となった。

ワーファリン内服中に発症した脳出血に対し、神経内視鏡下血腫除去術を行った症例について、文献的考察を加え報告する。

## 合同-5 脳深部刺激装置 ActivaTM の新機能とその使用経験

<sup>1</sup>貝塚病院脳神経外科, <sup>2</sup>福岡大学病院救命救急センター

宮城 靖<sup>1</sup>, 河井 伸一<sup>1</sup>, 松本 順太郎<sup>2</sup>

【背景】脳深部刺激療法 (DBS) は 2000 年に保険収載され、パーキンソン病 (PD) やジストニア、振戦などの難治性不随意運動に対する外科治療として広く確立された。近年 Soletra から ActivaTM へのモデルチェンジにより、複数プログラムを組んで同時に使用したり (マルチプログラミング)、患者自身で刺激を調整したり (アドバンスモード) する機能が付加された。

【方法】当院で 2012 年 4 月から 19 ヶ月の間に行なわれた DBS の新規植込み術 24 例と交換手術 45 例について新機能の使用状況を調べた。

【結果と考察】新規症例 24 例のうちマルチプログラミングは 8 例 (PD 5 例、ジストニア 3 例)、アドバンスモードは 17 例 (PD 14 例、ジストニア 2 例、振戦 1 例) で使用していた。マルチプログラミングは新規患者の約 3 割に使用された。ジストニアでは刺激開始初期・刺激慢性期のいずれでも PD より使用率が高かった。これは弱い刺激で開始できる PD の STN-DBS と対照的に、ジストニア難治例での GPi-DBS は初期から極力強い刺激を要するという方針を反映していると考えられた。アドバンスモードは PD の刺激開始初期から使用頻度が高く、入院期間を短縮する傾向があった。また交換症例 (刺激慢性期) においても、副作用に悩む症例や、マルチプログラミングを導入した症例ではアドバンスモードが有用と考えられた。

【まとめ】ActivaTM 新機能は DBS 開始初期においても慢性期においても、その治療効果を最大限に発揮するのに非常に有用と考えられた。