

第 229 回 日本神経学会九州地方会

第 134 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：2020 年 2 月 29 日(土)

受付開始：午前 8 時 00 分

神経学会 8 時 30 分 - 16 時 30 分

脳神経外科学会 9 時 00 分 - 15 時 40 分

合同セッション 11 時 00 分 - 11 時 40 分

ランチョンセミナー(1) 11 時 50 分 - 12 時 50 分

ランチョンセミナー(2) 12 時 10 分 - 12 時 50 分

会場：九州大学百年講堂

大ホール (神経学会)、中ホール 1、2 (脳神経外科学会)

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

連絡事項

< 共通事項 >

神経内科、脳神経外科共に、受付は百年講堂ロビーに設置しております。

企業展示、喫茶コーナーもございますのでご利用ください。無線 LAN も使用可能の予定です。当日の場内掲示をご参照ください。

- 1) 講演時間：6分(予鈴5分)、質疑：2分
- 2) 発表形式：PC、液晶プロジェクター1台

(注)発表者は、遅くとも発表の30分前には受付してください。発表の10分前には次演者席にご着席ください。

< 神経学会 >

- 1) メディア USBメモリーのみ。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。
- 2) 動画・音声 PowerPoint内の動画・音声のみとします。
- 3) 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提出してください。
- 4) 会費 非会員 1,000円

< 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ください。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、conflict of interest (COI)状態を開示する義務があります。COI自己登録及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ください。)
- 3) 会費 1,000円
- 4) 発表要領については日本脳神経外科学会九州支部会HPをご覧ください。スライドサイズを4:3として、プレゼンテーションを作成して頂くようにお願いします。
- 5) 本支部会終了後にFD講習会を開催します。 詳細はプログラムをご覧ください。
- 6) 理事会は11時50分より、2階会議室1で行います。理事の方はご参集ください。

ランチオンセミナーのご案内

<ランチオンセミナー1>

日時 2020年2月29日(土) 11:50-12:50
場所 九州大学百年講堂 大ホール
座長 吉良潤一 (九州大学大学院医学研究院神経内科学)
演者 清水文崇 (山口大学医学系研究科神経内科学)

演題 「多発性硬化症と視神経脊髄炎の病態を
血液脳関門破綻から考える」

共催 第229回 日本神経学会九州地方会
ノバルティスファーマ株式会社

<ランチオンセミナー2>

日時 2020年2月29日(土) 12:10-12:50
場所 九州大学百年講堂 中ホール1、2
座長 溝口昌弘 (九州大学大学院医学研究院脳神経外科)
演者 迎 伸孝 (九州大学大学院医学研究院脳神経外科)

演題 「九大病院における医工連携およびてんかん治療の実際」

共催 第134回 日本脳神経外科学会九州支部会
エーザイ株式会社

神経学会		
大ホール		
8:30	開会の辞 吉良 潤一 (九州大学)	座長
8:35-9:07	セッション1	緒方 利安 (福岡大学)
9:09-9:41	セッション2	薬師寺 祐介 (佐賀大学)
9:43-10:07	セッション3	木村 成志 (大分大学)
10:09-10:33	セッション4	望月 仁志 (宮崎大学)
11:00-11:40	合同セッション	立石 貴久 (久留米大学) 増岡 淳 (佐賀大学)
11:50-12:50	ランチョンセミナー1	吉良 潤一 (九州大学)
13:00-13:45	世話人会 (中ホール3 (1F))	
13:50-14:25	セッション5	中根 俊成 (熊本大学)
14:26-14:50	セッション6	吉村 俊祐 (長崎大学)
14:52-15:16	セッション7	岡田 和将 (産業医科大学)
15:18-15:50	セッション8	松浦 英治 (鹿児島大学)
15:52-16:24	セッション9	山崎 亮 (九州大学)
16:25-16:30	閉会の辞 吉良潤一(九州大学)	

脳神経外科学会			
中ホール1,2			
9:00	開会の辞 飯原弘二 (九州大学)	座長	コメンテーター
9:05-9:29	血管障害(1)	安倍 洋 (福岡大学)	細山 浩史 (鹿児島大学)
9:29-9:53	血管障害(2)	出雲 剛 (長崎大学)	札幌 博貴 (大分大学)
9:53-10:17	血管障害(3)	大森 雄樹 (熊本大学)	西村 中 (九州大学)
10:17-10:49	血管障害(4)	大田 元 (宮崎大学)	福田 健治 (福岡大学)
11:00-11:40	合同セッション (大ホール)	立石 貴久 (久留米大学)・増岡 淳 (佐賀大学)	
12:10-12:50	ランチョンセミナー 2	溝口 昌弘 (九州大学)	
13:00-13:24	機能外科・てんかん	齋藤 健 (産業医科大学)	浜崎 禎 (熊本大学)
13:24-13:56	外傷/脊椎	有村 公一 (九州大学)	馬場 史郎 (長崎大学)
13:56-14:28	脳腫瘍(1)	坂田 清彦 (久留米大学)	中野 良昭 (産業医科大学)
14:28-14:52	脳腫瘍(2)	大吉達樹 (鹿児島大学)	小牧 哲 (久留米大学)
14:52-15:16	脳腫瘍(3)	初井 泰朋 (大分大学)	岡本 浩昌 (唐津赤十字病院)
15:16-15:40	脳腫瘍(4)	菅原 健一 (琉球大学)	渡邊 孝 (宮崎大学)
15:40	閉会の辞 飯原弘二 (九州大学)		
16:00	脳神経外科学会FD講習会 (中ホール1.2)		
			理事会 (会議室1 (2F))

令和元年度 日本神経学会九州地区生涯教育講演会

【日時】 令和2年3月1日(日) 9時30分～ (受付:9:00-)

【会場】 九州大学コラボレーション1 2F 視聴覚ホール
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1 TEL:092-642-5340

【会費】 4,000円

【申込方法】 当日参加方式ですので、事前申込は必要ありません。

【プログラム】

9時30分～10時20分 座長:佐賀大学 原 英夫

「孤発性脳小血管病の臨床的意義」

演者:薬師寺 祐介 (佐賀大学医学部 神経内科)

10時20分～11時10分 座長:九州大学 山崎 亮

「自己免疫性自律神経節障害 =自律神経系と免疫系との間には=」

演者:中根 俊成 (熊本大学病院 分子神経治療学寄附講座)

11時20分～12時10分 座長:久留米大学 谷脇 考恭

「CMTの包括的遺伝子解析」

演者:橋口 昭大 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
脳神経内科・老年病学講座)

12時10分～13時00分 座長:福岡大学 坪井 義夫

「パーキンソン症候群を呈する神経変性疾患における

臨床研究のアップデート」

演者:藤岡 伸助 (福岡大学医学部 脳神経内科学教室)

日本神経学会九州支部主催の神経学的ハンズオン

【開催日時】 令和2年3月1日(日) 14:00~15:20

【会場】 九州大学コラボレーション1 2F 視聴覚ホール
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1 TEL:092-642-5340

【Tutor】 木村成志 (大分大学医学部 神経内科学講座)

立石貴久 (久留米大学医学部 神経内科)

【参加費】 3,000円 (定員20名 事前参加予約が必要です)

プログラム (神経学会)

神経学会の演題は、「A-○」という演題番号です。

合同セッションの演題は、「合同-○」という演題番号です。

開会の辞 8:30- 吉良 潤一

セッション 1

8:35-9:07

座長：緒方利安（福岡大学）

A-1 たこつぼ型心筋症が先行したと考えられる脳梗塞の一例

福岡市民病院 脳神経内科

宮崎哲、柴田憲一、向井達也、中垣英明、長野祐久

A-2 肺静脈断端血栓症により脳梗塞と脾梗塞を来した 1 例

福岡大学 脳神経内科

梅谷啓太、緒方利安、藤岡伸助、坪井義夫

A-3 総頸動脈閉塞に伴う stump syndrome による脳梗塞の一例

九州医療センター 脳血管・神経内科

橋本剛、和田晋一、森田隆雄、友原沙織、桑城貴弘、矢坂正弘、岡田靖

A-4 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)に伴うくも膜下出血と脊髄硬膜外血種を認めた一例

済生会福岡総合病院 脳神経内科

松本航、中澤祐介、園田和隆、田中正人、川尻真和、山田猛

セッション 2

9:09-9:41

座長：薬師寺祐介（佐賀大学）

A-5 血栓回収術後に可逆性中大脳動脈狭窄を呈した脳梗塞の 1 例

(1) 長崎大学病院 脳神経内科、(2) 長崎大学病院脳神経外科

山下魁理⁽¹⁾、立石洋平⁽¹⁾、金本正⁽¹⁾、宮崎禎一郎⁽¹⁾、吉村俊祐⁽¹⁾、長岡篤志⁽¹⁾、島智秋⁽¹⁾、
太田理絵⁽¹⁾、福嶋かほり⁽¹⁾、平山拓朗⁽¹⁾、辻野修平⁽¹⁾、松永裕希⁽²⁾、諸藤陽一⁽²⁾、辻野彰⁽¹⁾

A-6 右内頸動脈先端部閉塞に対する血行再建術後 hemichorea を来した一例

(1) 福岡大学筑紫病院脳卒中センター・脳神経内科 (2) 福岡大学筑紫病院脳神経外科、
(3) 福岡大学医学部脳神経内科

木村聡⁽¹⁾、立石雄嗣⁽¹⁾、津川潤⁽¹⁾、光武尚史⁽²⁾、森永裕介⁽²⁾、井上律郎⁽²⁾、平田陽子⁽²⁾、

武村有祐⁽²⁾、新居浩平⁽²⁾、東登志夫⁽¹⁾⁽²⁾、坪井義夫⁽³⁾

A-7 脳塞栓症を契機に診断に至った Loews-Dietz 症候群の 1 例

(1) 熊本大学脳神経内科、(2) 熊本赤十字病院脳神経内科、(3) 横浜市立大学

川本佳右⁽¹⁾、植田明彦⁽¹⁾、中島誠⁽¹⁾、和田邦泰⁽²⁾、寺崎修司⁽²⁾、水口剛⁽³⁾、松本直通⁽³⁾

A-8 脳アミロイドアンギオパチーにより若年性に多発脳出血をきたした 1 例

(1) 九州大学大学院医学研究院神経内科学 (2) 九州大学大学院医学研究院神経病理学

原佑碩⁽¹⁾、井下恒平⁽¹⁾⁽²⁾、稲水佐江子⁽¹⁾、松下拓也⁽¹⁾、山崎亮⁽¹⁾、岩城徹⁽²⁾、吉良潤一⁽¹⁾

セッション 3

9:43-10:07

座長：木村成志（大分大学）

A-9 若年発症の下肢ジストニアと振戦を呈し、PINK1 及び DYT5a 両遺伝子の heterozygous 変異を認めた一例

(1) 佐賀大学医学部内科学講座 脳神経内科、(2) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 臨床神経化学分野、(3) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 脳神経内科

吉川正章⁽¹⁾、鈴山耕平⁽¹⁾、江里口誠⁽¹⁾、瓦井俊孝⁽²⁾、西岡健弥⁽³⁾、原英夫⁽¹⁾

A-10 注意・遂行機能障害が主徴となった SCA17 (Ataxia with intellectual deterioration) の 1 例

藤元総合病院 脳神経内科

穂原貴裕、吉田崇志、大窪隆一、末原雅人

A-11 中脳病変により Paroxysmal dysarthria-ataxia syndrome を呈した一例

(1) 鹿児島市医師会病院、(2) 鹿児島市立病院脳神経内科

堂園美香⁽¹⁾、児島史一⁽¹⁾、徳永紘康⁽¹⁾、牧美充⁽²⁾、中川広人⁽¹⁾、園田健⁽¹⁾

セッション 4

10:09-10:33

座長：望月仁志（宮崎大学）

A-12 一過性全健忘様の症状を繰り返した成人型神経核内封入体病の一例

(1) 佐世保中央病院脳神経内科、(2) 国立病院機構鈴鹿病院 NIID 研究事務所

松岡隆太郎⁽¹⁾、竹尾剛⁽¹⁾、曾根淳⁽²⁾

A-13 精神運動発達遅滞にてんかんと舞踏様運動を合併した GNAO1 変異によるてんかん性脳症の一例

鹿児島大学病院 脳神経内科

森拓馬、今田美南子、松下洋平、湯地美佳、安藤匡宏、平松有、田代雄一、荒田仁、高嶋博

A-14 定位的深部脳波で評価した頭皮上脳波で false-lateralization を示す側頭葉てんかんの 1 手術例

(1) 福岡山王病院 脳・神経機能センター、(2) 九州大学大学院医学研究院 保健学部門、(3) 国際医療福祉大学医学部 脳神経内科

三好絢子⁽¹⁾、萩原綱一⁽¹⁾、鎌田崇嗣⁽¹⁾、大原信司⁽¹⁾、重藤寛史⁽²⁾、赤松直樹⁽¹⁾⁽³⁾

合同セッション

11:00-12:40

座長：立石貴久（久留米大学）・増岡淳（佐賀医大）

合同-1 Directional DBS が有用であった難治性本態性振戦の 2 例

医療法人相生会 福岡みらい病院 機能神経外科、脳神経外科、看護部

宮城 靖、浦崎 永一郎、江口弘子

合同-2 当院で経験した中枢神経原発悪性リンパ腫の臨床的検討

佐世保市総合医療センター (1) 脳神経内科、(2) 脳神経外科

鳥村大司⁽¹⁾、番園隆浩⁽¹⁾、林信孝⁽¹⁾、前田泰宏⁽¹⁾、藤本武士⁽¹⁾、林健太郎⁽²⁾、

合同-3 髄膜腫術後に発症した非痙攣性てんかん重積に対して焦点切除を行い、アルツハイマー病・アミロイドアンギオパチーが判明した一例

(1) 九州大学大学院医学研究院脳神経外科、(2) 九州大学病院検査部、(3) 九州大学大学院神経病理学、(4) 福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科

安部啓介⁽¹⁾、迎伸孝⁽¹⁾、三月田祐平⁽¹⁾、溝口昌弘⁽¹⁾、酒田あゆみ⁽²⁾、鈴木諭⁽³⁾、森岡隆人⁽⁴⁾、飯原弘二⁽¹⁾

合同-4 慢性頭蓋内圧亢進症と VP シヤントによって気脳症を合併した一例

(1) 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科、(2) 福岡大学脳神経外科

平尾宜子⁽¹⁾、神崎由起⁽²⁾、古賀嵩久⁽¹⁾、三木浩一⁽²⁾、松本順太郎⁽²⁾、野中将⁽²⁾、安部洋⁽²⁾、林修司⁽¹⁾、井上亨⁽²⁾

合同-5 高齢化率の高い地域における脳疾患良質支援の現状

九州労災病院門司メディカルセンター (1) 脳神経外科、(2) リハビリテーション部、
(3) 産業医科大学脳神経外科

梅村武部⁽¹⁾、宮地裕士⁽¹⁾、蜂須賀研二⁽²⁾、山本淳考⁽³⁾

ランチョンセミナー (1)

11:50-12:50

座長：吉良 潤一 (九州大学)

演者 清水文崇 (山口大学医学系研究科 神経内科学)

演題 「多発性硬化症と視神経脊髄炎の病態を血液脳関門から考える」

共催 第 229 回 日本神経学会九州地方会

ノバルティスファーマ株式会社

世話人会 (九州大学百年講堂 中ホール 3)

13:00-13:45

セッション 5

13:50-14:25

座長：中根俊成 (熊本大学)

A-32 異常行動で発症し軟膜増強と髄液中抗シトルリン化ペプチド (CCP) 抗体陽性よりリウマチ性髄膜炎と診断した一例

飯塚病院 脳神経内科

前田泰宏、劉景晨、宇根隼人、進村光規、園田啓太、高瀬敬一郎

A-15 再発を繰り返した可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳炎/脳症(MERS)の兄弟例

長崎医療センター (1) 神経内科、(2) 脳神経外科

忽那史也⁽¹⁾、上野未貴⁽¹⁾、徳田昌紘⁽¹⁾、岩永洋⁽¹⁾、堤圭介⁽²⁾

A-16 抗 LGI1 抗体陽性自己免疫性脳炎の 1 例

(1) 産業医科大学 脳神経内科、(2) 同 脳神経外科、(3) 福岡山王病院 脳・神経機能センター、(4) 国際医療福祉大学医学部

東盛雄政⁽¹⁾、橋本智代⁽¹⁾、長坂昌平⁽²⁾、山本淳考⁽²⁾、赤松直樹⁽³⁾、足立弘明⁽¹⁾、岡田和将⁽¹⁾

A-17 Hurst 脳炎類似の臨床像を呈した髄膜脳炎の一例

大分県立病院 神経内科

高畑克徳、上杉聡平、角華織、花岡拓哉、法化図陽一

セッション 6

14:26-14:50

座長：吉村俊祐（長崎大学）

A-18 初発より3年後に再発した腫瘍非合併抗 NMDA 受容体抗体脳炎の一例

熊本大学脳神経内科

宮野遼太郎、波止聡司、高松孝太郎、中根俊成、山下太郎

A-19 起立性低血圧にて発症した抗 NMDA 受容体脳炎の1例

国立病院機構熊本医療センター (1) 脳神経内科、(2) 病理診断科、(3) 産婦人科

阿字野愛⁽¹⁾、小阪崇幸⁽¹⁾、天野朋子⁽¹⁾、津田麻友美⁽¹⁾、津田幸元⁽¹⁾、村山寿彦⁽²⁾、西村弘⁽³⁾、幸崎弥之助⁽¹⁾

A-20 血液浄化療法により良好な転機をたどった抗 NMDA 受容体抗体および抗 MOG 抗体陽性脳炎の一例

(1) 大分県立病院神経内科、(2) 大分大学脳神経内科学講座

上杉聡平⁽¹⁾、角華織⁽¹⁾、高畑克徳⁽¹⁾、花岡拓哉⁽¹⁾、法化図陽一⁽¹⁾、内田大達⁽²⁾、石橋正人⁽²⁾、松原悦朗⁽²⁾

セッション 7

14:52-15:16

座長：岡田和将（産業医科大学）

A-21 頸髄病変に器質化肺炎を合併した抗 AQP4 抗体陽性 NMOSD の一例

琉球大学附属病院第三内科

渡慶次裕也、水田若菜、照屋翔二郎、山田義貴、宮城 朋、山城貴之、波平幸裕、石原 聡、崎間洋邦、大屋祐輔

A-22 帯状疱疹(HZ)皮疹の髄節と離れた脊髄節性運動麻痺の1例：MRIによる神経根の検討

(1) 聖マリア病院神経内科、(2) 皮膚科、(3) 放射線科、(4) 青森県立中央病院神経内科
間部剛章⁽¹⁾、庄司紘史⁽¹⁾、阿部俊文⁽²⁾、小栗修一⁽³⁾、馬場正之⁽⁴⁾

A-23 症候性ハーレクイン症候群と頸動脈過敏症候群を呈した一例

長崎大学病院 (1) 脳神経内科、(2) 皮膚科

福嶋かほり⁽¹⁾、辻野修平⁽¹⁾、山下魁理⁽¹⁾、平山拓朗⁽¹⁾、金本正⁽¹⁾、太田理絵⁽¹⁾、島智秋⁽¹⁾、長岡篤志⁽¹⁾、吉村俊祐⁽¹⁾、宮崎禎一郎⁽¹⁾、立石洋平⁽¹⁾、白石裕一⁽¹⁾、辻野彰⁽¹⁾、室田浩之⁽²⁾

A-24 高齢発症手根管症候群(CTS)を契機に診断されたリウマチ性多発筋痛症(PMR)の3症例

藤元総合病院 神経内科

吉田崇志、穂原貴裕、大窪隆一、末原雅人

A-25 嚥下障害と声帯内転障害を認めた抗 SRP 抗体陽性ミオパチーの1例

NHO 沖縄病院脳神経内科

中地亮、渡嘉敷崇、妹尾洋、藤原善寿、城間加奈子、城戸美和子、諏訪園秀吾

A-26 ステロイド治療が奏功した HTLV-1 感染を有する封入体筋炎の1例

大分大学医学部神経内科学講座

水上健、軸丸美香、角華織、木村成志、松原悦朗

A-27 2型呼吸不全を契機に診断に至った AL アミロイドーシスの一例

大分大学医学部神経内科学講座

内田大達、安高拓弥、石橋正人、木村成志、松原悦朗

A-28 右中脳動脈解離を発症後に末梢神経障害が顕在化した POEMS 症候群の一例

鹿児島大学病院脳神経内科

平方翔太、武井潤、平松有、田代雄一、荒田仁、松浦英治、高嶋博

A-29 慢性経過の眼瞼下垂・外眼筋麻痺を呈し抗 GT1a、GM1/2、GD1a 抗体が陽性であった一例

九州大学大学院医学研究院神経内科学

姫野洋平、松下拓也、稲水佐江子、山崎亮、吉良潤一

A-30 ギラン・バレー症候群との鑑別を要したツツガムシ病の1例

宮崎大学内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野

小川智香、宮本美由貴、酒井克也、杉山崇史、望月仁志、中里雅光、塩見一剛

A-31 ビタミン B6 欠乏と考えられたポリニューロパチーの 1 例

NHO 大牟田病院 脳神経内科

渡邊暁博、柴信孝、荒畑創、河野祐治、山本明史、笹ヶ迫直一

閉会の辞 16:25- 吉良 潤一

プログラム
(脳神経外科学会)

開会の辞 9:00- 飯原 弘二

セッション1 血管障害 (1)

9:05-9:29

座長：安部 洋 (福岡大学)

コメンテーター：細山 浩史 (鹿児島大学)

B-1 右中大脳動脈の異常血管網に認められた破裂脳動脈瘤の1例

新古賀病院脳卒中脳神経センター 脳神経外科

辛島 聡志, 亀田 勝治, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

B-2 大量鼻出血をきたした侵襲性副鼻腔真菌症に伴う内頸動脈瘤の一例

佐賀県医療センター好生館 脳神経外科

井戸 啓介, 乙木 祐介, 溝上 泰一朗, 松本 健一

B-3 放射線関連病変が疑われた未破裂脳動脈瘤の1例

1 佐世保中央病院 脳神経外科, 2 佐世保中央病院 脳血管内科, 3 福岡大学医学部 脳神経外科

埜本 僚太¹, 竹本 光一郎¹, 手賀 丈太¹, 中島 弘淳², 天本 宇昭¹, 阪元 政三郎¹,

安部 洋³, 井上 亨³

セッション2 血管障害 (2)

9:29-9:53

座長：出雲 剛 (長崎大学)

コメンテーター：札幌 博貴 (大分大学)

B-4 脳深部静脈血栓症の1例

1 済生会八幡総合病院 脳神経外科センター, 2 久留米大学医学部 脳神経外科

杉 圭祐¹, 藤森 香奈¹, 宮城 尚久¹, 岡本 右滋¹, 梶原 収功¹, 森岡 基浩²

B-5 くも膜下出血発症後、腹腔内出血を併発した median arcuate ligament syndrome の1例

1 佐賀大学医学部 脳神経外科, 2 正島脳神経外科病院

古川 隆¹, 緒方 敦之¹, 並川 裕貴¹, 江橋 諒¹, 高口 素史¹, 伊藤 寛¹, 吉岡 史隆¹,

井上 浩平¹, 中原 由紀子¹, 増岡 淳¹, 阿部 竜也¹, 正島 和人², 正島 隆夫²

B-6 脳出血で発症した中大脳動脈閉塞症の一例

社会医療法人製鉄記念八幡病院 脳卒中・神経センター

池内 泰仁, 春山 裕典, 山口 慎也, 佐山 徹郎

座長：大森 雄樹 (熊本大学)

コメンテーター：西村 中 (九州大学)

B-7 解離性上小脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を認めた1例

1 福岡市民病院 脳神経外科, 2 福岡大学医学部 脳神経外科

入江 由希乃¹, 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 井上 亨²

B-8 くも膜嚢胞内に発生した破裂脳動脈瘤の1症例

長崎医療センター 脳神経外科

原口 渉, 川原 一郎, 松尾 彩香, 日宇 健, 小野 智慧, 牛島 隆二郎, 堤 圭介

B-9 沖縄県における超急性期脳梗塞に対する血栓回収療法の現状及び課題

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 1 脳神経外科, 2 神経内科

後藤 克宏¹, 竹下 朝規¹, 根路銘 千尋¹, 仲地 耕², 長嶺 知明¹

座長：大田 元 (宮崎大学)

コメンテーター：福田 健治 (福岡大学)

B-10 小脳出血で発症した tentorial dural AVF の1例

福岡大学筑紫病院 1 脳神経外科, 2 脳神経内科

武村 有祐¹, 新居 浩平¹, 井上 律郎¹, 森永 裕介¹, 光武 尚史¹, 平田 陽子¹, 立石 雄嗣²,
木村 聡², 津川 潤², 東 登志夫¹

B-11 Tentorial dAVF の pial feeder である PICA に発生した破裂動脈瘤の一例

1 福岡大学医学部 脳神経外科, 2 福岡大学病院 救命救急センター

神崎 貴充¹, 福田 健治¹, 吉永 進太郎¹, 堀尾 欣伸², 松本 順太郎¹, 岩朝 光利²,
安部 洋¹, 井上 亨¹

B-12 小開頭下静脈洞穿刺による塞栓術が有効であった横-S 状静脈洞硬膜動静脈瘻の1例

池友会福岡和白病院 脳神経外科

清澤 龍一郎, 原田 啓, 梶原 真仁, 植田 邦裕, 谷口 俊介, 三本木 千尋, 福山 幸三

B-13 くも膜下出血で発症し血管内治療で治癒し得た頭蓋頸椎移行部動静脈瘻の一例

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学講座

中溝 一允, 大森 雄樹, 亀野 功揮, 賀未 泰之, 山本 隆広, 武笠 晃丈

セッション5 合同セッション

11:00-11:40

(他頁を参照ください)

ランチョンセミナー (2)

12:10-12:50

座長：溝口 昌弘 (九州大学)

演者：迎 伸孝 (九州大学大学院医学研究院 脳神経外科)

演題 「九大病院における医工連携およびてんかん治療の実際」

共催 第128回 日本脳神経外科学会九州支部会

エーザイ株式会社

理事会 (九州大学百年講堂 2階会議室1)

11:50-12:50

セッション6 機能外科/てんかん

13:00-13:24

座長：齋藤 健 (産業医科大学)

コメンテーター：浜崎 禎 (熊本大学)

B-14 特徴的な過運動発作を呈した左前頭葉てんかんの1例

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学講座

宮崎 愛里, 浜崎 禎, 上田 隆太, 徳田 高穂, 河野 達哉, 山本 隆広, 武笠 晃丈

B-15 固有補足運動野 (supplementary motor area proper) の焦点切除を行った MRI 無病変性てんかんの一例

1 長崎医療センター 脳神経外科, 2 長崎大学医学部 脳神経外科, 3 佐世保中央病院 小児科,

4 長崎医療センター 小児科, 5 西諫早病院てんかんセンター

松尾 彩香¹, 小野 智慧¹, 馬場 史郎², 日宇 健¹, 川原 一郎¹, 原口 渉¹, 牛島 隆二郎¹,

堤 圭介¹, 犬塚 幹³, 本田 涼子⁴, 渡邊 嘉章⁴, 馬場 啓至⁵

B-16 ジスキネジア様の不随意運動で発症した両側慢性硬膜下血腫の1例

宮崎大学医学部 1 臨床神経科学講座脳神経外科学分野, 2 神経呼吸内分泌代謝学分野

堀之内 翔一¹, 小島 達也¹, 齋藤 清貴¹, 大田 元¹, 渡邊 孝¹, 横上 聖貴¹, 石井 信之²,

望月 仁志², 竹島 秀雄¹

座長：有村 公一（九州大学）

コメンテーター：馬場 史郎（長崎大学）

B-17 C1-Occipitalization 6例の合併症と椎骨動脈の走行異常

1 柳川病院, 2 白石共立病院 脳神経外科, 3 伊万里有田共立病院 脳神経外科

正島 弘隆¹, 本田 英一郎², 田中 達也³, 桃崎 宣明³

B-18 頭部外傷後に Growing skull fracture を合併した一例

1 福岡大学病院 救命救急センター, 2 福岡大学医学部 脳神経外科

竹山 龍平¹, 神崎 由起², 田中 秀明², 三木 浩一², 松本 順太郎², 野中 将², 岩朝 光利¹,
安部 洋², 井上 亨²

B-19 集学的治療により一命をとりとめた交通外傷の一例

1 長崎大学医学部 脳神経外科, 2 長崎労災病院 脳神経外科

高平 良太郎¹, 岡村 宗晃², 松永 裕希¹, 諸藤 陽一¹, 堀江 信貴¹, 出雲 剛¹, 案田 岳夫¹,
松尾 孝之¹

B-20 左上大静脈遺残が関係したと考えられる脳膿瘍の一例

九州医療センター 脳神経外科

宮松 雄一郎, 松尾 諭, 山下 壮一朗, 天野 敏之, 中溝 玲

座長：坂田 清彦（久留米大学）

コメンテーター：中野 良昭（産業医科大学）

B-21 内視鏡下経鼻アプローチにて摘出しえた眼窩内海綿状血管腫の一例

久留米大学医学部 脳神経外科

菊池 仁, 坂田 清彦, 濱本 裕太, 森岡 基浩

B-22 眼窩内に発生した Hybrid neurofibroma/schwannoma の3例

九州大学大学院医学研究院 1 脳神経外科, 2 神経病理

長嶋 孝昭¹, 三月田 祐平¹, 溝口 昌弘¹, 秦 暢宏¹, 空閑 太亮¹, 波多江 龍亮¹,
赤木 洋二郎¹, 鈴木 諭², 岩城 徹², 飯原 弘二¹

B-23 髄液鼻漏にて発症した temporosphenoidal encephalocele の1例

長崎大学医学部 1 脳神経外科, 2 耳鼻咽喉科

松井 彰子¹, 馬場 史郎¹, 渡邊 毅², 高平 良太郎¹, 近松 元気¹, 吉田 光一¹, 氏福 健太¹,
鎌田 健作¹, 案田 岳夫¹, 松尾 孝之¹

B-24 上咽頭癌陽子線治療後に失語で発症した細菌性脳膿瘍の1手術例

沖縄県立中部病院 脳神経外科

矢野 昭正, 石川 泰成, 仲宗根 進

セッション9 腫瘍 (2)

14:28-14:52

座長：大吉 達樹 (鹿児島大学)

コメンテーター：小牧 哲 (久留米大学)

B-25 後頭部不全型脳瘤 (occipital atretic cephalocele) の一例

佐世保市総合医療センター 脳神経外科

小川 由夏, 藤本 隆史, 林 健太郎, 岩永 充人

B-26 多発する脳転移をきたした infantile soft tissue sarcoma の一例

久留米大学医学部 1 脳神経外科, 2 小児科

中嶋 大介¹, 吉富 宗健¹, 河野 隆幸¹, 小牧 哲¹, 森岡 基浩¹, 大園 秀一²

B-27 多房性頭蓋内嚢胞を伴った乳児側脳室脈絡叢乳頭腫 の1例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野

小島 達也, 渡邊 孝, 齋藤 清貴, 山下 真治, 大田 元, 横上 聖貴, 竹島 秀雄

セッション10 腫瘍 (3)

14:52-15:16

座長：糸井 泰朋 (大分大学)

コメンテーター：岡本 浩昌 (唐津日赤病院)

B-28 パーキンソニズムを呈した中枢神経原発悪性リンパ腫

産業医科大学 脳神経外科

野口 祥平, 酒井 恭平, 鈴木 恒平, 鳥居 里奈, 長坂 昌平, 高松 聖史郎, 宮岡 亮,

齋藤 健, 中野 良昭, 山本 淳考

B-29 多発脳梗塞を契機に発見された動静脈瘻を伴った肺腺癌の1例

富永病院 脳神経外科 谷 将星

B-30 髄膜腫との鑑別が困難であった組織球症の一例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 1 脳神経外科, 2 病理部・病理診断科

増田 圭亮¹, 藤尾 信吾¹, 霧島 茉莉², 比嘉 那優大¹, 大吉 達樹¹, 吉本 幸司¹

座長：菅原 健一 (琉球大学)

コメンテーター：渡邊 孝 (宮崎大学)

B-31 Pleomorphic xanthoastrocytoma の一例

1 福岡大学医学部脳神経外科, 2 貝塚病院脳神経外科, 3 福岡大学医学部病理学教室

宮川 健¹, 小林 広昌¹, 吉永 進太郎¹, 松本 順太郎¹, 榎本 年孝², 森下 登史¹, 野中 将¹,
安部 洋¹, 井上 亨¹, 鍋島 一樹³

B-32 悪性脳腫瘍と非腫瘍性疾患の画像診断に苦慮した 2 症例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科

黒木 伸一, 細山 浩史, 花田 朋子, 比嘉 那優大, 藤尾 信吾, 内田 裕之,
大吉 達樹, 吉本 幸司

B-33 膠芽腫患者における脊髄播種予測の検討

大分大学医学部 脳神経外科

梶井 泰朋, 札幌 博貴, 大西 晃平, 藤木 稔

閉会の辞 15:40- 飯原 弘二

抄録集

A 演題(神経学会)、B 演題(脳神経外科学会)、 合同セッション演題の順
に収録しています。

A-1 たこつぼ型心筋症が先行したと考えられる脳梗塞の一例

福岡市民病院 脳神経内科

宮崎哲、柴田憲一、向井達也、中垣英明、長野祐久

症例は 70 歳女性。他院入院中の夫と面会中に突然、意識障害と左片麻痺が出現した。頭部 CT を撮像され、脳梗塞を疑われて当院へ連絡があった。血圧低下があり、ノルアドレナリンを持続静注しながら当院へ搬送された。意識障害（JCS3）、左半側空間無視、右共同偏視、顔面左側の感覚消失と麻痺、構音障害、左不全麻痺と高度の感覚障害があり、NIHSS17 点。心電図で V2-6 に巨大陰性 T 波がみられた。脳血管造影検査で右中大脳動脈 M2 superior trunk に閉塞を認め、rt-PA 静注療法と経皮的血栓回収術を行い完全再開通を得た。ひきつづき冠動脈造影検査を行ったが冠動脈に閉塞や有意狭窄はなかった。経胸壁心臓超音波では心尖部で壁運動が著明に低下しており、たこつぼ型心筋症と診断した。原因として夫の入院に大きなショックを受けたことによる精神的ストレスと考えられた。

A-2 肺静脈断端血栓症により脳梗塞と脾梗塞を来した 1 例

福岡大学 脳神経内科

梅谷啓太、緒方利安、藤岡伸助、坪井義夫

71 歳男性。2019 年 2 月に左上肺腺癌に対する肺葉切除術を施行され、術後化学療法中だった。5 月某日全身倦怠感と嘔吐、発症第 3 病日に複視と構音障害が出現し、頭部 CT 検査で椎骨・脳底動脈領域に散在性の低吸収域がみられた。脳梗塞の診断で呼吸器外科から当科に転科し、脳梗塞の原因は肺静脈断端血栓症と判断しヘパリン持続点滴を開始した。第 15 病日に腹痛が出現し、造影 CT で脾臓の造影不良と脾動脈途絶を認め脾梗塞と診断し、当院消化器外科にて緊急脾臓摘出術を施行した。その後ヘパリンの持続投与を再開したが、第 29 病日に肺静脈断端血栓が再び確認され、その後ワルファリンによる抗凝固治療を行い、第 49 病日に肺静脈断端血栓は消失した。肺静脈断端血栓症から脳梗塞と全身塞栓症に至った症例であり、文献的考察を加えて報告する。

A-3 総頸動脈閉塞に伴う stump syndrome による脳梗塞の一例

九州医療センター 脳血管・神経内科

橋本剛、和田晋一、森田隆雄、友原沙織、桑城貴弘、矢坂正弘、岡田靖

症例は 84 歳男性。X-15 年に弓部大動脈瘤に対して大動脈置換術を施行され、その際左総頸動脈に右鎖骨下動脈からのバイパス血管を吻合された。以後の血栓塞栓症予防にワルファリンを内服していたが、X 年 11 月の造影 CT でバイパス血管の完全閉塞を指摘されていた。X 年 12 月にワルファリン休薬下で、当院泌尿器科にて精巣腫瘍の摘出術を施行されたが、手術翌日に左中大脳動脈領域の脳梗塞を発症した。頸部血管エコーでは、左総頸動脈にバイパス血管閉塞に伴う盲端部を認め、盲端部に oscillating thrombus ともやもやエコーを認めた。他に有意な塞栓源を認めず、総頸動脈閉塞による stump syndrome に起因した脳梗塞と診断した。抗凝固薬を再開後に、頸部血管エコーで盲端部内での血栓化と盲端部への流入血流の減少を確認し、術後 30 日経過した時点で脳梗塞の再発を認めなかった。総頸動脈閉塞による stump syndrome は内頸動脈閉塞と比較して頻度は少なく、stump syndrome は塞栓源として重要であるため、文献的な検討を加えて報告する。

A-4 可逆性脳血管攣縮症候群(RCVS)に伴うくも膜下出血と脊髄硬膜外血腫を認めた一例

済生会福岡総合病院 脳神経内科

松本航、中澤祐介、園田和隆、田中正人、川尻真和、山田猛

症例は 59 歳女性。突然の頸部～腰部痛を認め前医受診。頭部 MRI を撮像されるも特記所見を認めなかった。その後も改善なく、1 週間後の MRI 再検でくも膜下出血及び頸髄硬膜外血腫を認め、当科紹介となった。身体所見では項部硬直を伴う強い頭痛を認めたが、その他神経学的異常は認めなかった。血液検査は特記所見なく、髄液検査では血性髄液であった。頭部 MRI では脳表のくも膜下出血と右中大脳動脈・左椎骨動脈の狭小化を認め、脊髄 MRI では頸胸髄に多発性の硬膜外血腫を認めた。RCVS とそれに伴うくも膜下出血・脊髄硬膜外血腫と診断し、NSAIDs・ベラパミル内服で経過観察とした。症状は経時的に改善を認め、画像所見上も出血は消失し血管攣縮も改善した。RCVS に脊髄硬膜外血腫を合併した症例の報告例は我々の検索した限りではなく、病態について考察し報告する。

A-5 血栓回収術後に可逆性中大脳動脈狭窄を呈した脳梗塞の1例

(1) 長崎大学病院 脳神経内科、(2) 長崎大学病院脳神経外科

山下魁理⁽¹⁾、立石洋平⁽¹⁾、金本正⁽¹⁾、宮崎禎一郎⁽¹⁾、吉村俊祐⁽¹⁾、長岡篤志⁽¹⁾、島智秋⁽¹⁾、
太田理絵⁽¹⁾、福嶋かほり⁽¹⁾、平山拓朗⁽¹⁾、辻野修平⁽¹⁾、松永裕希⁽²⁾、諸藤陽一⁽²⁾、辻野彰⁽¹⁾

症例は42歳女性。卵巣癌に対する化学療法中に下肢静脈血栓と肺塞栓症がありアピキサバンが開始されていた。某日、全失語が出現し頭部MRIで左中大脳動脈閉塞があった。ステントレトリバーによる血栓回収術が施行され、再開通したが狭窄が残存した。第3病日狭窄は改善傾向だった。第4病日に再度失語が出現し左中大脳動脈は再狭窄していた。経頭蓋カラードプラで狭窄部の血流速度は上昇していた。その後経時的に失語症状は改善した。左中大脳動脈の血流速度は次第に正常化した。第24病日のMRAで狭窄は指摘されなかった。血栓回収術が血管攣縮を誘発した可能性があり、考察を加えて報告する。

A-6 右内頸動脈先端部閉塞に対する血行再建術後 hemichorea を来した一例

(1) 福岡大学筑紫病院脳卒中センター・脳神経内科 (2) 福岡大学筑紫病院脳神経外科、
(3) 福岡大学医学部脳神経内科

木村聡⁽¹⁾、立石雄嗣⁽¹⁾、津川潤⁽¹⁾、光武尚史⁽²⁾、森永裕介⁽²⁾、井上律郎⁽²⁾、平田陽子⁽²⁾、
武村有祐⁽²⁾、新居浩平⁽²⁾、東登志夫⁽¹⁾⁽²⁾、坪井義夫⁽³⁾

当院外科に入院中の83歳男性。鼠経ヘルニア手術後x日18時30分に左片麻痺が出現した。右大脳半球領域の急性期脳梗塞と診断し、19時20分血行再建術を行った。治療後NIHSSは15点から後に0点まで改善したが、x+5日左上肢、翌日には左下肢にもchorea様の不随意運動が出現した。ハロペリドール投与で症状は改善しx+19日自宅退院した。本症例は血行再建術にて発症3時間後に右内頸動脈および中大脳動脈の再開通が得られ、術直後のMRIで基底核領域に信号異常は呈さなかったが数日の経過でhemichoreaが出現した。過去の報告を踏まえて本症例の機序について考察する。

A-7 脳塞栓症を契機に診断に至った Loey-Dietz 症候群の 1 例

(1) 熊本大学脳神経内科、(2) 熊本赤十字病院脳神経内科、(3) 横浜市立大学

川本佳右⁽¹⁾、植田明彦⁽¹⁾、中島誠⁽¹⁾、和田邦泰⁽²⁾、寺崎修司⁽²⁾、水口剛⁽³⁾、松本直通⁽³⁾

症例は 29 歳女性。X 年、突然右手の脱力と発語困難が出現し、前医に搬送。症状は 1 時間以内に消失。脳血管造影で左中大脳動脈の分枝に血管閉塞あり。頭蓋内の左内頸動脈に 2 mm 大の動脈瘤あり。左内頸動脈領域に局限した多発性微小出血を認めた。両側内頸動脈と脳底動脈に拡張および蛇行があり、右鎖骨下動脈の拡張および左下顎動脈に動脈瘤を認めたため、当院を紹介受診。X+1 年、突然右手の動作開始遅延、右下肢の脱力を自覚したため当院に搬送。症状は 10 分程度で消失。受診時神経所見では異常なく、身体所見では肘関節の過伸展を認めた。左前大脳動脈に一致して MRI FLAIR で血管高信号あり。経食道心エコーを含め、塞栓源疾患は検出できなかった。遺伝子検査では TGFBR2 に遺伝子変異 (c.1132A>G: p.Arg378Gly) を認めた。両親には本変異はなく、de novo 変異であった。脳塞栓症を契機に診断された例は希であり、報告する。

A-8 脳アミロイドアンギオパチーにより若年性に多発脳出血をきたした 1 例

(1) 九州大学大学院医学研究院神経内科学 (2) 九州大学大学院医学研究院神経病理学

原佑碩⁽¹⁾、井下恒平⁽¹⁾⁽²⁾、稲水佐江子⁽¹⁾、松下拓也⁽¹⁾、山崎亮⁽¹⁾、岩城徹⁽²⁾、吉良潤一⁽¹⁾

症例は 38 歳の女性。1 歳時に頭部外傷と創部感染に対して頭蓋骨除去術を施行されたが、特に後遺症なく成長した。X 年 4 月 10 日から感冒様症状があり、改善後失語症状が出現したが 2 日ほどで改善した。5 月 13 日に左下肢外側のしびれを自覚し、翌日近医で頭部 MRI を撮影され右前頭葉に急性期の、左後頭葉皮質下に陳旧性の出血性病変が認められた。血圧がやや高かったため降圧薬を開始され経過観察されていたが、X 年 8 月 22 日に右顔面、右上肢のしびれが出現し、同医の頭部 CT で新たに左前頭葉に急性期の、右頭頂葉、左側脳室周囲に陳旧性の出血性病変が認められた。若年で多発する脳出血の精査目的に当科紹介となった。診断目的に左前頭葉出血部の脳生検を行い、組織の免疫染色により血管壁にアミロイド β の沈着を認め、アミロイド β による脳アミロイドアンギオパチー (CAA) と診断した。近年、乳幼児期に脳外科処置が行われた例で後年、若年発症する CAA の報告が増加しており、文献的考察を加えて報告する。

A-9 若年発症の下肢ジストニアと振戦を呈し、 PINK1 及び DYT5a 両遺伝子の heterozygous 変異を認めた一例

(1) 佐賀大学医学部内科学講座 脳神経内科、(2) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 臨床神経化学分野、(3) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 脳神経内科

吉川正章⁽¹⁾、鈴山耕平⁽¹⁾、江里口誠⁽¹⁾、瓦井俊孝⁽²⁾、西岡健弥⁽³⁾、原英夫⁽¹⁾

症例は 33 歳女性。16 歳ごろから左下肢の歩きにくさを自覚した。20 歳ごろから手の震えが出現した。33 歳時に精査目的に当院紹介となった。入院時、日内変動を伴う左下肢のジストニアと左上肢の振戦を認めた。頭部 MRI、DAT-SPECT、MIBG 心筋シンチグラフィに明らかな異常を認めなかった。L-dopa 投与により明らかな症状の改善を認めた。経過から遺伝性のパーキンソン病及びジストニアを疑い遺伝子解析の結果、PINK1 及び DYT5a の heterozygous 変異を認めた。両変異を同時に持つ症例はこれまでに報告が無く、考察を加えて提示する。

A-10 注意・遂行機能障害が主徴となった SCA17(Ataxia with intellectual deterioration)の 1 例

藤元総合病院 脳神経内科

穂原貴裕、吉田崇志、大窪隆一、末原雅人

57 歳頃からの歩行異常、発語不明瞭、書字や箸使い困難、勤務(事務職)や家事が十分に出来なくなり 59 歳で当科受診。注意・遂行機能障害中心の認知機能障害、巧緻運動障害、軽度の寡動と姿勢反射障害、腱反射亢進を認めたが、失調は駆幹優位で軽度。MRI では小脳萎縮よりも両側前頭葉・頭頂葉萎縮が明らかで、ECD-SPECT でも小脳血流低下は明らかでなく、MIBG-SPECT、DA-PET の異常も認めなかった。各種遺伝子検査の末、TBP 遺伝子に病的(CAG)_n 伸長(38/51)を認め、SCA17 と診断した。SCA17 は AD-SCD の中でもまだ報告が少ないが、小脳に加えて大脳皮質、錐体路、錐体外路系障害を反映する variable な中枢神経症候を呈しうる中で認知機能障害の頻度は高く、本症例では注意・遂行機能障害が運動失調以上に QOL 低下の要因となった症例であり、広義の「認知症」の原因疾患としての側面からも、今後 SCA17 を鑑別にあげる必要があると思われた。

A-11 中脳病変により Paroxysmal dysarthria-ataxia syndrome を呈した一例

(1) 鹿児島市医師会病院、(2) 鹿児島市立病院脳神経内科

堂園美香⁽¹⁾、児島史一⁽¹⁾、徳永紘康⁽¹⁾、牧 美充⁽²⁾、中川広人⁽¹⁾、園田 健⁽¹⁾

症例は 24 歳女性。眼の見えにくさとふらつきを主訴に他院を受診した。頭部 MRI で中脳内側に拡散強調像、T2 にて高信号病変を認め、当院紹介となった。神経学的には意識レベル JCS I -1、眼振、複視、構音障害、歩行時のふらつきを認めた。血液検査はビタミン B12 欠乏を認めるのみで、髄液検査では特記事項なく、脳波では高振幅徐波がみられた。ステロイドパルスを行ったところ、症状は徐々に軽減、消失した。しかしながら、その後数秒～数分間構音障害、ふらつきなどの症状を繰り返す、Paroxysmal dysarthria-ataxia syndrome (PDA) がみられた。PDA はまれな症状であり、文献的考察を加えて報告する。

A-12 一過性全健忘様の症状を繰り返した成人型神経核内封入体病の一例

(1) 佐世保中央病院脳神経内科、(2) 国立病院機構鈴鹿病院 NIID 研究事務所

松岡隆太郎⁽¹⁾、竹尾 剛⁽¹⁾、曾根淳⁽²⁾

症例は 71 歳女性。神経疾患の家族歴・既往歴は無し。X 年 7 月某日、左右別々の靴を履き、自宅を施錠せず外出。他人の車を開けようとして警察に保護されたが、意味不明な言動で会話は成立せず、頭痛を訴えたため、当院緊急入院となった。翌朝起床時には意識清明となっていたが、前日の記憶を失っていた。一過性全健忘 (TGA) の診断にて経過観察としたが、同年 12 月に異常行動、頭痛を伴う一過性健忘症状再発。脳波異常は明らかではないものの側頭葉てんかんを疑われ、レベチラセムを開始された。神経学的診察上、身体的には明らかな異常を認めないものの、頭部 MRI 拡散強調画像にて、両側皮髄境界に沿って線状の高信号域を認めた。神経核内封入体病 (NIID) を疑い皮膚生検を施行したところ、抗 p62 抗体を用いた免疫染色にて、いずれの細胞においても p62 陽性に染色される核内封入体が多数確認され、成人発症の NIID と診断した。本症例の臨床経過から TGA 様の症状は、辺縁系の機能障害が推測される。若干の文献的考察を加えて報告する。

A-13 精神運動発達遅滞にてんかんと舞蹈様運動を合併した GNAO1 変異によるてんかん性脳症の一例

鹿児島大学病院 脳神経内科

森拓馬、今田美南子、松下洋平、湯地美佳、安藤匡宏、平松有、田代雄一、荒田仁、高嶋博

20 歳男性。精神運動発達遅滞にて 1 歳時に脳性麻痺、3 歳時に全身性間代性痙攣にててんかんと診断。16 歳時に発熱を契機に舞蹈様運動を認め、抗 GluR 抗体陽性より自己免疫性辺縁系脳炎として以後加療を受けていた。X 年 9 月に発熱を契機に不随意運動の増悪を認め当院に入院。臨床的には全身性筋力低下に加え、口舌ジスキネジアと四肢に舞蹈様運動、バリズムを認めた。両親に血族婚はなく、家系内に類症は認めないものの遺伝子異常に伴うてんかん性脳症の可能性を考慮し、全エクソーム解析にて GNAO1 遺伝子に既知の変異を認めた。GNAO1 遺伝子は神経細胞におけるシグナル伝達に関わる G タンパク質の α サブユニットをコードし、その変異による表現型は難治性てんかんに加えて、精神運動発達障害、不随意運動が報告されている。

A-14 定位的深部脳波で評価した頭皮上脳波で false-lateralization を示す側頭葉てんかんの 1 手術例

(1) 福岡山王病院 脳・神経機能センター、(2) 九州大学大学院医学研究院 保健学部門、
(3) 国際医療福祉大学医学部 脳神経内科

三好絢子⁽¹⁾、萩原綱一⁽¹⁾、鎌田崇嗣⁽¹⁾、大原信司⁽¹⁾、重藤寛史⁽²⁾、赤松直樹⁽¹⁾⁽³⁾

65 歳男性。20 歳時に頭部外傷、24 歳時にてんかん発症。発作は前兆（もやもや感、発作になるなという感じ）を伴う意識減損および自動症で、稀に強直間代痙攣に至る。発作後はもうろう状態が続き他人の家に入り込んだこともある。発作頻度は週 1 回以上。頭皮上脳波では、発作間欠期は右前側頭部に棘波、発作時は左前側頭部を起始とするてんかん性放電を認めた。頭部 MRI では海馬硬化を認めない。頭部 PET/CT や IMZ-SPECT では両側側頭葉で集積低下を認めた。発作起始が同定できないため、両海馬に計 4 本の針状深部電極を挿入し、定位的深部脳波

(Stereotactic EEG、SEEG) による頭蓋内脳波記録を行った。SEEG では、発作間欠期は右海馬に棘波、発作時は右海馬を発作起始として対側側頭葉外側に波及するてんかん性放電を記録した。以上より右海馬が真の発作起始であることが確認され、右前方側頭葉切除術後から発作は消失した。SEEG は開頭術を要せずに三次元的にてんかん焦点の検索が可能であり、深部構造のてんかん原性領域の評価に有用である。

A-15 再発を繰り返した可逆性脳梁膨大部病変を有する軽症脳炎/脳症(MERS)の兄弟例

長崎医療センター (1) 神経内科、(2) 脳神経外科

忽那史也⁽¹⁾、上野未貴⁽¹⁾、徳田昌紘⁽¹⁾、岩永洋⁽¹⁾、堤圭介⁽²⁾

症例 1 は 26 歳男性。X 年 8 月中旬に突然の呂律不良および飲み込みにくさを自覚し当院救急外来を受診した。症状は出現から 3 時間程度で自然消失し同日は帰宅したが、翌日同様の症状が再発し精査目的に当科入院した。既往歴として 8 歳時に同様のエピソードがあった。入院時診察では構音障害、嚥下障害、右半身の異常感覚を認めたが症状出現後 4 時間程度で消失した。頭部 MRI では両側大脳半球の深部白質・脳梁に DWI 高信号域を認め、その他検査で特記異常を認めなかった。第 22 病日の頭部 MRI で異常信号は消失し MERS と診断した。症例 2 は症例 1 の実弟。9 歳時に症例 1 と同様の臨床経過で発症し、画像所見より MERS と診断された。その後 13 歳、14 歳、16 歳で MERS を再発した。再発を繰り返す MERS の兄弟例は極めて稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

A-16 抗 LGI1 抗体陽性自己免疫性脳炎の 1 例

(1) 産業医科大学脳神経内科、(2) 同脳神経外科、(3) 福岡山王病院 脳・神経機能センター、(4) 国際医療福祉大学医学部

東盛雄政⁽¹⁾、橋本智代⁽¹⁾、長坂昌平⁽²⁾、山本淳考⁽²⁾、赤松直樹⁽³⁾⁽⁴⁾、足立弘明⁽¹⁾、岡田和将⁽¹⁾

症例は 79 歳男性。X 年 5 月末より、数秒間右上肢が強直したり右顔面が引きつる発作が出現し、発作の頻度は 1 日に 50 回以上にも達した。その後、6 月に一過性に睡眠行動障害や幻視が出現した。同月に施行した頭部 MRI と脳波は正常であった。9 月には意識障害と低 Na 血症のため入院し、さらに全身性の痙攣重積状態となった。再検した頭部 MRI で慢性硬膜下血腫と両側扁桃体の信号異常と腫脹を認めた。これらの症状は抗てんかん薬と血腫除去術では改善しなかったが、ステロイドパルス療法後から改善し、けいれん発作も消失した。血清中の抗 LGI1 抗体陽性が判明したため抗 LGI1 抗体陽性自己免疫性脳炎(AE) と診断し、プレドニゾロンによる維持療法を継続した。病初期に認めた発作は抗 LGI1 抗体陽性 AE に特徴的な Faciobrachial Dystonic Seizure(FBDS)と考えられた。FBDS の有無を確認することは抗 LGI1 抗体陽性 AE の早期診断と適切な治療選択において重要である。

A-17 Hurst 脳炎類似の臨床像を呈した髄膜脳炎の一例

大分県立病院 神経内科

高畑克徳、上杉聡平、角華織、花岡拓哉、法化図陽一

症例は 33 歳女性。X 年 12 月 20 日、頭痛で発症し、翌 21 日には意思疎通不良となり 22 日に当院搬送。明らかな麻痺はなかったが痛み刺激に対して「痛い」と言う以外は意味のある発語はなく指示にも従えなかった。髄液検査で単核球優位の細胞数上昇($20/\mu\text{L}$)、蛋白高値(386 mg/dL)、頭部 MRI FLAIR 画像で白質に高信号が多発、髄膜造影効果を認め、髄膜脳炎の診断で入院。ウイルス性、自己免疫性の病態を考慮し、アシクロビル投与、ステロイドパルス療法を開始するもてんかん重積状態となり、人工呼吸器管理となった。その後の頭部 CT で両側基底核、視床、前頭葉、海馬などは低吸収域、基底核は出血性変化を伴い、著明な脳浮腫を認めた。臨床像が Hurst 脳炎に類似していると判断し、単純血漿交換療法を施行し奏功した。Hurst 脳炎は予後不良とする報告が散見されるが、早急に治療を開始することで救命しえた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

A-18 初発より 3 年後に再発した腫瘍非合併抗 NMDA 受容体抗体脳炎の一例

熊本大学脳神経内科

宮野遼太郎、波止聡司、高松孝太郎、中根俊成、山下太郎

症例は 27 歳女性。X-3 年 11 月初旬に頭痛を自覚、その後に精神症状、不随意運動が出現。血清中の抗 NMDA 受容体抗体陽性であり、腫瘍非合併抗 NMDA 受容体抗体脳炎の診断とした。ステロイドパルス、大量免疫グロブリン静注療法、ステロイド内服で改善したが、大腿骨頭壊死を生じたため発症から 1 年でステロイドを中止した。X 年 12 月初旬から頭痛が持続、その 1 週間後に自動車で自損事故を起こし当院救急搬送。事故前後数分間の記憶がなく、見当識障害、失語、右片麻痺を認めた。頭部 MRI で左前頭頭頂葉に灌流上昇を伴う皮質に沿った T2 高信号病変を認め、血清中の抗 NMDA 受容体抗体は陽性であった。抗 NMDA 受容体抗体脳炎再発と考えられステロイドパルス、ステロイド内服にて軽快した。腫瘍非合併抗 NMDA 受容体抗体脳炎は腫瘍合併例と比較して再発しやすいが、免疫療法をいつまで継続するかは一定の見解が得られていない。抗 NMDA 受容体抗体脳炎の再発、治療に関して文献的考察を加えて報告する。

A-19 起立性低血圧にて発症した抗 NMDA 受容体脳炎の 1 例

国立病院機構熊本医療センター (1) 脳神経内科、(2) 病理診断科、(3) 産婦人科

阿字野愛⁽¹⁾、小阪崇幸⁽¹⁾、天野朋子⁽¹⁾、津田麻友美⁽¹⁾、津田幸元⁽¹⁾、村山寿彦⁽²⁾、西村弘⁽³⁾、
幸崎弥之助⁽¹⁾

症例は 35 歳女性。X 年 7 月中旬に起立時のふらつきにて発症。7 月下旬には起立性低血圧により起立困難となり前医に入院。8 月上旬に起立性低血圧の精査加療目的に当院に転院となった。来院時、重度の起立性低血圧、尿閉を認めたが、四肢麻痺、感覚障害、失調症状、深部腱反射の異常は認められなかった。経過中に精神症状が出現。髄液検査にて抗 NMDA 受容体抗体が陽性と判明。抗 NMDA 受容体脳炎の診断にて左卵巣切除術、ステロイドパルス療法、免疫グロブリン大量静注療法を実施し、症状は劇的に改善。9 月上旬に自宅退院となった。左卵巣腫瘍は病理学的に成熟奇形腫であった。抗 NMDA 受容体脳炎では、徐脈、頻脈、発汗異常などの多彩な自律神経症状を主に不随意運動期に高頻度に合併することが知られているが、起立性低血圧にて発症した報告はまれで、文献的考察を加えて報告する。

A-20 血液浄化療法により良好な転機をたどった抗 NMDA 受容体抗体および抗 MOG 抗体陽性脳炎の一例

(1) 大分県立病院神経内科、(2) 大分大学脳神経内科学講座

上杉聡平⁽¹⁾、角華織⁽¹⁾、高畑克徳⁽¹⁾、花岡拓哉⁽¹⁾、法化図陽一⁽¹⁾、内田大達⁽²⁾、石橋正人⁽²⁾、
松原悦朗⁽²⁾

症例は 15 歳女性。頭痛、気分不良、視野異常の訴えを繰り返し、医療機関を受診するも明らかな異常はなく心因性と考えられていた。前医受診の際に痙攣を起こし、脳波では全般性の徐波を認め、髄液検査では細胞数増多(54 / μ L)を認めた。当院搬送時、意識障害(JCS I -3)、運動性失語、右上肢麻痺を認めた。頭部 MRI では左側頭葉から後頭葉皮質の腫脹がみられ一部造影効果も伴っていた。急性脳炎と診断し、アシクロビルおよびステロイドパルス療法を開始した。その後抗 NMDA 受容体陽性、抗 MOG 抗体陽性が判明し、免疫吸着療法を開始したところ、高次機能障害は徐々に改善、自宅退院後は高校にも通える状態となった。抗 NMDA 受容体抗体および抗 MOG 抗体合併脳炎の報告は稀であり文献的考察を含め報告する。

A-21 頸髄病変に器質化肺炎を合併した抗 AQP4 抗体陽性 NMOSD の一例

琉球大学附属病院第三内科

渡慶次裕也、水田若菜、照屋翔二郎、山田義貴、宮城 朋、山城貴之、波平幸裕、石原 聡、
崎間洋邦、大屋祐輔

54 歳男性。X 年 7 月、難治性吃逆と嘔吐を認めたが上部消化管内視鏡検査で問題なく、症状は自然に軽快した。2 ヶ月後、左肩背側を強く締め付けられる疼痛が出現し、翌日右半身の感覚鈍麻、右肩から右上肢、右体幹部、右下肢へ放散する発作性の疼痛を自覚した。近医で撮影された頸髄 MRI 検査で C2/3 領域に中心性の脊髄病変を認め、当科紹介となった。髄液検査では蛋白上昇を認めるのみであり、右上下肢の疼痛はクロナゼパムで軽減した。入院時より胸部レントゲンで右肺野に浸潤影を認め拡大傾向であり、気管支鏡検査で器質化肺炎の診断であった。抗 AQP4 抗体陽性が判明し、NMOSD と診断しステロイド治療を開始した。疼痛発作は改善し、肺病変も縮小傾向であった。NMOSD に肺病変を合併した症例と考えられ、文献的考察を含め報告する。

A-22 帯状疱疹(HZ)皮疹の髄節と離れた脊髄節性運動麻痺の 1 例：MRI による神経根の検討

(1) 聖マリア病院神経内科、(2) 皮膚科、(3) 放射線科、(4) 青森県立中央病院神経内科
間部剛章⁽¹⁾、庄司紘史⁽¹⁾、阿部俊文⁽²⁾、小栗修一⁽³⁾、馬場正之⁽⁴⁾

[はじめに]胸腰髄領域の帯状疱疹 (herpes zoster; HZ) 関連の運動麻痺は通常 HZ 皮疹の髄節に対応した領域に出現する。我々は皮疹と離れた髄節レベルの運動麻痺を示した症例を報告し、脊髄神経根の MRI 所見に関し考察する。[症例] 53 歳女性、主訴：左上肢拳上困難、既往歴：6 年前左乳癌術施行。現病歴：X 年 9 月下旬、左背部 Th3-4 領域に HZ が出現、5 日後左手の拳上困難で来院。左上肢の MMT4-、特に手首尺側で 4-、握力 22/14 kg。VZV CF32 倍、VZV EIA IgG >128、髄液異常なし、頸胸椎 MRI 造影 T1WI FS Ax にて左 Th4 神経根の高信号、造影増強を認め、左 C8 神経根増強を認めた。ステロイド投与後軽快した。[結語] HZ の脊髄神経節の再活性化は必ずしも 1-2 髄節ではなく、宿主条件により幅があることが推定され、VZV による皮疹・運動障害の病態への関与が考えられる。

A-23 症候性ハーレクイン症候群と頸動脈過敏症候群を呈した一例

長崎大学病院 (1) 脳神経内科、(2) 皮膚科

福嶋かほり⁽¹⁾、辻野修平⁽¹⁾、山下魁理⁽¹⁾、平山拓朗⁽¹⁾、金本正⁽¹⁾、太田理絵⁽¹⁾、島智秋⁽¹⁾、
長岡篤志⁽¹⁾、吉村俊祐⁽¹⁾、宮崎禎一郎⁽¹⁾、立石洋平⁽¹⁾、白石裕一⁽¹⁾、辻野彰⁽¹⁾、室田浩之⁽²⁾

X-3年より立ちくらみ、倦怠感が出現し、半年後左上半身に発汗、ほてりを自覚するようになった。出現頻度が増え、X-3ヶ月には数秒程度の失神が出現し、当科を受診した。瞳孔不同や明かな眼裂狭小はなく、右顔面・右上半身の発汗が低下し、代償性に左半身湿潤を認めた。ミノール試験では左前額部・前胸部・上腕に発汗過多を認め、Shellong試験で起立性低血圧を認めた。CTでは右頸動脈分岐部に石灰化病変を認め、超音波検査では16mm×16mm×31mm大の辺縁明瞭・内部不均一で血管との連続性がない腫瘤が外頸動脈を取り囲むように発生していた。頸動脈小体腫瘍、海綿状血管腫を考えたが、造影MRIや血管造影検査では腫瘤内の血流は乏しく、PET-CTで集積はなかった。症候性ハーレクイン症候群の病態について考察する。

A-24 高齢発症手根管症候群(CTS)を契機に診断されたリウマチ性多発筋痛症(PMR)の3症例

藤元総合病院 神経内科

吉田崇志、穂原貴裕、大窪隆一、末原雅人

症例1(78歳男性)：X-1年5月から左手掌・手指(I-IV)の異常感覚、こわばり、微細運動困難、11月からは右手にも同様の症状が出現し近位整形外科でCTSを疑われ、プレガバリンを投与されたが無効。X年2月、NCS目的で当科紹介。左優位の両側CTSに矛盾しない症状とNCS結果の他、12月末からは両側の肩、大胸筋、大腿外側、下腿背側の疼痛も加わっており、肩関節以下、多関節のROM制限、疼痛による筋力低下も認め、血沈亢進、CRP上昇、MMP-3上昇とRFや抗CCP抗体の陰性からPMRと診断。免疫学的介入であらゆる筋痛、ROM制限は短期間で消失し、徐々にCTS症状も軽減した。症例2(78歳女性、X年2月受診)、症例3(98歳女性、X年4月受診)も、症例1と同様の経過であった。CTSの原因となる基礎疾患は多数存在するが、PMRもそのひとつとして重要であり、殊にCTS症状が先行する事例では注意を要する。

A-25 嚥下障害と声帯内転障害を認めた抗 SRP 抗体陽性ミオパチーの 1 例

NHO 沖縄病院脳神経内科

中地亮、渡嘉敷崇、妹尾洋、藤原善寿、城間加奈子、城戸美和子、諏訪園秀吾

症例は 85 歳女性。9 年前に肺癌の既往があるが ADL は自立していた。X-14 日から嚥下障害、食思不振が出現し X 日に当院呼吸器外科に入院。四肢筋力低下も出現し X+24 日当科転科となった。神経学的所見では嚥下障害、近位筋優位の筋力低下、深部腱反射は四肢で消失、病的反射は陰性であった。ヘリオトロープ疹やゴットロン徴候は認めなかった。CK 高値、針筋電図検査、筋生検を行い後日抗 SRP 抗体陽性が判明し抗 SRP 抗体陽性ミオパチーと診断した。嚥下障害を認めたため嚥下内視鏡検査を行ったところ声門閉鎖反射惹起が不良であり、かつ声帯の内転障害を認めた。本患者はステロイドパルスと免疫グロブリン大量療法を行ったが筋力の改善は乏しく、誤嚥性肺炎を発症し最終的に多臓器不全により死亡した。嚥下障害に関してはこれまで抗 SRP 抗体陽性ミオパチーでは約 60%で出現されるとの報告があるが声帯内転障害についての報告は認めなかったため報告する。

A-26 ステロイド治療が奏功した HTLV-1 感染を有する封入体筋炎の 1 例

大分大学医学部神経内科学講座

水上健、軸丸美香、角華織、木村成志、松原悦朗

症例は 55 歳女性。49 歳頃から階段の昇りが、51 歳頃から起立や坐位への動作が困難となり、歩行中の急な脱力や転倒が生じるようになった。また階段を這って昇るようになった。53 歳には、歩行速度が低下し、坐位からの起立が不可となり、54 歳時に当科受診となった。神経学的所見上、筋無力様顔貌、体幹ならびに四肢(下肢優位)近位筋の筋力低下、上肢腱反射亢進(下肢正常)、両側 Chaddock 反射陽性を認めた。検体検査では CK 743 U/L、ミオグロビン 237 ng/mL と筋原性酵素の上昇を認め、血液および髄液抗 HTLV-1 抗体陽性も伴っていた。また抗 NT5C1A 抗体陽性であった。筋生検では、筋鞘へのリンパ球浸潤ならびに縁取り空胞が散見され封入体筋炎と診断した。ステロイド加療(PSL 1 mg/kg/day)を行ったところ、筋症状が改善(大腿屈筋 2+/3→4/4+)した。封入体筋炎に対し、ステロイド加療は反応性に乏しいとされるが、今回は奏功を認めており、文献的考察を含め報告する。

A-27 2型呼吸不全を契機に診断に至ったALアミロイドーシスの一例

大分大学医学部神経内科学講座

内田大達、安高拓弥、石橋正人、木村成志、松原悦朗

症例は79歳女性。外出中にふらつき・呼吸困難が出現した。呼吸困難や下腿浮腫などの心不全徴候を認めて前医循環器内科入院となった。加療により心不全徴候は改善したが、血中CO₂の貯留を認め、神経筋疾患の関与が疑われ当科転院となった。神経学的に全身の筋委縮・筋力低下や両側錐体路徴候を認めるものの、針筋電図検査では脱神経所見が乏しく、神経伝導検査では両側の手根管症候群を疑う所見を認めた。検体検査で心・腎の障害があり、免疫グロブリン（血中M蛋白、尿中Bence Jones蛋白、血清遊離軽鎖）が検出されたことからアミロイドーシスを疑った。腹壁脂肪吸引でアミロイドの沈着を認め、ALアミロイドーシスと診断した。追加で実施した横隔神経の神経伝導検査で異常を認めたため2型呼吸不全は横隔神経や横隔膜のアミロイドーシスによる症状と考えた。貴重な症例であり、文献的考察を加え発表する。

A-28 右中脳動脈解離を発症後に末梢神経障害が顕在化したPOEMS症候群の一例

鹿児島大学病院脳神経内科

平方翔太、武井潤、平松有、田代雄一、荒田仁、松浦英治、高嶋博

症例は54歳男性。X年1月に呂律困難と左片麻痺を契機に右中大脳動脈解離に伴う脳梗塞を指摘されたが、入院加療で後遺症なく改善した。X年9月頃より進行性の両下肢のしびれと筋力低下が出現し、神経伝導検査で遠位潜時延長や伝導速度低下など、髄鞘主体の末梢神経障害がみられた。精査目的で当院紹介となり、下腿浮腫、剛毛、色素沈着に加え、血清M蛋白陽性、血清VEGF高値よりPOEMS症候群と診断した。POEMS症候群では脳血管障害を起こしやすいとされ、リスク因子として血小板増加、骨髄における形質細胞の増加が報告されており、本症例にもみられた。本症例において両疾患の関連を断定することはできないが、POEMS症候群の経過中には脳血管障害の発症に注意が必要であり、文献的考察を加えて報告する。

A-29 慢性経過の眼瞼下垂・外眼筋麻痺を呈し抗 GT1a、GM1/2、GD1a 抗体が陽性であった一例

九州大学大学院医学研究院神経内科学

姫野洋平、松下拓也、稲水佐江子、山崎亮、吉良潤一

症例は 67 歳の女性。X 年 12 月頃より眼瞼下垂、X+1 年 6 月には複視が出現し近医眼科で全方向性に眼球運動障害を指摘された。精査目的に X+1 年 9 月当科入院した。入院時の神経学的所見では、対光反射は正常、両側眼瞼下垂、全方向性の眼球運動障害を認めた。顔面神経麻痺はなく四肢筋力、腱反射は正常、感覚障害はなかった。甲状腺機能は正常で、抗アセチルコリン受容体抗体は陰性、血中乳酸・ピルビン酸の増加はなく、運動負荷試験で異常な上昇を認めなかった。髄液所見は正常、針筋電図・神経伝導速度検査では異常所見を認めなかった。ミトコンドリア遺伝子変異はなかったが、血清抗 GT1a、GM1/2、抗 GD1a 抗体が陽性、抗 GQ1b 抗体が陰性であった。複視症状は入院中にも未治療で軽快傾向となり、退院後 12 月の外来受診時点で眼瞼下垂・複視はほぼ消失した。抗ガングリオシド抗体が陽性であり、外眼筋麻痺が自然軽快したことから Fisher 症候群様の病態が慢性の経過で生じたと考えられた。文献的考察を加えて報告する。

A-30 ギラン・バレー症候群との鑑別を要したツツガムシ病の 1 例

宮崎大学内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野

小川智香、宮本美由貴、酒井克也、杉山崇史、望月仁志、中里雅光、塩見一剛

症例は 68 歳女性。X 年 11 月 15 日家庭菜園で野菜を収穫した。11 月 18 日発熱、悪寒が出現し、11 月 22 日近医でクラリスロマイシンを処方された。11 月 29 日両手掌、足底の痺れが出現し徐々に上行。翌日両下肢脱力も出現したため当科入院した。入院時、左下腿に痲皮あり。両下肢に筋力低下があり、腱反射は上肢で減弱、下肢で消失。両手関節以遠、膝関節以遠に痺れあり。血液検査では肝酵素や CRP の軽度上昇あり、髄液検査で蛋白細胞解離を認めた。神経伝導検査で脛骨神経において伝導ブロックや F 波の消失を認め、ギラン・バレー症候群を念頭に免疫グロブリン大量静注療法を開始した。12 月 5 日痲皮よりツツガムシ病リケッチア遺伝子が検出されミノサイクリンを追加した。その後症状は改善傾向となり 12 月 20 日転院。抗ガングリオ抗体は陰性であった。ツツガムシ病による神経障害は稀であり、ギラン・バレー症候群との鑑別を要する。両疾患について文献的に考察し報告する。

A-31 ビタミン B6 欠乏と考えられたポリニューロパチーの 1 例

NHO 大牟田病院 脳神経内科

渡邊暁博、栄信孝、荒畑創、河野祐治、山本明史、笹ヶ迫直一

81 歳男性。71 歳頃より不安神経症、74 歳頃より不眠症、78 歳より緩徐の歩行障害と腰痛あり。81 歳時腰痛増悪し腰部脊柱管狭窄症と診断。プレガバリン 150 mg/日投与後、一過性のせん妄と混合性換気障害あり COPD 増悪と診断。MMSE 17、CDR 0.5。SDS 50 で軽度認知障害とうつ症状あり。両下腿の筋萎縮、遠位筋優位の対称性の軽度筋力低下、両下肢深部腱反射消失、両足背のじんじん感あり。末梢神経伝導検査で両下肢優位の CMAP、SNAP 低下あり、針筋電図で干渉波不良。髄液細胞数 $2/\mu\text{l}$ 、髄液蛋白 61 mg/dl。血中ピリドキサーール 2.6 ng/ml と低値でビタミン B6 欠乏症によるポリニューロパチーと考えピリドキシン 100 mg/日内服を開始。2 か月後うつと不眠改善、両足背のしびれは消失、両下肢の筋力、神経伝導速度、肺活量の改善を認めた。精神症状のあるポリニューロパチーにはビタミン B6 欠乏症の鑑別が必要と考えられた。

A-32 異常行動で発症し軟膜増強と髄液中抗シトルリン化ペプチド (CCP) 抗体陽性よりリウマチ性髄膜炎と診断した一例

飯塚病院脳神経内科

前田泰宏、劉景晨、宇根隼人、進村光規、園田啓太、高瀬敬一郎

症例は 71 歳男性。X-1 年 12 月上旬に同じ行動を繰り返す、反対車線を運転するなどの症状が出現した。3 日後に転倒し一過性の右口角下垂と呂律不良が出現したため当院搬送、神経診察上 JCS1 の軽度意識障害以外に明らかな異常を認めなかったが、頭部 MRI で左前頭葉脳表に沿った DWI 及び FLAIR 高信号を認め入院。脳波ではてんかん波を認めなかった。髄膜炎を疑い血液検査施行、RF 及び抗 CCP 抗体陽性、髄液検査では軽度細胞数増加、髄液中抗 CCP 抗体陽性で抗体価指数も 4.3 以上と高値であった。頭部造影 MRI では左前頭葉軟膜に沿った増強効果を認めた。その他関節リウマチ合併症は認めなかったが、画像及び髄液所見よりリウマチ性髄膜炎と診断した。意識障害は無治療で改善した。一過性の異常行動で発症したりウマチ性髄膜炎の報告は稀であり文献的考察を加えて報告する。

B-1 右中大脳動脈の異常血管網に認められた破裂脳動脈瘤の1例

新古賀病院脳卒中脳神経センター 脳神経外科

辛島 聡志, 亀田 勝治, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

症例1は55歳男性。【背景】中大脳動脈に異常血管網がみられることは稀だが、動脈瘤を合併し、破裂に至った症例は極めて稀である。今回、右中大脳動脈early temporal branchの異常血管網に脳動脈瘤を認め、くも膜下出血で発症した症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

【症例】48歳男性、特記すべき既往歴や家族歴はない。突然の頭痛と意識障害をきたし、当院へ救急搬送となった。Japan Coma Scale : II-10、神経脱落所見はなかった。頭部単純CTでくも膜下出血および6cm大の右側頭葉内血腫を認めた。脳血管造影検査では右中大脳動脈M1から分岐した2本のearly temporal branchがM1近傍で異常血管網を形成し、5mm大の動脈瘤を伴っていた。明らかなnidusや静脈の早期描出は見られなかった。異常血管網はdistalで1本のbranchへ収束して側頭葉の正常灌流に寄与していた。術中所見でdrainerは観察されなかった。2本のearlytemporal branchは脳表で血管網を形成していたが、動脈瘤は脳実質内にあった。側頭葉内の血腫を可及的に除去した後、血腫腔から動脈瘤のクリッピングを行い、正常灌流は温存した。術後1年で実施した脳血管造影検査で動脈瘤の残存はなく、他に新たな所見は見られなかった。明らかな神経脱落所見はなく、無症状で経過している。

【考察】中大脳動脈から分岐する異常血管網の中に認められた破裂脳動脈瘤を経験した。脳動静脈奇形に伴う動脈瘤と異なり、血管網は正常灌流に寄与するため、feederと誤認して遮断してはならない点が重要である。本症例は出血発症のため動脈瘤の処置が可能であったが、未破裂の場合は手術加療が困難であった可能性があり、また血管網が形成されているためコイル塞栓術も難易度が高くなると考えられた。中大脳動脈に異常血管網が形成される理由や合併疾患に関しては十分な症例の蓄積がなく、今後も経過観察が必要であると考えられる。

B-2 大量鼻出血をきたした侵襲性副鼻腔真菌症に伴う内頸動脈瘤の一例

佐賀県医療センター好生館 脳神経外科

井戸 啓介, 乙木 祐介, 溝上 泰一朗, 松本 健一

【背景】真菌性内頸動脈瘤は稀だが、破裂すると致死的となることが多い。今回鼻出血をきたした侵襲性副鼻腔真菌症に伴う内頸動脈瘤に対して、STA-MCA bypass, trappingを施行し、救命し得た症例を経験したので報告する。

【症例】症例は55歳女性。急性骨髄性白血病に対して化学療法施行後、寛解状態であった。化学療法3ヶ月後より左眼球運動障害、左三叉神経障害、左視神経障害が出現し、画像上、左蝶形骨洞急性副鼻腔炎と診断された。内視鏡下副鼻腔手術を施行され、アスペルギルスによる侵襲性副鼻腔真菌症と診断された。その後のMRIで左内頸動脈海綿静脈洞部に動脈瘤を認め、動脈瘤は蝶形骨洞内に突出していた。balloon test occlusion(BTO)を含めた精査を行ない、STA-MCA bypass, trappingを計画した。手術当日朝の搬入直前に大量の鼻出血を生じた。動脈瘤破裂による鼻出血と判断し、速やかに手術室に搬入し頸部内頸動脈を結紮することで止血が得られた。その後、STA-MCA bypassを行い、頭蓋内内頸動脈を遮断した。術後に虚血性合併症は認めなかった。

【考察】副鼻腔真菌症にともなう脳動脈瘤を破裂前に診断することは症状が分かりにくく、難しいことが多い。本症例では幸い破裂前に血管精査が行うことができ、BTOを含めた血管精査を行ない、虚血耐性があることが確認できていた。搬入直前に破裂を起こしたが、bypass術を行う前に速やかに頸部内頸動脈を結紮して止血することができ、患者を救命できた。外科的内頸動脈遮断はinternal trappingよりも速やかに、確実な止血効果が得られるため、特に破裂例には有用であると思われた。

【結語】侵襲性副鼻腔真菌症の症例では早期に内頸動脈瘤を発見し、治療計画を検討することが重要である。虚血耐性を含めた評価を行なっておくことで、破裂の場合にも確実な治療を行うことが可能であった。

B-3 放射線関連病変が疑われた未破裂脳動脈瘤の1例

1 佐世保中央病院 脳神経外科, 2 佐世保中央病院 脳血管内科, 3 福岡大学医学部 脳神経外科
埜本 僚太¹, 竹本 光一郎¹, 手賀 丈太¹, 中島 弘淳², 天本 宇昭¹, 阪元 政三郎¹,
安部 洋³, 井上 亨³

放射線関連病変が疑われた未破裂脳動脈瘤に対してバイパス術+動脈瘤トラッピング術を施行した症例を経験したので報告する。

症例は50歳男性。X-11年に右前頭葉のlow grade gliomaに対して拡大局所照射（計50Gy）を施行。X-3年に脳梁を中心に両側帯状回に広がる腫瘍再発を認め、diffuse gliomaの診断で放射線化学療法（拡大局所照射50Gy/25fr.+TMZ計12クール）を施行し、以降再発は認めていなかった。X年8月にMRIで右前大脳動脈A3の異常を指摘され、血管造影で右A3に紡錘状動脈瘤を認め近位側のA3に限局性狭窄がみられた。動脈瘤遠位からはposterior frontal/precentral arteryが分岐していた。後方視的にMRIで動脈瘤の経時的増大が確認でき治療介入が必要と判断した。動脈瘤の局在と形状から、血管内治療やクリッピング術は困難であり、X年11月にSTA short graftを用いた右A3-A3バイパス+動脈瘤トラッピング術を施行した。術中にA3遠位側の血管内膜障害によるものと思われるバイパス閉塞を来し、放射線の影響による血管壁の変化が強く血行再建は困難と判断し、動脈瘤のトラッピングのみで手術を終了した。術後MRIで上前頭回に新鮮梗塞巣を認め、補足運動野の虚血症状と思われる左上下肢麻痺が間欠的に出現したが、輸液・血圧管理にて最終的に全快した。

放射線治療後の動脈瘤は放射線による遅発性血管壁損傷が原因と考えられ、長期的画像フォローが必要と思われる。原疾患としては脳動静脈奇形や良性腫瘍が多く、通常の動脈瘤より脆弱で破裂しやすいと報告されている。放射線治療後の脳動脈瘤は照射野での血行再建が困難となる可能性を念頭においた治療戦略が必要と思われ、自験症例を基に文献的考察を加え報告する。

B-4 脳深部静脈血栓症の1例

1 済生会八幡総合病院 脳神経外科センター, 2 久留米大学医学部 脳神経外科

杉 圭祐¹, 藤森 香奈¹, 宮城 尚久¹, 岡本 右滋¹, 梶原 収功¹, 森岡 基浩²

【背景・目的】脳静脈血栓症は、脳静脈の閉塞に伴い静脈性梗塞や頭蓋内出血などを呈する脳血管障害である。その中でも深部脳静脈血栓症はさらに頻度が低く、非特異的な神経症状のみで発症することもあるため診断に難渋することもある。今回我々は失語症および右片麻痺、意識障害にて発症した深部脳静脈血栓症の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】74歳男性。前日からの右片麻痺と失語症、構音障害を主訴に近医より当院へ精査目的に紹介受診された。入院時所見としてはJCS I-3の意識障害と混合性の失語症、MMT4/5程度の右上下肢不全片麻痺、構音障害を認めていた。頭部MRIでは、DWIにて左内包後脚近傍に高信号域を認めていたが、失語症および意識障害の原因病変とは考えにくい所見であった。またT2/FLAIRにて左視床および大脳基底核にDWIに比して広範囲に高信号域を認めており、同部位の造影効果は認められなかった。さらにMRVにおいて内大脳静脈～直静脈洞の描出を認めず、T2*にて同部位の無信号が目立っており、深部脳静脈血栓症が疑われた。MRSでは高信号病変部でのChoの増加やNAAの低下などは認めず、腫瘍性病変は否定的と考えられた。入院後は抗凝固療法を開始し、画像上経時的に前述の病変は改善を認め、また神経症状に関しても失語症状及び右片麻痺の改善を認めた。退院時には目立った神経脱落症状なくmRS0で独歩自宅退院となった。

【考察・結語】深部脳静脈血栓症は比較的稀な疾患であり、また画像所見においては視床に浮腫性病変を認めることが最も多いとされている。今回の症例のように片側病変の場合は動脈性梗塞やgerminoma、gliomaなどの腫瘍性病変がまず鑑別診断に挙がるが、深部脳静脈血栓症の可能性も念頭に置いて鑑別を行うことが重要である。

B-5 くも膜下出血発症後、腹腔内出血を併発した median arcuate ligament syndrome の1例

1 佐賀大学医学部 脳神経外科, 2 正島脳神経外科病院

古川 隆¹, 緒方 敦之¹, 並川 裕貴¹, 江橋 諒¹, 高口 素史¹, 伊藤 寛¹, 吉岡 史隆¹,
井上 浩平¹, 中原 由紀子¹, 増岡 淳¹, 阿部 竜也¹, 正島 和人², 正島 隆夫²

症例は49歳の女性で、突然の前頭部痛で近医脳神経外科を受診し、頭部MRIで前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血（WFNS grade I）を認め、当院へ救急搬送となった。再破裂予防のため、緊急で破裂前交通動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した。術後、明らかな脳血管攣縮なく経過したが、入院後5日目に急激な血圧低下および下腹部痛が出現した。腹部造影CTで、腹腔内出血および破裂下腭十二指腸動脈瘤を認め、腹腔内の血腫はニボー像を呈していた。画像上、下腭十二指腸動脈瘤の発生機序として、正中弓状靱帯の圧迫による腹腔動脈狭窄で血行力学的変化が加わったためと考えられた。緊急で下腭十二指腸動脈瘤に対してコイル塞栓術を行い止血した。術後、腹腔内血腫は経時的に縮小あり、入院後31日目に神経脱落症状なく自宅退院となった。正中弓状靱帯圧迫症候群（median arcuate ligament syndrome : MALS）による腸管虚血や新規動脈瘤形成の危険性があり、当院消化器外科で、後日MALSに対して腹腔鏡下に靱帯切除術を行い、術後合併症なく経過した。

今回、我々は、くも膜下出血発症後、腹腔内出血を併発したMALSによる下腭十二指腸動脈瘤破裂の1例を経験した。くも膜下出血時に腹腔内出血を合併する症例が近年報告されているが、その原因としては動脈解離をきたしやすいsegmental arterial mediolysis（SAM）が指摘されている。本症例のようにMALSによる血行力学的な変化が原因となり内臓動脈瘤が生じる場合があり、SAMと異なる点などを踏まえ、文献的考察を含めこれを報告する。

B-6 脳出血で発症した中大脳動脈閉塞症の一例

社会医療法人製鉄記念八幡病院 脳卒中・神経センター

池内 泰仁, 春山 裕典, 山口 慎也, 佐山 徹郎

【症例】 33歳女性。0歳時に心房中隔欠損症、術後の既往あり。突然の頭痛、嘔気、めまいを主訴に近医受診し脳卒中疑いで当院紹介となった。来院時意識レベルJCS-3で、神経脱落初見は認めなかった。頭部CTで右側脳室下角周囲の脳内出血および脳室穿破を認め、MRAで右中大脳動脈(MCA)は起始部より閉塞していた。脳血管撮影を行うとMCA領域は側副血行を介して描出されており、そのうち前脈絡叢動脈からの吻合血管に動脈瘤形成が見られ、出血源と考えられた。待機的にSTA-MCAバイパス併用動脈瘤trapping術を施行し、経過良好で後遺症なく自宅退院となった。

【考察】 本症例のようにもやもや病の診断基準は満たさないがもやもや様血管網を伴うMCA閉塞としてはAplastic or Twig-like MCA(Ap/T-MCA)という概念が報告されている。過去の報告では出血発症が多く、本症例のように側副血行路に動脈瘤形成がみられるものもある。Ap/TMCAに関して文献的考察を含め報告する。

B-7 解離性上小脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血を認めた1例

1 福岡市民病院 脳神経外科, 2 福岡大学医学部 脳神経外科

入江 由希乃¹, 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 井上 亨²

症例は48歳男性。仕事中にけいれん、意識障害で発症し当院に救急搬送された。来院時は意識レベルJCS10、血圧208/123mmhgであった。頭部CTにて脳底槽、迂回槽～四丘体槽にかけてびまん性に広がるくも膜下出血、軽度脳室の拡大を認めた。3D-CTでは、明らかな原因を指摘できなかつたため、緊急で脳血管撮影検査を行った。右椎骨動脈撮影で右上小脳動脈anterior pontomesencephalic segmentに血管拡張と狭窄があり出血源と考えた。拡張は紡錘状を呈し、短径3.0mm、長径4.6mm大の瘤を形成していた。全身麻酔、スパイナルドレーンを留置し待機的加療の方針とした。翌日のMRIでは右小脳半球、脳梁に新鮮梗塞を認めた。7、12病日のMRI検査で脳動脈瘤のサイズは増大していたが、上小脳動脈は血管攣縮していたため保存的加療を継続した。16病日のMRIで上小脳動脈の血管攣縮は改善していたため、17病日にバイアスピリン200mg、クロピドグレル300mg投与し、全身麻酔下でステント併用コイル塞栓術を行った。現在、意識レベルJCS 0、明らかな運動障害や感覚障害はない。

我々が渉猟しえた限りでは、解離性上小脳動脈瘤は発生頻度0.2%と少なく、さらにくも膜下出血を伴うものは稀であった。本症例を含め文献的な考察を加え報告する。

B-8 くも膜嚢胞内に発生した破裂脳動脈瘤の1症例

長崎医療センター 脳神経外科

原口 渉, 川原 一郎, 松尾 彩香, 日宇 健, 小野 智恵, 牛島 隆二郎, 堤 圭介

【症例呈示】症例は38歳、女性で以前より無症候性の左中頭蓋窩くも膜嚢胞を指摘されていた。職業は看護師で、勤務中に立ちくらみを自覚し座り込み、過換気状態となり意識障害を来したため当院へ救急搬送となった。CTでは左シルビウス裂主体にくも膜下出血を認め、くも膜嚢胞内にも血腫が認められた。3D-CTAではくも膜嚢胞内に最大径8mm大の中大脳動脈瘤が確認されたため破裂部位と判断し緊急開頭クリッピング術施行した。術後経過は良好で、失語に対するリハビリ目的に転院となった。【考察】診断機器の進歩に伴い、くも膜嚢胞や脳動脈瘤に関しては日常遭遇する機会も多い病変であるが、両者が合併した症例は少なく、さらにくも膜嚢胞内で破裂する場合は比較的稀である。近年のsystematic reviewでは、両病変は同側に存在するケースが多く、動脈瘤破裂症例においては、出血がくも膜下腔まで及ばず嚢胞内血腫や硬膜下血腫など非典型的な画像所見を呈するケースがあり注意が必要であり、明らかな症状を呈する場合には積極的に動脈瘤破裂を疑い画像精査する必要がある事を報告している。その一方で、典型的な髄膜刺激症状を呈さない場合もあり診断の遅れに繋がらないよう注意が必要である。

【結論】無症候性のくも膜嚢胞内に発生した脳動脈瘤破裂例の稀な1症例を経験した。今回われわれは文献的考察を行い症例報告する。

B-9 沖縄県における超急性期脳梗塞に対する血栓回収療法の現状及び課題

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 1 脳神経外科, 2 神経内科

後藤 克宏¹, 竹下 朝規¹, 根路銘 千尋¹, 仲地 耕², 長嶺 知明¹

【緒言】近年、超急性期脳梗塞に対する血栓回収療法の有効性が示され、治療を行う上で必須の方法となっており、血栓回収療法の施行件数は増加傾向にある。しかし、沖縄県における超急性期脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数は人口10万人あたり5.65人と全国平均を大きく下回っている。その原因として、治療施設の偏在、脳血管内治療専門医の少なさが挙げられる。このような状況下では、血栓回収療法の施行において、治療施設への転院搬送システムの構築が必要不可欠となる。

【研究】今回、我々は血栓回収療法目的に当院へ転院搬送となった初期搬入施設2病院（A病院: 当院より約35km、B病院: 当院より約70km）の症例22例の患者背景、血栓回収療法開始までのワークフロー、予後について比較検討を行った。2病院間では距離による搬送時間の違いに加え、病院受け入れから当院へ向けて出発するまでの時間、特に受け入れから検査開始までの時間に差が見られた。

【考察】地方での脳卒中診療を均てん化させるためには、初期搬入施設からのDrip and shipは不可欠あり、包括的脳卒中センターでの急性期治療を目的とした一次脳卒中センターからの転院搬送は必須になると考えられる。また、発症から再開通までの時間の短縮が予後に関連することは広く知られており、それぞれの施設において治療を迅速に開始できるよう工夫をする必要がある。今回の比較検討によって、病院受け入れから検査開始までの時間を短縮することで初期搬入施設の滞在時間を縮め、予後の改善を期待できる可能性があることが示唆された。

B-10 小脳出血で発症した tentorial dural AVF の 1 例

福岡大学筑紫病院 1 脳神経外科, 2 脳神経内科

武村 有祐¹, 新居 浩平¹, 井上 律郎¹, 森永 裕介¹, 光武 尚史¹, 平田 陽子¹, 立石 雄嗣²,
木村 聡², 津川 潤², 東 登志夫¹

【目的】小脳出血で発症したtentorial dural AVF(dAVF)に対し、経動脈的塞栓術(TAE)で根治した1例を経験したので報告する。

【症例】57歳男性。後頭部痛、嘔吐を主訴に救急搬送された。頭部CTにて両側小脳半球(inferior semilunar lobule)に跨る出血を認めた。

【入院後経過】意識清明、軽度の小脳失調を認めた。MRI SWIでは小脳全体が低吸収域を示し、広範なvenous congestionを示唆した。脳血管造影にて、両側occipital artery(OA)の硬膜枝およびmiddle meningeal artery(MMA)のposterior convexity branchをfeederとし、テント左後内側にshunt pointを有するdAVFを認めた。拡張したbridging vein(varix)を介して両側inferior vermian veinへ流出あり、後頭蓋窩のvenous congestionを認めた。MMA feederからシャントへのOnyxの到達のため、OAからの血流をScepter XC balloonで遮断し、TAEを施行した。術後シャントは消失した。

【考察および結論】Tentorial dAVFは、一般にnon-sinusual typeのdAVFであり、OnyxによるTAEのよい適応と考えられる。今回、OAからのfeederをバルーンで閉塞することで、MMAからの良好なOnyx注入をし得た。

B-11 Tentorial dAVF の pial feeder である PICA に発生した破裂動脈瘤の一例

1 福岡大学医学部 脳神経外科, 2 福岡大学病院 救命救急センター

神崎 貴充¹, 福田 健治¹, 吉永 進太郎¹, 堀尾 欣伸², 松本 順太郎¹, 岩朝 光利²,
安部 洋¹, 井上 亨¹

【背景】

脳動静脈奇形のfeeding arteryに動脈瘤を認めることはしばしばあるが、頭蓋内硬膜動静脈瘻のfeeding arteryに動脈瘤を伴うことは稀である。今回tentorial dAVFのpial feederであるPICAに発生した破裂脳動脈瘤の一例を経験したので報告する。

【症例】

患者は81歳男性、突然のめまいと嘔吐で発症し当院に救急搬送された。来院時はGCS14点、NIHSS2点（左上下肢感覚低下、意識障害）、頭部CTで小脳虫部に最大径2.6cmの出血を認め、第4脳室への脳室内穿破を認めていた。3D-CTAで小脳に異常静脈拡張所見を認めた。脳血管撮影では、両側OA、左SCA、PICAをfeederとし、confluence近傍にシャントを持つtorcular AVFを認め、両側小脳半球への著明なcortical venous refluxを認めていた（Borden type 3, Cognard type 4）。また、feederである左PICA cortical branchに動脈瘤を認め、AVFのflow related aneurysmと考えられた。血腫の局在から動脈瘤が出血源と考えられ、再出血予防目的に経動脈的塞栓術を行う方針となり、動脈瘤を含めfeederであるPICA cortical branchをNBCA 12.5%で塞栓した。小脳失調が残存し、術後1か月でリハビリテーション病院へ転院となった。

【結語】

今回、頭蓋内硬膜動静脈瘻のpial feederであるPICAに動脈瘤を伴ったdAVFの一例を経験した。本症例の診断と治療につき、文献的考察を加え報告する。

B-12 小開頭下静脈洞穿刺による塞栓術が有効であった横-S 状静脈洞硬膜動静脈瘻の1例

池友会福岡和白病院 脳神経外科

清澤 龍一郎, 原田 啓, 梶原 真仁, 植田 邦裕, 谷口 俊介, 三本木 千尋, 福山 幸三

【症例】69歳男性。突然の頭痛を訴え前医へ救急搬送された。発症時は意識レベルJCS3で、右共同偏視、左上下肢完全麻痺を認めていた。CT上、右側頭葉皮質下出血（112ml）の診断にて転院搬送となった。徐々に意識レベルの低下みられ、JCS200となった。当院で施行したCTAでは右側頭葉下面に異常血管が見られた。開頭血腫除去術を施行し脳表をらせん状に走行するred veinと、血腫腔内に拡張した異常血管を認め、trappingを行った。後日DSAにて上行咽頭動脈のjugular branchおよび後頭動脈の筋肉枝をfeederとし、T-S junctionへdrainingする、isolated sinus typeの硬膜動静脈瘻（Cognard type 2 a+b）を診断した。血管内アプローチが困難であり、第8病日にハイブリッドOR室で小開頭下静脈洞穿刺によるsinus packingを行った。静脈洞の穿刺にICG蛍光造影が有用であった。術後は左片麻痺を後遺するもののmRS3で、リハビリ病院転院となった。【考察】出血発症のdAVFで脳ヘルニア徴候を伴う場合は、減圧を先行すべきと考えられる。Isolated sinus T-S dAVFは、近年経動脈的塞栓術（transarterial embolization：TAE）、経静脈的塞栓術（transvenous embolization：TVE）も可能であるが、困難例では静脈洞直接穿刺法が有用であり、また穿刺部の同定にはICGが有効である。

B-13 くも膜下出血で発症し血管内治療で治癒し得た頭蓋頸椎移行部動静脈瘻の一例

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学講座

中溝 一允, 大森 雄樹, 亀野 功揮, 賀来 泰之, 山本 隆広, 武笠 晃丈

症例は76歳女性。高血圧症、脂質異常症、甲状腺腫の既往あり。突然の頭痛を自覚し近医へ救急搬送となり、頭部CTで後頭蓋窩を主体とするくも膜下出血を認めた。当院へ紹介搬送中にJCS200へ意識状態が悪化し、来院後CTで再出血を認めた。人工呼吸器管理を行い、JCS10へ意識障害が改善したため、脳血管造影精査を行なったところ、Lt.lateral spinal arteryを流入動脈とし、anterior medullary veinへ流出するBorden type IIIの動静脈瘻を認めた。2度出血しており、Hunt and Kosnik grade3/WFNS grade IVと比較的重症の高齢者であったことより、Day2にまず血管内治療を試みた。Lt.lateral spinal arteryにmicrocatheterを誘導し、低濃度NBCAを用いて経動脈的塞栓を行い、AV shuntは消失した。術後経過は比較的良好で、Day36にmRS:3でリハビリ転院となった。頭蓋頸椎移行部動静脈瘻は、頻度は稀だが、aggressive featureを来すことが多く、直達手術を第一選択として外科的治療介入が必要とされる疾患である。血管構築に関する文献的考察を加え報告する。

B-14 特徴的な過運動発作を呈した左前頭葉てんかんの1例

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学講座

宮崎 愛里, 浜崎 禎, 上田 隆太, 徳田 高穂, 河野 達哉, 山本 隆広, 武笠 晃丈

【背景】前頭葉てんかんは、発作起始領域に依存して多彩な発作症候を呈する局在関連てんかんである。特徴的な過運動発作を呈した前頭葉てんかんの症例を報告する。【症例】55才女性。15才時睡眠中のけいれん発作で発症、その後年単位で睡眠中のけいれん発作があったが、加療されていなかった。48才頃より昼間に不自然な動きをする非けいれん性の発作が出現し、てんかんの診断で加療が開始されたが非けいれん発作が難治性に経過した。当科紹介時、抗てんかん薬はCBZ 400mg/日とLEV 2500mg/日。頭部MRIでは、左前頭葉皮質に嚢胞成分をもつ器質的病変あり。発作間欠期脳波では、てんかん性異常なし。入院後施行したビデオ脳波では、ベッド上で上体を繰り返す起こす腹筋運動のような動作、両下肢を左右に大きく揺らす動作、両上肢で布団を丸めるような動作あり、過運動発作と考えた。前兆はなく、発作時の意識は保たれており、発作後意識の回復は速やかであり、前頭葉てんかんに矛盾しない発作症候と思われたが、発作時頭皮脳波では左前頭葉に基礎律動の異常を認めるものの明らかな異常波はなく、焦点診断に至らなかった。IMZ-SPECT及びFDG-PETともにMRIの病変に一致した取り込み低下あり。左前頭葉から側頭葉に合計64 極の硬膜下電極留置後、捕捉された発作時皮質脳波所見により、左前頭葉の器質的病変及びその周囲の皮質を発作起始領域とする左前頭葉てんかんと診断した。焦点切除を行い、発作は消失した。病理組織診断は、Dysembryoplastic neuroepithelial tumor (DNET)であった。【考察】意識が保たれ、体幹及び四肢の特徴的な運動を繰り返す前頭葉起源の過運動発作を経験した。前頭葉てんかんは側頭葉てんかんやPNESとの鑑別が重要である。頭皮脳波のみでの焦点診断は困難であったが、画像所見と症候を鑑みた上で硬膜下電極留置を行い、それによりてんかん原性領域の診断が可能であった。

B-15 固有補足運動野 (supplementary motor area proper) の焦点切除を行った MRI 無病変性てんかんの一例

1 長崎医療センター 脳神経外科, 2 長崎大学医学部 脳神経外科, 3 佐世保中央病院 小児科,
4 長崎医療センター 小児科, 5 西諫早病院てんかんセンター
松尾 彩香¹, 小野 智憲¹, 馬場 史郎², 日宇 健¹, 川原 一郎¹, 原口 渉¹, 牛島 隆二郎¹,
堤 圭介¹, 犬塚 幹³, 本田 涼子⁴, 渡邊 嘉章⁴, 馬場 啓至⁵

5歳時にてんかん発作を初発し、薬物治療にもかかわらず、数日間群発する左半身のけいれん発作が、数か月に1回出現していた。7歳時にてんかん外科適応精査のため紹介となった。MRIでは責任病変は明らかでないが、FDG-PETで右上前頭回内側/帯状回/上頭頂小葉の低集積を認め、脳波異常は右の中心前頭部に見られた。右前頭頭頂葉の焦点性てんかんの診断で硬膜下電極による頭蓋内脳波記録を行った。発作時脳波発活動は、(1)上前頭回内側/上頭頂小葉/中心後回などがやや先行し、(2)その後急速に一次運動野へと広がる所見が見られた。皮質刺激による機能マッピングでは、一次運動野局在同定の他、(1)に含まれる上前頭回内側の刺激で左手指の運動が誘発され固有補足運動野 (supplementary motor area proper) の機能局在と考えられた。最終的に(1)の所見をもとに皮質切除術を行った。術後、左上肢に限局する随意運動の障害が見られた。MRIでは浮腫、梗塞などの所見はなく、補足運動野症候群と診断し、リハビリテーションを行い経過観察した。術1週間目ごろより症状は改善し、2-3週間目には回復した。術後1年半経過時点で、てんかん発作は持続しているが、発作前の前兆を自覚するようになり、群発期間が半日程度へ短縮するなど症状の緩和は見られており、投薬調整を行っている。運動機能には何ら問題はない状況である。切除標本の病理診断ではfocal cortical dysplasia type 2bと診断した。

固有補足運動野には機能局在あり、一次運動野との神経結合を持ち、随意運動の開始に関わっているとされる。臨床経験上、同部位の皮質刺激、およびその後の切除でその機能局在を証明し得ることは稀である。本症例を通して、固有補足運動野の機能局在や切除による運動障害の出現、およびその回復過程について再認識することができた。

B-16 ジスキネジア様の不随意運動で発症した両側慢性硬膜下血腫の1例

宮崎大学医学部 1 臨床神経科学講座脳神経外科学分野, 2 神経呼吸内分泌代謝学分野

堀之内 翔一¹, 小島 達也¹, 齋藤 清貴¹, 大田 元¹, 渡邊 孝¹, 横上 聖貴¹, 石井 信之²,
望月 仁志², 竹島 秀雄¹

症例は80歳男性。以前から両上肢の軽度の不随意運動を認めていたが癖だと思われていた。新たに頸部の不随意運動や両足首の回転させるような運動が出現したため前医を受診した。神経学的に意識障害や麻痺は認めないもののジスキネジアと思われる不随意運動を認めた。また頭部CTで右優位の両側慢性硬膜下血腫を認めたため緊急入院となり、精査加療目的に翌日に当院転院となった。

当院入院時、意識レベルはJCS I-2、明らかな麻痺は認めないが両上下肢や頸部の不随意運動を著明に認めた。両上下肢は投げ出すような粗大な運動で頸部は左右に振るような動きであった。当院入院時のCTで血腫サイズの増大は認めなかったがテント切痕ヘルニアや左側脳室の拡大を認め水頭症を来していた。同日右慢性硬膜下血腫に対し、穿頭血腫ドレナージ術を施行した。術後のCTでは血腫の縮小を確認した。術翌日より不随意運動の著明な改善が見られた。術前、術後に当院神経内科とも協議し、脳波や画像に原因となる所見は指摘できず、硬膜下血腫による基底核の圧迫により出現した症状であり、血腫除去による圧迫の解除とともに症状が改善したものと思われた。

一般的に慢性硬膜下血腫の主な初発症状は片麻痺、歩行障害、認知機能障害や頭痛等が挙げられるが、ジスキネジア様の不随意運動で発症した両側慢性硬膜下血腫の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

B-17 C1-Occipitalization 6 例の合併症と椎骨動脈の走行異常

1 柳川病院, 2 白石共立病院 脳神経外科, 3 伊万里有田共立病院 脳神経外科

正島 弘隆¹, 本田 英一郎², 田中 達也³, 桃崎 宣明³

1. はじめに

C1-OccipitalizationはC1上端と大孔の周囲に分かれるProatlasが胎生4-12週頃での分化障害により、後頭骨とC1構造との融合する形態である。この結果C1/2への動態負荷によるC1/2の不安定が二次的頸髄障害を発症する。今回は6例の病態と椎骨動脈の走行異常について報告する。

2. 症例

症候性の6例の年齢は57-64歳（平均59.3歳）、女性は4例であった。合併症としてChiari 1型（3例）、basilar invagination (odontoid processの陥入)も含むC1/2のinstability (3例)、Klippel Feil syndrome (1例)であった。臨床症状は全例で後頸部痛があり、四肢の運動障害や知覚障害、失調性歩行、失神発作など多彩であった。椎骨動脈の走行にはWangの4分類があり、6例12本の椎骨動脈ではType 3が9本と最も多かった。手術はC1/2 instability例にはC1/2後方固定術か後頭・頸椎後方固定術を行い、Chiari1型の合併例には後方除圧術のみ行った。

3. 考案

Occipitalizationの初発症状の発現時期は60歳とやや高齢であった。臨床症状の発現の多いのはC1/2の不安定とChiari1型であり、前者はodontoidの頭蓋内陥入形態をとり易く後者は後頭蓋窩の容積がより小さいために除圧効果は通常のChiari 1型より除圧効果に乏しい傾向がある。除圧後の後方固定での問題点は移植骨の作成で特に後方除圧を行った場合には比較的大きな移植骨を安全に設置、癒合させることは難しい。そのため、よりcompactな固定はC1/2の関節内移植であり、椎骨動脈がC1/2の関節上に存在しない方が関節内移植術は容易である。この意味で後頭骨除圧も含めて椎骨動脈走行を術前に正確に把握することは極めて重要である。

B-18 頭部外傷後に Growing skull fracture を合併した一例

1 福岡大学病院 救命救急センター, 2 福岡大学医学部 脳神経外科

竹山 龍平¹, 神崎 由起², 田中 秀明², 三木 浩一², 松本 順太郎², 野中 将², 岩朝 光利¹,
安部 洋², 井上 亨²

Growing skull fractureは小児の頭部外傷後の合併症で、頭蓋骨骨折を乳幼期に起こした子供の1%未満にみられるにすぎない稀な病態である。

症例は4カ月の女児。母親患児を抱えた状態で転倒し右側頭部を受傷し当院救命救急センターへ搬送となった。搬送時の意識レベルはJCS 2で右側頭部には直径8cm程度の皮下膨隆が見られた。頭部CTでは外傷性くも膜下出血と右側頭頭頂骨に10cmの線状骨折を認めたが神経学的な悪化もなく、頭蓋内圧症状も見られなかった為、まずは保存的加療とした。受傷後4日目神経学的に明らか悪化は認めなかったが、右側頭部皮下の膨隆が徐々に増大してきたため、頭部MRIを実施したところ、右頭頂葉に脳挫傷と髄液漏出を疑う所見を認めた。頭部CTで骨折線間隙の開大を確認しGrowing skull fractureと診断した。受傷後7日目に頭蓋骨形成術、硬膜形成術を施行し、術後経過は良好だった。当院での術中の工夫と治療に関して文献的考察を加えて報告する。

B-19 集学的治療により一命をとりとめた交通外傷の一例

1 長崎大学医学部 脳神経外科, 2 長崎労災病院 脳神経外科

高平 良太郎¹, 岡村 宗晃², 松永 裕希¹, 諸藤 陽一¹, 堀江 信貴¹, 出雲 剛¹, 案田 岳夫¹,
松尾 孝之¹

症例は25歳男性. 250 ccバイクで走行中に対向車の右折乗用車に直進で正面から突っ込む形で衝突し受傷. 警察接触時は会話は可能, ドクターカー接触時は血圧119/76 mmHg, HR 122 回/min, RR 32 回/min, GCS E3V3M5であった. 発声あり気道開通, 胸郭動揺なく呼吸音良, FAST陰性であった. 事故現場では四肢麻痺を認めなかったが, 搬送中徐々に意識レベル低下あり, 左顔面痙攣を認めジアゼパム 1A ivした. その後も意識レベル低下持続し切迫するDと判断し気管挿管施行, 当院搬送となった. 頭部CTにて左急性硬膜外血腫及び脳挫傷, 外傷性くも膜下出血を認めた. 全身CTにて恥坐骨骨折右橈骨開放骨折, 左鎖骨骨折を認めた. 重症頭部外傷及び骨盤骨折に対してハイブリッド手術室にて緊急で開頭血腫除去術及び骨盤固定術を同時に施行した. 術中出血に伴うショック状態となり, 一時手術は閉創, 大動脈内バルーン遮断, 緊急輸血を施行しIVRにて骨盤骨折の止血を施行した. その後バイタルは改善した. 頭部CTを施行したところ, 硬膜外血腫・脳挫傷の増大を認めたため再度緊急で開頭血腫除去術施行した. 術後管理を施行し徐々に意識レベルは改善, 右片麻痺は残存するもののGCS E4V5M6まで改善しリハビリテーション病院へ転院となった. 重症交通外傷にて集学的治療により良好な経過を得た一例を経験したため報告する.

B-20 左上大静脈遺残が関係したと考えられる脳膿瘍の一例

九州医療センター 脳神経外科

宮松 雄一郎, 松尾 諭, 山下 壮一郎, 天野 敏之, 中溝 玲

脳膿瘍は頭部外傷、脳外科手術などによる合併症や血流感染症の結果として起きる脳実質内での細菌のfocal collectionである。感染経路は口腔内、副鼻腔内などからの直接浸潤か、血行感染である。血行感染には、感染性心内膜炎などによる二次性感染に加えて、先天性心疾患や肺静脈還流異常などの右左シャントによるものが報告されている。今回、我々は感染経路不明の脳膿瘍に対して胸部造影CTを行い、左上大静脈遺残（PLSVC）に伴う脳膿瘍を経験したため報告する。症例は59歳男性。入院1週間前より急速に進行する右上下肢不全麻痺と運動性失語の症状で当院に救急搬送された。Gd-T1で左前頭葉に42x35mm大のring enhancementを伴う単発の増強病変と周囲の浮腫性変化を認め、DWIで病変内部は高信号を呈していた。画像所見と症状の進行速度より脳膿瘍を疑い、入院翌日に開頭摘出術を行った。腫瘍性病変を一塊として摘出し、内部に膿瘍を認めた。術後に右上下肢不全麻痺は改善し、Gd-T1では増強病変の全摘出を確認した。これまでチアノーゼ、TIAの既往はなく、繰り返し採取した血液培養はすべて陰性であった。膿瘍の培養結果は口腔内常在菌の多菌種を認めたが、明らかな齲歯や菌性感染症、副鼻腔炎などは認めなかった。全身CTで左腕頭静脈-左上肺静脈の交通がみられ、PLSVCによる口腔内からの一過性菌血症が脳膿瘍をきたした可能性が示唆された。術直後より脳膿瘍に対する抗生剤のempiric therapyを行った。その後は6-8週間の抗生剤加療を予定した。脳膿瘍は治療が遅れると致死的になり得る疾患であり、早期の発見と治療介入が重要となる。また、二次予防のためにも感染経路の特定が必須となるが、今回我々はPLSVCが原因と推察される脳膿瘍を経験したため、文献的考察を加えてここに報告する。

B-21 内視鏡下経鼻アプローチにて摘出しえた眼窩内海綿状血管腫の一例

久留米大学医学部 脳神経外科

菊池 仁, 坂田 清彦, 濱本 裕太, 森岡 基浩

症例は80歳、女性。2006年に当院眼科にて左眼窩内海綿状血管腫を指摘されていたが、当時は10mm程度のサイズであり、年齢も考慮し経過観察を勧められていた。徐々に眼球突出を認めるようになり、ここ2年間で左眼の矯正視力が1.0から0.6へ低下し、マリオット盲点の拡大を伴ってきたため当院紹介となった。複視の訴えはなかったが外観上左眼球突出著明であった。腫瘍は眼球より大きな28mm程度の大きさがあり眼窩内下方に局在し、視神経は腫瘍の上方やや内側を走行していた。患者が開頭手術に対し抵抗があったため、経鼻アプローチでの手術を提案したところ同意されたため手術を行う方針とした。手術では左中鼻道および上顎洞を開放し、左眼窩内側下壁を露出。Periorbitaを切開して眼窩内脂肪に囲まれた腫瘍を凝固しながら引き出したが、いったん腫瘍へ切り込むと出血してくるため、助手に眼窩を圧迫してもらうことで腫瘍を娩出させ周囲の結合織を剥離しながらen-blocに摘出した。術後の眼球陥凹や複視予防のため下眼瞼切開にて吸収性プレートを挿入し手術を終了した。腫瘍は全摘され、術後視力は改善し複視の訴えも見られなかった。

眼窩内海綿状血管腫は良性眼窩内腫瘍の代表疾患であり、通常は開頭手術もしくは経眼窩アプローチが選択される。経鼻内視鏡手術の発展により、内側下方に位置する眼窩内病変も手術が可能となっており、症例を選択すれば良い手術アプローチと考えられた。症例を提示し手術所見を供覧する。

B-22 眼窩内に発生した Hybrid neurofibroma/schwannoma の 3 例

九州大学大学院医学研究院 1 脳神経外科, 2 神経病理

長嶋 孝昭¹, 三月田 祐平¹, 溝口 昌弘¹, 秦 暢宏¹, 空閑 太亮¹, 波多江 龍亮¹,
赤木 洋二郎¹, 鈴木 諭², 岩城 徹², 飯原 弘二¹

【はじめに】 Hybrid peripheral nerve sheath tumor (Hybrid PNST) は neurofibroma、schwannoma、perineurioma のうち、複数が混在する腫瘍として比較的最近報告されるようになった病態で、2013年のWHO分類（軟部・骨腫瘍）で神経鞘腫瘍の一亜型として独立して定義された。多くは neurofibromatosis や schwannomatosis などの遺伝性疾患における多発腫瘍の1つとして認められ、孤発例は稀である。発症部位として四肢の真皮や皮下に好発するとされるが、眼窩内発症については過去数例程度の報告を認めるのみである。今回、眼窩内に発症した Hybrid PNST の自験3例の臨床病理像について報告する。【症例】 45～76歳（平均64歳）、男性1例・女性2例。初発症状はいずれも眼球突出であり、発症から手術までの期間は0.5～5年間であった。術前の腫瘍最大径は25～43（平均33.3mm）で、MRI画像上はT1低信号、T2高信号、Gd造影で内部不均一な増強効果を呈していた。術中所見では全例とも被膜を有する境界明瞭な腫瘍であり、2例では前頭神経との連続性が確認できた。組織像は3例ともに neurofibroma/schwannoma の組み合わせであり、免疫染色で腫瘍細胞にびまん性のS-100陽性を認めたほか、neurofibroma成分でNeurofilamentの陽性所見を認めた。【まとめ】 Hybrid PNSTは近年の分類定義に伴って意識されるようになった診断名であり、これまで単一のPNSTとして診断されたものの中にも Hybrid PNSTが含まれていたとの報告もある。実際、今回の自験3例については比較的短期間のうちに経験したものであり、眼窩内の hybrid PNST はこれまで報告されているよりも頻度の高い病態である可能性を考慮して鑑別に臨む必要がある。

B-23 髄液鼻漏にて発症した temporosphenoidal encephalocele の 1 例

長崎大学医学部 1 脳神経外科, 2 耳鼻咽喉科

松井 彰子¹, 馬場 史郎¹, 渡邊 毅², 高平 良太郎¹, 近松 元気¹, 吉田 光一¹, 氏福 健太¹,
鎌田 健作¹, 案田 岳夫¹, 松尾 孝之¹

症例は47歳男性。20歳時に頭部打撲の既往あり。右水様性鼻漏を主訴に近医耳鼻咽喉科受診。当初は副鼻腔炎として加療されるも改善せず。鼻漏は持続し、テストテープにて糖反応陽性であり髄液漏が疑われ、発症から約2週間後に当院紹介となる。副鼻腔CTにて右蝶形骨洞外側壁に骨欠損・菲薄化を認め、同部位から軟部陰影の突出、右蝶形骨洞内液体貯留を認めた。MRIでは右蝶形骨洞外側壁に骨欠損部から右側頭葉内側の一部が脱出し脳瘤の所見であった。また偶発的に右聴神経腫瘍も認め、脳室拡大を伴っていた。Temporosphenoidal encephaloceleに伴う髄液鼻漏と考えられ、内視鏡下に遊離脂肪および鼻中隔有茎粘膜弁を用いた髄液漏閉鎖術を施行。術後、1週間のスパイナルドレナージ管理を行なった。ドレーン抜去10日後に髄液漏再発したため、内視鏡下脳瘤切除後に筋膜（under/overlay）、遊離脂肪および鼻中隔有茎粘膜弁でのmulti layerで髄液漏閉鎖術を施行。同様にスパイナルドレナージ管理を行なった。経過良好で術後21病日で自宅退院、髄液漏再発なく外来通院中である。

髄液鼻漏は前頭蓋底部から篩骨洞や前頭洞に漏れることが一般的であるが、本症例のようにtemporosphenoidal encephaloceleより蝶形骨洞に髄液漏をきたすことは比較的稀である。その病態および手術治療における閉鎖法の選択について文献的考察を加え報告する。

B-24 上咽頭癌陽子線治療後に失語で発症した細菌性脳膿瘍の1手術例

沖縄県立中部病院 脳神経外科

矢野 昭正, 石川 泰成, 仲宗根 進

放射線治療後の脳膿瘍は稀とされてきたが、近年、特に上咽頭癌（nasopharyngeal carcinoma: NPC）治療例においては脳膿瘍の原因論として重要性が認識されてきている。NPC陽子線治療後の左側頭葉膿瘍に手術加療を行った1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は欧州出身の49歳男性。2年2か月前にウィーンでNPCに陽子線治療を受け、7か月後から当院耳鼻科でフォローされていた。左眼痛、頸部痛・腰痛、発熱に続く運動性失語で発症し髄膜炎として内科入院加療。MRIで髄膜炎からカプセル化しつつある脳膿瘍と蝶形骨洞にも造影所見を認め、脳外科に紹介となった。起因菌同定と減圧目的で脳膿瘍排膿術を行った。起因菌はStreptococcus intermediusで抗生剤（CTRX）を継続した。術後、左側頭葉膿瘍は一旦縮小し失語症も軽快したが、2か月後のMRIで内側側頭葉に新規病変を認め、増大してきた。蝶形骨洞内病変を処置しないと治癒に向かわないと考え、経鼻蝶形骨洞膿瘍ドレナージ術を行った。

病理検査に提出した洞内粘膜に腫瘍性病変は認めなかった。抗生剤はそのまま継続し、MRIでの蝶形骨洞内DWI 高信号は消退、左側頭葉膿瘍と周辺浮腫も縮小・軽減した。

本例では当初、NPC陽子線治療後の再発や周辺組織浸潤の可能性も考えつつ、失語症を起こした左側頭葉病変の排膿から行った。術後の抗生剤加療では膿瘍の供給源となっていた蝶形骨洞病変を治癒させることができず、蝶形骨洞ドレナージを追加して病勢を好転に向かわせることができた。一元的に考えれば、根治的かつ侵襲が少ない副鼻腔病変の処置から行えばよかったのかも知れない。

B-25 後頭部不全型脳瘤 (occipital atretic cephalocele) の一例

佐世保市総合医療センター 脳神経外科

小川 由夏, 藤本 隆史, 林 健太郎, 岩永 充人

【はじめに】脳瘤は、稀な神経管閉鎖障害のひとつで、先天的な頭蓋骨の欠損孔から、頭蓋内容が頭蓋外に脱出して嚢胞を形成するものである。われわれは、脳瘤を疑い切除し、術中所見や病理診断の結果から不全型脳瘤(atretic cephalocele)と診断した1例を経験したため、報告する。【症例】生後2日の男児。生下時より後頭部腫瘍を指摘された。頭部CTでは後頭部に頭蓋骨欠損があり、静脈洞交会の直上で、菲薄した皮膚の下に腫瘍を認めた。脳実質の脱出は明らかでなかったが、髄液の貯留が疑われた。脳瘤(髄膜瘤)を疑い、髄液漏出のリスクがあると判断し、切除術を行った。術中所見では、腫瘍から連続する索状組織が骨欠損部内に入り込んでおり、骨欠損部から硬膜の一部が確認されたが、腫瘍に連続する硬膜は認めなかった。病理所見では、髄膜性の結合組織の中に異所性脳組織が認められた。以上の所見から、不全型脳瘤と診断した。その後約半年経過し、患児には成長発達の異常や明らかな合併奇形を認めていない。【考察】脳瘤は比較的稀な疾患で、発生部位によって病態や臨床症状、予後などが異なるが、嚢胞が破れ髄液漏出となり、緊急の手術が必要となる場合もある。最近では、嚢胞を形成しない不全型脳瘤(atretic cephalocele)が、形態的な分類に加えられるようになった。不全型脳瘤の治療法としては、整容面や感染・疼痛などを原因として手術となることが多い。また、中には脳形成異常などの合併奇形を認める例もあるが、他の脳瘤よりも予後良好な例が多いと報告されている。【結語】脳瘤を疑って切除術を行い、診断に至った不全型脳瘤の一例を経験した。診断には術中所見、病理所見が有用であった。

B-26 多発する脳転移をきたした infantile soft tissue sarcoma の一例

久留米大学医学部 1 脳神経外科, 2 小児科

中嶋 大介¹, 吉富 宗健¹, 河野 隆幸¹, 小牧 哲¹, 森岡 基浩¹, 大園 秀一²

【はじめに】小児軟部肉腫は原始間葉組織由来の悪性腫瘍からなる混成群で、全小児腫瘍の7%を占める。乳児期における軟部肉腫の発生は比較的稀であり、更に脳転移症例の報告は散見される程度である。今回我々は、生下時より左足に発生した未分化組織肉腫の多発脳転移症例を経験したので、その経過と治療方針について文献的考察を加えて報告する。【症例】39週4日で出生となった男児。出生前診断で左下肢の充実性腫瘍を指摘された。生検組織診断でBCOR associated undifferentiated soft tissue sarcomaと診断され、当院小児科で化学療法後、整形外科にて外科的切除が施行された。断端陰性かつ生後1ヶ月時の頭蓋内精査では転移はなく経過観察されていた。6ヶ月時、斜頸を契機に後頭蓋窩を中心に多発する脳転移巣を認め当科紹介となった。【現症】意識清明で機嫌は良好。大泉門は平坦軟、頭囲拡大なく、斜頸以外特に神経症状は認められなかった。【頭部MRI】T1低信号かつ造影効果を伴った腫瘍が大脳および特に小脳に多発し、水頭症を伴っていた。【経過】入院後3日目で意識レベル低下と水頭症の増悪をきたし、後頭蓋窩の減圧を目的とした開頭腫瘍摘出術及び脳室体外ドレナージ術を施行した。術中、比較的境界明瞭で白色調の腫瘍がみられた。術後1日目より化学療法を再開し、現在も後療法を継続中である。【考察】軟部肉腫の治療は、外科的切除と周術期化学療法及び補助放射線照射が推奨されるが、組織型により化学療法の第一選択薬は異なり、薬剤に対する感受性は様々である。近年ではがん遺伝子パネルを利用したdriver gene同定によるprecision medicineなども普及しつつあり、当症例においても下肢腫瘍の組織を用いてがん遺伝子パネル検査をおこなった。当症例のような希少疾患で、既存の化学療法に抵抗性を示す疾患については積極的にprecision medicineに取り組む必要があると思われる。

B-27 多房性頭蓋内嚢胞を伴った乳児側脳室脈絡叢乳頭腫 の1例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野

小島 達也, 渡邊 孝, 齋藤 清貴, 山下 真治, 大田 元, 横上 聖貴, 竹島 秀雄

[背景] 脈絡叢乳頭腫は、全中枢神経系腫瘍の0.3-0.8%と比較的稀な良性脳腫瘍であり、症例集積が少ないことから、その臨床経過や治療方針においても不明な点が多い。今回我々は乳児に発生した側脳室脈絡叢乳頭腫で、頭蓋内多房性嚢胞と脳室拡大による水頭症を伴い稀な臨床経過を呈した症例を経験したので報告する。

[症例] 9か月の男児。正常分娩で出生。生後7か月頃より右半身麻痺が出現し、不機嫌な状態が続いていた。生後9ヶ月、小児科の定期受診で+4SDの頭囲拡大を指摘された。神経放射線画像診断で、左側脈絡叢に付着部を有する径40mmの均一に造影される充実性腫瘍性病変を認め、腫瘍周囲に多房性の連続性のない嚢胞を伴っていた。緊急でオンマヤリザーバーを留置し、間歇的脳室ドレナージを施行。脳室内髄液の蛋白濃度は1,925mg/dl、嚢胞内容液の蛋白濃度は100mg/dlと著明な高値を認めた。左前頭葉の頭蓋内嚢胞を經由した開頭腫瘍摘出術施行。腫瘍は血流に富み、出血が多く、部分摘出で終了した。病理組織診断は脈絡叢乳頭腫 (WHO grade1) であった。このため、残存腫瘍に対して左後頭葉の頭蓋内嚢胞を經由した開頭腫瘍摘出術施行。腫瘍は全摘出されたが、術後も髄液蛋白濃度が300-500mg/dlと持続的高値を示し、髄液過剰排出が改善しないため長期留置型脳室ドレナージを行ったが、6週間の経過で自然軽快したためシャント術は不要であった。頭蓋内圧亢進症状は改善し、新たな神経学的脱落症状なく自宅退院となった。

[結語] 高蛋白濃度の髄液を過剰産生し、多房性嚢胞を伴う脈絡叢乳頭腫を経験した。本症例は腫瘍を全摘出することで髄液過剰産生が徐々に消失しシャントを回避することができた。脈絡叢乳頭腫は稀な疾患であり、遷延する髄液過剰産生とその対策を含め、文献的考察を加えたい。

B-28 パーキンソニズムを呈した中枢神経原発悪性リンパ腫

産業医科大学 脳神経外科

野口 祥平, 酒井 恭平, 鈴木 恒平, 鳥居 里奈, 長坂 昌平, 高松 聖史郎, 宮岡 亮,
齋藤 健, 中野 良昭, 山本 淳考

症例は75歳男性。X年7月頃より動作緩慢、巧緻運動障害、小声の症状が出現し9月に近医内科受診。頭部MRIにて左視床及び左前頭葉白質のFLAIR高信号病変を認め、DATスキャンでは左被殻優位に両基底核の集積低下があり、脳血管性パーキンソン症候群の診断となった。11月頃より小字や姿勢反射障害も出現し、視床病変の増大を認め、腫瘍性病変の除外目的に当科紹介。

初診時、小刻み歩行、姿勢反射障害、仮面様顔貌、右上肢に目立つ丸薬丸め運動を認めた。頭部MRIでは左前頭葉白質、左被殻～淡蒼球、視床にT1低～等信号、T2高信号、Gd造影で不均一な増強効果を呈する病変を認め、組織診断目的に定位的脳腫瘍生検術を施行した。病理診断は、diffuse large B cell lymphomaであり、全身検査を行い中枢神経原発悪性リンパ腫の診断に至った。術後よりステロイド投与を開始し、パーキンソニズムの改善を認め、現在R-MPV療法を継続中である。

中枢神経原発悪性リンパ腫の多くはテント上の多発病変として発症し、その局在は大脳半球や基底核、脳幹と報告される。一方、今回の様に臨床症状としてパーキンソニズムを呈する症例

は数例の報告があるのみである。パーキンソニズムを引き起こす病変部位として、大脳皮質、中脳、大脳基底核、帯状回、小脳を含む神経回路障害の関与が指摘されており、病変が直接黒質に達する例は31%程度と報告される。本症例では線条体から黒質緻密部・淡蒼球内側に投射するニューロンと、線条体から淡蒼球外側に投射するニューロンが腫瘍周囲の浮腫性変化により障害されたと考えられ、診断確定後のステロイド投与により、パーキンソニズムは速やかに改善を認めた。比較的急速な進行を示すパーキンソニズムを呈する症例において、頭蓋内に器質的病変を伴う症例では、パーキンソン病や脳血管性パーキンソン症候群などの他、原発性脳腫瘍に伴うパーキンソニズムを鑑別に挙げ、厳重な画像検査を含めた経過観察が重要である。

B-29 多発脳梗塞を契機に発見された動静脈瘻を伴った肺腺癌の1例

富永病院 脳神経外科

谷 将星

【症例】67歳女性【現病歴】左手指のしびれを主訴に近医を受診、脳梗塞の疑いで当院に紹介受診となった。MRIにて両側大脳半球に散在する急性期梗塞像を認めた。塞栓性梗塞と考えられたため未分画ヘパリン持続静注による抗凝固療法を開始し原因精査を行った。精査の過程で両下腿の深部静脈血栓、動静脈瘻を伴う肺腫瘍を認め、奇異性脳梗塞の可能性が高いと考えられた。ヘパリンを皮下注製剤に変更した後の入院15日目、他院呼吸器外科受診目的に一旦退院となった。肺腫瘍は生検の結果、腺癌(ROS1融合遺伝子変異陽性)であることが確定し化学療法が開始された。【考察】悪性腫瘍に伴う血液凝固能亢進等による脳卒中はTrousseau症候群として知られているが、実際にはそのメカニズムは多様である。今回の症例のように動静脈瘻を伴った肺癌によるものは比較的珍しいと考えられたため文献的考察を加え発表する。

B-30 髄膜腫との鑑別が困難であった組織球症の一例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 1 脳神経外科, 2 病理部・病理診断科

増田 圭亮¹, 藤尾 信吾¹, 霧島 茉莉², 比嘉 那優大¹, 大吉 達樹¹, 吉本 幸司¹

【はじめに】組織球症は、マクロファージ、樹状細胞やその他の分類できない組織球がさまざまな臓器の中で増殖する疾患の総称である。その稀な一病型としてErdheim-Chester病(ECD)、Rosai-Dorfman病(RDD)などがあり、頭蓋内に髄膜腫と類似した腫瘍性病変として出現することがある。今回我々は髄膜腫との鑑別が困難で、ECDもしくはRDDが疑われる一例を経験したため報告する。

【症例】70歳代女性。めまい精査のため頭部MRIを施行した際、偶発性に頭蓋内多発腫瘍を認め当科紹介となった。最大病変は前頭部大脳鎌に接し、最大径は5cm、境界明瞭に造影されdural tail signを有しているが、ASLでは乏血性であった。前頭蓋底、円蓋部にもそれぞれ1cm弱の病変を認めた。髄膜腫の術前診断にて開頭腫瘍摘出術を施行したところ、腫瘍は乏血性で硬く、大脳鎌との癒着は軽度であった。病理組織診断では組織球の浸潤が目立つ線維性結合組織で、リンパ球、形質細胞、好酸球の浸潤が見られたが、腫瘍細胞や砂粒体は認めず髄膜腫は否定的であった。泡沫細胞や組織球はCD68陽性であるがCD1aは陰性であり、ランゲルハンス細胞組織球も否定的であった。IgG4陽性細胞は10/HPF以上認め、IgG4/IgG比が40%を超える部分も見られたが、IgG4関連肥厚性硬膜炎としては泡沫細胞・組織球の浸潤が目立つ点が非典型的であった。S100蛋白が部分的にしか染色されないことから、RDDとECDとの鑑別が困難であった。遺伝学的検査ではNRASとNF1の変異を認めるが、BRAF変異は認めなかった。術後経過は良好であり、術後7日目に退院となった。

【結語】髄膜腫との鑑別が困難であった組織球症の稀な一例を経験した。RDDやECDはその病因や予後について不明なことが多く、さらなる症例の蓄積が待たれる。

B-31 Pleomorphic xanthoastrocytoma の一例

1 福岡大学医学部脳神経外科, 2 貝塚病院脳神経外科, 3 福岡大学医学部病理学教室

宮川 健¹, 小林 広昌¹, 吉永 進太郎¹, 松本 順太郎¹, 榎本 年孝², 森下 登史¹, 野中 将¹, 安部 洋¹, 井上 亨¹, 鍋島 一樹³

【背景】

Pleomorphic xanthoastrocytoma (PXA) は1979年にKepesらにより初めて報告された astrocyte由来の腫瘍で、小児と若年成人に発生する稀な腫瘍である。その発生頻度は原発性脳腫瘍の0.2%、神経膠腫の0.9%とされており、痙攣で発症することが多い。今回偶発的に発見されたPXAの一例を経験したので報告する。

【症例】

18歳女性、スポーツをしている最中に下顎部を打撲し近医を受診、頭部CTにて右前頭葉に腫瘍性病変を認め当院紹介となった。腫瘍は、石灰化と嚢胞を伴う40×35mm大の病変で、腫瘍に接する前頭骨の菲薄化を認めた。MRI ではT1 iso、T2 highでGd T1で不均一な造影効果を認めた。脳波では明らかなspikeは認めなかった。

術中所見は、腫瘍は一部exophyticに脳表に突出し、脳表のcortical veinはred veinを呈し、腫瘍内のAV shuntが示唆された。周囲の浮腫性白質から全周性に剥離し一塊として全摘出した。病理所見では、紡錘形細胞・多形性の腫瘍細胞が束状に増殖し、好酸性顆粒小体が散見され、周囲血管にはリンパ球浸潤や石灰化が見られ、PXAと診断された。BRAF mutationは見られなかった。明らかな神経脱落所見なく、経過良好にて自宅退院となった。

【結語】

今回偶発的に発見されたPXAの一例を経験した。本疾患の臨床的・病理学的特徴を文献的に考察して報告する。

B-32 悪性脳腫瘍と非腫瘍性疾患の画像診断に苦慮した2症例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科

黒木 伸一, 細山 浩史, 花田 朋子, 比嘉 那優大, 藤尾 信吾, 内田 裕之,
大吉 達樹, 吉本 幸司

【はじめに】膠芽腫、悪性リンパ腫、転移性脳腫瘍などの悪性脳腫瘍と非腫瘍性疾患を画像のみで鑑別することは容易でない。今回、画像診断に苦慮した2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1) 70歳代女性。1週間前からふらつきを自覚。不全麻痺や認知機能障害が急速に進行し、前医に救急搬送。頭部MRIで深部白質、脳梁、帯状回、中脳水道など多発する造影病変を認め紹介。中脳水道病変による閉塞性水頭症も認めた。体幹部に明らかな異常なく、中枢神経原発悪性リンパ腫を鑑別の筆頭に定位的脳腫瘍生検術を計画した。ステロイド含め、無治療にも関わらず、生検当日のMRIで造影病変の縮小を認めた。悪性リンパ腫の自然経過として矛盾しないと考え予定通り生検術を行った。病理学的にはKB染色で染色性の低下、同部位に多数の組織球を認め、多発性硬化症の確定診断となったため、神経内科で加療の方針で転科となった。

症例2) 50歳代男性。2ヶ月前から緩徐進行性の歩行障害を自覚し他院受診。MRIで左前頭葉皮質直下、脳室周囲など多発性の病変を認め、悪性リンパ腫疑いで当科紹介となった。神経放射線科医を含むカンファレンスにて、一部にopen ring sign を認めることなどから、画像上は多発性硬化症の可能性が高いと判断し、神経内科に転科した。ステロイドパルスが施行されるも病変の縮小なく、新規病変の出現や神経症状増悪を認め、再紹介。定位的脳腫瘍生検術を施行し、病理組織および遺伝子パネルによる統合診断にてIDH-wild type膠芽腫の診断となった。

【考察・結論】画像診断の進歩から画像正診率は向上しているが、諸理由で組織診断なしに治療介入を行う場合は慎重な経過観察を要する。また、定位的脳腫瘍生検術は検体量が少なく、サンプリングエラーの可能性も常に考慮し、正確で適切な治療が遅滞なく行えるよう、質の向上に努めることが必要である。

B-33 膠芽腫患者における脊髄播種予測の検討

大分大学医学部 脳神経外科

梶井 泰朋, 札幌 博貴, 大西 晃平, 藤木 稔

膠芽腫は非常に高い浸潤性の性質を持ち、診断画像上確認される領域以上まで細胞が浸潤していると考えられており、肉眼的全摘出を行っても、摘出周囲の局所再発を免れないことが治療成績が向上しない理由の一つとして知られている。また局所再発のみならず、髄腔内播種を引き起こすことによって、局所後療法を強化しようとも予後が改善しない原因となっている。膠芽腫細胞は髄腔内で増殖あるいは着床、増大することは稀とされており、脊髄播種の頻度としては剖検例では25%に播種所見を認めたとの報告もあるが、実臨床中に認めるのは5~7%程度で症候性のもはさらに稀といわれている。しかしながら脊髄播種をきたした症例は治療効果が乏しいことから分かるように、さらに予後不良な状態を引き起こす。この髄腔内脊髄播種を引き起こす病態の解明や、早期に脊髄播種の可能性を予測できる特徴を明らかにできることは、治療を行う上で重要と考えられる。

今回短期間に脊髄播種をきたした症例を数例経験した。少数例ではあるが症例の背景、画像、手術や後療法などの治療内容、病理、転帰などから播種の予測が可能かどうかを、参考文献を踏まえ述べる。

合同-1 Directional DBS が有用であった難治性本態性振戦の 2 例

医療法人相生会 福岡みらい病院 (1)機能神経外科、(2)脳神経外科、(3)看護部

宮城靖⁽¹⁾、浦崎永一郎⁽²⁾、江口弘子⁽³⁾

症例 1 は 55 歳男性。11 歳から手の姿勢時・動作時振戦があり、36 歳で左視床凝固術、37 歳で右視床 DBS 施行。47 歳で再手術したが左上肢振戦が増悪し刺激によるしびれが悪化したため、53 歳で右 DBS を MICC 方式に変更。しびれは軽減したが再燃し、DBS の増強ではしびれが強くなる一方となった。Directional DBS に交換すると、しびれの軽減とともに振戦は軽快した。症例 2 は 70 歳女性。40 歳代より姿勢時・動作時振戦が出現し、数年前から食事も困難になった。視床 DBS で改善したが、増強すると右上肢に不快なしびれを生じた。左リードの全方向に刺激を回転しながら副作用をスクリーニングすると、左リードの前方接触子でしびれの増悪を訴え、後内側接触子で最もしびれが少なく振戦も抑制された。画像では左リード自体が外側（内包）を向いていることが判明した。視床 DBS は常に内包や VC 核への電流拡散による愁訴と隣合わせである。刺激耐性により振戦が再発した症例、しびれなどの刺激副作用が強い症例では、刺激方向をコントロールできる Directional DBS が有用であった。

合同-2 当院で経験した中枢神経原発悪性リンパ腫の臨床的検討

佐世保市総合医療センター (1)脳神経内科、(2)脳神経外科

鳥村大司⁽¹⁾、番園隆浩⁽¹⁾、林信孝⁽¹⁾、前田泰宏⁽¹⁾、藤本武士⁽¹⁾、林健太郎⁽²⁾、岩永充人⁽²⁾

過去 5 年間の中枢神経原発悪性リンパ腫（PCNSL）について臨床的検討を行った。中枢神経に悪性リンパ腫の所見を認めた症例は 12 例、そのうち中枢原発は 5 例、平均年齢は 59 歳（39-71 歳）、男性が 3 例、初発症状は複視、めまい、意識障害、球麻痺、構音障害、不全片麻痺だった。髄液検査では $\beta 2MG$ は 2.2 - 5.6 mg/L、と高い傾向だったが、sIL-2R は 50-2900 U/mL と様々だった。画像では頭部 MRI で DWI 高信号、ADC 低～高信号で、組織学的診断は 4 例が DLBCL であり、1 例に EBV 感染を認めた。治療は 2 例で HD-MTX 療法+全脳照射、3 例で R-MPV 療法が実施された。緩解例は 1 例のみで多くは予後不良であった。PCNSL の補助診断には髄液や画像検査が有用ではあるものの、確定診断には脳生検が必要となるが、侵襲性が高く、病巣部位によっては実施困難な場合もある。PCNSL に関する若干の文献的考察を加えて報告する。

合同-3 髄膜腫術後に発症した非痙攣性てんかん重積に対して焦点切除を行い、アルツハイマー病・アミロイドアンギオパチーが判明した一例

(1) 九州大学大学院医学研究院脳神経外科、(2) 九州大学病院検査部、(3) 九州大学大学院神経病理学、(4) 福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科

安部啓介⁽¹⁾、迎伸孝⁽¹⁾、三月田祐平⁽¹⁾、溝口昌弘⁽¹⁾、酒田あゆみ⁽²⁾、鈴木諭⁽³⁾、森岡隆人⁽⁴⁾、飯原弘二⁽¹⁾

【背景】非痙攣性てんかん重積は高齢者に多く、様々な疾患が原因として考えられ、高齢者の場合は外科的介入の適応となる頻度は少ない。我々は髄膜腫術後に発症した非痙攣性てんかん重積に対して焦点切除を行い、アルツハイマー病・アミロイドアンギオパチーが判明した一例を経験したので、ここに報告する。【症例提示】69歳、女性。近医で右前頭部髄膜腫を指摘されたが経過観察していた。X年2月に漢字が書けなくなり、腫瘍の増大を認め当院紹介となった。高次脳機能低下があり、同病変が原因と考えられたためX年4月に右前頭開頭腫瘍摘出術を行った。X年7月に意識レベル低下あり、慢性硬膜下水腫および水頭症を認めたためVPシャント造設術を行った。VPシャント術前の脳波で右前頭部を中心としたてんかん波を認めていたが、術後レベチラセタムの内服を開始し改善した。X年10月に再度意識レベルの低下で紹介となった。水頭症の増悪と、脳波での右前頭部を中心とした periodic discharge を認め非痙攣性てんかん重積の状態であった。水頭症のコントロールに加え抗てんかん薬の追加投与を行ったがてんかん重積状態を離脱できず、挿管管理下に鎮静を行うも右前頭部より起始する periodic discharge が持続していた。腫瘍摘出部の損傷によりてんかんが発生し、その重積を来している可能性を考え、X年11月に術中皮質脳波ガイド下で右前頭葉焦点切除術を行った。病理学的には腫瘍摘出に伴う損傷所見はなく、アルツハイマー病、アミロイドアンギオパチーの所見であった。術後は脳波の改善を認めた。【考察】アルツハイマー病やアミロイドアンギオパチーを原因とするてんかんは多いが、多くは薬物治療で軽快し、重積に至り外科的介入を要した症例の報告は極めて少ない。本症例は上記疾患を背景に、水頭症などの要因が重なりてんかんを起こしやすい状況になっていたと思われた。高齢者のてんかんでは様々な疾患を念頭に診療を行うべきである。

合同-4 慢性頭蓋内圧亢進症と VP シヤントによって気脳症を合併した一例

(1) 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科、(2) 福岡大学脳神経外科

平尾宜子⁽¹⁾、神崎由起⁽²⁾、古賀嵩久⁽¹⁾、三木浩一⁽²⁾、松本順太郎⁽²⁾、野中将⁽²⁾、安部洋⁽²⁾、林修司⁽¹⁾、井上亨⁽²⁾

症例は 22 歳の女性。2004 年に水頭症と右鞍上部 pilocytic astrocytoma と診断された。水頭症 に対しては右後角から VP-シヤント術を施行。脳腫瘍に対してはこれまで 4 回の手術と化学療法を施行しリハビリテーションで当科に入院中であった。2 カ月前から頭痛を訴えるようになり、徐々に症状の頻度が多くなったため頭部 CT 施行したところ、両側側脳室に大量の空気貯留を認めた。原因検索を行ったが、頭部に皮膚欠損等の創部異常やシヤントチューブ断裂等のシヤントトラブルは認めなかった。今回我々は VP シヤントが気脳症を悪化させたと考えられる一例を経験し文献的考察を加え報告する。

合同-5 高齢化率の高い地域における脳疾患両立支援の現状

九州労災病院門司メディカルセンター (1) 脳神経外科、(2) リハビリテーション部、

(3) 産業医科大学脳神経外科

梅村武部⁽¹⁾、宮地裕士⁽¹⁾、蜂須賀研二⁽²⁾、山本淳考⁽³⁾

【目的】日本の高齢化率は上昇しており、65 歳以上であっても就労している方がいる。当院で治療就労両立支援を行った患者における、疾患、症状、障害、仕事内容、復職までの期間について検討を行った。【方法】平成 29 年 4 月~平成 31 年 3 月の間に脳疾患で入院した患者で、発症時に有職者であり、復職を希望し両立支援介入に同意した患者を対象とした。入院時に、年齢、性別、疾患、障害を調査し、復職に向けたリハビリを行いながら、仕事内容、復職までの期間、復職における問題点の評価を行った。【結果】両立支援介入に同意した患者は 45 症例あり、このうち 65 歳以上は 21 症例であった。疾患別の内訳は、頭部外傷: 10 症例、脳卒中: 30 症例、脳腫瘍: 4 症例、てんかん: 1 症例であった。配置転換も含めて 39 症例 (86.6%) で職場復帰を行うことができた。退院時の mRS はどの症例も 0~2 の間であり、復帰までの期間としては、頭部外傷: 平均 8 ヶ月、脳卒中: 平均 2.1 ヶ月、脳腫瘍: 平均 1.5 ヶ月であった。復職における問題点としては、頭部外傷では高次脳機能障害、脳卒中では片麻痺が最も多く、脳腫瘍では頭痛が主な問題点であり、ほとんどの症例は ADL が保たれば復帰が可能となった。復職困難な要因は、専門技術職の場合やてんかんの症例は復職が難しい状況であった。65 歳以上の 21 症例はほぼ職場復帰を行うことができ、復職までの期間は平均 1.5 ヶ月であった。こ

の結果は65歳未満と変わらなかった。【考察】両立支援に登録した脳疾患の患者ではほとんどの症例で職場復帰が可能であった。また65歳以上であっても復職は可能であり、復帰までの期間は65歳未満と比べ差は認めなかった。職場復帰に関しては年齢による差を認めないも、技術職での復帰が困難となる傾向があり、高次脳機能障害では復帰まで半年以上の時間がかかる傾向にあった。これらを視野に入れ患者への説明、企業側との連携が必要であると考えられた。