



第 225 回 日本神経学会九州地方会

第 131 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：2019 年 3 月 16 日（土）

受付開始：午前 8 時 00 分

開始時間：午前 8 時 30 分（神経内科）

午前 8 時 55 分（脳神経外科）

神経学会	8 時 30 分～16 時 58 分
脳神経外科学会	8 時 55 分～16 時 10 分
ランチョンセミナー	12 時 20 分～13 時 20 分
合同セッション	13 時 50 分～14 時 38 分
FD 講習会	16 時 30 分～17 時 30 分

会場：神経内科：福岡大学病院 新館 メディカルホール

脳神経外科：福岡大学病院 新館 多目的室

会長：福岡大学神経内科学

坪井 義夫

久留米大学脳神経外科

森岡 基浩

会場案内



□ アクセス

● 地下鉄

- 天神から・・・七隈線「天神南駅」乗車 「福大前駅」下車 改札出て右2番出口
- 博多駅・福岡空港から・・・空港線「天神駅」下車 七隈線「天神南駅」乗車 「福大前駅」下車 改札出て右2番出口

● タクシー

- 博多駅から約30分
- 天神から約25分
- 福岡空港から約40分

● 西鉄バス

- 天神から・・・14番、114番、140番 「福大病院」下車 (約30分)
- 博多駅から・・・114番 「福大病院」下車 (約40分)

● 車

- 前原方面から(内回り)・・・野芥IC
- 空港方面から(外回り)・・・堤IC

* 患者様用の駐車場が御座いますがなるべく公共の交通機関でお越しください

会場配置図



3月16日(土)

- 日本神経学会九州地方会：福岡大学メディカルホール
- 日本脳神経外科学会九州支部会：福岡大学メディカルホール地下 1 階 多目的ホール（スターボックス奥）
- 合同セッション：福岡大学メディカルホール
- 日本神経学会九州地方会 世話人会：福岡大学病院 臨床大講堂
- 日本脳神経外科学会九州支部会 理事会：福岡大学病院 同窓会ラウンジ
- FD 講習会（脳神経外科）：福岡大学メディカルホール地下 1 階 多目的ホール（スターボックス奥）

3月17日(日)

- 生涯教育講演会（神経内科）：福岡大学メディカルホール
- 日本神経学会九州支部主催 神経学的ハンズオン：福大メディカルホール地下1階 多目的ホール

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-福大太郎.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。）
- 4) 本支部会終了後に FD 講習会を開催します。詳細は、プログラムをご参照ください。

プログラム概要 午前の部

A 会場（メディカルホール） 神経学会	B 会場（多目的室） 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 坪井 義夫（福岡大学）	8:55 開会の辞 森岡 基浩（久留米大学）	
8:35-9:23 セッション1 座長 稲富 雄一郎（済生会熊本病院）	9:00-9:40 セッション1 脳腫瘍1 座長 溝口 昌弘（九州大学） コメンテーター 粂井 泰朋（大分大学）	
9:23-10:03 セッション2 座長 薬師寺 祐介（佐賀大学）	9:40-10:12 セッション2 脳腫瘍2 座長 篠島 直樹（熊本大学） コメンテーター 吉田 光一（長崎大学）	
10:03-10:43 セッション3 座長 木村 成志（大分医科大学）	10:12-10:52 セッション3 脳腫瘍3 座長 中野 良昭（産業医科大学） コメンテーター 渡邊 孝（宮崎大学）	
10:43-11:23 セッション4 座長 渡嘉敷 崇（沖縄病院）	10:52-11:32 セッション4 脊椎・脊髄、外傷、感染 座長 山畑 仁志（鹿児島大学） コメンテーター 山本 真文（久留米大学）	
11:23-12:03 セッション5 座長 藤岡 伸助（福岡大学）	11:32-12:12 セッション5 脳血管障害1 座長 福田 健治（福岡大学） コメンテーター 田中 俊一（鹿児島大学）	
12:20-13:20 ランチョンセミナー1 座長 坪井 義夫（福岡大学） 演者 佐光 亘（徳島大学）	12:20-13:20 ランチョンセミナー2 座長 大倉 章生（済生会福岡総合病院） 演者 廣畑 優（久留米大学）	12:20-13:20 脳神経外科学会 九州支部 理事会 ※ 同窓会ラウンジ
		13:25-13:45 神経学会 九州地方会 世話人会 ※ 臨床大講堂

午後の部

A 会場（メディカルホール） 神経学会	B 会場（多目的室） 脳神経外科学会
13:50-14:38 合同セッション 座長 中根 俊成（熊本大学） 増岡 淳（佐賀大学）	
14:50-15:30 セッション 6 座長 大窪 隆一（藤元総合病院）	14:50-15:30 セッション 6 脳血管障害 2 座長 出雲 剛（長崎大学） コメンテーター 西村 中（九州大学）
15:30-16:10 セッション 7 座長 白石 裕一（長崎大学）	15:30-16:10 セッション 7 脳血管障害 3 座長 大田 元（宮崎大学） コメンテーター 大森 雄樹（熊本大学）
16:10-16:58 セッション 8 座長 松下 拓也（九州大学）	
16:58 閉会の辞 坪井 義夫（福岡大学）	16:10 閉会の辞 森岡 基浩（久留米大学）
	16:30-17:30 FD 講習会

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 2019 年 3 月 16 日(土) 12:20~13:20

場所 福岡大学メディカルホール (A 会場)

座長 坪井 義夫 (福岡大学神経内科)

演者 佐光 亘 (徳島大学神経内科)

演題 「進化するパーキンソン病・症候群バイオマーカー」

共催 第 225 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 2019 年 3 月 16 日(土) 12:20~13:20

場所 福岡大学メディカルホール地下 1 階 多目的ホール (B 会場)

座長 大倉 章生 (済生会福岡総合病院)

演者 廣畑 優 (久留米大学脳神経外科)

演題 脳動脈瘤に対する血管内治療

共催 第 131 回日本脳神経外科学会九州支部会、ニプロ株式会社

日本神経学会九州地区 生涯教育講演会のご案内

平成 31 年 3 月 17 日（日）9 時 30 分～

会場：福大メディカルホール（福岡大学病院 新診療棟 1F）

〒814-0180 福岡市城南区七隈 7-45-1 TEL：092-801-1011

参加費：4,000 円

プログラム：

9 時 30 分～10 時 20 分 座長：佐賀大学 原 英夫

「脳卒中診療における理想的な院内体制とは」

演者：松本 省二（藤田医科大学 脳卒中科）

10 時 20 分～11 時 10 分 座長：九州大学 吉良 潤一

「分子病態生理に基づいた免疫性ニューロパチーの再分類」

演者：山崎 亮（九州大学大学院医学研究院 神経内科学講座）

11 時 20 分～12 時 10 分 座長：久留米大学 谷脇 考恭

「脊髄小脳変性症に関する最新知見」

演者：石川 欽也（東京医科歯科大学 長寿・健康人生推進センター）

12 時 10 分～13 時 00 分 座長：福岡大学 坪井 義夫

「随意運動と不随意運動」

演者：宇川 義一（福島県立医科大学 神経再生医療学講座）

神経学的診察ハンズオンのご案内

日時：2019 年 3 月 17 日（日曜日）時間：14:00～15:20

場所：多目的ホール（福岡大学病院 新診療棟、福大メディカルホール地下）

〒814-0180 福岡市城南区七隈 7-45-1 TEL：092-801-1011

Tutor：橋本 洋一郎（熊本市民病院 神経内科）

大窪 隆一（藤元総合病院 神経内科）

参加費：3,000 円

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

8:35~9:23

座長 稲富 雄一郎（済生会熊本病院）

A-1 左内頸動脈閉塞症を3度発症し、最終的にランブル疣贅に関連した脳塞栓症と診断した一例

中澤祐介 1) 梅谷啓太 1) 高下純平 1) 橋本哲也 1) 田中正人 1) 森重徳継 2)

加藤誠也 3) 川尻真和 1) 山田猛 1)

1) 済生会福岡総合病院 脳神経内科

2) 済生会福岡総合病院 心臓血管外科

3) 済生会福岡総合病院 病理診断科

A-2 延髄外側梗塞を発症し多発動脈解離を認めた線維筋性異形成の一例

山元伸昭、柴田憲一、中垣英明、長野祐久

福岡市民病院神経内科

A-3 ワルファリン療法中の脳内出血においてプロトロンビン複合体で中和した3症例

矢坂正弘、船水章央、森田隆雄、森興太、徳永敬介、後藤聖司、桑城貴弘、岡田靖

国立病院機構 九州医療センター 脳血管・神経内科

A-4 約30年前の開頭血腫除去術後に左後頭葉の皮質下出血を発症した脳アミロイドアンギオパチーの一例

星野有紀、井手俊宏、江里口誠、薬師寺祐介、原英夫

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

A-5 カルバマゼピンによる徐脈の関与が考えられた心原性脳塞栓症の一例

穂原貴裕、平嶺敬人、宮下史生、脇田政之、松岡秀樹

国立病院機構鹿児島医療センター 脳血管内科

A-6 ヘルペス脳炎と鑑別が困難であった鉄欠乏性貧血による脳静脈洞血栓症の一例

古賀浩之、金丸和樹、小川剛、望月仁志、中里雅光、塩見一剛

宮崎大学附属病院 神経内科

A-7 慢性リンパ性白血病に対してオファツムマブ使用中に進行性多巣性白質脳症を発症した一例

橋本侑 1) 辻本篤志 1) 立石貴久 1) 小川亮介 2)

1) JCHO 九州病院 神経内科 2) 同血液内科

A-8 非交通性水頭症を呈したびまん性大細胞性 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) の一例
高山茅

鹿児島市立病院 神経内科

A-9 AIDS 発症後に小脳虫部に粗大な腫瘍性病変を呈した EB ウイルス陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

金子浩之、樋口雄二郎、矢野直志、崎山佑介、荒田仁、松浦英治、高嶋博

鹿児島大学病院 脳神経内科

A-10 難治性頸部痛を主徴とした primary diffuse leptomeningeal gliomatosis の 1 剖検例

桑野孔仁子 1) 岡留格 1) 梅原藤雄 1) 霧島茉莉 2)

1) 南風病院 脳神経内科

2) 鹿児島大学病院 病理診断科

A-11 右上肢麻痺を呈し、PET-CT にて腕神経叢浸潤を認めた悪性リンパ腫の 1 例

土師正太郎 1) 佐光亘 1) 村上永尚 1) 大崎裕亮 1) 岡本恵暢 2) 曾我部公子 2) 宇高憲吾 2) 藤井志朗 2) 三木浩和 2) 安倍正博 2) 和泉唯信 1)

1) 徳島大学病院 神経内科 2) 同血液内科

A-12 シェーグレン症候群による三叉神経障害と鑑別を要した FOSMN 症候群の 1 例
居積晃希、松下拓也、雑賀徹、渡邊充、山崎亮、吉良潤一

九州大学大学院医学研究院神経内科学

A-13 首下がりに (head-drop) で発症した高齢発症重症筋無力症 (MG) の一例

津村星汰、上床希久、高島洋

佐賀県医療センター好生館 脳神経内科

A14 急性発症で下肢の感覚障害、腱反射亢進の存在から脊髄症の鑑別を要した
hyperthyroid(thyrototoxic) myopathy の1例

吉田崇志、大窪隆一、末原雅人
藤元総合病院 神経内科

A-15 診断治療に難渋した Contactin-1 陽性 CIDP の1例

前田教寿 1) 前田泰弘 1) 宇根隼人 1) 進村光規 1) 中村憲道 1) 高瀬敬一郎 1)
緒方英紀 2) 吉良潤一 2) 竹内啓喜 3) 岡伸幸 4)

1) 飯塚病院脳神経内科
2) 九州大学病院神経内科
3) 南京都病院脳神経内科
4) 京都近衛リハビリテーション病院

A-16 転移性脳腫瘍による monomelic amyotrophy 一例

末次南月、森法道、雪竹基弘
高邦会 高木病院 神経内科

セッション 4

10:43~11:23

座長 渡嘉敷 崇 (沖縄病院)

A-17 脳梗塞を契機に診断に至った原発性アルドステロン症の1例

金城史彦、山城貴之、國場和仁、谷川健祐、當銘大吾郎、名嘉太郎、波平幸裕、城間加奈子、
石原聡、崎間洋邦、大屋祐輔
琉球大学医学部附属病院 第三内科

A-18 尿閉を合併した Wernicke 脳症の一例

佐藤光、溝田貴光、平山拓朗、長郷国彦
JCHO 諫早総合病院 神経内科

A-19 著しい好酸球増多を認めた好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

妹尾洋、渡嘉敷崇、赤嶺博行、立田直久、藤原善寿、藤崎なつみ、城戸美和子、中地亮、
諏訪園秀吾
国立病院機構 沖縄病院 神経内科

A-20 ニボルマブ増量後に発症した脊髄ミオクローヌスの1例

高畑克徳、田代雄一、吉村道由、荒田仁、松浦英治、高嶋博
鹿児島大学 脳神経内科

A-21 ALS と 2 型糖尿病

福留隆泰、成田智子、前田泰宏、松屋合敏
長崎川棚医療センター臨床研究部・神経内科

セッション5

11:23~12:11

座長 藤岡 伸助（福岡大学）

A-22 進行性非流暢性失語を伴った筋萎縮性側索硬化症(ALS)の1例

本多由美 1) 永利知佳子 1) 長尾麻子 1) 岡崎敏郎 1) 石崎雅俊 1)
栗崎玲一 1)) 田北智裕 1) 西田泰斗 1) 前田寧 1) 上山秀嗣 1)
水谷浩徳 2) 白濱 諒 2) 山下 賢 2) 安東由喜雄 2)
1) NHO 熊本再春荘病院神経内科
2) 熊本大学脳神経内科

A-23 繰り返す意識消失発作・けいれんが初発症状で転倒を契機に歩行障害が急激に増悪したアレキサンダー病の1例

松山友美 1) 佐竹真理恵 1) 亀井僚太郎 2) 吉田誠克 3)
1) 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 神経内科 2) 同放射線科
3) 京都府立医科大学 神経内科

A-24 ときめき感のアウラを呈した側頭葉てんかんの1例

吉村怜、赤松直樹、三好絢子、田中秀明、神崎由紀、谷脇予志秀、大原信司、重藤寛史
福岡山王病院 てんかん・すいみんセンター、脳神経機能センター

A-25 橋中心及び橋外性髄鞘崩壊症群を来した1例の画像変化

竹下翔、緒方利安、藤岡伸助、坪井義夫
福岡大学医学部 神経内科

A-26 当院に緊急入院したてんかん症例の検討

津川潤 1) 栗原可南子 1) 新居浩平 2) 坂本王哉 2) 井上律郎 2) 森永裕介 2)
光武尚史 2) 花田迅貴 2) 東登志夫 1) 2) 坪井義夫 3)
1) 福岡大学筑紫病院 脳卒中センター 2) 同脳神経外科
3) 福岡大学医学部 神経内科

演者：佐光 亘 (徳島大学大学院 医歯薬学研究部 臨床神経科学 助教)

演題：「進化するパーキンソン病・症候群バイオマーカー」

*** 世話人会 (福岡大学医学部 臨床大講堂)**

13:25～13:45

合同セッション

13:50～14:38

座長 神経内科 中根 俊成 (熊本大学)
脳神経外科 増岡 淳 (佐賀大学)

合同-1 細菌性髄膜炎を契機に発見された副鼻腔内下垂体腺腫の一例

辻野修平 1) 林信孝 1) 福元尚子 1) 藤本武士 1) 林之茂 2)

1) 佐世保市総合医療センター 神経内科 2) 同脳神経外科

合同-2 脳深部刺激療法の各種ターゲットにおける Directional steering の有用性

宮城靖、浦崎永一郎、江口弘子

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

合同-3 増悪する limb shaking の後、右片麻痺、失語症をきたし、緊急で頸動脈ステント留置術を行った内頸動脈狭窄の 1 例

中垣英明 1) 山元伸昭 1) 柴田憲二 1) 長野祐久 1) 福島浩 2)

1) 福岡市民病院 神経内科 2) 同脳神経外科

合同-4 A 型インフルエンザと脳梗塞を同時に発症した 2 例

¹霧島記念病院脳神経外科 ²林内科胃腸科病院

坂元 健一¹、徳重 宏二¹、平原 一穂¹、上津原 甲一²

合同-5 脳梗塞後に局所性ジストニアに対し定位的視床凝固術を施行した小児例

¹福岡大学医学部脳神経外科 ²福岡大学医学部神経内科 ³福岡大学医学部小児科

平尾 宜子¹、森下 登史¹、高木 友博¹、藤岡 伸助²、藤田 貴子³、井上 亨¹

合同-6 頸動脈狭窄症に対する PCSK9 阻害剤の有用性

佐賀大学医学部脳神経外科

緒方 敦之、井上 浩平、吉岡 史孝、中原 由紀子、増岡 淳、阿部 竜也

セッション6

14:50~15:30

座長 大窪 隆一（藤元総合病院）

A-27 ジストニア肢位に Muscle Afferent Block (MAB) が有効であった DRPLA の一例

津田幸元、向野晃弘、村上慶高、増田曜章、中原圭一、中根俊成、安東由喜雄
熊本大 脳神経内科

A-28 アポモルフィン皮下投与が構音機能に効果を示した多系統萎縮症の一例

山田義貴 1) 仲地耕 1) 神里尚美 1) 長谷川昌宏 2)
1) 県立南部医療センター・こども医療センター神経内科 2) 同耳鼻科

A-29 重症筋無力症症状を呈した抗 Lrp4 抗体陽性の筋萎縮性側索硬化症の一例

角華織、中道淳仁、堀大滋、藪内健一、木村成志、松原悦朗
大分大学医学部 神経内科学講座

A-30 バイオマーカーによりアルツハイマー病理を確認しえたロゴペニック型失語

上杉聡平、石橋正人、堀大滋、木村成志、松原悦朗
大分大学医学部 神経内科学講座

A-31 PRNP のオクタペプチドリピート挿入を認めた CJD の一例

堂園美香 1) 有里敬代 1) 延原康幸 1) 丸田恭子 1) 吉村明子 2) 岡本裕嗣 2)
高嶋博 2) 園田至人 1)
1) 南九州病院脳神経内科
2) 鹿児島大学病院脳神経内科

セッション7

15:30~16:10

座長 白石 裕一（長崎大学）

A-32 視神経脊髄炎関連疾患の再発と鑑別を要した EBV 脊髄神経根炎の一例

松本航、中村優理、雑賀徹、松下拓也、山崎亮、吉良潤一
九州大学大学院医学研究院神経内科学

A-33 認知機能低下、右顔面神経麻痺、左動眼神経麻痺を呈した水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）による多発性脳出血の一例

向井達也 1) 茶谷裕 1) 米川智 2) 土井光 3) 荒木武尚 1)
1) 広島赤十字・原爆病院神経内科
2) 広島厚生病院
3) 土井内科神経内科クリニック

A-34 診断に苦慮した肉芽腫性アメーバ性脳炎の一例

松岡隆太郎 1) 長岡篤志 1) 中岡賢治朗 1) 北之園寛子 1) 金本正 1) 島智秋 1) 吉村俊祐 1) 宮崎禎一郎 1) 立石洋平 1) 白石裕一 1) 松井昂介 2) 鎌田健作 3) 尹漢勝 4) 辻野彰 1)
1) 長崎大学病院脳神経内科 2) 同熱研内科 3) 同脳神経外科 4) 同病理診断科

A-35 外眼筋麻痺で発症した浸潤性副鼻腔アスペルギルス症の1例

高瀬敬一郎 1) 吉村基 1) 前田泰宏 1) 宇根隼人 1) 進村光規 1) 前田教寿 1) 中村憲道 1)
村上大輔 2)
1) 飯塚病院脳神経内科
2) 九州大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科学教室

A-36 背景疾患として特発性 CD4+リンパ球減少症が示唆された進行性多巣性白質脳症の一例

北村泰佑、岡田卓也、三本木良紀、北山次郎
福岡赤十字病院 脳神経内科

セッション 8

16:10~16:58

座長 松下 拓也 (九州大学)

A-37 頭痛を主訴とし髄液蛋白細胞解離を認めインフリキシマブ療法が著効した神経ベーチェット病の1例

渡邊暁博 1) 荒畑創 1) 河野祐治 1) 山本明史 1) 笹ヶ迫直一 1) 三好絢子 2)
1) NH0 大牟田病院 脳神経内科
2) 福岡山王病院 神経内科

A-38 両側帯状回皮質に対称性の病変を呈した MOG 抗体陽性の2症例

原田雅也、鎌田崇嗣、菊池真介、森高泰河、頼田章子、三浦史郎、谷脇考恭
久留米大学医学部神経内科

A-39 頭部 MRI で延髄内側に経時的信号変化を認めた Bickerstaff 型脳幹脳炎の1例

竹熊梨祐、進藤誠悟、波止聡司、三浦正智、和田邦泰、寺崎修司
熊本赤十字病院 神経内科

A-40 抗 CV2 抗体を認めた浸潤性胸腺腫を伴う傍腫瘍性辺縁系脳炎の一例

黒木健至 1) 津田幸元 1) 植田明彦 1) 安東由喜雄 1) 中間達也 2)
1) 熊本大脳神経内科
2) 水俣市立総合医療センター脳神経内科

A-41 無菌性髄膜炎様症状にて発症し、生検し得た抗 myelin oligodendrocyte glycoprotein(MOG) 抗体関連疾患の 1 例

成毛哲思 1) 岩中行己男 1) 橋本智代 1) 岡田和将 1) 金子仁彦 2) 三須建郎 2) 足立弘明 1)

1) 産業医科大学 神経内科

2) 東北大学医学部 多発性硬化症治療学・神経内科

A-42 抗 NMDAR 抗体及び抗 MOG 抗体陽性脳炎の 1 例

西田明弘、三嶋崇靖、鈴木総一郎、土井まいこ、藤岡伸助、坪井義夫
福岡大学神経内科

閉会の辞

坪井 義夫

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 脳腫瘍1

9:00~9:40

座長 溝口 昌弘 (九州大学)

コメンテーター 靱井 泰朋 (大分大学)

B-1 高齢女性に発生した epithelioid glioblastoma の一例

¹ 敬愛会中頭病院脳神経外科 ² 敬愛会中頭病院病理診断科 ³ 久留米大学医学部脳神経外科

⁴ 久留米大学医学部病理学講座

大久保 卓¹, 土井 亮¹, 仲田 典広², 宮城 尚久³, 古田 拓也⁴, 杉田 保雄⁴, 森岡 基浩³

B-2 TERT mutation を有した” Diffuse astrocytoma, IDH1/2-wildtype with molecular features of glioblastoma” の一例

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

宮松 雄一郎¹, 赤木 洋二郎¹, 河村 陽一郎¹, 迎 伸孝¹, 有村 公一¹, 吉田 史章¹, 空閑 太亮¹, 秦 暢宏¹, 鈴木 諭², 溝口 昌弘¹, 飯原 弘二¹

B-3 Neoadjuvant radiochemotherapy 後に腫瘍摘出術を施行した視床膠芽腫の一例

九州医療センター脳神経外科

林 大輔, 松尾 諭, 天野 敏之, 中溝 玲

B-4 多発頭蓋外転移を来した gliosarcoma 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

中垣 祐紀, 上田 隆太, 黒田 順一郎, 武笠 晃丈

B-5 診断に難渋した中枢神経原発悪性リンパ腫の一例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

比嘉 那優大, 米澤 大, 坂元 顕久, 内田 裕之, 吉本 幸司

セッション2 脳腫瘍2

9:40~10:12

座長 篠島 直樹 (熊本大学)

コメンテーター 吉田 光一 (長崎大学)

B-6 脳出血で発症した小児 glioblastoma の一例

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 ³ 福岡大学医学部病理学

神崎 貴充¹, 堀尾 欣伸², 高原 正樹¹, 田尻 崇人¹, 平田 陽子¹, 榎本 年孝³, 野中 将¹, 安部 洋¹, 鍋島 一樹³, 井上 亨¹

B-7 腫瘍内出血にて発症した若年者の thalamic glioma (diffuse midline glioma, H3K27M-mutated) の一例

¹宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野 ²都城市郡医師会病院脳神経外科

³宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野

奥山 洋信¹, 山下 真治¹, 田村 充², 末松 祐貴¹, 入佐 剛¹, 福島 剛³, 竹島 秀雄¹

B-8 幼児に発症したトルコ鞍部黄色肉芽腫の一例

¹久留米大学医学部脳神経外科 ²久留米大学医学部病理学講座

音琴 哲也¹, 小牧 哲¹, 古田 拓也², 坂田 清彦¹, 杉田 保雄², 森岡 基浩¹

B-9 後頭蓋窩嚢胞性病変に伴う水頭症に対して後頭蓋窩減圧を行った一例

長崎大学医学部脳神経外科

吉田 光一, 角田 圭司, 岡村 宗晃, 鎌田 健作, 松尾 孝之

セッション3 脳腫瘍3

10:12~10:52

座長 中野 良昭 (産業医科大学)

コメンテーター 渡邊 孝 (宮崎大学)

B-10 大型の表層性転移性脳腫瘍に対して行ったガンマナイフ照射後開頭摘出術の経験

¹済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

²熊本大学医学部附属病院脳神経外科・機能神経外科先端医療寄付講座

³熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

森川 祐介¹, 山本 東明¹, 後藤 智明¹, 竹崎 達也², 竹島 裕貴¹, 高島 諒¹, 野村 和希¹, 鈴木 悠平¹, 植川 顕¹, 賀末 泰之¹, 加治 正知¹, 山城 重雄¹, 武笠 晃丈³

B-11 眼窩内 MALT リンパ腫に対する内視鏡下経鼻経篩骨洞的生検術の一例

佐賀大学医学部脳神経外科

正島 弘隆, 増岡 淳, 江橋 諒, 古川 隆, 吉岡 史孝, 井上 浩平, 緒方 敦之, 高瀬 幸徳, 下川 尚子, 中原 由紀子, 阿部 竜也

B-12 PRL 産生下垂体腺腫と clinically silent GH 産生下垂体腺腫を合併した Multiple Endocrine Neoplasia type 1 の一例

¹熊本大学医学部附属病院脳神経外科・機能神経外科先端医療寄付講座

²福岡脳神経外科病院 ³熊本大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌代謝内科

⁴熊本大学医学部附属病院病理診断科

田嶋 恒三¹, 篠島 直樹¹, 竹崎 達也¹, 武末 吉広¹, 矢野 茂敏², 武笠 晃丈¹, 近藤 龍也³, 河島 淳司³, 荒木 栄一³, 三上 芳喜⁴

B-13 Subarcuate fossa に埋没した AICA-PICA 共通幹により難渋した聴神経腫瘍の 一手術例

久留米大学医学部脳神経外科

古賀 誉久, 坂田 清彦, 吉武 秀展, 音琴 哲也, 小牧 哲, 宮城 尚久, 中村 英夫,
森岡 基浩

B-14 診断から約 6 年で急性水頭症を呈し外科的摘出術を行った第三脳室コロイド 嚢胞の一例

大分三愛メディカルセンター脳神経外科

上杉 政司, 刈茅 崇, 中山 尚登

セッション 4 脊髄・脊椎、外傷、感染

10:52~11:32

座長 山畑 仁志 (鹿児島大学)

コメンテーター 山本 真文 (久留米大学)

B-15 産褥期骨粗鬆症により胸腰椎多発椎体骨折を来した一症例

¹新小文字病院脊髄脊椎外科 ²新武雄病院脊髄脊椎外科 ³東京品川病院脊髄脊椎外科

日高 雅夫¹, 高橋 雄一¹, 久寿米木 亮¹, 佐々田 晋¹, 井上 崇文², 西田 憲記³

B-16 頸椎症性脊髄症に対する後方除圧術後に著明な脊髄浮腫を生じた一例

¹地方独立行政法人大牟田市立病院脳神経外科 ²久留米大学医学部脳神経外科

³医療法人ニューロスパイン うちかど脳神経外科クリニック

江藤 朋子¹, 山下 伸¹, 杉 圭祐¹, 倉本 晃一¹, 森岡 基浩², 内門 久明³

B-17 ステップダウン投与でのバルビツレート療法にて良好な転機を得た重症頭部 外傷の一例

¹久留米大学病院高度救命救急センター ²久留米大学医学部脳神経外科

酒井 美江¹, 橋本 彩¹, 上瀧 善邦¹, 竹内 靖治¹, 吉富 宗健¹, 高須 修¹, 森岡 基浩²

B-18 診断に苦慮した感染性硬膜下血腫もしくは硬膜下膿瘍の一例

¹長崎労災病院脳神経外科 ²長崎労災病院感染症内科

高平 良太郎¹, 広瀬 誠¹, 白川 靖¹, 古本 郎嗣², 北側 直毅¹

B-19 急性硬膜下血腫で発症した細菌性中大脳動脈瘤の一例

¹済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

²熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

高島 諒¹, 徳田 高穂¹, 賀来 泰之¹, 野村 和希¹, 鈴木 悠平¹, 森川 祐介¹, 植川 顕¹,
加治 正知¹, 後藤 智明¹, 山本 東明¹, 山城 重雄¹, 武笠 晃文²

座長 福田 健治（福岡大学）

コメンテーター 田中 俊一（鹿児島大学）

B-20 進行する視野障害で発症した pure arterial malformation の一例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

桶谷 英司, 西村 中, 有村 公一, 岩城 克馬, 空閑 太亮, 秦 暢宏, 溝口 昌弘,
飯原 弘二

B-21 被殻出血を伴った基底核部 AVM に対して外科的摘出を行った一例

¹ 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科

² 社会医療法人財団白十字会白十字病院臨床検査科 ³ 福岡大学医学部脳神経外科

手賀 丈太¹, 武村 有祐¹, 林 修司¹, 大谷 博², 井上 亨³

B-22 少量の脳出血後、遅発性に発症した閉塞性水頭症の一例

北九州総合病院脳神経外科

長坂 昌平, 外尾 要, 呉島 誠, 野上 健一郎, 出井 勝

B-23 出血性脳梗塞で発症した高ホモシステイン血症の一例

¹ 済生会八幡総合病院脳神経外科 ² 久留米大学医学部脳神経外科

藤森 香奈¹, 永瀬 聡士¹, 竹重 暢之¹, 岡本 右滋¹, 梶原 収功¹, 森岡 基浩²

B-24 中脳上部のラクナ梗塞によって外眼筋運動麻痺を来した一例

高邦会高木病院脳神経外科

中原 公宏, 乙木 祐介

座長 大倉 章生（済生会福岡総合病院）

演者：廣畑 優（久留米大学 脳神経外科 教授）

演題：「脳動脈瘤に対する血管内治療」

座長 神経内科 中根 俊成（熊本大学）
脳神経外科 増岡 淳（佐賀大学）

合同-1 細菌性髄膜炎を契機に発見された副鼻腔内下垂体腺腫の一例

辻野修平¹⁾ 林信孝¹⁾ 福元尚子¹⁾ 藤本武士¹⁾ 林之茂²⁾

¹⁾ 佐世保市総合医療センター 神経内科 ²⁾ 同脳神経外科

合同-2 脳深部刺激療法の各種ターゲットにおける Directional steering の有用性

宮城靖、浦崎永一郎、江口弘子

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

合同-3 増悪する limb shaking の後、右片麻痺、失語症をきたし、緊急で頸動脈ステント留置術を行った内頸動脈狭窄の1例

中垣英明¹⁾ 山元伸昭¹⁾ 柴田憲二¹⁾ 長野祐久¹⁾ 福島浩²⁾

²⁾ 福岡市民病院 神経内科 ²⁾ 同脳神経外科

合同-4 A型インフルエンザと脳梗塞を同時に発症した2例

¹⁾ 霧島記念病院脳神経外科 ²⁾ 林内科胃腸科病院

坂元 健一¹⁾, 徳重 宏二¹⁾, 平原 一穂¹⁾, 上津原 甲一²⁾

合同-5 脳梗塞後に局所性ジストニアに対し定位的視床凝固術を施行した小児例

¹⁾ 福岡大学医学部脳神経外科 ²⁾ 福岡大学医学部神経内科 ³⁾ 福岡大学医学部小児科

平尾 宜子¹⁾, 森下 登史¹⁾, 高木 友博¹⁾, 藤岡 伸助²⁾, 藤田 貴子³⁾, 井上 亨¹⁾

合同-6 頸動脈狭窄症に対する PCSK9 阻害剤の有用性

佐賀大学医学部脳神経外科

緒方 敦之, 井上 浩平, 吉岡 史孝, 中原 由紀子, 増岡 淳, 阿部 竜也

座長 出雲 剛（長崎大学）

コメンテーター 西村 中（九州大学）

B-25 遠位後下小脳動脈解離性動脈瘤破裂 12 年後に右中大脳動脈瘤破裂を来した一例

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松田 浩大¹, 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 井上 亨²

B-26 急速な増大により TIA 症状を呈した大型中大脳動脈瘤

産業医科大学脳神経外科

藤 圭太, 宮地 裕士, 中野 良昭, 齋藤 健, 北川 雄大, 鈴木 恒平, 近藤 弘久,
酒井 恭平, 山本 淳考

B-27 SAH をきたした PICA caudal loop の動脈瘤

池友会福岡和白病院脳神経外科

三小田 亨弘, 清澤 龍一郎, 三本木 千尋, 梶原 真仁, 駒谷 英基, 原田 啓, 一ノ瀬 誠,
福山 幸三

B-28 症候性血栓化総頸動脈瘤に対して高血流バイパス併用下総頸動脈遮断術を施行した一例

長崎大学医学部脳神経外科

松永 裕希, 出雲 剛, 諸藤 陽一, 堀江 信貴, 案田 岳夫, 松尾 孝之

B-29 反復する大量の鼻出血で発症した仮性内頸動脈瘤の一例

¹宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野 ²都城市郡医師会病院脳神経外科³宮崎大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室 ⁴宮崎大学医学部外科学講座心臓血管外科分野末松 裕貴¹, 入佐 剛¹, 山下 真治¹, 渡邊 孝¹, 大田 元¹, 横上 聖貴¹, 田村 充²,
奥田 匠³, 白崎 幸枝⁴, 竹島 秀雄¹

座長 大田 元（宮崎大学）

コメンテーター 大森 雄樹（熊本大学）

B-30 特発性内頸動脈解離の一例

¹福岡赤十字病院脳神経外科 ²福岡赤十字病院脳血管内科 ³福岡大学医学部脳神経外科埜本 僚太¹, 吉岡 努¹, 平田 陽子¹, 継 仁¹, 北村 泰佑², 三本木 良紀², 北山 次郎²,
井上 亨³

B-31 動眼神経麻痺で発症した外向き paraclinoid aneurysm の一例

福岡大学医学部脳神経外科

田尻 崇人, 福田 健治, 堀尾 欣伸, 福本 博順, 小林 広昌, 野中 将, 安部 洋,
井上 亨

B-32 上錐体静脈洞部硬膜動静脈瘻に対する流出静脈遮断術に際し、術中血管撮影でシャントの閉塞の確認が可能であった一例

小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科

小倉 健紀, 波多野 武人, 安藤 充重, 千原 英夫, 鈴木 啓太, 山上 敬太郎, 近藤 大祐,
鎌田 貴彦, 東 英司, 坂井 翔建, 阪本 宏樹, 永田 泉

B-33 脳動静脈奇形に伴う破裂前脈絡叢動脈瘤に対し NBCA で瘤内塞栓術を行った一例

¹佐世保中央病院脳神経外科 ²佐世保中央病院 ³福岡大学筑紫病院脳神経外科

⁴福岡大学医学部脳神経外科

吉永 貴哉¹, 古賀 隆之¹, 佐原 範之², 天本 宇昭¹, 竹本 光一郎¹, 阪元 政三郎¹, 東 登
志夫³, 井上 亨⁴

B-34 脳血管内治療が奏功した外傷性椎骨動静脈瘻の一例

大分大学医学部脳神経外科

津田 聖一, 久保 毅, 久光 慶紀, 麻生 大吾, 札場 博貴, 大西 晃平, 松田 浩幸,
森重 真毅, 内田 晋, 藤木 稔

閉会の辞

森岡 基浩

FD 講習会

16:30~17:30

会場：福岡大学医学部メディカルホール多目的室

[注意事項]

1) 本支部会終了後に行います。講習会の最初から最後まで視聴して頂くことを受講要件とします。途中退席はいかなる理由があっても無効となります。

2) 受講の事前登録は不要です。当日会場での登録となります。

3) (社)日本脳神経外科学会 IC カードでの受講確認を行いますので、受講のご希望の先生は、必ずご自身の IC 会員カードを受付にお持ちください。

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 68 ページをご参照下さい。

A-1 左内頸動脈閉塞症を 3 度発症し、最終的にランブル疣贅に関連した脳塞栓症と診断した一例

中澤祐介 1) 梅谷啓太 1) 高下純平 1) 橋本哲也 1) 田中正人 1) 森重徳継 2)

加藤誠也 3) 川尻真和 1) 山田猛 1)

1) 済生会福岡総合病院 脳神経内科

2) 済生会福岡総合病院 心臓血管外科

3) 済生会福岡総合病院 病理診断科

症例は 75 歳女性。X 年 Y 月に突然の失語、右片麻痺、左共同偏視を認め当院搬送となった。MRA で左頭蓋内内頸動脈閉塞を認め、心電図上心房細動であったことから心原性脳塞栓症と考え、血管内治療により再開通が得られた。精査の結果、僧房弁狭窄症を認めワルファリンを開始した。10 ヶ月後および、19 ヶ月後に内頸動脈閉塞を再発したが、いずれも血管内治療を行い再開通を得た。(90 日後 mRS 2)。PT-INR は至適範囲内であり、経食道心エコーを施行したところ、大動脈弁周囲に浮動性の構造物を認めた。当院心臓血管外科で僧房弁・大動脈弁置換術を行い、摘出した大動脈弁の病理組織所見からランブル疣贅と診断した。術後 2 年経過したが脳梗塞の再発は認めていない。ランブル疣贅に関連した脳塞栓症の報告は散見されるが、治療方針についてのコンセンサスは得られておらず、貴重な症例と考え報告する。

A-2 延髄外側梗塞を発症し多発動脈解離を認めた線維筋性異形成の一例

福岡市民病院神経内科

山元伸昭、柴田憲一、中垣英明、長野祐久

【症例】42 歳、男性【主訴】左後頭部痛、右半身の温痛覚障害【現病歴】突然発症の左後頭部痛と浮動性めまい、嚥下障害、右半身の温痛覚障害が出現し、2 日後に当科受診した。頭部 MRI で延髄左外側に急性期脳梗塞を認め精査加療目的に入院とした。【入院経過】入院時の MRA では左椎骨動脈(V4)と右椎骨動脈(V3)、左内頸動脈に解離を示唆する所見を認めた。CTA、血管造影検査では、脳動脈に加え右腎動脈と両側の総腸骨動脈にも解離を示唆する所見を認めた。全身性の多発動脈解離の原因として線維筋性異形成が考えられた。入院 13 病日の MRA で左椎骨動脈に瘤形成を認め、解離性動脈瘤に対して降圧療法を行い経過観察した。入院 36 病日の CTA では動脈瘤の拡大を認めたが、その後は縮小傾向となった。59 病日に自宅退院し外来経過観察とした。血管造影検査により全身の多発動脈解離を診断した線維筋性異形成の貴重な症例と考えられたので報告する。

A-3 ワルファリン療法中の脳内出血においてプロトロンビン複合体で中和した 3 症例

矢坂正弘、船水章央、森田隆雄、森興太、徳永敬介、後藤聖司、桑城貴弘、岡田靖
国立病院機構 九州医療センター 脳血管・神経内科

【症例 1】75 歳、男性、脳室内出血発症、PT-INR は 1.59 であった。プロトロンビン複合体 (PCC) 19IU/Kg とビタミン K20mg を投与し、PT-INR は 1.17 に低下した。【症例 2】75 歳、男性、左被殻出血発症 (血腫量 4ml)、PT-INR は 1.85 であった。PCC15IU/Kg とビタミン K10mg を投与し、PT-INR は 1.26 に低下した。【症例 3】85 歳、男性、右被殻出血発症 (80ml)、PT-INR は 1.93 であった。PCC11IU/Kg とビタミン K10mg を投与し、PT-INR は 1.42 に低下した。いずれの症例も血腫増大や神経症候の悪化は見られなかったが、症例 3 は新鮮凍結血漿を追加し開頭血腫除去術を受けた。【考察と結論】脳卒中治療ガイドラインではワルファリン療法中の脳出血で PT-INR を 1.35 以下に中和することが勧められている。ワルファリン療法中の脳出血で PT-INR < 2.0 の場合、PT-INR を十分に低下させるには 15IU/Kg 以上の PCC が必要と思われる。

A-4 約 30 年前の開頭血腫除去術後に左後頭葉の皮質下出血を発症した脳アミロイドアンギオパチーの一例

星野有紀、井手俊宏、江里口誠、薬師寺祐介、原英夫
佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

患者は当院物忘れ外来通院中の 78 歳男性。見当識障害と両下肢の脱力あり当院を受診した。頭部 CT で左後頭葉皮質下に急性期脳出血を認め入院となった。頭部 MRI では脳深部に加え皮質下にも多発する微小出血をみとめ、脳アミロイドアンギオパチー (CAA) 関連脳出血と診断し、保存的加療を行った。本患者は約 30 年前に左側頭部の開頭血腫除去術の既往があり、当時の診療記録は残っていなかったが、ヒト由来硬膜移植が施行された可能性が考えられた。ヒト由来硬膜移植は CJD 発症との関連が危惧され本邦では平成 9 年に使用禁止となっている。加えて近年では硬膜移植後に発症した CJD 患者において A β も脳表層から伝播する可能性が報告されている。平成 9 年以前の開頭手術歴での CAA 関連脳出血に関するサーベランス実施を今後検討する必要がある。

A-5 カルバマゼピンによる徐脈の関与が考えられた心原性脳塞栓症の一例

穂原貴裕、平嶺敬人、宮下史生、脇田政之、松岡秀樹

国立病院機構鹿児島医療センター 脳血管内科

82 歳男性。脳梗塞、症候性てんかんの既往あり、カルバマゼピン (CBZ) 200mg/日を内服していた。X 年 Y 日、意識障害、左共同偏視、右片麻痺を呈し当院に搬送された (NIHSS 21 点)。来院時、高度の洞性徐脈 (30 回/分) と肺うっ血、血中 BNP の著明な高値 (1006pg/ml) を呈していた。頭部 MRI では左中大脳動脈遠位部閉塞に起因する脳虚血が示唆され、rt-PA 静注療法を施行した。高度の徐脈に関しては CBZ の関与を疑い、休薬後に徐脈は改善し、誘発試験で再現された (CBZ 血中濃度 $5.9 \mu\text{g/ml}$)。入院後に発作性心房細動を認め心原性脳塞栓症と診断、CBZ に起因する徐脈と心不全が発症に影響した可能性を考えた。CBZ の副作用として房室伝導障害による徐脈は既に知られているものの脳梗塞との関連を示した報告はほとんどなく、文献的考察を加えて報告する。

A-6 ヘルペス脳炎と鑑別が困難であった鉄欠乏性貧血による脳静脈洞血栓症の一例

宮崎大学附属病院 神経内科

古賀浩之、金丸和樹、小川剛、望月仁志、中里雅光、塩見一剛

症例は 47 歳女性。20XX 年 Y 月 Z-2 日夜に買い物に車で出たきり帰宅しないため、家族が搜索したところ、スーパーの駐車場の車内で意識消失している患者を発見し、前医に救急搬送となった。到着時 39°C の熱発、意識障害 (JCS II-20) を認め、頭部 MRI 撮像したところ両側視床～左尾状核、被殻の T2/FLAIR 高信号域を認め、臨床症状と併せてヘルペス脳炎疑いにて Y 月 Z 日に当科緊急転院となった。当科での頭部 MRI では左視床に拡散強調高信号、ADC 低値を示す虚血性病変を示唆する所見を認め、上記の T2/FLAIR 高信号域は ASL 低下を示していた。SWI では静脈洞に拡張を伴う低信号域を認め、MRV 撮像を追加したところ造影欠損領域を認めたため脳静脈洞血栓症に伴う静脈性脳梗塞と診断した。血栓素因としては喫煙や経口避妊薬内服歴はなく、血液検査でも血栓素因となりうるものはなかったが、入院時より高度な小球性低色素性貧血を認めており、今回の脳静脈洞血栓症による原因と考えられた。成人の小球性低色素性貧血に伴う脳静脈洞血栓症の報告は少なく、文献的考察を踏まえて報告する。

A-7 慢性リンパ性白血病に対してオフアツムマブ使用中に進行性多巣性白質脳症を発症した一例

橋本侑 1)、辻本篤志 1)、立石貴久 1)、小川亮介 2)

1) JCHO 九州病院 神経内科 2) 同血液内科

症例は 79 歳男性。X-4 年に慢性リンパ性白血病と診断された。X-2 年 2 月から半年間 R-FC 療法、X-1 年 10 月から 2 月までイブルチニブを投与されたが、いずれも効果に乏しく、X 年 3 月から 9 月までオフアツムマブを使用された。X 年 8 月から物忘れ、11 月から左視野狭窄と異常行動を認め、当科を紹介受診した。頭部 MRI で右頭頂葉、左前頭葉、左側頭葉の白質に内部が不規則に増強された T2 延長域を認め、髄液検査で細胞数 $50/\mu\text{l}$ 、蛋白 177 mg/dl 、JCV-DNA-PCR が $8.57 \times 10^6\text{ copy/ml}$ と高値であった。モノクローナル抗体関連進行性多巣性白質脳症と診断し、単純血漿交換 5 回とミルタザピン、メフロキンを内服した。1 ヶ月後の JV-DNA-PCR は $0.99 \times 10^6\text{ copy/ml}$ と低下したが、症状や画像所見は改善せず、転院後 X+1 年 1 月下旬に死亡した。オフアツムマブ使用中の進行性多巣性白質脳症の報告は稀であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

A-8 非交通性水頭症を呈したびまん性大細胞性 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) の一例

高山茅

鹿児島市立病院 神経内科

症例は 68 歳男性。主訴は意識障害。8 月 17 日に小腸腫瘍に対する生検が近医消化器科で施行された。同月 21 日に頭痛が出現し、23 日に農作業が困難となり、24 日に呼び掛けに対する反応が悪くなったため、当院へ救急搬送となった。JCSⅢ析の意識障害を認め、髄液検査で単核球優位の細胞数増多、蛋白上昇を認めた。頭部造影 MRI では中脳水道入口部に閉塞起点を持つ側脳室・第 3 脳室の拡大を認め、閉塞部には造影効果を伴う mass lesion を認め、中脳水道周囲にも造影効果を認めた。非交通性水頭症に対して、内視鏡下脳生検術、右側脳室ドレナージを行った。術後は意識レベルの改善を認め、日常会話が可能となった。生検を行った mass の病理で DLBCL であることが判明した。小腸腫瘍の病理も同様の結果であり、血液内科に転科し、化学療法が施行された。本症例では内視鏡下脳生検が診断に有効であった。非交通性水頭症を呈した DLBCL の報告は稀で貴重だと考えられた。

A-9 AIDS 発症後に小脳虫部に粗大な腫瘤性病変を呈した EB ウイルス陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

金子浩之、樋口雄二郎、矢野直志、崎山佑介、荒田仁、松浦英治、高嶋博
鹿児島大学病院 脳神経内科

50 歳男性。X 年 9 月、ニューモシスチス肺炎の発症を契機に HIV 陽性が判明し AIDS (CD4: 56 個/ μ l) と診断された。同年 10 月より ART 療法を開始するも、亜急性にふらつき、頭痛、嘔吐が出現してきたため、11 月初旬に当院緊急入院。頭部造影 MRI 検査で小脳虫部にリング状エンハンスを伴う粗大な結節影を認め、中枢神経感染症や悪性リンパ腫が鑑別にあがった。入院後も急速に症状悪化し、第四脳室の圧排による急性閉塞性水頭症を併発したため、第 5 病日に Ommaya reservoir を留置した。その後も脳病変は増大し、チューブ感染も併発したため、第 13 病日に reservoir 抜去と同時に除圧を兼ねた脳生検を施行した。免疫組織学的に B-cell lymphoma (CD20+, CD79a+) の所見を認め、さらに採取した脳検体の Shotgun metagenome 解析にて EB ウイルスの DNA 断片を多数検出したことから、『EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma』と診断した。免疫不全患者における悪性リンパ腫の発症に EBV 感染の関与が示唆され考察を加え報告する。

A-10 難治性頸部痛を主徴とした primary diffuse leptomeningeal gliomatosis の 1 剖検例

南風病院 脳神経内科 桑野孔仁子、岡留格、梅原藤雄
鹿児島大学病院 病理診断科 霧島茉莉

症例；50 歳代男性。主訴：頭痛・後頸部痛 現病歴：X 年 4 月末から頭痛を自覚し、5 月初旬、X 病院脳神経外科に入院したが、頭痛・後頸部痛は悪化し、5 月末に当院に入院。一般内科所見に異常なし。意識は清明、脳神経、四肢運動系に異常なし。腱反射は正常、Babinski 徴候は陰性。後頸部痛を訴え、頸部を後屈した状態で終日臥床。頭部 MRI で左側脳室下角周囲に FLAIR 高信号、DWI 高信号、T2*低信号、造影 MRI で大脳表面・脳幹・脊髄軟膜にびまん性造影効果を認めた。髄液：細胞 98/ μ l (単核球 66% 多形核球 34%)、蛋白 140mg/dl、糖 32mg/dl (同時血糖 160mg/dl)、細胞診 陰性。悪性リンパ腫、真菌・結核性髄膜炎、髄膜癌腫症、肉芽腫性疾患などを疑ったが、該当する異常なし。薬石効無く、6 月中旬、急変し永眠した。剖検では、左側脳室下角近傍に Epithelioid glioblastoma (IDH-wild type、WHO grade IV)、大脳表面・脳幹・脊髄軟膜に glioblastoma のびまん性浸潤を認め、primary diffuse leptomeningeal gliomatosis と診断した。考察を加え報告する。

A-11 右上肢麻痺を呈し、PET-CTにて腕神経叢浸潤を認めた悪性リンパ腫の1例

土師正太郎 1) 佐光亘 1) 村上永尚 1) 大崎裕亮 1) 岡本恵暢 2) 曾我部公子 2) 宇高憲吾 2) 藤井志朗 2) 三木浩和 2) 安倍正博 2) 和泉唯信 1)

1) 徳島大学病院 神経内科 2) 同血液内科

【症例】76歳女性【主訴】右上肢麻痺【現病歴】2018年4月全身倦怠感・体重減少・全身性リンパ節腫脹が出現した。7月左腋窩リンパ節生検で血管免疫芽球性T細胞リンパ腫(AITL)とEpstein-Barr Virus陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(EBV(+))DLBCLの合併例と診断した。8月より化学療法(R-CHOP)を開始。症状改善し、10月寛解退院。11月急速進行性の右上肢麻痺が出現し、神経生理検査でC5・6を主体とした神経根及び腕神経叢の障害が示唆された。PET-CTで右腕神経叢に一致した集積を認め、AITL/EBV(+))DLBCLの腕神経叢浸潤と診断した。救済化学療法(CHASER+MTX 髄注)により神経症状は改善した。【考察】AITLにEBV(+))DLBCLを合併する例は稀であり、腕神経叢への浸潤を認めた例は報告がない。急速進行性に右上肢麻痺を認め、PET-CTで右腕神経叢への腫瘍浸潤を同定し、化学療法による神経症状の改善を認めた1例を経験したため報告する。

A-12 シェーグレン症候群による三叉神経障害と鑑別を要した FOSMN 症候群の1例

居積晃希、松下拓也、雑賀徹、渡邊充、山崎亮、吉良潤一
九州大学大学院医学研究院神経内科学

55歳男性。X-14年に右頬に異常感覚が生じ、X-7年に顔面全体、右手指掌側へ拡がった。X年には口腔・舌の異常感覚、両目の乾燥が出現し当科入院した。神経学的には顔面・口舌の触痛覚低下、両側角膜反射消失、味覚障害、軽度の舌筋力低下を認めた。神経伝導検査では右正中神経で感覚神経活動電位の振幅低下、Blink reflexで両側第一及び第二反応の消失を認めた。抗SS-A、-B抗体は陰性であったが、乾燥性角結膜炎があり、シェーグレン症候群の鑑別のため下唾液腺生検を行った。病理所見では導管周囲の中程度線維化を認めたがリンパ球浸潤は間質にとどまりシェーグレン症候群は否定され、Facial onset sensory and motor neuronopathy (FOSMN 症候群)と診断した。FOSMN 症候群は2006年にVucicらが提唱した顔面の痺れが頭頸部、上肢へと緩徐に拡大することを特徴とする疾患であるが本邦での報告例は少ない。他自験例を含め報告する。

A-13 首下がり (head-drop) で発症した高齢発症重症筋無力症 (MG) の一例

津村星汰、上床希久、高島洋

佐賀県医療センター好生館 脳神経内科

症例は 76 歳、女性。1 年半前に健診で発見された胸腺腫に対して拡大胸腺摘出術を受けた。両肩のこわばり、首下がり、複視が出現し来院した。首下がりのため、食事の際は背もたれのある椅子が必要で、歩行時は両手で頭を支えるようになったため入院となった。神経学的診察では、軽度の右眼瞼下垂、左眼外転障害、嚥下障害と中等度の頸部筋筋力低下、握力低下が認められた。抗 AchR 抗体陽性、テンシロンテスト陽性、筋電図検査では低頻度刺激で waning があり、重症筋無力症 (MGFA 分類 class IIIa) と診断した。血液浄化療法、ステロイドパルス、プレドニゾロン、タクロリムスによる治療で症状消失した。首下がりにはパーキンソン病でしばしば認められ、重症筋無力症ではまれとされてきた。しかし最近、高齢発症 MG の 23% に認めたと報告されている。首下がりには著しく QOL や ADL を損なうため、治療反応性のある MG の首下がりには積極的に治療すべきである。

A14 急性発症で下肢の感覚障害、腱反射亢進の存在から脊髄症の鑑別を要した

hyperthyroid (thyrotoxic) myopathy の 1 例

吉田崇志、大窪隆一、末原雅人

藤元総合病院 神経内科

37 歳男性。X-1 年 12 月末、起立時に突然大腿前面の疼痛と両下肢の脱力が出現。半年間で筋力低下は階段状に進行し、X 年 7 月当科初診。両下肢の広範な筋力低下、Th7-8 に level のある温痛覚低下と両下肢振動覚低下を認め、下肢腱反射は亢進。診察上、明らかなるい痩や眼球突出、甲状腺腫大は認めず、電解質や筋原性酵素は正常。両下肢の筋力低下/感覚障害、腱反射亢進より脊髄症、特に急性発症かつ変動しながらの階段状進行より脊髄静脈性虚血を疑ったが、MRI や 3D-CTA では異常を指摘し得ず。入院後、動悸・頻脈や手指振戦が出現したため甲状腺機能を測定したところ、TSH 低下、FT3/FT4/TSH 受容体抗体上昇が判明し、抗甲状腺剤内服で症状は速やかに軽快し、腱反射も正常化した。hyperthyroidism において myopathy の出現は 60% とも言われるが、骨格筋症状が前景に立つ経過で、腱反射亢進や感覚障害を認め、脊髄症の鑑別を要した例として報告する。

A-15 診断治療に難渋した Contactin-1 陽性 CIDP の 1 例

前田教寿 1) 前田泰弘 1) 宇根隼人 1) 進村光規 1) 中村憲道 1) 高瀬敬一郎 1)
緒方英紀 2) 吉良潤一 2) 竹内啓喜 3) 岡伸幸 4)

- 1) 飯塚病院脳神経内科
- 2) 九州大学病院神経内科
- 3) 南京都病院脳神経内科
- 4) 京都近衛リハビリテーション病院

症例は ADL 自立の 76 歳女性。X 年 7 月より四肢の脱力が急激に出現し、ADL 全介助となり 8 月に当科紹介。嚥下障害を含む右優位で遠位筋優位の四肢の高度脱力と感覚低下を認め、神経伝導検査で高度の混合型の末梢神経障害があり髄液検査で蛋白細胞解離を認めたことから、当初 GBS と診断し同日より IVIg 療法を行うも無効。経過も慢性となったため CIDP と診断し血漿交換療法を開始するも効果なく、呼吸循環動態不安定となり人工呼吸器管理となった。疾患同定目的に腓腹神経生検を施行。生検結果からは CIDP に矛盾なかった。急速な経過と IVIg 療法無効の病歴から contactin-1 陽性 CIDP を考えた。髄液中 contactin-1 測定すると強陽性であった。電子顕微鏡結果からも上記に矛盾ない所見が判明。治療はエンドキサンパルスを行い劇的な改善を得た。Contactin-1 陽性 CIDP の報告は数例に留まり、今回文献を加え考察を含めて報告する。

A-16 転移性脳腫瘍による monomelic amyotrophy 一例

末次南月、森法道、雪竹基弘
高邦会 高木病院 神経内科

症例は肺腺癌で加療中の 75 歳男性。肺癌はステージ 4 だったが治療効果を認めていた。2 ヶ月前より進行する右上肢の上がりにくさを主訴に来院した。意識レベルは清明。脳神経に異常なし。右三角筋、上腕二等筋は MMT4 と筋力低下を認め、右三角筋、右僧帽筋、右前鋸筋などの肩・肩甲骨周囲筋、右上腕内側の筋萎縮があり、右上腕内側に線維束性収縮を認めた。痛覚は右上下肢で軽度低下していた。腱反射は右上肢と両下肢で減弱していた。歩行に問題はなかった。初診時は flexion myelopathy など前角細胞以下の下位運動神経障害を疑い、頸椎 MRI と腕神経叢造影 MRI を施行したが異常を認めなかった。神経伝導検査も F 波を含め正常だった。頭部 MRI で左前頭葉と後頭葉に転移性脳腫瘍を認めた。上位運動神経障害により、シナプスを介して下位運動神経障害を呈した非常に稀な病態を想定した。類似症例（自験例）もあり、何らかの条件がそろった場合は起こるうる可能性が考えられ、病態を考察し報告する。

A-17 脳梗塞を契機に診断に至った原発性アルドステロン症の1例

金城史彦、山城貴之、國場和仁、谷川健祐、當銘大吾郎、名嘉太郎、波平幸裕、城間加奈子、石原聡、崎間洋邦、大屋祐輔
琉球大学医学部附属病院 第三内科

症例は62歳女性。軽度の右不全片麻痺、構音障害が出現し救急を受診した。頭部MRI、拡散強調画像で左放線冠に脳梗塞巣を認めた。FLAIR画像ではDSWMH Grade4の高度大脳白質病変を認めた。T2*では視床にmicrobleedsを認めた。ラクナ梗塞の診断で入院加療を行い、再発予防のためシロスタゾール200mg/日の内服を開始し退院した。脳梗塞危険因子として高血圧を有し、60代で指摘を受け食事療法のみで130/80mmHg前後の血圧管理であった。血圧レベルの割りには大脳白質病変が高度であることから、二次性高血圧精査を行ったところ、原発性アルドステロン症の診断に至り、抗アルドステロン薬を開始した。二次性高血圧と大脳白質病変の関係について明確なものはない。文献的考察を踏まえて報告する。

A-18 尿閉を合併した Wernicke 脳症の一例

佐藤光、溝田貴光、平山拓朗、長郷国彦
JCHO 諫早総合病院 神経内科

症例は60歳男性。Wernicke 脳症の3徴（意識障害、眼球運動障害、失調）を認め前医受診した。頭部MRI検査施行され、DWI、FLAIRで乳頭体・視床内側部・第三脳室周囲・中脳水道周囲・上部小脳虫部・橋～延髄の背側部に高信号領域を認め、当院転院となった。Vit. B1大量静注療法（1500mg/日）にて加療し、眼球運動・失調症状の改善は認めたが、認知機能の改善は乏しくKorsakoff 症候群となった。また、入院経過中に発熱を認め、カテーテル関連尿路感染疑いで尿道カテーテルを抜去した。前立腺腫大・圧痛認め急性前立腺炎の診断で抗菌薬による治療を開始した。抜去後から尿閉を認めており急性前立腺炎によるものと考えた。しかし、急性前立腺炎治療後も尿閉の症状改善なく Wernicke 脳症によるものと考えた。Schellong 試験、RR 間隔検査は正常であった。尿閉を伴う Wernicke 脳症の一例として文献的考察を加えて報告する。

A-19 著しい好酸球増多を認めた好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

妹尾洋、渡嘉敷崇、赤嶺博行、立田直久、藤原善寿、藤崎なつみ、城戸美和子、中地亮、
諏訪園秀吾
国立病院機構 沖縄病院 神経内科

症例は25歳女性。X年8月右下肢の異常感覚と知覚鈍麻を認め、9月より左下肢と両上肢に異常感覚を認めた。10月に当科受診となり、診察上、両上下肢遠位優位の筋力低下、異常感覚、感覚低下、便秘、つぎ足歩行困難を認め、血液検査では、著しい好酸球増多(38,500/ μ L)、血小板増多、炎症反応の亢進を認めた。喘息症状は先行せず、ANCAは陰性であった。電気生理検査、神経・筋肉・皮膚生検を行い、検査結果から好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断した。本症例は既報告と比べて好酸球増多が著しく、病態を考える上で貴重な症例と考え、文献的考察も含め報告する。

A-20 ニボルマブ増量後に発症した脊髄ミオクローヌスの1例

高畑克徳、田代雄一、吉村道由、荒田仁、松浦英治、高嶋博
鹿児島大学 脳神経内科

症例は74歳の女性。X-2年、胃癌の手術後に化学療法が継続されていた。X年3月に胃癌の進行、多発肝転移を認め、ニボルマブ140mgが開始となった。添付文書上の投与量改定に伴い、同年9月20日よりニボルマブ240mgに増量された。9月22日より手足の震えを自覚、9月24日から起立時の下肢不随意運動のため歩行不能となり、精査・加療目的に10月より当科に転科となった。症候的に脊髄ミオクローヌスと考え、胃癌の脊髄転移の可能性も疑い脊髄MRIや髄液検査を施行したが明らかな異常は認めなかった。免疫チェックポイント阻害剤であるニボルマブによる免疫学的病態を想定し、ステロイドパルス療法を施行したが効果はなかった。最終的にはレベチラセタムが奏功し不随意運動が軽減し歩行可能となった。検索した限りではニボルマブ投与後に発症した脊髄ミオクローヌスの報告はなく、文献的考察も加え報告する。

A-21 ALS と 2 型糖尿病

福留隆泰、成田智子、前田泰宏、松屋合歓
長崎川棚医療センター臨床研究部・神経内科

2 型糖尿病 (T2DM) は ALS の発症リスクを軽減するという報告がある。当院の療養病床に入院する 12 名の ALS 患者で T2DM の発症状況を調査した。ALS 患者の平均年齢は 60 歳、ALS の平均罹病期間は 6.3 年だった。12 名中 T2DM の合併は 8 名で、ALS の発症後に T2DM を診断された者が 2 名 (症例 1 と 2) いた。症例 1 は 63 歳の女性で 2004 年に構音障害で発症し 2006 年に喉頭気管分離術、2007 年に胃瘻造設術をしている。2016 年 9 月に FBS=242 (HbA1c=8.5) となっていた。症例 2 は 69 歳の女性で 2011 年に構音障害で発症し 2014 年に喉頭気管分離術と胃瘻造設術をしている。2018 年 12 月に FBS=206 (HbA1c=6.7) となっており HOMA-IR=28.6 だった。ALS では T2DM の合併が多く、長期療養患者を診療する上で注意が必要である。また ALS に対する T2DM の関わりを検討することで、ALS の発症機序の解明や治療法の開発に結びつく可能性があると考えられた。

A-22 進行性非流暢性失語を伴った筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の 1 例

本多由美 1) 永利知佳子 1) 長尾麻子 1) 岡崎敏郎 1) 石崎雅俊 1)
栗崎玲一 1) 田北智裕 1) 西田泰斗 1) 前田寧 1) 上山秀嗣 1)
水谷浩徳 2) 白濱 諒 2) 山下 賢 2) 安東由喜雄 2)
1) NHO 熊本再春荘病院神経内科
2) 熊本大学脳神経内科

症例は 84 歳女性、左利き。X-3 年、呂律がまわらなくなり、耳鼻科で鼻咽腔閉鎖不全を指摘された。X-2 年、言葉数が減り、コミュニケーションは筆談が主体となった。同時期より嚥下障害、流涎が出現したため、熊本大学病院に入院した。自発語の著明な減少、偽性球麻痺、下顎反射亢進を認めたが、下位運動ニューロン障害を示唆する所見を認めなかった。脳血流検査では右側優位に前頭側頭葉外側領域の血流低下を認め、進行性非流暢性失語が疑われた。その後、舌の線維束性収縮、左上下肢の筋萎縮、針筋電図上の急性脱神経所見などの所見が加わり、Awaji 基準 probable ALS の診断に至った。標準失語症検査では、書字、単語理解は比較的保たれており、脱字や錯書、助詞の脱落等の文法障害が目立った。進行性非流暢性失語を伴った ALS 症例はきわめて稀であり、文献的考察を加え報告する。

A-23 繰り返す意識消失発作・けいれんが初発症状で転倒を契機に歩行障害が急激に増悪したアレキサンダー病の 1 例

松山友美 1) 佐竹真理恵 1) 亀井僚太郎 2) 吉田誠克 3)

1) 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 神経内科 2) 同放射線科

3) 京都府立医科大学 神経内科

症例は 41 歳女性。21 歳の時から意識消失発作・けいれんを繰り返し発症した。抗てんかん剤投与で効果なく、34 歳時頭部 MRI で深部白質に病変を認め、当科初診した。低身長（140.5cm）、禿頭、側彎を認め頭部 MRI 所見と合わせ CARASIL、CADASILなどを疑い HTRA1 の変異、Notch3 遺伝子検索を行ったが陰性であった。41 歳 6 ヶ月の時通行人とぶつかり転倒、以降急激に著明な歩行障害が出現し転倒を繰り返した。41 歳 8 ヶ月の時転倒で頭部打撲、入院となった。左眼外斜視、両側水平方向での注視眼振、発声・発語障害、著明な腱反射亢進、病的反射陽性、痙攣性歩行を認めた。頭部 MRI では深部白質に periventricular rim、第 4 脳室底や中脳被蓋、脳幹の表面に沿って高信号域、オタマジヤクシ(Tadpole appearance)様と呼ばれる橋底部の膨らみは保たれているが延髄や脊髄が強く萎縮した形状を示された。遺伝子検査で GFAP 遺伝子の exon 1 に P.R79H (C. 250 G>A) 変異を認めアレキサンダー病と診断した。繰り返す意識消失発作・けいれんが初発症状で、転倒を契機に歩行障害が急激に増悪した点が特徴であり、文献的考察を加え報告する。

A-24 ときめき感のアウラを呈した側頭葉てんかんの 1 例

吉村怜、赤松直樹、三好絢子、田中秀明、神崎由紀、谷脇予志秀、大原信司、重藤寛史
福岡山王病院 てんかん・すいみんセンター、脳神経機能センター

患者は 36 歳男性。生後 4 ヶ月時、細菌性髄膜炎罹患後に治癒。7 歳より、急に胸がキュンとして切ない気持ち（恋心に気付いた時に感じるときめき）になる 30 秒位の発作症状が出現するようになった。24 歳時、意識減損発作があり、てんかんと診断。同時期より抗てんかん薬による加療が開始されたが、発作は持続、29 歳時には全身痙攣を認め、計 5 剤（PHT、LTG、TPM、CBZ、LEV）内服するも難治で、36 歳時に当科紹介。頭部 MRI で左海馬硬化症の所見、FDG-PET と IMZ-SPECT で左側頭葉集積低下、脳波で左前側頭部棘波を認め、左内側側頭葉てんかんと診断した。側頭葉てんかんの focal aware psychic seizures として、恐怖や不安などが知られているが、幸せやときめき感などの感情を呈する症例は稀である。貴重な症例であり、文献的考察を踏まえて報告する。

A-25 橋中心及び橋外性髄鞘崩壊症群を来した 1 例の画像変化

竹下翔、緒方利安、藤岡伸助、坪井義夫
福岡大学医学部 神経内科

症例は 67 歳男性。X 年 11 月から鬱症状があり、パロキセチン 10mg を処方されていた。X 年 12 月歩行時にふらつきがあり、近医を受診。血液検査で低 Na 血症 (99mEq/L) を認め、薬剤性 SIADH と診断された。水制限、Na 経口投与により緩徐に Na 補正した。第 6 病日からボーっとして反応が悪い時間帯がみられたが、痙攣はなかった。第 11 病日に血清 Na 値が正常化し、話しかけても「分からん」と答えるようになった。第 14 病日に当院へ転院した。神経学的に認知機能障害、脱抑制を認め、MMSE12 点、HDS-R8 点、FAB8 点であった。脳神経麻痺や錐体路徴候はなかった。脳波で間欠性の全般性徐波を認めた。頭部 MRI を再検し、FLAIR で橋中心部と両側被殻、尾状核、外包に高信号域を認め、橋中心及び橋外性髄鞘崩壊症群と診断した。時間経過とともに意識変動は減少し、認知機能や脱抑制は改善傾向であったが、第 34 病日の MRI で橋中心部の病変は著明に拡大していた。一方、橋外病変は消失しており、臨床経過と相関していた。第 44 病日には MMSE29 点、HDS-R29 点まで改善し、脳波正常化した。画像と臨床経過から、橋中心及び橋外性髄鞘崩壊症候群による認知機能障害、精神症状は橋外性病変に寄与していると考えられた。文献的考察を含め報告する。

A-26 当院に緊急入院したてんかん症例の検討

津川潤 1) 栗原可南子 1) 新居浩平 2) 坂本王哉 2) 井上律郎 2) 森永裕介 2)
光武尚史 2) 花田迅貫 2) 東登志夫 1) 2) 坪井義夫 3)
1) 福岡大学筑紫病院 脳卒中センター 2) 同脳神経外科
3) 福岡大学医学部 神経内科

てんかんは救急診療において頻繁に遭遇する疾患の 1 つである。近年、高齢者てんかんは、認知症の鑑別疾患として注目されているが、同時に救急搬送される意識障害の原因疾患としても重要である。当院に救急搬送あるいは近隣の医療機関より紹介となり入院したてんかん患者の背景について検討した。2018 年 10 月 1 日～2019 年 1 月 31 日の期間に当院に入院したてんかん患者を対象とした。上記期間において 20 例のてんかん患者が入院した (男性 10 例、女性 10 例、平均年齢: 54.3 歳 (16-91 歳))。12 例 (60%) が初回診断例であった。高齢者てんかん (65 歳以上) は 10 例で、うち 7 例が自宅退院できず転院した。また、これらの患者の平均入院期間は 18.8 日間 (7-46 日間) であった。

今回の検討から当院に入院したてんかん患者の半数が高齢者てんかんであることが明らかとなった。入院期間の延長、脳波検査や当科コンサルトのタイミングなど当院における問題点について検討する。

A-27 ジストニア肢位に Muscle Afferent Block (MAB) が有効であった DRPLA の一例

津田幸元、向野晃弘、村上慶高、増田曜章、中原圭一、中根俊成、安東由喜雄
熊本大 脳神経内科

症例は 25 歳女性。X-2 年 3 月より歩行時の動揺、構音障害、書字困難を自覚し、X-1 年 2 月に当科に入院した。小脳失調、錐体路徴候、認知機能低下に加え、同症状の家族歴があり、遺伝子検査の結果、DRPLA と診断された。その後は外来で経過観察されていたが、X 年 1 月から右手の不随意の屈曲運動が出現した。同年 6 月には右手指の握り込みが強く、伸展が困難となり、右手で箸やスプーンが使えなくなった。DRPLA によるジストニア肢位と診断し、同年 11 月に加療目的で再入院した。筋エコーで異常収縮を認めた右浅指屈筋と右深指屈筋、右尺側手根屈筋、右母指球筋に対して MAB を施行したところジストニア肢位が改善し、右手での食事摂取が可能となった。本症例は難治性疾患である DRPLA のジストニア肢位に対して MAB が著効し、ADL が改善した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

A-28 アポモルフィン皮下投与が構音機能に効果を示した多系統萎縮症の一例

山田義貴 1) 仲地耕 1) 神里尚美 1) 長谷川昌宏 2)

1) 県立南部医療センター・こども医療センター神経内科 2) 同耳鼻科

(症例) 55 歳、女性。(現病歴) 50 歳でパーキンソニズムを発症、ドパミン補充療法を開始し有効。53 歳よりオフ時間の増強、体幹前屈、精神症状が出現。非定型抗精神薬などの治療で精神症状は消退したが、嚥下障害・構音障害が顕在化。アポモルフィン皮下投与(4mg/日)の食前投与が有効性で、経口投与・摂食が可能となった。54 歳より夜間に吸気時喘鳴が出現、喉頭鏡で声帯外転障害を確認し、待機的に気管切開を施行した。カニューレ留置後もアポモルフィン皮下投与にて発語と嚥下機能が回復し、効果は維持されている。(考察) 舌咽・迷走神経核の α シヌクレイン病理は、PD/LBD で高率に認めるが、MSA では認めないなど病理学的な分布の相違が報告されている。アポモルフィンの構音機能への有効性について、文献検討を含めて報告する。

A-29 重症筋無力症症状を呈した抗 Lrp4 抗体陽性の筋萎縮性側索硬化症の一例

角華織、中道淳仁、堀大滋、藪内健一、木村成志、松原悦朗
大分大学医学部 神経内科学講座

症例は 72 歳女性。67 歳より易疲労感や両上肢の挙上困難、歩行困難、つま先立ち不能などの症状が出現し、72 歳時に当科受診した。神経学的に眼症状はなく、近位筋優位の四肢筋力低下、下垂足、四肢深部腱反射の軽度亢進を認めた。抗 AchR 抗体および抗 MuSK 抗体は陰性、抗 Lrp4 抗体が陽性だった。テンシロン試験と反復刺激試験が陽性で重症筋無力症 (MG) と診断した。アンベノニウム塩化物内服と免疫グロブリン静注療法で治療したが効果は乏しく、半年後、四肢の筋萎縮や線維束性収縮が出現した。針筋電図で活動性を伴う神経原性変化を認め、ステロイド療法や血漿交換療法も効果がなく、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の合併と診断した。抗 Lrp4 抗体は 2011 年に MG の病原性自己抗体として報告されたが、ALS 患者でも陽性となることがあり、文献的考察を交えて報告する。

A-30 バイオマーカーによりアルツハイマー病理を確認しえたロゴペニック型失語

上杉聡平、石橋正人、堀大滋、木村成志、松原悦朗
大分大学医学部 神経内科学講座

症例は 72 歳男性。66 歳時に軽度の物忘れがあり当科受診。MMSE 23 点 (計算-4、遅延再生-2、復唱-1)、ADL は自立。頭部 MRI で海馬萎縮は軽度だった。72 歳時に認知機能障害が進行したため当科再診した。発話量は保たれ、音韻性錯語、単語の理解が比較的保たれており、明らかな失文法を認めないなどの特徴を有し、ロゴペニック型失語の診断基準を満たしていた。アミロイド PET 陽性、脳脊髄液中の A β 42 低値であり、脳血流シンチで両側側頭葉、頭頂葉、後部帯状回の相対的血流低下を認め、アルツハイマー病によるロゴペニック型失語と診断した。アミロイド PET や脳脊髄バイオマーカーがロゴペニック型失語の背景病理診断に有用であった。アルツハイマー病理を確認しえたロゴペニック型失語の症例であり、文献的考察および動画を交えて報告する。

A-31 PRNP のオクタペプチドリピート挿入を認めた CJD の一例

堂園美香 1) 有里敬代 1) 延原康幸 1) 丸田恭子 1) 吉村明子 2) 岡本裕嗣 2)
高嶋博 2) 園田至人 1)

1) 南九州病院脳神経内科

2) 鹿児島大学病院脳神経内科

症例は 62 歳男性。X-2 年物忘れが多くなり、寡黙で無表情になった。近医を受診しパーキンソン病の診断で加療されたが効果不良であった。X 年 4 月他院を紹介受診され、多系統萎縮症 (MSA-P) が疑われる。同年 7 月熱発後呼名に対して返答しなくなり、精査加療目的で当院入院となった。入院時認知機能低下、筋固縮、眼球運動障害、歩行障害がみられた。その後症状は急速に進行し終日臥床状態となった。X+1 年 4 月頃より痙攣を頻回に繰り返すようになり、遺伝子検査で PRNP にオクタペプチドリピートの挿入を認め、CJD と診断した。経過中脳波で PSD の出現はみられていない。オクタペプチドリピートの挿入症例は本邦では少なく、長期経過を追えたので報告する。

A-32 視神経脊髄炎関連疾患の再発と鑑別を要した EBV 脊髄神経根炎の一例

松本航、中村優理、雑賀徹、松下拓也、山崎亮、吉良潤一
九州大学大学院医学研究院神経内科学

症例は 40 歳女性。X-2 年に右同名半盲を自覚し、MRI 所見や抗 AQP4 抗体陽性より視神経脊髄炎関連疾患 (NMOSD) と診断した。ステロイドパルス、血漿交換で症状改善し、再発抑制のためステロイド・免疫抑制薬の内服を継続していたが、X 年 10 月に両下肢の異常感覚が出現し、排尿感覚の消失を認めた。神経学的に両下肢の表在覚の低下と膀胱直腸障害を認め、NMOSD 再発を疑った。しかし脊髄 MRI にて仙髄に増強効果を伴う新規病巣と馬尾に沿った増強病変を認め、髄液中の EBV-DNA が陽性であることから EBV による脊髄神経根炎と診断した。ステロイドパルスとアシクロビル投与により髄液中の EBV-DNA は陰性化し症状も改善した。NMOSD では免疫抑制薬を使用することが多く、その再発の鑑別として EBV の再活性化による脊髄炎、神経根炎の可能性を考慮する必要がある。

A-33 認知機能低下、右顔面神経麻痺、左動眼神経麻痺を呈した水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）による多発性脳出血の一例

向井達也 1) 茶谷裕 1) 米川智 2) 土井光 3) 荒木武尚 1)

1) 広島赤十字・原爆病院神経内科

2) 広島厚生病院

3) 土井内科神経内科クリニック

症例は 72 歳、男性。【主訴】記憶力低下、右顔面筋の脱力、複視、【既往歴】高血圧、胃癌、再生不良性貧血【家族歴】特記事項はなし【現病歴】X 年 9 月 3 日に発熱と頭痛が出現した。翌日頃より左胸背部から上腕に疼痛を伴う水疱と紅斑を認め、会話内容をすぐに忘れるようになった。当院皮膚科を受診し帯状疱疹と診断され、アシクロビル投与で加療された。9 月 17 日より複視と右顔面筋の脱力が出現したため当科紹介受診となった。【現症】認知機能低下（MMSE18 点）。左瞳孔散大、対光反射消失、左眼の軽度の上下転制限、複視および右末梢性顔面神経麻痺を認めた。

【検査所見】血清 VZV IgG 抗体および IgM 抗体高値だった。髄液は、単核球優位に細胞数の上昇と蛋白上昇を認めた。頭部 CT では右橋底部、左中脳腹側部、右視床、左前～側頭葉に高吸収域を認め、MRI-T2*強調画像では、同部位で低信号であった。造影 MRI では動眼神経や顔面神経をふくめ、造影効果は認められなかった。【考察】帯状疱疹にともなう神経症状では、脳出血の鑑別も必要と考えた。

A-34 診断に苦慮した肉芽腫性アメーバ性脳炎の一例

松岡隆太郎 1) 長岡篤志 1) 中岡賢治朗 1) 北之園寛子 1) 金本正 1) 島智秋 1) 吉村俊祐 1) 宮崎禎一郎 1) 立石洋平 1) 白石裕一 1) 松井昂介 2) 鎌田健作 3) 尹漢勝 4) 辻野彰 1)

1) 長崎大学病院脳神経内科 2) 同熱研内科 3) 同脳神経外科 4) 同病理診断科

症例は 55 歳男性。X-7 年に ANCA 関連血管炎と診断されステロイド加療開始された。X 年 1 月より全身に多発する皮疹が出現。皮膚生検行われ肉芽腫性病変が指摘され ANCA 関連血管炎による皮疹と判断された。しかし頭部 MRI で脳内多発病変を指摘され脳生検で肉芽腫性病変を指摘され当科転科した。転科時は軽度の意識障害あり。抗真菌薬、抗菌薬、ステロイド等で加療行ったが意識障害が悪化し転科後 21 日目に死亡した。脳・皮膚病理より *Balamuthia mandrillaris* が検出されアメーバ性肉芽腫性脳炎と診断した。文献的考察を加え報告する。

A-35 外眼筋麻痺で発症した浸潤性副鼻腔アスペルギルス症の 1 例

高瀬敬一郎 1) 吉村基 1) 前田泰宏 1) 宇根隼人 1) 進村光規 1) 前田教寿 1) 中村憲道 1)
村上大輔 2)

1) 飯塚病院脳神経内科

2) 九州大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科学教室

症例は ADL 自立の 81 歳女性。X 年 10 月に左眼の充血と左眼奥の疼痛を自覚した。11 月になると物が 2 つに見えるようになった。近医耳鼻科を受診したが副鼻腔に異常なし。12 月 1 日当科初診、神経学上左眼瞼下垂、左眼の軽度内転・上転障害、中等度外転障害に加え、下方視以外での複視を認めた。頭部 CT では左後篩骨洞、蝶形骨洞外側壁を破壊し下眼窩裂に進展する腫瘍性病変を、頭部 MRI では同部位の増強効果を伴った腫瘍を認めた、PET でも FDG の異常集積を認めた。血清 β -D グルカンは陰性であったが、アスペルギルス抗原が陽性であり、X+1 年 1 月 K 大学病院耳鼻科にて内視鏡下副鼻腔手術を行い、病理組織からアスペルギルス菌体を確認した。浸潤性副鼻腔アスペルギルス症による外眼筋麻痺につき文献を含めて報告する。

A-36 背景疾患として特発性 CD4+リンパ球減少症が示唆された進行性多巣性白質

脳症の一例

北村泰佑、岡田卓也、三本木良紀、北山次郎

福岡赤十字病院 脳神経内科

症例は 68 歳女性。左前頭葉皮質下白質の亜急性期脳梗塞として治療後、残存する右不全片麻痺に対しリハビリを継続していた。発症 2 ヶ月後の頭部 MRI T2 強調画像で左前頭頭頂葉に高信号域の拡大を認め当科へ精査入院した。入院時、喚語障害、構音障害、右不全片麻痺を認め、髄液 JCV-PCR 陽性であり進行性多巣性白質脳症 (PML) と診断した。メフロキンによる治療を開始したが進行性に症状増悪をきたし発症 8 ヶ月後に死亡した。経過中、CD4+リンパ球は著明な低値を示し、基礎疾患となり得る他の原因は指摘できず特発性 CD4+リンパ球減少症 (ICL) に合併した PML と診断した。PML は重篤な細胞性免疫不全をきたす基礎疾患を背景として発症するが、その一つである ICL は広く知られてはいない。ICL に合併した非 HIV-PML の中には早期診断治療で良好な転帰を得た症例も散見されており、背景疾患として理解しておくことは重要と考え、考察を加えて報告する。

A-37 頭痛を主訴とし髄液蛋白細胞解離を認めインフリキシマブ療法が著効した 神経ベーチェット病の1例

渡邊暁博 1) 荒畑創 1) 河野祐治 1) 山本明史 1) 笹ヶ迫直一 1)
三好絢子 2)

1) NH0 大牟田病院 脳神経内科

2) 福岡山王病院 神経内科

45 歳女性。14 歳頃から片頭痛様の頭痛あり。喫煙歴あり 35 歳より両側ぶどう膜炎、回盲部潰瘍で不全型ベーチェット病と診断。44 歳 2 ヶ月時に頭痛増悪あり受診。神経学的に脱神経所見なく髄液細胞数 $2/\mu\text{l}$ (リンパ球 1)、蛋白 108 mg/dl、IL-6 6.6pg/ml、頭部造影 MRI で異常所見なし。その後頭痛の増悪、右眼上転時痛あり、神経学的につぎ足歩行拙劣を認めた。44 歳 8 ヶ月時に髄液細胞数 $2/\mu\text{l}$ 、蛋白 243 mg/dl、IL-6 1.4pg/ml で頭部造影 MRI では異常なし。髄液蛋白の経時的な上昇を認め慢性進行型神経ベーチェット病と考えインフリキシマブ治療施行。頭痛の軽快を認め 44 歳 11 ヶ月時に髄液蛋白は 68 mg/dl、IL-6 1.3pg/ml に低下した。髄液蛋白細胞解離を認め治療に反応する症例があると考えられた。

A-38 両側帯状回皮質に対称性の病変を呈した MOG 抗体陽性の 2 症例

原田雅也、鎌田崇嗣、菊池真介、森高泰河、頼田章子、三浦史郎、谷脇考恭
久留米大学医学部神経内科

近年、MOG 抗体関連の中樞神経系疾患が注目されている。今回、我々は両側帯状回皮質に対称性の病変を呈した MOG 抗体関連の 2 症例を経験した。MRI および脳血流シンチの所見より MOG 抗体関連疾患の病態を考察して報告する。症例 1 は 32 歳女性。両下肢の脱力感が出現、右下肢の軽度の筋力低下を認めた。脱力感出現の一か月後、右視力低下が出現、ステロイドパルス療法を実施し、症状の改善を認めた。症例 2 は 28 歳男性。右半身より始まる全身強直間代痙攣が出現、発作は抗てんかん薬に抵抗性であった。精査目的に入院となり、見当識障害、記憶力低下の合併を認めた。抗てんかん薬の調整にて症状改善し、退院となった。退院 26 ヶ月後に見当識障害、記憶力低下が再発した。ステロイドパルス療法を実施し、速やかに症状の改善を認めた。2 症例とも血清 MOG 抗体陽性が確認され、頭部 MRI の T2 および FLAIR 画像にて両側帯状回皮質に高信号病変を呈し、脳血流シンチ検査でも同病変部位の異常所見を認めた。

A-39 頭部 MRI で延髄内側に経時的信号変化を認めた Bickerstaff 型脳幹脳炎の 1 例

竹熊梨祐、進藤誠悟、波止聡司、三浦正智、和田邦泰、寺崎修司
熊本赤十字病院 神経内科

症例は 78 歳男性。構音障害と歩行障害を主訴に救急外来を受診。初診時は意識清明、右外眼筋麻痺、小脳性運動失調、深部腱反射の減弱を認めた。入院時の頭部 MRI では明らかな異常信号は指摘できなかった。脳脊髄液検査では細胞数 1/mm³、蛋白 94 mg/dl と蛋白細胞解離の所見、神経伝導速度検査では末梢神経の脱髄所見を認めたことから Fisher 症候群を疑い、免疫グロブリン大量静注療法を開始した。しかし、第 9 病日から急速に意識障害が進行し、頭部 MRI では延髄内側に拡散強調画像で左右対称性の信号変化を認めた。臨床像から Bickerstaff 型脳幹脳炎の可能性を考え、免疫グロブリン大量療法に加えてステロイドパルス療法を追加したところ、症状の継続的な改善を得て、その後、頭部 MRI の異常信号も消失した。血中自己抗体測定検査では IgG 抗 GQ 1 b 抗体が陽性だった。

A-40 抗 CV2 抗体を認めた浸潤性胸腺腫を伴う傍腫瘍性辺縁系脳炎の一例

黒木健至 1) 津田幸元 1) 植田明彦 1) 安東由喜雄 1)
中間達也 2)
1) 熊本大脳神経内科
2) 水俣市立総合医療センター脳神経内科

症例は 49 歳、女性。43 歳で浸潤性胸腺腫を指摘、外科的切除、化学療法を行われたが根治に至らず、経過観察。X 年 6 月某日（第 1 病日）頭痛、記憶障害を主訴に前医受診、全健忘と見当識障害を認めた。頭部 MRI で両側側頭葉内側に高信号域を認め、髄液細胞数上昇を認めたため、脳炎と診断し、アシクロビルを開始した。第 7 病日に傾眠傾向となり、ステロイドパルス療法を開始し、同日当院へ転院した。同治療を継続したが、意識障害は更に進行し、第 14 病日には昏睡状態となった。髄液 HSV PCR で陰性であり、自己免疫性辺縁系脳炎と診断し、ステロイド、血漿交換、IVIg による集学的治療を行った。本治療により意識状態は徐々に回復し、第 128 病日には記憶障害を認めるも、食事、会話は可能になった。抗 CV2 (CRMP5) 抗体が陽性であり、傍腫瘍性辺縁系脳炎の確定診断に至った。浸潤性胸腺腫に伴う脳炎では、本疾患を念頭に置き、集学的治療を早期開始する必要がある。

A-41 無菌性髄膜炎様症状にて発症し、生検し得た抗 myelin oligodendrocyte glycoprotein(MOG) 抗体関連疾患の 1 例

成毛哲思 1) 岩中行己男 1) 橋本智代 1) 岡田和将 1) 金子仁彦 2) 三須建郎 2) 足立弘明 1)

1) 産業医科大学 神経内科

2) 東北大学医学部 多発性硬化症治療学・神経内科

症例は 58 歳の男性。X 年 6 月 30 日より発熱・頭痛が出現し、7 月 6 日より意識障害と排尿障害が出現。7 月 10 日の入院時は JCS II-10、髄膜刺激徴候なし、起立・歩行は正常、尿閉を認めた。血液検査で感染症、膠原病関連マーカーは陰性。抗 MOG 抗体が陽性。脳髄液検査で単核球優位の細胞数増多($336/\mu\text{l}$)と OCB 陽性を認めた。頭部造影 MRI では両側大脳半球の脳溝に沿った異常増強を認めた。アシクロビル投与・IVMP 施行後も意識障害は増悪し、7 月 30 日の造影 MRI では両側大脳皮質下白質・脳梁に増強効果を伴う広範な高信号域を認めた。血漿交換療法とIVIg 後も改善乏しく、治療方針決定の為に 8 月 31 日に右前頭部白質病変より脳生検施行。病理像は血管周囲腔のリンパ球集簇を伴う脱髄所見で MBP に比べ MOG 優位の染色性低下を認めたが、IgG 沈着や補体活性沈着は認めなかった。再度 IVMP を施行後、プレドニゾロンで維持療法を開始し、臨床症状及び画像所見の改善を認めた。抗 MOG 抗体関連疾患が髄膜炎様の症状で発症した貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

A-42 抗 NMDAR 抗体及び抗 MOG 抗体陽性脳炎の 1 例

西田明弘、三嶋崇靖、鈴木総一郎、土井まいこ、藤岡伸助、坪井義夫
福岡大学神経内科

症例は 29 歳女性。X-1 年 11 月に左下肢のミオクローヌスが出現し精査のため 12 月に入院した。局在性の神経症状はなく、ミオクローヌスとせん妄状態を伴う意識障害がみられた。自己免疫性脳炎を疑いステロイド大量静注療法により症状は改善した。後に血中抗 NMDAR 抗体及び抗 MOG 抗体陽性が判明した。X 年 8 月に PSL 減量中に気分高揚や攻撃性が出現し、9 月に再入院した。入院時に見当識障害とミオクローヌスを認めた。その後痙攣重積となり、人工呼吸器管理を行った。免疫グロブリン大量静注療法、PSL 及びアザチオプリン投与を行い、精神症状は改善し日常生活に復帰できた。抗 NMDAR 抗体及び抗 MOG 抗体合併自己免疫性脳炎症例は稀で、その治療経過と文献的考察を含め報告する

セッション1 (脳腫瘍1)

B-1 高齢女性に発生した epithelioid glioblastoma の一例

¹ 敬愛会中頭病院脳神経外科 ² 敬愛会中頭病院病理診断科 ³ 久留米大学医学部脳神経外科

⁴ 久留米大学医学部病理学講座

大久保 卓¹, 土井 亮¹, 仲田 典広², 宮城 尚久³, 古田 拓也⁴, 杉田 保雄⁴, 森岡 基浩³

Epithelioid glioblastoma (eGBM)は、膠芽腫の一亜型として WHO2016 脳腫瘍病理分類より加わった新たな組織型である。eGBM は通常の膠芽腫と比べ予後不良と知られているが、稀であるため病態不明な点が多く症例蓄積による解明が期待されている。今回我々は、高齢女性に発生した eGBM の1症例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は77歳の女性。進行性の認知機能低下を主訴に近医で頭部 CT が行われ、頭蓋内病変を認めたため当科紹介となった。受診時の意識レベル 1/JCS、高次脳機能障害、右同名半盲、右不全片麻痺を認めた。MRI では左頭頂葉に cyst を伴う最大径 4cm の mass を認め、不均一なリング状造影効果および著明な浮腫を認めた。さらに mass 腹側に 2ヶ所の娘結節を伴っていた。組織確認および減圧の目的で腫瘍切除術を行った。腫瘍は境界不明瞭な易出血性で、ナビゲーションシステム併用下に全摘出し得た。摘出標本の病理組織所見では、多数の核分裂像を伴う異型性の強い多形性細胞のびまん性増殖を認め、一部では胞巣状～シート状の増殖パターンや壊死像も見られた。免疫組織学的に GFAP および Vimentin が陽性、S-100 は陰性で eGBM と診断された。残存腫瘍に対して術後の放射線化学療法 (Stupp レジメン) を追加し、摘出腔からの再発はないものの残存腫瘍のコントロールが悪く、増大傾向を示したため追加治療を行っている。

B-2 TERT mutation を有した” Diffuse astrocytoma, IDH1/2-wildtype with molecular features of glioblastoma” の一例

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

宮松 雄一郎¹, 赤木 洋二郎¹, 河村 陽一郎¹, 迎 伸孝¹, 有村 公一¹, 吉田 史章¹, 空閑 太亮¹, 秦 暢宏¹, 鈴木 諭², 溝口 昌弘¹, 飯原 弘二¹

【症例】54歳男性。脳腫瘍の既往、家族歴なし。後頸部痛発症で近医を受診し、頭部 MRI で腫瘍性病変を指摘され当院脳神経外科を受診した。当院での画像検査では頭部 CT で石灰化を認めず、頭部 MRI では左島から前頭葉、側頭葉、一部基底核にかけて白質を主体とする境界明瞭な T2 延長域を認め、Gd 増強効果は認めなかった。Non-eloquent area である左中側頭回の一部に対して開頭腫瘍生検術を施行した。病理組織学的には、Diffuse astrocytoma, IDH1-R132H 変異なし (WHO Grade 4) の診断であった。遺伝子診断で IDH1/2-wildtype, TERT promoter mutation (c250t) が確認され、Diffuse astrocytoma, IDH1/2-wildtype with molecular features of glioblastoma (WHO Grade 4) の診断に至った。後療法としては Glioblastoma の治療方針と同様に TMZ 75mg/m² と IMRT 60Gy の治療を施行した。

【考察】WHO 脳腫瘍病理分類 (2016) 改定後の update (cIMPACT-NOW, 2018) で、IDH-wildtype diffuse astrocytoma で、high level EGFR amplification, whole chromosome 7 gain in combination with whole chromosome 10 loss, TERT promoter mutation のいずれかを認めた場合、diffuse astrocytoma, IDH-wildtype with molecular features of glioblastoma (Grade 4) とする診断基準が提唱された。本症例の経過にこの診断基準に関する文献的考察を加えて報告する。

B-3 Neoadjuvant radiochemotherapy 後に腫瘍摘出術を施行した視床膠芽腫の

一例

九州医療センター脳神経外科

林 大輔, 松尾 諭, 天野 敏之, 中溝 玲

糖尿病、高血圧症、高尿酸血症、脂質異常症で加療中の ADL が自立した 65 歳男性。来院 1 ヶ月前より起床時の頭痛を自覚するようになり、徐々に歩行時に左足を引きずるようになった。転倒し頭部打撲した際に撮像された頭部 CT で右視床に腫瘍性病変を認めたため当科を紹介受診した。受診時、意識は清明で軽度の左不全片麻痺を認めた。頭部 MRI で右視床を主座とする辺縁が不均一に増強され嚢胞成分を伴う 6cm 大の腫瘍性病変を認め、神経膠芽腫と考えられた。初期治療終了後に改めて開頭腫瘍摘出術を行う方針とし、閉塞性水頭症の解除と診断確定目的で腫瘍部分摘出を行った。腫瘍は易出血性であり、安全な範囲での摘出と嚢胞成分の開放にとどめた。組織診断は Glioblastoma の診断であった。後療法として、脊椎 MRI で髄膜播種を認めたため、脊髄を含めた放射線治療(全脳全脊髄照射 36Gy/18Fr, 視床病変に 24Gy/12Fr)およびテモゾロミドによる化学療法を行った。

経過中に腫瘍の軽度増大および水頭症の増悪によると考えられる、意識障害(JCS 3~10)および左片麻痺の増悪(MMT2/5)を認めた。放射線同期化学療法終了後の MRI で右視床病変の著しい増大は認めず、脊髄病変の増大も認めなかったため、予定通り腫瘍摘出術を行った。2 回目の術中所見では、腫瘍はやや硬く変化しており、出血のコントロールは容易で、境界も明瞭となっており腫瘍を全摘出することができた。術後、意識障害は改善(JCS 2)し、会話での意思疎通が可能となり、経口摂取を再開することができた。左片麻痺に対するリハビリテーション継続目的での転院を経て自宅退院となった。現在は当科外来でテモゾロミド維持療法およびベバシズマブによる化学療法を継続している。

放射線化学療法を先行させ、二期的に手術加療を行うことで全摘出できた視床膠芽腫の一例を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

B-4 多発頭蓋外転移を来した gliosarcoma 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
中垣 祐紀, 上田 隆太, 黒田 順一郎, 武笠 晃文

Gliosarcoma は glioblastoma (GBM) の variant の 1 つで GBM に比して頭蓋外転移を来しやすいとされている。今回、我々は多発の頭蓋外転移を来し ICE 療法が奏功した gliosarcoma の一例を経験したので報告する。

症例は生来健康な 58 歳男性。20XX 年 11 月痙攣発作で発症し精査の頭部造影 MRI 検査で左側頭後頭葉の皮質下にリング状に造影される長径 3 cm の腫瘍を指摘された。12 月に初回の開頭腫瘍全摘出術を行い、gliosarcoma の病理診断を得た。後療法として temozolomide (TMZ) 併用放射線治療 60Gy を行い、その後 TMZ の維持療法を導入した。維持療法 3 回施行後の頭部造影 MRI 検査で左頭頂葉に硬膜転移による再発所見あり、翌年 4 月にギリアデル留置を併用した造影病変の腫瘍全摘出術を行った。その後、TMZ 維持療法を再開したが、再発を繰り返しノバルリスによる局所照射を計 3 回追加した。同年 12 月に左頸部リンパ節の腫脹と左鼠蹊部の疼痛を認めるようになり、炎症反応も高値であった。頭部造影 MRI 検査で頭蓋内外に多発再発を認め、全身造影 CT 検査、骨シンチグラフィで左大腿骨頸部を含めた脊椎、腸骨など全身の骨に集積を認め、FDG-PET で左頸部リンパ節への異常集積を認めた。左頸部リンパ節の生検結果は gliosarcoma の転移に矛盾しない所見であった。

TMZ による治療は無効と判断して、ICE 療法施行。後治療は著効し、左頸部リンパ節腫脹の改善、炎症反応の沈静化を認めた。

B-5 診断に難渋した中枢神経原発悪性リンパ腫の一例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科
比嘉 那優大, 米澤 大, 坂元 顕久, 内田 裕之, 吉本 幸司

【はじめに】膠芽腫や転移性脳腫瘍のような悪性脳腫瘍では腫瘍内出血をしばしば認めるが、中枢性原発性悪性リンパ腫 (PCNSL) に腫瘍内出血を伴うことは稀である。今回我々は、繰り返す腫瘍内出血を認め、診断に難渋した PCNSL の一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症例】症例は 49 歳男性である。頭痛と右片麻痺を認めたため前医を受診した。頭部造影 MRI では、左基底核に造影効果を伴う多発性脳出血を認め、左大脳半球に広範囲に広がる浮腫性変化を認めた。脳血管造影検査では、腫瘍濃染像や血管奇形は認めなかった。診断的治療目的にステロイドパルス療法を施行したところ、出血、脳浮腫共に改善を認めた。発症 38 日目に精査・加療目的に当院紹介となった。来院時は神経学的異常所見を認めなかった。頭部造影 MRI では更に出血と脳浮腫の改善を認め、造影効果も減弱していた。経過観察を行っていたところ、発症 71 日目に再度頭痛と右片麻痺が出現した。頭部造影 MRI では出血、脳浮腫の増悪と造影効果の増強を認め、急性水頭症を呈していたため、オンマヤリザーバー留置術を行った。水頭症と脳浮腫が改善するのを待って発症 106 日目に開頭腫瘍生検術を行ったところ、易出血性の暗赤色の腫瘍を認めた。病理診断では diffuse large B cell lymphoma であった。術後に R-MTX 大量療法を 3 コース施行し、その後に全脳照射を行った。加療後の造影 MRI では病変の消失を認め、KPS: 80 で自宅退院となった。

【結語】繰り返す腫瘍内出血を認めた PCNSL の一例を経験した。繰り返す頭蓋内出血を認めた際に、PCNSL を鑑別に挙げることは重要であると考えられた。

セッション 2 (脳腫瘍 2)

B-6 脳出血で発症した小児 glioblastoma の一例

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 ³福岡大学医学部病理学
神崎 貴充¹, 堀尾 欣伸², 高原 正樹¹, 田尻 崇人¹, 平田 陽子¹, 榎本 年孝³,
野中 将¹, 安部 洋¹, 鍋島 一樹³, 井上 亨¹

症例は 4 歳の女兒、突然の頭痛、嘔吐で発症。近医小児科を受診し頭部 CT で右前頭葉に急性期出血を認めた為、当院救命救急センターを紹介され緊急入院となった。当院初診時、意識レベルは GCS 14 (E4V4M6)、意識障害以外に明らかな神経学的脱落症状は認めなかった。頭部 MRI で右前頭葉に T1WI で Low、T2WI で high の急性期出血を疑う所見があり、右側頭葉、左頭頂葉、両側視床、脳幹には散在性に T1WI で iso、T2、FLAIR で high に描出される異常信号域もみられた。左頭頂葉病変には Gd 造影で一部増強効果を認めた。腫瘍性病変からの出血を疑い、右前頭葉病変に対して開頭腫瘍摘出術を施行した。右前頭葉の血腫と腫瘍性病変を可及的に摘出、術中迅速病理診断は Glioblastoma であったが小児例であり、BCNU wafer の留置は行わなかった。病理組織学的は Glioblastoma、WHO grade IV IDH wild type であり、H3K27M mutant は認めなかった。術後経過は良好で、化学療法 (TMZ 75mg/m²) および放射線療法 (全脳照射 40Gy/20fr) を施行し、現在 TMZ の維持療法中である。小児の glioblastoma は成人例と比較し稀であり、文献的考察を加え報告する。

B-7 腫瘍内出血にて発症した若年者の thalamic glioma (diffuse midline glioma, H3K27M-mutated) の一例

¹宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野 ²都城市郡医師会病院脳神経外科
³宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野
奥山 洋信¹, 山下 真治¹, 田村 充², 末松 祐貴¹, 入佐 剛¹, 福島 剛³, 竹島 秀雄¹

【症例】14 歳、男児。起床後の突然の頭痛、嘔吐にて発症した。前医での頭部 CT にて、右視床の血腫を認めた。出血は第 3 脳室へ穿破し、閉塞性水頭症をきたしていた。発症同日、当院搬送となり緊急で脳室外ドレナージ術施行した。若年発症の脳出血のため、原因検索の画像評価を行う方針とした。まず、頭部 MRI を施行。右視床の出血周囲に T2、FLAIR 画像での高信号を認めた。この後、血管障害の評価に脳血管撮影を施行したが、動脈瘤や脳動静脈奇形などの血管病変は認めなかった。視床内の浮腫性変化の評価のため経時的に頭部 MRI 再検したところ、造影増強効果を有する病変の出現が認められた。このため、出血源として腫瘍が疑われ、methionine PET を施行したところ、視床内部に異常高集積域を認めた。診断確定目的に、methionine PET の異常集積領域に対して開頭での腫瘍生検術を施行した。病理組織診断は diffuse midline glioma (H3K27M-mutation) であり、現在放射線療法、化学療法を行っている。

【考察】若年者の脳出血の発症は必ずしも稀有な症例ではないと思われる。しかし、腫瘍内出血で発症した diffuse midline glioma の報告は、渉猟しうる限り 1 例の報告のみであった。比較的稀な発症様式と考えられ、文献的考察を含め報告する。

B-8 幼児に発症したトルコ鞍部黄色肉芽腫の一例

¹久留米大学医学部脳神経外科 ²久留米大学医学部病理学講座

音琴 哲也¹, 小牧 哲¹, 古田 拓也², 坂田 清彦¹, 杉田 保雄², 森岡 基浩¹

【序論】 Xanthogranuloma (XG) of the sellar region は、adamantinomatous craniopharyngioma (AC) とは臨床的および病理学的に異なる疾患概念として、1999 年に Paulus により提唱され、以後その病態が検討されてきた。今回我々は、稀な幼児の発症例を経験したので報告する。

【症例】 5 歳女児、多飲・多尿の精査にて当院小児科で尿崩症を指摘され、デスモプレシン経口投与が開始された。頭蓋内精査で鞍内に嚢胞性病変を指摘され、精査加療目的に当科入院となった。初診時、視力・視野障害など神経脱落所見は認めず、内分泌学的異常として中枢性尿崩症および成長ホルモン分泌不全を認めた。頭部 MRI では、トルコ鞍から鞍上部にかけて、T1WI: 高信号, T2WI: 液面形成を示す嚢胞性病変を認め、Gd 造影にて増強効果は認めなかった。同病変に対して 内視鏡下経蝶形骨洞腫瘍摘出術を施行した。術中所見では、モーターオイル状の嚢胞内容液を認め、頭蓋咽頭腫と判断し、肉眼的に腫瘍および嚢胞壁を全摘した。病理所見は、泡沫細胞やリンパ球、形質細胞の浸潤を伴った線維芽細胞および膠原線維の増生を認め、さらに単層、重層扁平上皮成分を散在性に認め、XG of the sellar region の診断となった。術後、新たな神経学的、内分泌学的異常所見は認めず、尿崩症に対する内服加療を継続するとともに、成長ホルモン分泌不全に対してホルモン補充療法が予定されている。

【考察】 XG of the sellar region は、思春期から若年成人に好発し、画像上は石灰化の頻度が低く、高い摘出率が期待でき予後良好な特徴がある。一方、幼児期（6 歳未満）での発症は非常に稀であり、過去に 3 例の報告があるのみである。ラトケ嚢胞、AC、XG の鑑別は困難であるが、XG の AC とは異なる臨床経過および病理学的特徴について文献的考察を加えて報告する。

B-9 後頭蓋窩嚢胞性病変に伴う水頭症に対して後頭蓋窩減圧を行った一例

長崎大学医学部脳神経外科

吉田 光一, 角田 圭司, 岡村 宗晃, 鎌田 健作, 松尾 孝之

【目的】 後頭蓋窩嚢胞性病変と水頭症の合併はしばしばみられるが、後頭蓋窩減圧術のみで水頭症の改善が得られたとの報告は少ない。後頭蓋窩嚢胞と大孔部骨変形に伴い水頭症をきたした小児症例を経験したので報告をする。

【症例】 症例は 11 か月男児。7 か月検診では異常を指摘されていないが、10 か月検診で頭囲拡大と発達の遅れを指摘され頭部精査。水頭症の所見を認めた。後頭蓋窩にのう胞病変を認め、tonsil herniation の所見を認めた。また、大孔部への骨の突出を認めた。後頭蓋窩減圧術と嚢胞内造影剤注入を行った。嚢胞内の造影剤は速やかに wash out された。以後 8 か月フォローしているが、水頭症は改善し、発達も年齢相応に catch up している。〈BR〉【考察】 手術に際しては、1. シャント、2. 嚢胞の開窓、3. 後頭蓋窩減圧術、4. これらの組み合わせ を検討した。手術術前に cineMRI を行い、大孔部での髄液 flow の異常を認めたことより、後頭蓋窩減圧術と dural band の切開を行うこととした。次回手術の方針決定のために嚢胞内に造影剤の注入を行い速やかな wash out が見られた。

【結論】 後頭蓋窩嚢胞性病変に対する治療の approach はいろいろとあるが、後頭蓋窩減圧術のみで水頭症の改善が見られた症例を報告する。

セッション3 (脳腫瘍3)

B-10 大型の表層性転移性脳腫瘍に対して行ったガンマナイフ照射後開頭摘出術の経験

¹ 済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

² 熊本大学医学部附属病院脳神経外科・機能神経外科先端医療寄付講座

³ 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

森川 祐介¹, 山本 東明¹, 後藤 智明¹, 竹崎 達也², 竹島 裕貴¹, 高島 諒¹,
野村 和希¹, 鈴木 悠平¹, 植川 顕¹, 賀来 泰之¹, 加治 正知¹, 山城 重雄¹, 武笠 晃丈³

平均径 3cm 以上の表在性転移性脳腫瘍には元来、手術後の摘出部に必要時ガンマナイフを照射するものとされてきている。一方では、術後の局所再発率、播種性病巣さらには放射線性脳障害の出現率は低くない。そこで我々は、過去の報告に基づき、ガンマナイフ照射によって腫瘍細胞の増殖能を低下させた後に開頭摘出術を施行して、良好な経過を得ている3例を経験した。文献的考察を加えて、報告する。

B-11 眼窩内 MALT リンパ腫に対する内視鏡下経鼻経篩骨洞的生検術の一例

佐賀大学医学部脳神経外科

正島 弘隆, 増岡 淳, 江橋 諒, 古川 隆, 吉岡 史孝, 井上 浩平, 緒方 敦之, 高瀬 幸徳, 下川 尚子, 中原 由紀子, 阿部 竜也

MALT リンパ腫は、粘膜を介して外界と接する部位に形成される粘膜関連リンパ組織

(mucosa-associated lymphoid tissue: MALT) から発生する節外性リンパ腫で、低悪性度 B 細胞リンパ腫として特異的な臨床病理像を有する。胃、大腸をはじめ、肺、甲状腺、唾液腺のほか、眼窩内にも発生する。

症例は 64 歳男性。1 年前に眼痛、右眼瞼下垂、複視が出現した。近医を受診し、頭部 MRI にて異常は認められず、トローザハント症候群の診断でステロイド内服が開始された。症状は改善したが、糖尿病の悪化により治療が中止され、以後、完全な動眼神経麻痺となった。1 ヶ月前より右視力低下が著しくなり、MRI 検査を行ったところ右眼窩内腫瘍が認められ、当院へ紹介された。来院時、右眼球突出、右動眼神経麻痺、右水平半盲が認められた。MRI では右眼窩円錐内に腫瘍性病変が認められた。病変は視神経の内側下方に存在しており、内視鏡下経鼻経篩骨洞法で生検術を行った。右中鼻甲介の外側で篩骨洞を開放後、右眼窩内側壁を除去し、眼窩骨膜を切開して、内直筋を正中側によけて病変に到達した。術中迅速にて B 細胞性悪性リンパ腫と診断された。術後放射線 30Gy を照射し、病変の縮小とともに視野障害も改善した。眼窩内病変に対するアプローチとして内視鏡下経鼻的アプローチは侵襲が少なく、眼窩内側や下側の病変に適応がある。症例を提示し、文献的考察を加えて報告する。

B-12 PRL 産生下垂体腺腫と clinically silent GH 産生下垂体腺腫を合併した

Multiple Endocrine Neoplasia type 1 の一例

¹ 熊本大学医学部附属病院脳神経外科・機能神経外科先端医療寄付講座

² 福岡脳神経外科病院 ³ 熊本大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌代謝内科

⁴ 熊本大学医学部附属病院病理診断科

田嶋 恒三¹, 篠島 直樹¹, 竹崎 達也¹, 武末 吉広¹, 矢野 茂敏², 武笠 晃丈¹,
近藤 龍也³, 河島 淳司³, 荒木 栄一³, 三上 芳喜⁴

症例は28歳女性。低血糖による意識障害をくり返し、膵インスリノーマの診断で16歳時に膵尾部切除、再発に対し18歳時に残膵尾側切除、19歳時に副甲状腺腫で副甲状腺を摘出された。母親に副甲状腺腫、下垂体腺腫の既往があり、Multiple Endocrine Neoplasia type 1 (MEN1) の診断となった。18歳時に月経不順、高プロラクチン血症が判明、頭部MRIで下垂体の左右にそれぞれ9mmと5mm大の造影不良の腫瘤が認められプロラクチノーマと診断された。挙児の希望があり、24歳時から3年間カバサルを内服し、PRLは正常化、27歳時に第1子を出産した。出産後、GHおよびIGF-1高値であることが判明、75gOGTTでGHの抑制を認めず、臨床的に無症状であり clinically silent GH 産生下垂体腺腫と診断された。内視鏡下経鼻経蝶形骨洞的に腫瘍摘出術を施行した。左側には被膜に包まれた内部に柔らかい腫瘍成分が存在し、右側には被膜は存在せず腔が形成されており内部に腫瘍と思われる組織塊を認め、それぞれ摘出しPRLは正常化した。病理診断は左右ともに腺腫であったが、免疫染色で左側腫瘍はPRL陽性、GH陰性で、右側腫瘍はGH陽性、PRL陰性であった。MEN1の下垂体病変としてはPRL産生腺腫が比較的高頻度にみられる。本症例はGH産生下垂体腺腫とPRL産生下垂体腺腫がそれぞれ別の腫瘍として同時に存在し、さらにGH/IGF-1高値であるにも関わらず先端巨大症の症状を欠いており clinically silent GH 産生下垂体腺腫と考えられ稀な症例である。文献的考察を加え報告する。

B-13 Subarcuate fossa に埋没した AICA-PICA 共通幹により難渋した聴神経腫瘍の一手術例

久留米大学医学部脳神経外科

古賀 誉久, 坂田 清彦, 吉武 秀展, 音琴 哲也, 小牧 哲, 宮城 尚久, 中村 英夫, 森岡 基浩

脳腫瘍手術において major branch の損傷は重大な morbidity を招く恐れがあるため、特に後頭蓋窩手術において術前の血管走行の理解は重要である。AICA もしくは PICA が錐体骨内に埋没して loop し、小脳・脳幹へ向かう anomaly は頻度として 1~7% にみられるとされ、小脳橋角部の展開を妨げ、手術を困難なものとする。

症例は 70 歳の男性、右聴力低下（有効聴力なし）、右顔面のしびれを訴え近医を受診。MRI で精査されたところ右聴神経腫瘍を認めた為、当科紹介となった。腫瘍は 35mm 大の充実性、嚢胞性混合型の腫瘍でやや腹側への嚢胞進展が目立っていた。この症例に対し lateral suboccipital retrosigmoid approach にて腫瘍摘出術を行ったところ、AICA-PICA 共通幹が内耳道の後上方で硬膜及び一部骨内に埋没して loop を形成後、小脳橋角部を横断し小脳を広範に栄養していた。腫瘍はほぼ全体がその腹側に存在しており、展開を妨げ摘出困難であった。そのため硬膜外に剥離して、迷入した血管周囲を bone curette で慎重に削除し、血管を transposition した。しかし ICG で血流を確認したところ血栓形成により閉塞しており、急遽ループ部を切断して内部の血栓を除去し端々吻合し血流の再開を得た。その後顔面神経の走行に注意して腫瘍を垂全摘した。幸い術後後遺症の出現なく術後 14 日目に退院した。

この特異な AICA/PICA の血管走行は”anomalous subarcuate loop” や”Challenging AICA”等と呼ばれ、聴神経腫瘍の手術では内耳道前面をふさいで手術を困難とするだけでなく、もし transpetrosal approach で遭遇した場合、錐体骨内から突然の出血を生じ proximal control が困難となる恐れもある後頭蓋窩手術で注意すべき anomaly であり、文献を加え報告する。

B-14 診断から約 6 年で急性水頭症を呈し外科的摘出術を行った第三脳室コロイド嚢胞の一例

大分三愛メディカルセンター脳神経外科

上杉 政司, 刈茅 崇, 中山 尚登

症例は 34 歳女性。6 年前に片頭痛様の頭痛が出現、近医 CT で第三脳室内に径 9mm の高吸収域の占拠性病変を指摘されている。嘔気はなく、頭痛には鎮痛薬が有効で経過観察となった。3 年後にも転居先で診断されたが、経過観察となっていた。その後は頭痛出現時に近医で鎮痛剤の処方を受けていた。最初の診断から 5 年 7 か月後に頭痛が増強し始め、鎮痛剤が無効となり、頭痛、嘔吐後傾眠となり、前医に救急搬送された。頭部 CT で急性水頭症と pseudo-SAH の所見があり、SAH の診断で当院に加療目的で転院となった。急性水頭症に対し、両側脳室対外ドレナージを施行した。水頭症コントロール下に CT、MRI を施行し、第三脳室の病変は長径 18mm、CT で等吸収域、MRI で T1 で主に低信号、T2 で高信号であり、造影 T1 で外周に淡い増強効果を認めた。第三脳室コロイド嚢胞の診断で、transcortical transventricular approach で病変を摘出した。術後は良好に経過した。病理診断はコロイド嚢胞であった。第三脳室コロイド嚢胞は急性の頭蓋内圧亢進等により突然死の危険性があることは知られているが、発生頻度は全脳腫瘍の 0.5-2%、症候性のものは診断後なんらかの手術を要するが、無症候で経過後に手術が必要になる例は 10% 以下、神経症候の急性悪化例は 1% 程度とされ、診断後に増悪する例を経験することは稀である。治療法として主に内視鏡手術、開頭術がある。本症例の経過とともに、適切な手術時期や手術法について文献的考察を加え報告する。

セッション 4 （脊髄・脊椎、外傷、感染）

B-15 産褥期骨粗鬆症により胸腰椎多発椎体骨折を来した一症例

¹新小文字病院脊髄脊椎外科 ²新武雄病院脊髄脊椎外科 ³東京品川病院脊髄脊椎外科
日高 雅夫¹, 高橋 雄一¹, 久寿米木 亮¹, 佐々田 晋¹, 井上 崇文², 西田 憲記³

【緒言】産褥期の腰痛で脊椎椎体骨折を認めることが稀に報告されている。今回、産褥期骨粗鬆症により胸腰椎多発性椎体骨折をきたした1症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

【症例】34歳女性、授乳中に無理な姿勢を取り左腰部痛が出現した。経過を見ていたが改善せず、近医整形外科受診するも胸腰椎Xpで異常は指摘されなかった。整骨院に通院し症状は軽減したが持続するため当院受診した。MRIではTh12、L1、L2の椎体上縁に輝度変化を認め、その他の血液検査などでは異常がみられず産褥期骨粗鬆症による椎体骨折と診断した。治療としては、授乳を中止し、ビスフォスフォネート製剤を使用した。その後、椎体圧潰の進行、新規骨折はなく、症状も軽減し、骨密度も上昇した。

【考察】産褥期骨粗鬆症は稀な疾患であり、発症機序としては低エストロゲン血症、カルシウムの喪失、PTHrPの上昇が関与しているといわれている。危険因子として喫煙、BMI低値、ステロイド内服、加齢、関節リウマチなどがあげられる。一般的に授乳中止により骨量は回復に向かうため最初の治療として行われ、本症例では骨折が多発していたため薬剤も併用した。

【結語】産褥期骨粗鬆症により胸腰椎多発性椎体骨折をきたした比較的稀な症例を経験した。骨粗鬆症による椎体骨折はQOLを著しく低下させるため、早期に治療を開始し新規骨折の予防に努めることが重要であるため、産褥期にも骨粗鬆症性骨折が起こりえるという認識が必要である。

B-16 頸椎症性脊髄症に対する後方除圧術後に著明な脊髄浮腫を生じた一例

¹地方独立行政法人大牟田市立病院脳神経外科 ²久留米大学医学部脳神経外科
³医療法人ニューロスパイン うちかど脳神経外科クリニック
江藤 朋子¹, 山下 伸¹, 杉 圭祐¹, 倉本 晃一¹, 森岡 基浩², 内門 久明³

【はじめに】頸椎症性脊髄症の除圧術後に生じた、稀な脊髄浮腫の合併症を経験した。いわゆるhyperperfusion injuryと考えられたため文献的考察を含めて報告する。

【症例】62歳、男性。半年前より両上下肢の痺れ、巧緻運動障害が出現。症状改善なく進行性のため紹介となった。頸椎MRIでC3/4高位に脊柱管狭窄による脊髄圧迫を認め、髄内後索(C1~C3/4)に非造影性T2高輝度病変がみられた。頸椎動態検査ではC3/4の後方すべりがみられた。頸椎症性脊髄症(C3/4)と診断した。後方除圧固定術C3/4を行った。術後神経症状は著変なかったが、手術翌日より両上下肢の感覚障害、後索症状の増悪を認めた。MRIでは除圧は得られたが、T2高信号領域の増大と浮腫性変化がみられた。ステロイドパルス療法を行い、症状は軽度軽快した。術半年後T2高輝度病変は縮小傾向で、症状は軽度残存しているものの日常生活は可能である。

【考察】頸椎症、後縦靱帯骨化症に伴って発生する高輝度病変の発生機序として、血管性浮腫あるいは髄液循環障害による浮腫、静脈還流障害、動脈循環障害などがある。術後脊髄浮腫の原因は手術操作による脊髄損傷と除圧後のhyperperfusion injuryがある。本症例では後者による静脈還流障害と考察した。術前MRIのT2高輝度病変より予測可能な症例であった。治療はステロイド投与が有効であった。

【結語】頸椎症性脊髄症の術後に脊髄浮腫を呈した1症例を経験した。

B-17 ステップダウン投与でのバルビツレート療法にて良好な転機を得た重症頭部外傷の一例

¹久留米大学病院高度救命救急センター ²久留米大学医学部脳神経外科

酒井 美江¹, 橋本 彩¹, 上瀧 善邦¹, 竹内 靖治¹, 吉富 宗健¹, 高須 修¹, 森岡 基浩²

【緒言】頭部外傷におけるバルビツレート療法は呼吸・循環抑制が強く、至適血清濃度を維持しても心血管系抑制が著明に現れ、時に心停止等の重篤な合併症を起こしうる。当院にてステップダウン投与でのバルビツレート療法で良好な転機を得た症例を経験したので報告する。

【症例】27歳、男性。交通外傷で搬入となり、GCS7 (E1V2M4) の意識障害を認め頭部 CT で正中偏位を伴う右急性硬膜下血腫、右前頭葉-側頭葉脳挫傷を認めた。瞳孔不同が出現したため緊急右穿頭血腫ドレナージ術を施行し、その後手術室で開頭血腫除去術及び外減圧術を施行した。術中からステップダウン投与でのバルビツレート療法を開始し、術後より ICP モニタリング、サーモガードでの積極的平温療法、浸透圧利尿剤での脳圧管理を開始した。ICP: 10 mmHg 程度で安定しており、術後5日目でバルビツレート投与終了、サーモガードを抜去し全身麻酔管理を終了した。その後意識レベルの改善を認め術後7日目に人工呼吸器を離脱した。意識はGCS15まで改善し、麻痺は認めず認知機能も正常 (MMSE:30点) であった。術後14日目に継続加療目的に一般病棟に転科となった。

B-18 診断に苦慮した感染性硬膜下血腫もしくは硬膜下膿瘍の一例

¹長崎労災病院脳神経外科 ²長崎労災病院感染症内科

高平 良太郎¹, 広瀬 誠¹, 白川 靖¹, 古本 郎嗣², 北側 直毅¹

症例は92歳女性。高血圧症を指摘されていたが通院ドロップアウトしていた。ADLは自立していた。入院1ヶ月前に自宅で転倒し頭部及び腰部打撲し当院に救急搬送となった。明らかな神経学的徴候は認めなかったため頭部精査は施行されなかった。腰椎MRIにて第1腰椎の圧迫骨折を認め保存的加療後にリハビリ転院となっていた。その後リハビリテーション施行し、歩行可能となり自宅退院予定となっていたが、入院4日前より発熱、炎症反応の上昇と尿混濁を認め、尿路感染症として抗菌薬治療を施行された。入院3日前より意識レベルの低下を認め頭部CTを撮像すると硬膜下水腫を認めた。正中偏位などの圧排所見は乏しかったため保存的加療を行われたが、入院当日の頭部CTにて水腫の増大と一部血腫化を認めたため当科紹介となった。来院時体温は37.1度で見当識障害を認めたが、明らかな麻痺などは認めなかった。頭部CTでは左硬膜下に血腫、水腫を疑う所見あり、慢性硬膜下血腫の診断で翌日局所麻酔下にて穿頭血腫洗浄術を施行した。血腫外膜を切開するとキサントクロミー様の黄色透明な排液を認めた。下方にドレーンを挿入し血腫を吸引すると黄褐色の膿瘍成分を認めた。ゲンタシンを混注した生理食塩水で硬膜下腔内を十分に洗浄し硬膜下ドレーンを留置し手術を終了した。術後CTでは硬膜下腔の液状成分の除去は良好であった。培養検査にて大腸菌を検出したが、精査の腹部CTでは明らかな腹腔内膿瘍などは認めなかった。大きな合併症なく、4週間の抗菌薬治療の後にリハビリ病院転院となった。診断に苦慮した感染性硬膜下血腫もしくは硬膜下膿瘍の1例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

B-19 急性硬膜下血腫で発症した細菌性中大脳動脈瘤の一例

¹ 済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

² 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

高島 諒¹, 徳田 高穂¹, 賀末 泰之¹, 野村 和希¹, 鈴木 悠平¹, 森川 祐介¹, 植川 顕¹,
加治 正知¹, 後藤 智明¹, 山本 東明¹, 山城 重雄¹, 武笠 晃丈²

【症例】47 歳男性、既往歴なし、最近の歯科治療歴なし。突然の頭痛を主訴に独歩にて当院の救急外来を受診した。意識はほぼ清明で神経脱落症状なし。頭部 CT で急性硬膜下血腫 ASDH を認めた。頭部外傷のない ASDH であり、CT Angiography を行ったところ右中大脳動脈末梢に動脈瘤を認めた。急性肺水腫も合併していたが、経胸壁心エコー検査ではたこつぼ型心筋症は否定的で心機能も比較的保たれていた。脳血管造影では右 temporo-occipital artery 分岐部に径 5mm の動脈瘤を認め、末梢性脳動脈瘤破裂による ASDH と診断した。動脈瘤再破裂予防のため同日緊急に開頭血腫除去と末梢性脳動脈瘤トラッピング術を施行した。術後、全身状態は改善傾向にあった。動脈瘤の原因精査のため術後 3 日目に経胸壁心エコー検査を再度施行したところ、僧帽弁の疣贅と重度僧帽弁閉鎖症を認め、感染性心内膜炎 IE の診断に至った。同日緊急に疣贅の切除と僧帽弁形成術が施行され、術後経過は良好であった。疣贅からは *Streptococcus oralis* が検出され、アンピシリンの抗生剤治療を 6 週間行った。術後 3 か月の経過で ADL は自立、末梢性脳動脈瘤の再発は認めていない。

【考察】頭部外傷のない ASDH は脳血管病変を疑い精査を行うべきであり、また、末梢性脳動脈瘤は感染性脳動脈瘤の可能性を念頭に精査を行うべきである。IE に合併した脳動脈瘤治療は循環器内科や心臓血管外科との密接な連携が予後を左右するものとも考えられた。

セッション5 (脳血管障害1)

B-20 進行する視野障害で発症した pure arterial malformation の一例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

桶谷 英司, 西村 中, 有村 公一, 岩城 克馬, 空閑 太亮, 秦 暢宏, 溝口 昌弘,
飯原 弘二

【背景】Pure arterial malformation は、動脈が拡張・重複・蛇行して走行し、形成されたループがコイル様の形状を呈する血管奇形であるが、それにより神経症状を呈する事は稀である。今回、我々は後交通動脈・後大脳動脈の pure arterial malformation により進行性の視力視野障害を呈した1例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

【症例】15 歳男性。視力・視野障害を主訴に近医を受診し頭部 CT において脳底槽に拡張した血管を認め当科紹介となった。入院時の視機能検査では、左同名半盲と両眼の視力低下を認めた。脳血管撮影検査において、右後交通動脈と右後大脳動脈 (P1) は一部拡張し、強く蛇行を認め複数のループを形成していた。また頭部 MRI では、蛇行した後交通動脈の一部が右視索を圧迫している所見を認めた。その後、3 ヶ月の経過で左同名半盲が徐々に進行したため、右 transsylvian approach にて血管減圧術を施行した。術中所見では、右後交通動脈は右視索を下方から圧迫していた。右後交通動脈と視索の癒着を解除した後、穿通枝を温存するように右後交通動脈にクリップをかけることにより、同血管は下方に牽引され、右視索への圧迫の解除を確認した。術後は新規神経脱落症状なく経過し、術後 9 日目に施行した視野検査では、左眼耳側視野の軽度の改善がみられた。術後経過良好につき独歩自宅退院となった。

【考察】Pure arterial malformation は前大脳動脈・後交通動脈・後大脳動脈に多く発生し、神経症状を呈することは稀で、ほとんどの症例は無治療で経過観察されていることが報告されている。本症例については進行する視力視野障害に対し、血管減圧術を行うことで神経症状の増悪なく良好な経過を得ることができた。

B-21 被殻出血を伴った基底核部 AVM に対して外科的摘出を行った一例

¹ 社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科

² 社会医療法人財団白十字会白十字病院臨床検査科 ³ 福岡大学医学部脳神経外科

手賀 丈太¹, 武村 有祐¹, 林 修司¹, 大谷 博², 井上 亨³

症例は 77 歳男性。倒れているところを発見され、当院救急搬送となった。来院時、意識レベル III-100/JCS、失語と右片麻痺を認めた。頭部 CT で SAH を伴った 7cm 大の左被殻出血を認め、3DCTA では左 M1-M2 分岐部近傍から feeder と考えられる LSA と血腫内に nidus を疑う不整な血管構造がみられ、AVM を疑う所見であった。脳血管造影検査では明らかな nidus は認められず、angiographically occult AVM が考えられた。手術所見では、血腫内に 2.5cm 大の血管の集簇を認め、一塊にして摘出した。病理診断は Arteriovenous Fistula (malformation) であった。術後、失語や麻痺が残存したが、意識レベルは I-3/JCS まで改善した。基底核部 AVM は脳 AVM の中でも比較的稀であり、保存的加療を行った場合、再出血率が高いため、血腫が大きく神経脱落所見がある場合には積極的な摘出術の適応と考えられる。文献的考察を加えて報告する。

B-22 少量の脳出血後、遅発性に発症した閉塞性水頭症の一例

北九州総合病院脳神経外科

長坂 昌平, 外尾 要, 呉島 誠, 野上 健一郎, 出井 勝

【はじめに】脳室内出血後の急性閉塞性水頭症は、通常多量の血腫による髄液路の閉塞により出血後早期に生じる病態である。今回、我々は視床出血の三日後に生じた閉塞性水頭症の一例を経験した。少量の脳室内血腫の動きと脳室拡大を CT で追うことが出来ており、非常に小さい血腫塊が中脳水道に嵌頓し閉塞性水頭症に至った経過を検証することができた貴重な症例と思われ文献的考察を加え報告する。

【症例】20XX 年〇月に意識障害、右上下肢麻痺を認め当院に搬送。受診時、JCS1 の意識障害、右上下肢麻痺 (MMT4/5) 及び頭部 CT で脳室穿破を伴う 15mm の左視床出血を認め保存的に入院加療とした。翌日の頭部 CT では脳室拡大はなかったが、第 3 病日に JCS200 の意識障害及び頭部 CT で血腫塊の中脳水道への嵌頓と脳室拡大を認めた。急性閉塞性水頭症と診断し、緊急で右側脳室ドレナージ術を行った。術後、意識障害の改善を認め経過良好でリハビリ病院へ転院となった。【考察】過去の塞栓子による中脳水道閉塞性水頭症の報告において、脳室内血腫の一部が遊離した場合は遅発性に水頭症をきたすために注意を要するとされている。

【結語】少量の脳室内出血が遅発性に急性閉塞性水頭症をきたすことは稀であるが、体動や頭位変換などを契機に遅発性に急性閉塞性水頭症をきたしうることを念頭に置く必要があることを教訓的に示した貴重な症例であった。

B-23 出血性脳梗塞で発症した高ホモシステイン血症の一例

¹ 済生会八幡総合病院脳神経外科 ² 久留米大学医学部脳神経外科

藤森 香奈¹, 永瀬 聡士¹, 竹重 暢之¹, 岡本 右滋¹, 梶原 収功¹, 森岡 基浩²

我々は今回、後天性の高ホモシステイン血症による出血性脳梗塞を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

症例は 38 歳男性。有意な既往や検診異常などはないが中等度肥満を認めた。一過性の左下肢脱力を認め、その翌日に右半身の脱力発作と右顔面麻痺を認めたということで救急要請された。MRI 検査にて、右前頭側頭葉に出血性脳梗塞を認めていたが主幹動脈は頭蓋内・頸部で有意狭窄や閉塞は認めなかった。心電図上は洞調律ではあったが血液検査上、D ダイマー上昇しており心原性脳塞栓症を疑いヘパリンによる抗凝固療法が開始となった。しかし、心電図モニター、心エコー検査、ホルター心電図を行なったがいずれも negative であった。若年者の原因不明な脳梗塞であり、血栓素因のルールアウトを行うと高ホモシステイン血症 (104.5nmol/ml) を認めていた。ビタミン製剤及び葉酸の補充、アスピリンの投与を行い再発なく経過した。精査を行い、先天性アミノ酸代謝異常症であるホモシステチン尿症は否定的であり、葉酸欠乏を認めていた。結果的に、食生活の偏りによる高ホモシステイン血症をきたしているものと考えられた。その後は後遺症なく mRS:0 にて自宅退院され、外来にてビタミン製剤と葉酸投与を行い、ホモシステインが十分に低下したことを確認しバイアスピリンの中止を検討している。

若年者における脳梗塞の原因の一つとして血栓性素因の検索は必要であり、特に本症例のような後天性高ホモシステイン血症は矯正可能な危険因子であるため関連するビタミンの検査が必須と思われた。

B-24 中脳上部のラクナ梗塞によって外眼筋運動麻痺を来した一例

高邦会高木病院脳神経外科
中原 公宏, 乙木 祐介

【はじめに】ラクナ梗塞は発症部位により多様な麻痺症状を来す。今回我々は中脳上部に発症したラクナ梗塞により四肢の運動麻痺を伴わない外眼筋運動麻痺を呈した症例を経験した。

【症例】75歳女性。複視とめまい感を主訴に近医を受診し当院紹介受診となった。

【神経学的所見】

（脳神経学的所見）嗅覚脱失なし、視野欠損なし、眼球上転障害あり（左>右）右上方視で最大、外転障害なし、輻輳障害なし、顔面麻痺なし、顔面感覚障害なし、構音障害なし、舌偏位なし、カーテン兆候陰性、嚙下運動異常なし（運動系）上肢MMT左右とも5/5、下肢MMT左右とも5/5（感覚系）上肢・下肢温痛覚低下なし、深部感覚低下なし（深部腱反射）異常亢進や低下なし（病的反射）なし（協調運動）異常なし

【頭部MRI】拡散強調像にて上丘レベルの中脳水道左縁に微小な拡散低下域あり、同部位はADC mapで低値、FLAIRで高信号を呈する

【治療】急性期ラクナ梗塞としてオグザレル静注およびクロピドグレル内服を開始した。治療開始後症状の増悪や有害事象の出現はなく上・下方視での複視の症状は残存しており、現在リハビリ中である。

【考察】眼球運動に関わる外眼筋には上・下直筋、内・外直筋、上・下斜筋の6種が関わっており、本症例では左上直筋が主として障害されていたものと考ええる。上直筋は動眼神経核亜核の一つである上直筋亜核からの神経繊維支配を受けており、上直筋亜核は他の動眼神経核の内側にあり、その核下性繊維は核を出て交叉し上直筋を支配する。今回の症例で見られたラクナ梗塞の範囲では右上直筋亜核からの核下性繊維と左直筋亜核核上性繊維の一部に障害が生じ、左優位の上直筋運動に障害を生じたものと理解される。錐体路や脊髓視床路は梗塞巣の範囲外にあり、四肢の運動麻痺や感覚障害を認めなかった要因と考える。

【まとめ】四肢の運動麻痺を伴わない外眼筋運動麻痺を呈したラクナ梗塞の1例を経験した。

セッション 6 (脳血管障害 2)

B-25 遠位後下小脳動脈解離性動脈瘤破裂 12 年後に右中大脳動脈瘤破裂を来した一例

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

松田 浩大¹, 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 井上 亨²

症例は 69 歳女性。既往歴は高血圧。家族歴は母親がくも膜下出血。200X 年 Y 月、後下小脳動脈解離性動脈瘤破裂によるくも膜下出血 (WFNS:I, H&K:I, Fisher 分類 4) に対しトラッピング術を施行した。

200X+12 年 Y 月の 3DCT にて明らかな動脈瘤所見認めなかったためフォローアップ終了となっていた。200X+12 年 Y+6 月に突然の頭痛を認め近医受診、くも膜下出血の診断で当院へ搬送となった。搬入時、意識清明、明らかな神経学的異常所見を認めず、頭部単純 CT 上、脳底槽～右側シルビウス裂に高吸収域、3DCT にて右中大脳動脈瘤分岐部に 4mm 大の囊状動脈瘤 (WFNS:I, H&K:I, Fisher 分類 2) を認めた。同日、開頭クリッピング術施行し、術中所見として動脈瘤は解離の所見はなく囊状のものであった。術後経過は良好で自宅退院となった。

くも膜下出血の既往や動脈瘤の急速な増大は動脈瘤破裂のリスクファクターである。くも膜下出血後の長期間のフォローアップ後に短期間で急速に増大した右中大脳動脈瘤破裂の症例を経験したので報告する。

B-26 急速な増大により TIA 症状を呈した大型中大脳動脈瘤

産業医科大学脳神経外科

藤 圭太, 宮地 裕士, 中野 良昭, 齋藤 健, 北川 雄大, 鈴木 恒平, 近藤 弘久, 酒井 恭平, 山本 淳考

【背景】虚血発症の症候性脳動脈瘤は、未破裂脳動脈瘤の中でも稀であり、治療方針も定まったものはない。今回我々は、繰り返す TIA を契機に発見された、急速な増大を呈する大型中大脳動脈未破裂脳動脈瘤に対して、開頭クリッピング術を施行したため、ここに報告する。

【症例】52 歳男性、既往歴、家族歴に特記事項なし。20XX 年 4 月に左下肢の脱力発作を繰り返したため当科受診、頭部 MRI で右中大脳動脈に 7mm 大の未破裂脳動脈瘤を認めた。5 月に左片麻痺が出現し、MRI にて右放線冠に急性期脳梗塞を認め、脳動脈瘤が 13mm と急速な増大が見られたため緊急入院となった。CT angio では superior branch に saccular aneurysm を認め、開頭クリッピング術を施行した。suction decompression を用いて、瘤内の圧力を control した上で、有窓クリップを用いて multiple clipping を行った。術直後には一過性の麻痺を認めたものの、リハビリテーションにて、片麻痺の改善を認め、現在は復職している。

【考察】虚血症状発症の症候性脳動脈瘤は、未破裂脳動脈瘤の 3.0 ~ 6.3%とされている。機序としては、瘤内の血流の停滞・乱流によって形成された血栓が脳動脈瘤内から流出し、末梢血管を閉塞するもの、脳動脈瘤による周囲血管が圧迫され、血流障害をきたすものが考えられる。本症例においても脳動脈瘤の増大により周囲血管を圧迫し血流障害をきたし、クリッピング後より、脳動脈瘤による穿通枝の圧迫が解除され、血流の改善ならびに症状の改善を認めたと考えられた。虚血発症の未破裂脳動脈瘤に対する、治療介入の時期や虚血症状の改善効果に関しては、統一された見解はなく、外来診療の際には外科的治療を視野に入れた慎重な対応が必要である。

B-27 SAH をきたした PICA caudal loop の動脈瘤

池友会福岡和白病院脳神経外科

三小田 亨弘, 清澤 龍一郎, 三本木 千尋, 梶原 真仁, 駒谷 英基, 原田 啓, 一ノ瀬 誠, 福山 幸三

＜症例＞36 歳女性。講演を聴いている最中に激しい頭痛、嘔吐、意識障害をきたして、救急来院した。JCS20、CT で後頭蓋窩に強い SAH を認め、CTA で右 PICA caudal loop に 5 ミリ大の脳動脈瘤を認めた。CTA 後に、治療の説明中に再破裂をきたして、昏睡、呼吸不全となり、ただちに全身麻酔を導入して、緊急開頭手術を行った。＜手術所見＞動脈瘤は大孔よりも下方に存在していたので、右後頭下開頭、condylar fossa approach、大孔の開放と C1 椎弓切除を行った。解離性動脈瘤の可能性を考慮し、OA-PICA に備えて horse shoe incision で OA を温存した。再破裂直後の後頭下開頭のため、頭蓋内圧が高く、小脳腫脹のために cerebellomedullary fissure からの髄液排除に難渋した。VA と PICA 起始部を確保してから大孔の尾側の動脈瘤を剥離した。動脈瘤は PICA caudal loop の非分岐部に発生した真性瘤であったので、親血管の血流を残して動脈瘤頸部クリッピングを行った。術後、脳血管攣縮や水頭症を合併することなく経過し、術後 16 日目に mRS1 で自宅に退院した。術後、60 日後から、歩行時ふらつきを認め、MRI で胸腰椎に脊髓空洞症を認め、経過観察中である。＜考察＞distal PICA 動脈瘤は、脳動脈瘤の 1% にみられ、解離性動脈瘤や紡錘状動脈瘤であることが少なくない。trapping や血行再建を要する症例では、開頭手術が必要となる。重症 SAH の急性期に後頭蓋窩開頭を行う際には、脳腫脹のコントロールや髄液排除が困難なことがあり、十分な心構えが必要と考えられた。

B-28 症候性血栓化総頸動脈瘤に対して高血流バイパス併用下総頸動脈遮断術を

施行した一例

長崎大学医学部脳神経外科

松永 裕希, 出雲 剛, 諸藤 陽一, 堀江 信貴, 案田 岳夫, 松尾 孝之

【症例】53 歳男性、統合失調症で長期入院中の患者。右片麻痺、構音障害を主訴に当院転院搬送となった。頭部 MRI で左大脳半球分水嶺領域に急性期脳梗塞を示唆する所見がみられた。頭部 CT angiography では、血栓化を伴う紡錘状巨大左総頸動脈瘤を認めた。入院後ヘパリン投与を行っていたが、入院翌日に右麻痺の悪化を認めたため頭部 MRI を施行したところ左中心後回を中心とした脳梗塞の再発を認めた。頭頸部造影 MRI で明らかに感染性動脈瘤を示唆する所見は認めなかった。血栓化左総頸動脈瘤による塞栓症のリスクが高いと判断し、外科的治療介入を行う方針とした。リハビリ転院を経て初回発症後 63 日後に、Hybrid OR にて右総頸動脈-大伏在静脈グラフト-左総頸動脈バイパス及び左総頸動脈遮断術を施行した。術中血管造影で良好なグラフト開存と左半球の順行性血流を確認した。術後新たな神経脱落症状なく経過した。術中採取した動脈壁を病理検査へ提出したが、結合織疾患や高安病などを示唆する所見は認めなかった。

【考察】総頸動脈瘤は非常に稀な疾患であるが、最も多い臨床症状は塞栓症による虚血性合併症とされている。その誘因として外傷、感染、結合織疾患、高安病などの自己免疫疾患等が挙げられるが、本例において原因となりうるエピソードは認めず動脈硬化性変化が本症例の誘因と考えられた。本病態に対する保存的加療は、脳梗塞発症のリスクが非常に高いことが知られており積極的な治療介入が必要と考えられる。症候性総頸動脈瘤について文献的考察を加えて報告する。

B-29 反復する大量の鼻出血で発症した仮性内頸動脈瘤の一例

¹宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野 ²都城市郡医師会病院脳神経外科

³宮崎大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室 ⁴宮崎大学医学部外科学講座心血管外科分野
末松 裕貴¹, 入佐 剛¹, 山下 真治¹, 渡邊 孝¹, 大田 元¹, 横上 聖貴¹, 田村 充²,
奥田 匠³, 白崎 幸枝⁴, 竹島 秀雄¹

反復する鼻出血症例では動脈瘤の存在を考慮すべきとされる。ごく稀ではあるが内頸動脈からの出血の場合は診断が遅れた場合や適切な治療がなされない場合に重篤な転機となることがある。今回大量の鼻出血を繰り返し、脳血管CTA、脳血管造影、鼻腔鏡で仮性内頸動脈瘤がその原因として考えられ、直達手術により良好な転機を辿った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64歳女性。約30年前右上顎洞癌に対し右上顎を全摘出後、放射線治療を施行、約15年前に鼻中隔部嗅神経芽腫を経鼻腔的腫瘍摘出、前頭蓋底部残存腫瘍に対して開頭腫瘍摘出術およびチタンプレートによる再建術の既往がある。半年前より鼻腔側チタンプレート周囲の持続感染が疑われ、チタンプレート除去を検討されていた経過中、繰り返す鼻出血が出現し、耳鼻科での精査で脳血管CTA上、右内頸動脈海綿静脈洞部(C3-4portion)内側壁より内下方に突出する約2mmの血豆状動脈瘤が存在。口腔内より鼻腔鏡で観察すると口腔粘膜が欠損し、チタンプレートの露出とその近傍、開放蝶形骨洞後壁の右側で動脈瘤の部位に相当する箇所血餅の付着を認めた。仮性内頸動脈瘤による難治性鼻出血の診断で精査加療目的に当科紹介となった。感染性仮性動脈瘤の可能性を考慮し、直達手術の方針とした。バルーン閉塞試験で脳虚血耐性はなく、STA-MCA assist bypass、大伏在静脈を用いたhigh flow bypass、内頸動脈トラッピングを施行。術後bypassのpatencyは良好で大きな合併症なく、鼻出血も消失した。

鼻出血発症の内頸動脈瘤の原因として外傷性、放射線治療後、感染性、術後性、原因不明のものと様々あり、ほとんどが仮性瘤とされる。本症例では放射線治療歴があること、動脈瘤近傍の感染の既往があることから双方が動脈瘤形成に関与した可能性があると考えられた。バイパス併用による内頸動脈遮断術が根治性があり有効と考えられた。

セッション7 (脳血管障害3)

B-30 特発性内頸動脈解離の一例

¹福岡赤十字病院脳神経外科 ²福岡赤十字病院脳血管内科 ³福岡大学医学部脳神経外科
埜本 僚太¹, 吉岡 努¹, 平田 陽子¹, 継 仁¹, 北村 泰佑², 三本木 良紀², 北山 次郎²,
井上 亨³

明らかな誘因のない右内頸動脈解離の症例を経験したので報告する。症例は47歳男性。1週間前より右頸部痛が出現し、その後疼痛は増悪傾向で側頭部、頭頂部まで拡大した。また右眼の視野障害が出現したため当院を受診した。来院直後、右眼は一過性に完全盲となっていたが、診察時には回復していた。その他には神経学的脱落所見を認めなかった。頭部MRIを撮影し、MRAで右内頸動脈は描出不良であり、MRAの元画像で右内頸動脈起始部から錐体部まで偽腔内血栓を認めた。右内頸動脈解離の診断となり、今後眼虚血の再発や脳梗塞発症リスクが高いため緊急手術の適応と判断し、頸動脈ステント留置術(CAS)を施行した。術後の頭部MRIで右内頸動脈の描出は改善していた。術後翌日にHorner症候群を認めたが、1週間で自然軽快した。その他に明らかな術後合併症の出現なく、術後経過良好であり、術後12日目に自宅退院となった。右内頸動脈解離に対してCASを施行した症例を経験した。内頸動脈解離は比較的稀な症例にて文献的考察を加え報告する。

B-31 動眼神経麻痺で発症した外向き paraclinoid aneurysm の一例

福岡大学医学部脳神経外科
田尻 崇人, 福田 健治, 堀尾 欣伸, 福本 博順, 小林 広昌, 野中 将, 安部 洋,
井上 亨

症例は76歳女性。ADL自立、既往に高血圧、脂質異常症あり。以前より認めていた両側白内障の手術のため当院眼科へ入院した。入院時の診察で右眼瞼下垂と右目外斜視を認めた。両側視力は白内障のため低下しており、HESS試験での眼球運動精査は困難であったが、対座法では眼球運動制限はなかった。頭部MRIで右内頸動脈に3.5mm大の未破裂脳動脈瘤を認め、当科紹介となった。脳血管造影検査で動脈瘤は内頸動脈C3部外側向き、neck 6.0mm、height 3.8mm、cone-beam CTで動脈瘤は前床突起直下に位置し、動眼神経を圧迫しているものと考えられた。切迫破裂徴候と判断し、ステント支援下コイル塞栓術を施行した。術後から斜視、眼瞼下垂の改善を認め、自宅退院となった。Paraclinoid aneurysm(傍鞍部動脈瘤)は、上下垂体動脈分岐部動脈瘤、眼動脈分岐部動脈瘤、carotid cave aneurysm(内頸動脈窩動脈瘤)、分岐に関係しない動脈瘤に分類される。今回のように、分岐に関係しない、内頸動脈C3部外側向きに発生し、動眼神経麻痺をきたす症例は非常に稀である。文献的考察および解剖学的考察を加えつつ報告する。

B-32 上錐体静脈洞部硬膜動静脈瘻に対する流出静脈遮断術に際し、術中血管撮影でシャントの閉塞の確認が可能であった一例

小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科

小倉 健紀, 波多野 武人, 安藤 充重, 千原 英夫, 鈴木 啓太, 山上 敬太郎, 近藤 大祐, 鎌田 貴彦, 東 英司, 坂井 翔建, 阪本 宏樹, 永田 泉

【緒言】 上錐体静脈洞部の硬膜動静脈瘻は、流入動脈を介した危険な吻合の存在や静脈側からの病変への到達の困難さから、依然直達手術が選択されることも多い。一方、直達手術による流出静脈遮断に際し、術前の診断で確認し得なかった皮質逆流が顕在化してしまう可能性も念頭にいれる必要がある。今回、上錐体静脈洞部の硬膜動静脈瘻に対する直達手術に際し、術中血管撮影を行うことでシャントの閉塞を確認することができた症例を経験したため、ここに報告する。【症例】 47 歳男性。頭重感の精査で施行した頭部 MRI で硬膜動静脈瘻を指摘された。脳血管撮影を施行し、右錐体静脈洞部の硬膜動静脈瘻で Borden type 3 であると診断した。流入動脈は、中硬膜動脈、副硬膜動脈、正円孔動脈の他、テント動脈、上小脳動脈の硬膜枝であり、流出路は錐体静脈のみで、シャント部前後の上錐体静脈洞は閉塞していた。小脳、脳幹の皮質静脈の他、一部は海綿静脈洞を介してテント上の皮質静脈まで逆流を来していた。直達手術による流出静脈遮断術を施行し、術中血管撮影を行って血行動態の確認を行う方針とした。服臥位として retrosigmoid approach で病変に到達し、硬膜のすぐ近傍で錐体静脈にクリップをかけることで流出静脈の遮断を行った。術開始前に sheath を左大腿動脈に挿入しておき、流出静脈遮断直前にカテーテルを右総頸動脈へ誘導し、遮断前後で血管撮影を施行した。遮断後にはシャントが閉塞しているのとともに、遮断前には動脈相で逆行性に描出されていた皮質静脈が、遮断後には静脈相で順行性に描出されてくることを確認した。

【考察】 上錐体静脈洞部の硬膜動静脈瘻は、血管内治療より直達手術による流出静脈遮断術の方が根治性が高いと報告があり、本症例も根治性と安全性の観点から直達手術を選択した。術中血管撮影によりシャントの消失のみならず、正常灌流の動態も含めて確認を行うことができ、非常に有用であった。

B-33 脳動静脈奇形に伴う破裂前脈絡叢動脈瘤に対し NBCA で瘤内塞栓術を行った一例

¹佐世保中央病院脳神経外科 ²佐世保中央病院 ³福岡大学筑紫病院脳神経外科

⁴福岡大学医学部脳神経外科

吉永 貴哉¹, 古賀 隆之¹, 佐原 範之², 天本 宇昭¹, 竹本 光一郎¹, 阪元 政三郎¹, 東 登志夫³, 井上 亨⁴

症例は 42 歳女性。2013 年に脳室内出血を契機に右側頭葉を主座とする約 3cm 大の脳動静脈奇形 (Spetzler-Martin grade 3) を指摘され、本人の希望により外来で経過観察となっていた。2018 年 8 月 6 日に突然の頭痛を自覚し、救急搬送となった。受診時意識清明で神経脱落所見なく、頭部 CT で右側脳室内出血を認めた。頭部 MRA 元画像では右側脳室体部外側壁に動脈瘤様の構造物がみられ出血源と考えた。後方視的に初回出血時 MRA 元画像を確認したが動脈瘤は認めなかった。脳血管造影で右前脈絡叢動脈遠位部に動脈瘤を認めた。Distal flow related aneurysm であり、AVM 治療により退縮の可能性があったが、AVM 治療希望はなく、再出血予防を目的とした瘤内塞栓術を施行した。全身麻酔下にマイクロカテーテルを前脈絡叢動脈 (plexal point 遠位) に誘導し、12.5% NBCA で塞栓した。動脈瘤は完全に消失した。術後に脳梗塞を合併し、左上下肢に感覚障害と軽度の麻痺が出現したが、経過中に改善し、自宅退院となった。前脈絡叢遠位部動脈瘤はモヤモヤ病関連のものが多く、AVM に関連したものは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

B-34 脳血管内治療が奏功した外傷性椎骨動静脈瘻の一例

大分大学医学部脳神経外科

津田 聖一, 久保 毅, 久光 慶紀, 麻生 大吾, 札幌 博貴, 大西 晃平, 松田 浩幸, 森重 真毅, 内田 晋, 藤木 稔

【はじめに】外傷性椎骨動静脈瘻 (traumatic vertebro-vertebral arteriovenous fistula: tVV-AVF) は比較的稀な疾患であり、外傷に起因して椎骨動脈と周囲静脈叢との間に fistula を形成する疾患である。今回我々は、頸椎骨折後に発症した tVV-AVF に対し、脳血管内治療を行い、経過良好であった症例を経験した。

【症例】74 歳女性、階段から転落し、市中の救急病院を受診。軸椎骨折あり保存的加療された。2 か月後に自宅退院。その後、激しい右頸部～上肢痛が出現、上肢挙上困難となった。前医での頸髄 MRI で上位頸椎レベルに異常血管を認め、受傷 4 か月目で当院に紹介となった。MRI で C2-C6 脊柱管内右側に flow void あり、頸髄は左方に圧排されていた。脳血管撮影で、右椎骨動脈 V3 に仮性瘤を形成、fistula を介して拡張した vertebral vein、epidural venous plexus 等が描出され、頸部外傷に伴う tVV-AVF と診断。全身麻酔下に脳血管内治療を施行、経動脈と経静脈からアプローチし、coil、NBCA を用いて塞栓、複数の feeder が関与する fistula の shunt 部位のみの遮断を行った。術直後より耳鳴、bruit は消失。帰室後より徐々に右上肢の挙上が可能となった。その後、神経症状はリハビリテーションにて改善、自宅退院された。3 か月後の follow up DSA で shunt は完全消失、その後も再発なく経過している。

【結語】外傷性椎骨動静脈瘻で複数の feeder がある場合には治療に難渋する事が多く、本症例も単純な母血管閉塞のみでは対処困難であった可能性が高い。従って fistula に集簇する血管を選択的に確実に塞栓することで治癒できたと考えられる。複雑な椎骨動静脈瘻の場合、安全かつ確実な治療法を選択する必要がある、その発生機序と治療法に関して文献的考察を加えて報告する。

合同-1 細菌性髄膜炎を契機に発見された副鼻腔内下垂体腺腫の一例

辻野修平 1) 林信孝 1) 福元尚子 1) 藤本武士 1) 林之茂 2)

1) 佐世保市総合医療センター 神経内科 2) 同脳神経外科

症例は61歳、女性。特記すべき既往歴なし。2017年1月に感冒症状が出現し、翌日より頭痛、嘔吐を認めたため来院。来院時、37℃台の発熱、頭痛があり、髄膜刺激徴候陽性であった。髄液検査では多形核球優位の細胞増多、蛋白上昇、糖低下を認め細菌性髄膜炎が疑われた。頭部MRIでは副鼻腔からトルコ鞍、海綿静脈洞に広がる腫瘤を認めた。同腫瘍は生検の結果、下垂体腺腫の診断となった。髄液培養から *Haemophilus influenzae* が検出されたが、血液培養からは検出されなかった。感染経路として下垂体腺腫の浸潤による副鼻腔と頭蓋内の交通が疑われた。細菌性髄膜炎は抗生剤投与により軽快し、その後下垂体腺腫に対して拡大局所照射での放射線治療を行った。下垂体腺腫の術後合併症として髄膜炎は稀ではないが、髄膜炎を契機に下垂体腺腫が見つかったとの報告は検索しえた限りごく少数と稀であり、文献的考察を加えて報告する。

合同-2 脳深部刺激療法の各種ターゲットにおける Directional steering の有用性

宮城靖、浦崎永一郎、江口弘子

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

2017年2月から2018年12月までの不随意運動疾患に対するDBS手術58例中42例（視床下核33例、視床5例、淡蒼球内節4例）で Directional lead（Dリード）を使用した。ジストニアの淡蒼球刺激では全例従来の Ring mode（RM）で Directional mode（DM）を必要とせず、振戦・局所性ジストニアの視床刺激では刺激開始早期から DM を必要とした。パーキンソン病の視床下核刺激では、術後6ヶ月目には約50%、1年目には約60%がDMに移行していた。DM移行時の愁訴は、構音障害、平衡障害、顔面ジストニア、ジスキネジアなどであった。RM例とDM例には年齢、術前重症度で差はなく、リード先端のXY座標の分布にも明らかな違いはなかった。Directional DBSはリード位置の不良よりも、予測不能な愁訴・副作用への対処に役立つ。刺激のターゲットとなる神経核の解剖学的特性によって Directional steering の必要性・使用頻度が異なる可能性がある。疾患の特異性やMRI対応などの機能も考慮しながら、使用機種を使い分ける必要があると考えられた。

合同-3 増悪する limb shaking の後、右片麻痺、失語症をきたし、緊急で頸動脈ステント留置術を行った内頸動脈狭窄の 1 例

中垣英明¹⁾ 山元伸昭¹⁾ 柴田憲二¹⁾ 長野祐久¹⁾ 福島浩²⁾

1) 福岡市民病院 神経内科 2) 同脳神経外科

症例は 63 歳女性。X 年 10 月頃から自分の意志と関係なく右上肢に 10 秒程度の粗大な震えが出現するようになった。当初週に 1 回程度であったが頻回になり〇大学病院を受診し経過観察になった。その後、頻度が増え 1 日 30 回程度震えるようになったため 12 月に脳外科クリニックを受診。MRA で左 MCA 描出不良であり 1 月 X 日当科外来を受診。診察台上臥位で診察中に突然、右片麻痺と失語が出現した(NIHSS スコア:16)。MRI では DWI で異常なく、MRA で左 ICA 起始部高度狭窄あり MCA 描出不良であった。発症 43 分後から tPA 静注療法を行い血管造影室に搬入。左 ICA 起始部に造影遅延を伴う 99%狭窄を認めた。引き続き頸動脈ステント留置術を行った。翌日には右片麻痺、失語症は完全に回復し不随意運動は消失した。Limb shaking は内頸動脈狭窄/閉塞にみられる TIA に基づく稀な不随意運動である。未治療で放置すると major stroke が起きることがあり注意を要する。

合同-4 A 型インフルエンザと脳梗塞を同時に発症した 2 例

¹霧島記念病院脳神経外科 ²林内科胃腸科病院

坂元 健一¹, 徳重 宏二¹, 平原 一穂¹, 上津原 甲一²

【はじめに】インフルエンザ感染症に合併する中枢神経系疾患の多くは髄膜炎や脳炎などであるが、稀に血管障害も併発することが知られている。今回我々はインフルエンザと同時に脳梗塞を発症した 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】61 歳男性。主訴：左半身麻痺。現病歴：2018 年 1 月 4 日より感冒症状あり。翌 5 日 15 時半より駐車中の長距離トラック車内にて左半身の脱力認め、救急要請。既往歴：高血圧（自己休薬）、骨盤炎症。意識レベル JCS I-1、左不全片麻痺 1/5 あり。BT37.5℃、RR20 回、BP177/97、PR77、SP02 99%、インフルエンザ抗原定性 A 型（+）、BS127mg/dl 以外に特記すべき異常なし。胸部 X-p：特に異常なし。頭部 MRI で右内包～放線冠にラクナ梗塞を認めた。ラピアクタ 300mg/日、アセリオ 1000mg/日、抗血小板薬点滴、内服リハビリにて症状軽快し独歩退院。

【症例 2】79 歳男性、独居。主訴：発熱、感冒症状。現病歴：2018 年 1 月 5 日頃より感冒症状あり。同 1 月 8 日体温 39.1℃、脱力感もあり唸っているところを訪室した息子により発見、救急要請来院。インフルエンザ予防接種あり。肺炎球菌ワクチンは未接種。既往歴：高血圧、パーキンソン症候群（70 歳時）、脊柱管狭窄症（75 歳時）。意識レベル JCS I-1、呂律障害あり。呼吸苦あり。BT39.1℃、RR20 回、BP176/86、PR84、SP02 94%、インフルエンザ抗原定性 A 型（+）、WBC4900、CRP1.49、CPK514。胸部 CT：両側肺野背側部に気管支炎を認めた。頭部 MRI で左視床にラクナ梗塞を認めた。ラピアクタ 300mg/日、アセリオ 1000mg/日、抗血小板薬内服リハビリにて症状軽快し独歩退院となった。

【考察】インフルエンザに伴う脳梗塞は成人で静脈性梗塞を来した報告があるが、本症ではいずれも基底核領域のラクナであり、発熱により微小血管の閉塞を来したことが考えられた。

合同-5 脳梗塞後に局所性ジストニアに対し定位的視床凝固術を施行した小児例

¹福岡大学医学部脳神経外科 ²福岡大学医学部神経内科 ³福岡大学医学部小児科
平尾 宜子¹, 森下 登史¹, 高木 友博¹, 藤岡 伸助², 藤田 貴子³, 井上 亨¹

【背景】近年 MRI 撮影技術の向上やプランニングステーションの発展により、手術の精度は向上しているものの、二次性ジストニアに対する定位的脳手術成績は様々であり、その有効性は確立されていない。今回、我々は視床凝固術により良好な上肢機能改善効果が得られた二次性ジストニアの小児例を経験したのでここに報告する。

【症例報告】11 歳女児。1 歳時に血管炎による脳梗塞を発症した。脳梗塞により左基底核は損傷を受けており、明らかな麻痺はないものの右上肢局所性ジストニアによる機能障害が残存した。右手動作時に指を握りこんでしまい力が抜けず、随意的に手を開くことができないという tonic なジストニア症状が認められた。過去に上肢機能を改善させるために経頭蓋直流電気刺激や随意運動介助型電気刺激装置を用いたリハビリテーションを行ったが、効果は限定的であった。若年で症状が局所的であるため、書痙に対する術式に倣い、視床 Ventralid Oralis 核をターゲットとした凝固術を施行した。明らかな手術合併症は認めず、術後は右手の局所性ジストニアは軽減し、自発的な手の開閉運動が可能となった。術直後の頭部 MRI では熱凝固による浮腫が認められたが、麻痺症状の出現は認められなかった。

【結語】本症例では正確な診断学に基づき、適切な部位を熱凝固することで症状改善を得ることができた。不随意運動症に対する外科的治療法には脳深部刺激療法もあるが、脳破壊術には植え込み型デバイスを用いないという利点がある。局所性ジストニアを有する ADL の自立している症例において、脳破壊術は小児例であっても治療選択肢になり得ると考えられた。

合同-6 頸動脈狭窄症に対する PCSK9 阻害剤の有用性

佐賀大学医学部脳神経外科
緒方 敦之, 井上 浩平, 吉岡 史孝, 中原 由紀子, 増岡 淳, 阿部 竜也

【はじめに】プロタンゼン/ケキシナ 9 型 (PCSK9) は、肝臓 LDL 受容体の分解を促進するタンパク質である。PCSK9 阻害剤はスタチンと併用することによって、強力な血中 LDL コレステロール (LDL-C) 低下作用を有するが、頸動脈プラークに与える影響は明らかになっていない。PCSK9 阻害剤が有効であった頸動脈狭窄 3 症例を報告する。

【症例 1】82 歳男性。無症候性病変に対してアトルバスタチン、シロスタゾール投与を行うも狭窄が進行し、PCSK9 阻害剤の投与を開始した。血中 LDL-C は 110 から 55mg/dl へ低下し、6, 12 か月後の MRI にてプラークの線維性被膜形成が観察された。【症例 2】87 歳男性。無症候性病変に対してアトルバスタチン、アスピリン投与中に狭窄が進行し、PCSK9 阻害剤の投与を開始した。著明な LDL-C 低下に加えて、3, 6 か月後の MRI にて線維性被膜の形成および脂質コアの線維化を生じた。【症例 3】80 歳女性。ピタバスタチン投与を行うも無症候性右内頸動脈狭窄が進行し、PCSK9 阻害剤の投与を開始した。著明な血中 LDL-C 低下に加えて、6 か月後 MRI にて頸動脈プラーク脂質コアの縮小が見られた。

【考察】PCSK9 阻害剤の投与によって、頸動脈プラークの安定化が得られた症例を経験した。今後、治療症例の蓄積は必要であるが、PCSK9 阻害剤は進行性病変や不安定プラークに対する新たな治療手段になり得ると考えられた。