第146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　2024年3月2日（土）
会場　九州大学百年講堂（福岡市東区馬出3-1-1）

1 階大ホール（神経学会九州地方会・合同セッション）
1 階中ホール1,2 （脳神経外科学会九州支部会）

開催形式 現地開催のみ

学術集会　受付開始　7時45分
開始時間　8時15分
終了時間　17時40分

ランチョンセミナー　（領域講習）　12時00分～13時00分
(九州大学百年講堂 中ホール1,2)

第3回日本脳神経外科学会九州支部会賞　授賞式　13時00分～13時05分
(九州大学百年講堂 中ホール1,2)

機器展示　8時30分～17時00分　(九州大学百年講堂 ロビー)

理事会　11時50分～12時50分　(九州大学百年講堂 2階会議室1)

会長　九州大学大学院医学研究院 脳神経外科学　吉本 幸司

会　場　案　内

会場：九州大学百年講堂（福岡市東区馬出 3-1-1）

１階大ホール（神経学会九州地方会・合同セッション）、中ホール３（世話人会）

１階中ホール１、２（脳神経外科学会九州支部会）、２階会議室１（理事会）

博多駅から：

地下鉄「博多」→「中洲川端」乗換「馬出九大病院前」徒歩10分

西鉄バス「警察本部前・九大病院入口」

タクシー　約15分 1,100円程度

福岡空港から：

地下鉄「福岡空港」→「中洲川端」乗換「馬出九大病院前」徒歩10分

タクシー 約20分 1,800円程度



基本連絡事項

- 本学会は、**現地開催のみ**とさせていただきます。
- 参加希望者は、九州支部会のホームページ(https://jnsk.jp)より**前日までに登録、支払いを完了**させていただくようお願いいたします。
- **発表６分（予鈴５分）、質疑応答２分**です。時間厳守でお願いいたします。
- 今回も、**学会賞**を設けております（V 部門、T 部門、N 部門　各1 名ずつ）。**＊初期研修医の先生方も対象**です。是非、受賞を目指してください。
- 活発な討論となるよう、**若手の先生方の積極的な発言・質問**をお願いします。
- 今回も**コメンテーター制**です。コメンテーターは**発表症例の診断/治療などについて質問・討論をお願いします**が、一般的な知見や統計データなどを引用して無理に発言する必要はありません。

本支部会に参加される先生方へ

- 本学会では、日本脳神経外科学会九州支部会のホームページのリニューアルに伴い、学会参加登録および参加費（2,000円）の支払いは原則「**前日までの登録、支払い**」をお願い致しております。

- 現地での登録用紙を用いた参加登録、現金支払いは日本脳神経外科学会非会員の研修医等に限らせていただきます。会員の先生方におかれましては、現地でもスマートフォンやPC にて各自参加登録と参加費の支払いをお願い致します。

- 領域講習：本支部会のランチョンセミナーは、脳神経外科領域講習 1 単位として認定されております。専門医の先生方は、会場に**ご来場の際に一度、お帰りの際に一度、「領域講習受付」にて会員カードで受付を行なってください。**

- なるべく公共交通機関でのご来場をお願いいたしますが、車でお越しの場合は外来有料駐車場をご利用ください。

- 会場にはクロークを設けておりますが、スペースの関係上、お預かりできる荷物には限りがございますので、ご理解お願い申し上げます。

- 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。

ご発表の先生方へ

- 発表は、九州支部会員であり、年会費を納めていることが条件です。ただし、初期研修医および他の支部に入会し会費納入している場合は、支部会参加費のみで発表が許容されます。
- 発表の先生方は、遅くとも発表の30 分前にはPCセンターで試写を行ってください。一つ前の演題が開始直後には次演者席にご着席ください。
- スライドサイズを16： 9 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。発表者ツールは使用できません。
- USB 持参、PC 持ち込み（HDMI 等変換コネクタご持参ください）も可ですが、動画データがある場合は念のためご自身の PC をお持ち込み下さい。
- Windows OS は、Power Point2013-2021 に対応しております。Mac OS には対応しておりませんので、上記環境でご発表頂くかご自身の PC 持ち込みをお願い致します。
- 発表時は演台上にモニター、マウスを設置しますので、ご自身で操作していただくようお願いします。

当日緊急連絡先

- 緊急時には下記アドレス宛に、ご氏名・電話連絡先を明示の上、メールでご連絡ください。

事務局　有村　公一：　　arimura.koichi.001@m.kyushu-u.ac.jp

プログラムタイムテーブル			
脳神経外科学会			
中ホール１,２			
時間	セッション	座長	コメンテーター
8:15	開会の辞 吉本幸司（九州大学）		
8:25- 9:15	セッション1 脳腫瘍（1）	坂田清彦（久留米大学）	長坂昌平（産業医科大学）
9:20-10:10	セッション2 脳腫瘍（2）	中原由紀子（佐賀大学）	小林広昌（福岡大学）
10:15-10:55	セッション3 外傷・感染性疾患・その他	藤尾信吾（鹿児島大学）	松元文孝（宮崎大学）
11:00-11:50	合同セッション1 （大ホール）	立石洋平（長崎大学）・植川　顕（熊本大学）	
12:00-13:00	ランチョンセミナー（２）	有村公一（九州大学）	理事会 （会議室1（２F））
13:10-14:00	合同セッション2 （大ホール）	立石貴久（久留米大学）・山下真治（宮崎大学）	
14:05-14:45	セッション6 脊髄脊椎/機能的脳神経外科	齋藤　健（産業医科大学）	泊　祐美（鹿児島大学）
14:50-15:40	セッション7 脳血管障害1	日宇　健（長崎大学）	岳元裕臣（熊本大学）
15:45-16:35	セッション8 脳血管障害2	阿南光洋（大分大学）	黒木亮太（九州大学）
16:40-17:30	セッション9 脳血管障害3	竹本光一郎（福岡大学）	折戸公彦（久留米大学）
17:35	閉会の辞 吉本幸司（九州大学）		

プログラムタイムテーブル		
神経学会		
大ホール		
時間	セッション	座長
8:30	開会の辞　磯部紀子（九州大学）	
8:35- 9:15	セッション1　脱髄	岡田和将（産業医科大学）
9:18- 9:50	セッション2　感染症	杉山崇史（宮崎大学）
9:54-10:50	セッション3　遺伝・変性	樋口雄二郎（鹿児島大学）
11:00-11:50	合同セッション①　脳血管障害	立石洋平（長崎大学） 植川　顕（熊本大学）
12:00-13:00	ランチョンセミナー（1）	磯部紀子（九州大学）
12:00-13:00	ランチョンセミナー（3）	山﨑　亮（九州大学）
13:10-14:00	合同セッション②　感染症	立石貴久（久留米大学） 山下真治（宮崎大学）
14:10-14:58	セッション4　末梢神経・筋疾患	三隅洋平（熊本大学）
15:02-15:42	セッション5　脳炎・髄膜炎	木村成志（大分大学）
15:45-16:33	セッション6　代謝性・その他	石原　聡（琉球大学）
16:35-16:40	閉会の辞　磯部紀子（九州大学）	
16:45-17:15	世話人会	

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　2024年３月２日（土）12:00-13:00
場所　九州大学百年講堂 大ホール
座長　磯部紀子（九州大学大学院医学研究院神経内科学）
演者　**新野正明（国立病院機構北海道医療センター脳神経内科）**

演題　**「ガイドライン2023を活用したMS診療」**

共催　第243回日本神経学会九州地方会
　　バイオジェン・ジャパン株式会社

＜ランチョンセミナー２＞

日時　2024年３月２日（土）　12:00-13:00
場所　九州大学百年講堂　中ホール１、２
座長　有村公一（九州大学大学院医学研究院脳神経外科）
演者　**中垣英明（福岡市民病院脳神経内科／脳神経血管内治療部）**

演題　**「脳梗塞の急性期治療～急性期内科治療と血管内治療～」**

演者　**西村　中（九州医療センター脳神経外科）**

演題　**「脳動脈瘤の外科手術と周術期管理」**

共催　第146回日本脳神経外科学会九州支部会
　　イドルシアファーマシューティカルズジャパン株式会社

＜ランチョンセミナー３＞

日時　2024年３月２日（土）　12:00-13:00
場所　九州大学百年講堂　中ホール３
座長　山﨑　亮（九州大学大学院医学研究院神経内科学）
演者　**王子　聡（埼玉医科大学医学部総合医療センター脳神経内科）**

演題　**「ウィフガート®点滴静注の使用経験と
　　ヒフデュラ®配合皮下注への期待」**

共催　第243回日本神経学会九州地方会
　　アルジェニクスジャパン株式会社

令和５年度　日本神経学会九州地区生涯教育講演会

【日　　時】　令和６年３月３日（日）９時30分～　（受付：９時00分～）
【会　　場】　完全web開催（zoom）
【会　　費】　4,000円
【申込方法】　**参加登録**　https://iconvention.jp/ktihoukai243/
【プログラム】

９時30分～10時20分　　座長：九州大学　磯部　紀子
「アルツハイマー病の疾患修飾療法」
演者：岩坪　　威　（東京大学　神経病理学）

10時20分～11時10分　　座長：久留米大学　谷脇　考恭
「末梢神経疾患の診断と治療戦略」
演者：小池　春樹　（佐賀大学　脳神経内科）

11時20分～12時10分　　座長：鹿児島大学　高嶋　　博
「中枢神経救急症例の画像診断」
演者：山田　　恵　（京都府立医科大学　放射線科）

12時10分～13時00分　　座長：福岡大学　坪井　義夫
「シヌクレイノパチーの病理」
演者：三木　康生　（弘前大学大学院医学研究科　脳神経病理学）

プログラム
（脳神経外科学会）

開会の辞　8:15-　　吉本　幸司

セッション１　　脳腫瘍（1）　　8:25-9:15

座長：坂田清彦　（久留米大学）

コメンテーター：長坂昌平　（産業医科大学）

B-1. 蝶形骨縁髄膜腫に合併した Carotid-falciform optic neuropathy の一例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

大久保秀祐、藤岡寛、尾辻亮介、三月田祐平、空閑太亮、中溝玲、吉本幸司

B-2. 陽子線治療を行った再発 rhabdoid meningioma の一例

長崎大学医学部脳神経外科

後藤純寛、日宇健、白濱麻衣、中村光流、小川由夏、塩崎絵理、近松元気、松尾彩香、岡村宗晃、馬場士郎、氏福健太、諸藤陽一、吉田光一、松尾孝之

B-3. 眼球運動障害で発症した非下垂体卒中性の非機能性 PitNET の一例

小倉記念病院脳卒中センター　脳神経外科

宮田武、波多野武人、小倉健紀、阿河祐二、塩見晃司、安藤徳紀、三谷幸輝

B-4. 下垂体茎-視交叉原発腺様嚢胞癌の一例

(1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　脳神経外科、

(2) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　脳神経外科／鹿児島大学病院下垂体疾患センター、

(3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　病理学

木佐貫彩(1)、藤尾信吾(2)、牧野隆太郎(2)、菅田淳(2)、比嘉那優大(1)、霧島茉莉(3)、花谷亮典(1)

B-5. テモゾロミドが著効した下垂体癌の一例

佐賀県医療センター好生館脳神経外科

檜垣梨央、柳田暢志、井戸啓介、松本健一

B-6. ACTH 産生下垂体腫瘍術後24年後に Aggressive pituitary tumor として再発した一例

(1) NHO嬉野医療センター　脳神経外科、(2) NHO嬉野医療センター　病理診断科、

(3) 久留米大学医学部病理学講座

宮﨑貴大(1)、土持諒輔(1)、宮園正之(1)、田場充(2)、内藤愼二(2)、森坪麻友子(3)、古田拓也(3)

セッション２　　脳腫瘍（2）　　9:20-10:10

座長：中原由紀子　（佐賀大学）

コメンテーター：小林広昌（福岡大学）

B-7. 孤発性の subependymal giant cell astrocytoma の 1 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) 宮崎大学医学部附属病院　病理診断科
日髙正登[1]、山下真治[1]、松元文孝[1]、大栗伸行[2]、佐藤勇一郎[2]、竹島秀雄[1]

B-8. 胃小細胞神経内分泌癌の脳転移を呈した 1 例

(1) 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座、(2) 熊本大学病院病理診断科、
(3) 熊本大学大学院生命科学研究部放射線治療医学講座、
(4) 熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学講座
堀邉太[1]、篠島直樹[1]、藤本健二[1]、植川顕[1]、吉井大貴[2]、川上史[2]、三上芳喜[2]、福川喜之[3]、
大屋夏生[3]、上谷浩之[4]、平井俊範[4]、武笠晃丈[1]

B-9. 転移性頭蓋骨腫瘍に対してガンマナイフと手術を行った一例

(1) 永冨脳神経外科病院、(2) 大分大学医学部附属病院　放射線科
井上琢哉[1]、松本陽[2]、湧川佳幸[1]、永冨裕文[1]

B-10. 血管内大細胞型Bリンパ腫が第四脳室底に腫瘤形成し再発した一例

(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、(3) 新古賀病院　病理診断科
酒井美江[1]、吉武秀展[1]、森坪麻友子[2]、古田拓也[2]、西田直代[3]、橋本彩[1]、音琴哲也[1]、坂田清彦[1]、
中村英夫[1]、森岡基浩[1]

B-11. 転移性脳腫瘍治療後に続発性脳動脈瘤破裂を来した 1 例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科
溝邉真由、高岸創、黒木亮太、有村公一、空閑太亮、中溝玲、吉本幸司

B-12. Cytarabine 療法が奏功した、鞍結節髄膜腫との鑑別を要した頭蓋内 Rosai-Dorfman disease の 1 例

琉球大学医学部脳神経外科
首里雄天、外間洋平、國仲倫史、喜舎場一貴、小林繁貴、長嶺英樹、菅原健一、石内勝吾

セッション３　　外傷・感染性疾患・その他　　10:15-10:55

座長：藤尾信吾　（鹿児島大学）
コメンテーター：松元文孝　（宮崎大学）

B-13. 中硬膜動脈塞栓術後に縮小した器質化慢性硬膜血腫の一例

(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
山川曜[1]、大津裕介[1]、江藤朋子[1]、山下伸[1]、倉本晃一[1]、森岡基浩[2]

B-14. 当院での経皮的硬膜下穿孔術（青木式）の再発、合併症の関連因子～ 383例での検討～

(1) 出水郡医師会広域医療センター脳神経外科、(2) 川内市医師会立市民病院、(3) 鹿児島市立病院、(4) 霧島市立医師会医療センター、(5) 鹿児島大学病院医歯学総合研究科脳神経外科学

濵田寛章[1]、田實謙一郎[2]、時村洋[3]、樋渡貴昭[2]、黒木伸一[4]、花谷亮典[5]

B-15. 頬部・口腔内より中頭蓋窩へ達した穿通性頭部外傷の１例

(1) 大分大学医学部脳神経外科、(2) 大分大学医学部附属病院卒後臨床研修センター、

(3) 大分大学医学部附属病院医療情報部、(4) 佐伯中央病院脳神経外科

大隈壮[1][2]、松田浩幸[1][3]、松下航[1]、麻生大吾[4]、髙尾薫平[1]、大西晃平[1]、阿南光洋[1]、秦暢宏[1]、藤木稔[1]

B-16. 成人側頭骨特発性髄液漏に対する外科的治療

産業医科大学脳神経外科

切石唯菜、武田康、長坂昌平、井上雅皓、橋田篤知、清野純平、佐藤甲一朗、篠原誼、室谷遊、鈴木恒平、梅村武部、宮岡亮、齋藤健、中野良昭、山本淳考

B-17. メトロニダゾール誘発性脳症を発症した脳膿瘍の一例

九州労災病院脳神経外科

原田亜由美、田代洸太、田中俊也、芳賀整

セッション4（合同セッション①）　11:00-11:50

座長：立石洋平　（長崎大学）・植川　顕　（熊本大学）

合同-1. 両側主幹動脈閉塞に対する機械的血栓除去術が奏功した１例

熊本赤十字病院脳神経内科

松尾淳一、波止聡司、川本佳右、黒木健至、林広隆、寺﨑修司

合同-2. Carotid Web による脳梗塞を発症した１例

独立行政法人　国立病院機構　鹿児島医療センター　脳・血管内科

山中菜央、濵田祐樹、野間美織、隈元菜々子、西久保省吾、吉留萌、西萌生、岡田敬史、髙口剛、松岡秀樹

合同-3. 先天性アンチトロンビン欠損症による脳静脈血栓症が重症化し機械的血栓回収療法で改善を得た一例

(1) 福岡赤十字病院脳神経内科、(2) 福岡赤十字病院脳神経外科、(3) 九州大学病院検査部、

(4) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学

岡田卓也[(1)]、吉岡努[(2)]、金沢信[(1)]、中島弘淳[(1)]、松本信也[(3)]、堀田多恵子[(3)]、吾郷哲朗[(4)]、緒方利安[(1)]、北山次郎[(1)]

合同-4. てんかん重積発作および重篤な視床出血を呈した遺伝性 ATTR アミロイドーシスの一例

(1) 原三信病院脳神経外科、(2) 原三信病院病理診断科

長嶋孝昭[(1)]、庄野禎久[(1)]、河野眞司[(2)]

合同-5. 線維筋性異形成を合併していると考えられた若年女性の左 M1 閉塞に対して血栓回収術を行った 1 症例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター脳神経外科

藤井裕太郎、友寄龍太、下里倫、竹下朝規、長嶺知明

合同-6. 頚部内頚動脈狭窄症に対する頚動脈ステント留置術後に急激な眼圧上昇が生じた 3 例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

堀之内翔一、田村充、河野朋宏、大田元、竹島秀雄

ランチョンセミナー（2） 12:00-13:00

座長：有村公一（九州大学）

演者 1　中垣英明（福岡市民病院脳神経内科/脳神経血管内治療部）演題

「脳梗塞の急性期治療～急性期内科治療と血管内治療～」

演者 2　西村　中（九州医療センター脳神経外科）

演題　「脳動脈瘤の外科手術と周術期管理」

共催　第146回日本脳神経外科学会九州支部会

　　イドルシアファーマシューティカルズジャパン株式会社

理事会（九州大学百年講堂 2 階会議室 1 ） 11:50-12:50

授賞式（九州大学百年講堂　中ホール） 13:00-13:05

座長：立石貴久　（久留米大学）・山下真治　（宮崎大学）

合同-7. 多発脳病変を呈し脳生検により中枢神経限局のリンパ腫様肉芽腫症（iCNS-LYG）が疑われた一例

(1) 九州大学　脳神経内科、(2) 同　血液内科、(3) 同　病理診断科
姜裕貴(1)、野上健一郎(1)、向野隆彦(1)、藤井敬之(1)、菊繁吉謙(2)、岩崎健(3)、山﨑亮(1)、磯部紀子(1)

合同-8. 脳膿瘍・肝膿瘍を発症した Klebsiella oxytoca 感染症の一例

NHO九州医療センター　(1) 脳血管神経内科、(2) 脳神経外科、(3) 感染症内科
尾﨑雄一(1)、田川直樹(1)、今村裕佑(1)、金城史彦(1)、木村俊介(1)、村谷陽平(1)、溝口忠孝(1)、森興太(1)、桑城貴弘(1)、後藤克宏(2)、溝口昌弘(2)、有水遥子(3)、長崎洋司(3)、杉森宏(1)、岡田靖(1)

合同-9. 脳室-腹腔シャントの小腸内迷入により発症した細菌性髄膜炎の一例

(1) 川内市医師会立市民病院　脳神経内科、(2) 川内市医師会立市民病院　脳神経外科
川野紘平(1)、田邊肇(1)、園田理子(1)、増田圭亮(2)、樋渡貴昭(2)

合同-10. 脳腫瘍と鑑別を要した HIV 関連進行性多巣性白質脳症の一例

(1) 佐賀大学医学部　脳神経外科、(2) 佐賀大学医学部　脳神経内科
古賀文崇(1)、伊藤寛(1)、井上裕香子(2)、井手俊宏(2)、小池春樹(2)、前山元(1)、並川裕貴(1)、古川隆(1)、吉岡史隆(1)、緒方敦之(1)、中原由紀子(1)、増岡淳(1)、阿部竜也(1)

合同-11. 特徴的な画像所見を示したリステリア脳膿瘍の 1 例

社会医療法人製鉄記念八幡病院脳卒中・神経センター
外園まりや、山口慎也、佐山徹郎

合同-12. 本態性振戦に対する集束超音波治療術後に残存した振戦に対し DBS を追加したことで症状の改善を認めた一例

福岡大学医学部脳神経外科
吉田博人、田中秀明、森下登史、河野大、吉永進太郎、福本博順、榎本年孝、小林広昌、竹本光一郎、安部洋

セッション６　　脊髄脊椎／機能的脳神経外科　　14:05-14:45

座長：齋藤　健　（産業医科大学）

コメンテーター：泊　祐美（鹿児島大学）

B-18. Hybrid OR での Cone beam CT を用いた L-P shunt 術の 1 例

福岡大学医学部脳神経外科

松石宗斉、河野大、吉永進太郎、田中秀明、福本博順、榎本年孝、小林広昌、森下登史、竹本光一郎、安部洋

B-19. 環椎後弓欠損 Currarino 分類 typeC を伴う頸髄腫瘍の 1 例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

横田航士、井上恵理、永野祐志、菅田淳、山畑仁志、花谷亮典

B-20. 神経鞘腫との鑑別が困難であった腎細胞癌が遅発性に頚椎神経根に転移した稀な一例

(1) 医療法人正島脳神経外科、(2) 久留米大学医学部病理学講座、(3) 静便堂白石共立病院脳神経外科

正島弘隆[(1)]、正島和人[(1)]、正島隆夫[(1)]、古田拓也[(2)]、本田英一郎[(3)]

B-21. 総排泄腔外反症に合併した double spinal lipomas の 1 例

(1) 福岡市立病院機構福岡市立こども病院　脳神経外科、(2) 蜂須賀病院　脳神経外科

黒木愛[(1)]、村上信哉[(1)]、森岡隆人[(2)]

B-22. 腫瘍性病変による側頭葉てんかん：単一施設での治療経験

(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) 長崎川棚医療センター・西九州脳神経センター　脳神経外科、(4) 西諫早病院　てんかんセンター

内田大貴[(1)]、小野智憲[(1)]、定方英作[(1)]、吉田道春[(1)]、原口渉[(1)]、案田岳夫[(1)]、馬場史郎[(2)]、戸田啓介[(3)]、馬場啓至[(4)]

セッション７　　脳血管障害 1　　14:50-15:40

座長：日宇　健　（長崎大学）

コメンテーター：岳元裕臣（熊本大学）

B-23. 内頚動脈直接穿刺を行いアクセス困難な AIS に対して経皮的脳血栓回収を施行した症例

(1) 福岡市民病院脳神経外科、(2) 同　脳神経内科、(3) 福岡大学医学部脳神経外科
日下部太朗[1]、福島浩[1]、向井達也[2]、中垣英明[2]、吉野慎一郎[1]、平川勝之[1]、安部洋[3]

B-24. 再閉塞を繰り返す頭蓋内内頚動脈狭窄症に対して Neuroform Atlas を留置した一例

(1) 福岡青洲会病院脳神経外科、(2) 福岡大学医学部脳神経外科
岡雄太[1]、手賀丈太[1]、堀尾欣伸[1]、竹本光一郎[2]、安部洋[2]

B-25. 超急性期両側同時尾状核部出血の 1 例

(1) 久留米大学高度救命救急センター、(2) 聖マリア病院脳神経外科、(3) 久留米大学医学部脳神経外科
渡邉竜馬[1]、菊池仁[1]、星野誠[2]、高橋新司[1]、酒井美江[3]、橋本彩[1]、折戸公彦[3]、廣畑優[3]、
森岡基浩[3]

B-26. 転移性心臓腫瘍による脳塞栓症が疑われた一例

(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
宮川健[1]、田尻崇人[1]、河野大[2]、吉永進太郎[2]、田中秀明[2]、福本博順[2]、榎本年孝[2]、小林広昌[2]、
竹本光一郎[2]、岩朝光利[1]、石倉宏恭[1]、安部洋[2]

B-27. 出血を来した Down 症候群に合併した *RNF213* 遺伝子変異を有するもやもや症候群の 1 例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座
亀野功揮、賀耒泰之、宮﨑愛里、岳元裕臣、武笠晃丈

B-28. クラゾセンタン投与終了後も血管攣縮が遷延した 2 症例

(株) 麻生飯塚病院脳神経外科
要名本あゆみ、甲斐康稔、井上大輔、迎伸孝、安部啓介、山田哲久、名取良弘

セッション 8　　脳血管障害 2　　15:45-16:35

座長：阿南光洋　(大分大学)
コメンテーター：黒木亮太 (九州大学)

B-29. 再発後下小脳動脈分岐部動脈瘤に対し逆行性に Neuroform Atlas を展開しコイル塞栓を行った 1 例

(1) 産業医科大学　脳神経外科、(2) 産業医科大学　脳卒中血管内科
岸本拓也[1]、浦勇春佳[2]、黒川暢[2]、梅村武部[1]、山本淳考[1]、田中優子[2]

B-30. 大型内頚動脈に対しバルンガイドカテーテルを用いてsuction & decompression法を行った1例

(1) 池友会福岡和白病院臨床研修医、(2) 同　脳神経外科
原田希望[1]、梶原真仁[2]、清澤龍一郎[2]、荒川渓[2]、三本木千尋[2]、原田啓[2]、福山幸三[2]

B-31. Flow diverter留置術後に遅発性脳動脈瘤破裂により生じた内頸動脈海綿静脈洞瘻に対して経静脈的コイル塞栓術を施行した1例

那覇市立病院脳神経外科
新崎盛敏、豊見山直樹、與那覇博克、我那覇司、松山美智子、根路銘千尋、下地亮、新屋貴裕、高原健太、友利壮志、宮里清隆、喜舎場一貴

B-32. Flow diverter留置後短期間で生じたde novo動脈瘤の一例

長崎大学医学部脳神経外科
中村光流、諸藤陽一、白濱麻衣、後藤純寛、松尾彩香、塩崎絵理、近松元気、小川由夏、岡村宗晃、馬場史郎、氏福健太、諸藤陽一、日宇健、吉田光一、松尾孝之

B-33. 巨大左内頚動脈瘤に対しフローダーバーターステント留置術を施行した一例

(1) 産業医科大学　脳神経外科、(2) 同　脳卒中血管内科、(3) 昭和大学　横浜市北部病院脳神経外科
浦勇春佳[1]、佐藤甲一朗[2]、黒川暢[2]、田中優子[2]、切石唯菜[1]、梅村武部[1]、寺田友昭[3]

B-34. 増大傾向を認めた血栓化巨大動脈瘤の一例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科
香野草太、春山裕典、亀田勝治、石堂克哉、一ツ松勤

セッション9　　脳血管障害3　　16:40-17:30

座長：竹本光一郎（福岡大学）
コメンテーター：折戸公彦（久留米大学）

B-35. 頭蓋内内頚動脈狭窄の急性閉塞に対して薬剤溶出性冠動脈ステントを使用した一例

(1) 佐世保中央病院　脳神経外科、(2) 福岡大学医学部脳神経外科
後藤夏奈[1]、平尾宜子[1]、高原正樹[1]、武村有祐[1]、竹本光一郎[2]、安部洋[2]

B-36. 内頚動脈-後交通動脈分岐部未破裂脳動脈瘤に滑車神経麻痺を合併した1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) 福岡大学医学部脳神経外科
神崎由起[1]、福田健治[1]、藤原史明[1]、高木友博[1]、林修司[1]、井上亨[1]、安部洋[2]

B-37. 対側椎骨動脈からの逆行性血流により増大をきたしたPICA involved typeの非出血性解離性椎骨動脈瘤の1手術症例

九州医療センター脳神経外科

福田峻一、西村中、後藤克宏、雨宮健生、溝口昌弘

B-38. 頸動脈直接穿刺法で親血管閉塞を行った出血発症前大脳動脈解離の一例

長崎みなとメディカルセンター脳神経外科

松永裕希、白川靖、陶山一彦

B-39. シャント周囲の解剖学的理解に血管撮影装置のCT like imageが有用だったACC部dAVFの一例

(1) 福岡大学筑紫病院　脳神経外科、(2) 同　脳神経内科、(3) 同　脳卒中センター

神崎貴充(1)、井上律郎(1)、石井絢子(2)、竹下翔(2)、花田迅貫(3)、坂本王哉(1)、新居浩平(3)、津川潤(2)、東登志夫(1)

B-40. 脳動静脈奇形を合併した出血発症の前頭蓋窩硬膜動静脈瘻の一例

(1) 国立病院機構九州医療センター　脳血管内治療科、(2) 同　脳神経外科

奥田智裕(1)、東英司(1)、西村中(2)、溝口昌弘(2)、徳永聡(1)

閉会の辞　17:35-　　吉本　幸司

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　8:30-8:35　　磯部　紀子

セッション１　　脱髄　　8:35-9:15

座長：岡田和将　（産業医科大学）

A-1. 急性リンパ性白血病に対する臍帯血移植後にMOG抗体関連疾患を発症した一例

(1) 国立病院機構長崎医療センター　脳神経内科、(2) 同　血液内科
宇佐俊哉[1]、忽那史也[1]、榊智佳[2]、足利裕哉[1]、佐藤和明[1]、徳田昌紘[1]、岩永洋[1]

A-2. 繰り返す血球貪食症候群にCLIPPERS様の中枢神経病変を合併した一例

(1) 佐賀県医療センター好生館　脳神経内科、(2) 同　血液内科、(3) 聖マリア病院
盛満真人[1]、江里口誠[1]、後藤悠太[1]、川浪建[1]、吉本五一[2]、杉田保雄[3]、髙島洋[1]

A-3. COVID19感染後に発症した抗MOG抗体関連脳幹脳炎の一例

(1) NHO九州医療センター　臨床教育センター、(2) 同　脳血管・神経内科、(3) 同　脳神経外科
納富茅壽[1]、今村裕佑[2]、溝口忠孝[2]、福田峻一[3]、田川直樹[2]、森興太[2]、桑城貴弘[2]、溝口昌弘[3]、杉森宏[2]、岡田靖[2]

A-4. HTLV1キャリアに合併した抗AQP4抗体陽性の一例

(1) 長崎大学病院　脳神経内科、(2) 同　脳神経外科、(3) 同　原研内科、(4) 同　原研病理、
(5) 久留米大　第二病理部
野口智聡[1]、古田可奈子[1]、吉村俊佑[1]、吉田光一[2]、加藤丈晴[3]、上木望[4]、三好寛明[5]、松尾孝之[2]、辻野彰[1]

A-5. パーキンソニズムを呈し、画像上多系統萎縮症様の両側被殻外側萎縮を認めた浸透圧性脱髄症候群（ODS）の一例

小倉記念病院脳神経内科
稲森有貴子、松吉彩乃、中澤祐介、白石渉

セッション２　　感染症　　9:18-9:50

座長：杉山崇史　（宮崎大学）

A-6. 血管形成術を行った水痘帯状疱疹ウイルス血管症の１例

(1) 済生会熊本病院脳神経内科、(2) 熊本大学脳神経内科学
神宮隆臣[1]、頼髙多久也[1]、池田知聡[1]、長尾洋一郎[1]、永沼雅基[1]、稲富雄一郎[1]、橋本洋一郎[1]、米原敏郎[1]、植田光晴[2]

A-7. インフルエンザ脳症が疑われた成人男性の 1 例

福岡市民病院　脳神経内科
柴田憲一、向井達也、中垣英明、長野祐久

A-8. *Salmonella enteritidis* による重症髄膜脳炎の 1 剖検例

鹿児島市立病院　脳神経内科
竹歳卓人、牧美充、徳浦大樹、河合りら、吉元裕亮、石川文、平嶺敬人、吉田崇志、重畠裕也、
宮下史生、渡邊修

A-9. Enterovirus 中枢持続感染で小脳脳幹症状を呈した成人男性の一例

福岡大学　脳神経内科
阿座上絢、立石雄嗣、木村優子、三嶋崇靖、坪井義夫

セッション3　　遺伝・変性　　9:54-10:50

座長：樋口雄二郎　（鹿児島大学）

A-10. MIBG 心筋シンチグラフィーが正常であった同一家系の Perry 症候群の二症例

大勝病院　脳神経内科
武義人、西郷隆二、荒田仁、有村公良、大勝秀樹

A-11. 諸検査で異常を認めず診断に難渋した M232R 変異の遺伝性 Creutzfeld-Jakob 病の 1 例

久留米大学医学部　内科学講座　呼吸器・神経・膠原病内科部門
田中芳子、磯貝将成、古賀多門、入江研一、森慎一郎、立石貴久、谷脇考恭

A-12. 非典型的な臨床像を呈した神経核内封入体病の一例

(1) 産業医科大学　脳神経内科、(2) 横浜市立大学　遺伝学教室
山城正喬[(1)]、先成祐介[(1)]、橋本智代[(1)]、大成圭子[(1)]、宮武聡子[(2)]、輿水江里子[(2)]、松本直通[(2)]、
足立弘明[(1)]、岡田和将[(1)]

A-13. シャルコー・マリー・トゥース病との鑑別を要した ARSACS の一例

(1) 熊本大学　脳神経内科、(2) 鹿児島大学　脳神経内科
吉良夏子[(1)]、野村隼也[(1)]、橋口昭大[(2)]、村上慶高[(1)]、池ノ下侑[(1)]、松原崇一朗[(1)]、高嶋博[(2)]、植田光晴[(1)]

A-14. 沖縄型神経原性筋萎縮症（HMSN-P）の 1 家系：再考

(1) 聖マリア病院研修医、(2) 聖マリア病院神経内科、(3) 参議院議員、(4) 聖マリア病院外科
海野青藍[(1)]、斉藤千愛[(1)]、庄司紘史[(2)]、秋野公造[(3)]、谷口雅彦[(4)]

A-15. MCT サインから診断に至った CADASIL の 1 例

鹿児島大脳神経内科

青山真祐奈、平方翔太、堂園美香、武井潤、永田龍世、樋口雄二郎、崎山佑介、髙嶋博

A-16. 球脊髄性筋萎縮症（SBMA）の女性ヘテロ保因者が逃避性歩行を呈した一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 脳神経内科

福山芽祝、照屋翔二郎、山城貴之、仲地耕、神里尚美

合同セッション①　　脳血管障害　　11:00-11:50

座長：立石洋平　（長崎大学）・植川　顕　（熊本大学）

合同-1. 両側主幹動脈閉塞に対する機械的血栓除去術が奏功した 1 例

熊本赤十字病院脳神経内科

松尾淳一、波止聡司、川本佳右、黒木健至、林広隆、寺崎修司

合同-2. Carotid Web による脳梗塞を発症した 1 例

独立行政法人　国立病院機構　鹿児島医療センター　脳・血管内科

山中菜央、濵田祐樹、野間美織、隈元菜々子、西久保省吾、吉留萌、西萌生、岡田敬史、髙口剛、松岡秀樹

合同-3. 先天性アンチトロンビン欠損症による脳静脈血栓症が重症化し機械的血栓回収療法で改善を得た一例

(1) 福岡赤十字病院脳神経内科、(2) 福岡赤十字病院脳神経外科、(3) 九州大学病院検査部、(4) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学

岡田卓也(1)、吉岡努(2)、金沢信(1)、中島弘淳(1)、松本信也(3)、堀田多恵子(3)、吾郷哲朗(4)、緒方利安(1)、北山次郎(1)

合同-4. てんかん重積発作および重篤な視床出血を呈した遺伝性 ATTR アミロイドーシスの一例

(1) 原三信病院脳神経外科、(2) 原三信病院病理診断科

長嶋孝昭(1)、庄野禎久(1)、河野眞司(2)

合同-5. 線維筋性異形成を合併していると考えられた若年女性の左 M1 閉塞に対して血栓回収術を行った 1 症例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター脳神経外科

藤井裕太郎、友寄龍太、下里倫、竹下朝規、長嶺知明

合同-6. 頚部内頚動脈狭窄症に対する頚動脈ステント留置術後に急激な眼圧上昇が生じた3例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野
堀之内翔一、田村充、河野朋宏、大田元、竹島秀雄

ランチョンセミナー（1）　12:00-13:00

座長：磯部紀子　（九州大学）

演者　新野正明（国立病院機構北海道医療センター　脳神経内科）
演題　「ガイドライン2023を活用したMS診療」
共催　第243回 日本神経学会九州地方会
　　バイオジェン・ジャパン株式会社

ランチョンセミナー（3）　12:00-13:00

座長：山﨑　亮　（九州大学）

演者　王子聡（埼玉医科大学医学部総合医療センター　脳神経内科）
演題　「ウィフガート®点滴静注の使用経験とヒフデュラ®配合皮下注への期待」
共催　第243回 日本神経学会九州地方会
　　アルジェニクスジャパン株式会社

合同セッション②　感染症　13:10-14:00

座長：立石貴久　（久留米大学）・山下真治　（宮崎大学）

合同-7. 多発脳病変を呈し脳生検により中枢神経限局のリンパ腫様肉芽腫症（iCNS-LYG）が疑われた一例

(1) 九州大学　脳神経内科、(2) 同　血液内科、(3) 同　病理診断科
姜裕貴[(1)]、野上健一郎[(1)]、向野隆彦[(1)]、藤井敬之[(1)]、菊繁吉謙[(2)]、岩崎健[(3)]、山﨑亮[(1)]、磯部紀子[(1)]

合同-8. 脳膿瘍・肝膿瘍を発症したKlebsiella oxytoca感染症の一例

NHO九州医療センター　(1) 脳血管神経内科、(2) 脳神経外科、(3) 感染症内科
尾﨑雄一[(1)]、田川直樹[(1)]、今村裕佑[(1)]、金城史彦[(1)]、木村俊介[(1)]、村谷陽平[(1)]、溝口忠孝[(1)]、森興太[(1)]、桑城貴弘[(1)]、後藤克宏[(2)]、溝口昌弘[(2)]、有水遥子[(3)]、長崎洋司[(3)]、杉森宏[(1)]、岡田靖[(1)]

合同-9. 脳室-腹腔シャントの小腸内迷入により発症した細菌性髄膜炎の一例

(1) 川内市医師会立市民病院　脳神経内科、(2) 川内市医師会立市民病院　脳神経外科
川野紘平[(1)]、田邊肇[(1)]、園田理子[(1)]、増田圭亮[(2)]、樋渡貴昭[(2)]

合同-10. 脳腫瘍と鑑別を要したHIV関連進行性多巣性白質脳症の一例

(1) 佐賀大学医学部　脳神経外科、(2) 佐賀大学医学部　脳神経内科
古賀文崇[1]、伊藤寛[1]、井上裕香子[2]、井手俊宏[2]、小池春樹[2]、前山元[1]、並川裕貴[1]、古川隆[1]、吉岡史隆[1]、緒方敦之[1]、中原由紀子[1]、増岡淳[1]、阿部竜也[1]

合同-11. 特徴的な画像所見を示したリステリア脳膿瘍の1例

社会医療法人製鉄記念八幡病院脳卒中・神経センター
外園まりや、山口慎也、佐山徹郎

合同-12. 本態性振戦に対する集束超音波治療術後に残存した振戦に対しDBSを追加したことで症状の改善を認めた一例

福岡大学医学部脳神経外科
吉田博人、田中秀明、森下登史、河野大、吉永進太郎、福本博順、榎本年孝、小林広昌、竹本光一郎、安部洋

セッション4　　末梢神経・筋疾患　　14:10-14:58

座長：三隅洋平　(熊本大学)

A-17. NF155抗体とLGI4抗体が二重陽性の超高齢発症自己免疫性ノドパチー（AN）

(1) 国際医療福祉大学TNRC、(2) 福岡中央病院　脳神経内科、(3) 九州大学　神経内科
吉良潤一[1][2]、張旭[1]、緒方英紀[3]、田代匠[3]、山下謙一郎[2]、芹野南美[3]、迫田礼子[2]、稲水佐江子[2]、岩永育貴[2]、柳原由記[2]、横手顕[2]、波呂敬子[2]、飛松省三[2]、磯部紀子[3]、中村優理[2]、AMED AN班

A-18. 神経症状発症前に神経伝導検査で異常を検出し得たCANVASの1例

(1) 宮崎大脳神経内科、(2) 横浜市立大遺伝学
宮本美由貴[1]、酒井克也[1]、中里祐毅[1]、杉山崇史[1]、輿水江里子[2]、宮武聡子[2]、松本直通[2]、塩見一剛[1]

A-19. 眼瞼下垂を欠く複視で発症し、11年後に全身型に移行した若年発症抗MuSK抗体陽性重症筋無力症の一例

いまきいれ総合病院　脳神経内科
山下悠亮、小田健太郎、甲斐太、吉村道由

A-20. 抗横紋筋抗体陽性の筋炎・心筋炎合併重症筋無力症（MG）に対するエフガルチギモド治療経験

(1) 藤元総合病院　神経内科、(2) 宮崎大学　呼吸器・膠原病・脳神経内科学
田中啓文[1]、大窪隆一[1]、末原雅人[1]、神田佳樹[1]、平方翔太[1]、杉山崇史[2]、塩見一剛[2]

A-21. 多彩な臨床症候を呈したミオチュブラーミオパチー manifesting carrier の 1 例

(1) 大分大脳神経内科、(2) 国立精神・神経医療研究センター　神経研究所　疾病研究第一部
竹内陽介[1]、増田曜章[1]、角華織[1]、軸丸美香[1]、江浦信之[2]、西野 一三[2]、木村成志[1]、松原悦朗[1]

A-22. 拘束性換気障害が初発症状であった抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎の一例

(1) 琉球大学病院　第三内科、(2) 国立精神・神経医療研究センター
饒波涼子[1]、宮城朋[1]、渡慶次裕也[1]、山田義貴[1]、波平幸裕[1]、國場和仁[1]、金城よしの[1]、石原聡[1]、崎間洋邦[1]、西野一三[2]、楠瀬賢也[1]

セッション５　　脳炎・髄膜炎　　15:02-15:42

座長：木村成志　（大分大学）

A-23. 一過性脳虚血発作様症状で発症したリウマチ性髄膜炎の一例

国立病院機構長崎医療センター　脳神経内科
荒田昌彦、忽那史也、足利裕也、佐藤和明、徳田昌紘、岩永洋

A-24. 伝染性単核球症や流行性耳下腺炎との鑑別を要したシェーグレン症候群に伴う急性脳炎の一例

鹿児島市医師会病院
内村謙吾、中川広人、中江健太郎、徳永紘康、能勢裕久、園田健

A-25. 著明な脳浮腫を呈した脳アミロイドアンギオパチー関連炎症の一例

(1) 済生会福岡総合病院　臨床教育部、(2) 同　脳神経内科、(3) 同　病理診断科、
(4) 久留米大病理診断科
安河内駿[1]、原佑碩[2]、近藤大祐[2]、園田和隆[2]、田中正人[2]、加藤誠也[3]、古田拓也[4]、川尻真和[2]

A-26. 肥厚性硬膜炎を合併し、ミトコンドリア病との鑑別を要したクリオピリン関連周期熱症候群の 1 例

(1) 鹿児島大学　脳神経内科、(2) 同　病理学
大薗祐輝[1]、森拓馬[1]、中村香織[1]、野口悠[1]、兒玉憲人[1]、永田龍世[1]、樋口雄二郎[1]、田畑和宏[2]、谷本昭英[2]、髙嶋博[1]

A-27. Duropathy に伴う脳表ヘモジデリン沈着症の 1 例

今村総合病院脳神経内科
久保純平

セッション６　　代謝性・その他　　15:45-16:33

座長：石原　聡　（琉球大学）

A-28. 小脳性運動失調で発症し、淡蒼球萎縮を呈した胃混合癌による傍腫瘍性神経症候群の１例

(1) 佐賀大学医学部内科学講座　脳神経内科、(2) 同　内科学講座消化器内科、
(3) 同　一般・消化器外科、(4) 同　放射線科、(5) 同　附属病院病理部・病理診断科
津村圭亮[(1)]、鈴山耕平[(1)]、行元崇浩[(2)]、吉川正章[(1)]、井手俊宏[(1)]、松藤祥平[(3)]、西原正志[(4)]、甲斐敬太[(5)]、小池春樹[(1)]

A-29. 門脈－体循環シャント（PV）を認めパーキンソニズムと高マンガン（Mn）血症を呈した一例

九州大学病院脳神経内科
寺師綾子、田中栄蔵、向野隆彦、松瀬大、山﨑亮、磯部紀子

A-30. 臨床経過よりメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患による脳症と診断した１例

(1) 飯塚病院　脳神経内科、(2) 同　病理科
吉村基[(1)]、倉沢亮[(1)]、進村光規[(1)]、篠田紘司[(1)]、園田啓太[(1)]、平木由佳[(2)]、大石善丈[(2)]、高瀬敬一郎[(1)]

A-31. ニロチニブ内服中に進行性の多発脳動脈狭窄をきたし、ダサチニブへの変更で安定化した１例

(1) 福岡東医療センター　脳神経内科、(2) 同　血液内科
荒木雅子[(1)]、芝原友也[(1)]、山中圭[(1)]、松岡幹晃[(1)]、立花正輝[(1)]、坂本佳治[(2)]、黒岩三佳[(2)]、黒田淳哉[(1)]、中根博[(1)]

A-32. 胸部血管カテーテル治療後の遅発性脳異物肉芽腫が疑われた１例

熊本大学　脳神経内科
津川貴博、水谷浩徳、中島誠、松原崇一朗、進藤誠悟、植田光晴

A-33. 亜急性の意識障害で発症し多発性中枢神経病変を認めた黄色肉芽腫症の成人例

(1) NHO 沖縄病院脳神経内科、(2) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター脳神経外科、
(3) 同　病理科
安富大悟[(1)]、渡嘉敷崇[(1)]、玉城浩平[(1)]、大屋祐一郎[(1)]、妹尾洋[(1)]、藤原喜寿[(1)]、藤崎なつみ[(1)]、城戸美和子[(1)]、諏訪園秀吾[(1)]、藤井裕太郎[(2)]、仲里巌[(3)]

閉会の辞　16:35-16:40　　磯部　紀子

世話人会（九州大学百年講堂　中ホール３）　16:45-17:15

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

急性リンパ性白血病に対する臍帯血移植後に MOG 抗体関連疾患を発症した一例

(1) 国立病院機構長崎医療センター　脳神経内科、(2) 同血液内科

宇佐俊哉[(1)]、忽那史也[(1)]、榊智佳[(2)]、足利裕哉[(1)]、佐藤和明[(1)]、徳田昌紘[(1)]、岩永洋[(1)]

症例は18歳男性。急性リンパ性白血病に対して臍帯血移植を行われた後、慢性 GVHD のため外来通院中であった。移植から 3 ヶ月後にふらつき及び発熱、頭痛が出現したことから入院した。構音障害並びに四肢で小脳失調がみられ、入院後に嚥下障害が出現した。脳 MRI の FLAIR 画像で橋及び脊髄に高信号を認め、自己免疫性脳脊髄炎を想定し免疫グロブリン大量静注療法を開始した。その後 MOG 抗体陽性が判明し、MOG 抗体関連疾患と診断した。ステロイドパルス療法を追加し症状の改善が得られた。造血幹細胞移植後に MOG 抗体関連疾患を発症する例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

A-2

繰り返す血球貪食症候群に CLIPPERS 様の中枢神経病変を合併した一例

佐賀県医療センター好生館　(1) 脳神経内科、(2) 血液内科、(3) 聖マリア病院

盛満真人[(1)]、江里口誠[(1)]、後藤悠太[(1)]、川浪建[(1)]、吉本五一[(2)]、杉田保雄[(3)]、髙島洋[(1)]

症例は50歳代男性。繰り返す血球貪食症候群に対してX-11年よりプレドニゾロン（PSL）を内服、X-1 年 3 月より中止していた。同年12月ふらつきを主訴に当科受診。神経学的所見は嚥下機能低下、腹部左側に表在感覚低下、指鼻試験拙劣、病的反射、Romberg徴候を認めた。髄液検査では細胞数、蛋白上昇、造影 MRI 検査で Th5-11 髄内、脳幹、両側小脳に点状の造影効果を伴う病変を認めた。ステロイドパルス療法（IVMP）を行い、PSL 内服後に漸減中止としたが再発し、寝たきり状態となった。脳生検を施行し、病理では血管壁に CD3 陽性のT細胞を主体とするリンパ球浸潤が見られた。IVMP 追加後、PSL 内服を継続し独歩可能となった。血球貪食症候群に合併する CLIPPERSの報告は散見され両疾患に注目し報告する。

A-3

COVID19 感染後に発症した抗 MOG 抗体関連脳幹脳炎の一例

NHO九州医療センター　(1) 臨床教育センター、(2) 脳血管・神経内科、(3) 脳神経外科

納富茅壽[1]、今村裕佑[2]、溝口忠孝[2]、福田峻一[3]、田川直樹[2]、森興太[2]、桑城貴弘[2]、溝口昌弘[3]、杉森宏[2]、岡田靖[2]

症例は62歳男性。2 週間前に上気道症状があり自宅で療養中であったが、急速進行性の意識障害で当院へ搬送された。搬送時 SARS-CoV-2 PCR が陽性であった。JCSⅢ-200 の意識障害と除脳肢位、眼球運動制限を呈し、髄液検査の異常所見は蛋白上昇（170 mg/dL）のみであった。頭部 MRI では中脳を主座として脳幹部および間脳に増強効果を伴う病変と中脳水道狭小化による水頭症を認めた。中枢神経系感染症は否定的であったため、COVID19 感染後の自己免疫性脳幹脳炎および水頭症に対して免疫介入療法、脳室ドレナージを行い、以後経時的に改善した。後に抗 MOG 抗体陽性が判明し、抗 MOG 抗体関連脳幹脳炎と診断した。COVID19 感染後の脳幹脳炎については様々な自己抗体が陽性になるといわれているが、本例のように抗 MOG 抗体陽性例では免疫介入療法が有効な場合があり、早期に抗体を測定し、治療介入すべきである。

A-4

HTLV1 キャリアに合併した抗 AQP4 抗体陽性の一例

長崎大学病院　(1) 脳神経内科、(2) 脳神経外科、(3) 原研内科、(4) 原研病理、

(5) 久留米大　第二病理部

野口智聡[1]、古田可奈子[1]、吉村俊佑[1]、吉田光一[2]、加藤丈晴[3]、上木望[4]、三好寛明[5]、松尾孝之[2]、辻野彰[1]

症例は HTLV-1 キャリアの65歳女性、左無視、左顔面麻痺、左片麻痺が出現し緊急搬送、頭部 MRI で右前頭葉から頭頂葉に線状造影効果を伴う白質病変を認め、抗 AQP4 抗体陽性（>40 U/ml）であった。末梢血と髄液に異型細胞を認めたため脳生検を実施した。脳病理では脱髄性変化を認めた。2 週間の経過で病状は進行し疎通が難しくなり、病変は脳幹や左半球まで造影効果を伴い拡大し、一部は壊死性変化を来した。生検後に mPSL パルス療法を施行し、造影効果は消失、病変は縮小し、mRS5 で第84病日転院となった。NMOSD の非典型例として報告する。

A-5

パーキンソニズムを呈し、画像上多系統萎縮症様の両側被殻外側萎縮を認めた浸透圧性脱髄症候群（ODS）の一例

小倉記念病院脳神経内科

稲森有貴子、松吉彩乃、中澤祐介、白石渉

59歳女性。小刻み歩行と四肢の巧緻運動障害を主訴に当科を受診した。20年以上前に、乳がん術後のホルモン療法の影響で口渇、発汗過多を生じ、大量飲水から低ナトリウム血症を発症、入院加療された既往がある。それ以降、小刻み歩行や動作緩慢等の症状が持続していた。診察では仮面様顔貌、四肢鉛管様強剛を認めた。頭部 MRI で両側被殻外側の萎縮を認めた。脳ドーパミントランスポーターシンチグラフィで両側被殻の集積低下を認め、MIBG 心筋シンチグラフィは正常であった。症状と画像所見からは多系統萎縮症も鑑別に挙げられたが、症状出現から20年以上経過していること、外来で半年間経過観察し、症状の進行を認めなかったため、低ナトリウム血症の急激な補正による浸透圧性脱髄症候群（ODS）の後遺症と診断した。ODS 急性期のパーキンソニズムの報告は散見されるが、慢性経過の報告は少ない。本症例は、抗パーキンソン病薬が部分的に有効であった。

A-6

血管形成術を行った水痘帯状疱疹ウイルス血管症の１例

(1) 済生会熊本病院　脳神経内科、(2) 熊本大学　脳神経内科学

神宮隆臣[(1)]、頼髙多久也[(1)]、池田知聡[(1)]、長尾洋一郎[(1)]、永沼雅基[(1)]、稲富雄一郎[(1)]、橋本洋一郎[(1)]、米原敏郎[(1)]、植田光晴[(2)]

79歳、男性。2023年５月に、左側顔面帯状疱疹に罹患した。７月には左視床にラクナ梗塞をきたしたが、この際には前方循環に狭窄性病変は認めなかった。８月中旬（第１病日）に構音障害、右不全片麻痺をきたし、当院に入院した。MRI では左被殻、中心溝周囲皮質に梗塞巣が散見され、MRA では左内頚動脈末梢から前、中大脳動脈に高度狭窄を認めた。当初は抗血小板薬２剤併用療法を行った。その後入手した前医画像により、上述の脳動脈狭窄が亜急性に進行したことが判明し、水痘帯状疱疹ウイルス血管症と診断した。そこで第３病日からステロイドパルス療法を追加したが、症状は徐々に悪化し、梗塞巣の拡大と脳動脈狭窄の進行も認めた。そこで第４病日に左中大脳動脈狭窄部に対し血管形成術を実施し、同領域の血流改善を得た。さらに第８病日からパルス２クール目、経口ステロイド療法を追加し、症状軽快に至った。水痘帯状疱疹ウイルス血管症による脳血管狭窄に対する治療として、血管形成術の選択も念頭におく必要がある。

A-7

インフルエンザ脳症が疑われた成人男性の１例

福岡市民病院脳神経内科

柴田憲一、向井達也、中垣英明、長野祐久

症例は30歳男性。生来健康だったが、X月Y日39℃台の発熱があり、Y+1 日インフルエンザA型抗原陽性、Y+2 日バロキサビルを内服した。Y+1 日下痢や嘔吐を繰り返し便失禁もあった。Y+2 日視線を合わせなくなり、目の焦点があっていない感じだった。Y+3 日から発言の内容が意味不明になった。Y+5 日当科を受診した。体温37．2℃で、JCS2 の意識障害があり、髄膜刺激症候はみられなかった。血液検査では CRP は 3.18 mg/dl、CK は1,415 U/l と上昇していた。髄液の細胞数は正常で、蛋白は44 mg/dl と上昇していた。頭部 MRI で両側視床は軽度腫脹し T2WI で高信号、その中心部は DWI で高信号だった。インフルエンザ脳症を疑い、ペラミビルを投与して、ステロイドパルスを２クール行った。徐々に意識は改善したが、近時記憶障害や脱抑制などの症状が残存した。頭部 MRI で視床の T2 高信号は消失したが、T2*で無信号域がみられ、急性壊死性脳炎の可能性が考えられた。

A-8

Salmonella enteritidis による重症髄膜脳炎の１剖検例

鹿児島市立病院　脳神経内科

竹歳卓人、牧美充、徳浦大樹、河合りら、吉元裕亮、石川文、平嶺敬人、吉田崇志、重畠裕也、宮下史生、渡邊修

62歳男性。８日前にインフルエンザに罹患し、加療で改善し、仕事へ復帰した。前日に出張先で食思不振と悪寒を訴え、21時に家族と連絡をとった。翌日７時に連絡がつかず、11時18分にベッド上で嘔吐し倒れていたのを発見され、12時９分に当院へ救急搬送された。搬送時は JCS Ⅲ-300、体温39.3℃あるも項部硬直は認めなかった。頭部 CT で全脳に著明な浮腫を認め、CTA で静脈の血流は遅延していたが閉塞はなかった。その後、15時25分に心肺停止し、心肺蘇生を試みるも同日17時１分に亡くなられた。髄液検査で髄液細胞増多と髄液糖減少を認め、血液および髄液培養検査で *Salmonella enteritidis* が検出された。A型インフルエンザウイルスが腸管免疫を抑制し侵襲性感染症を起こりやすくするとの報告があり、本症例ではインフルエンザ罹患後にサルモネラ髄膜脳炎が急速に進行した可能性が考えられた。病理解剖ではくも膜に著明な炎症細胞浸潤、肺・肝・腎に高度うっ血を認めた。

A-9

Enterovirus 中枢持続感染で小脳脳幹症状を呈した成人男性の一例

福岡大学脳神経内科

阿座上絢、立石雄嗣、木村優子、三嶋崇靖、坪井義夫

症例は22歳男性。基礎疾患に微小変化型ネフローゼ症候群があり免疫療法が行われていた。X年 4 月に咽頭炎に罹患し、鼻咽頭 PCRで Enterovirus が陽性。X年 8 月末に突発性難聴の診断で近医にてステロイド治療を受けるも改善に乏しかった。 9 月下旬より小脳性運動失調が出現し、頭部 MRI-FLAIR 像で小脳歯状核に高信号を認めた。10月に当院に紹介。転院時、失調性構音障害、四肢の小脳性運動失調、項部硬直を認めた。脳脊髄液検査で単核球優位の細胞数増多、蛋白の上昇を認め、PCR で Enterovirus が陽性。ステロイド及び免疫グロブリン静注療法を行うも症状改善に乏しく、再検した髄液 Enterovirus PCR が陽性であったことから Enterovirus 中枢持続感染による小脳脳幹炎と診断した。Enterovirus 中枢感染の成人例は稀であり、文献的考察を含め報告する。

A-10

MIBG 心筋シンチグラフィーが正常であった同一家系の Perry 症候群の二症例

大勝病院　脳神経内科

武義人、西郷隆二、荒田仁、有村公良、大勝秀樹

症例は53歳男性。X-1年から睡眠時無呼吸症候群があり CPAP を開始した。X年 5 月朝運転中に追突事故を起こし救急搬送。意識障害、全身ミオクローヌス、パーキンソニズムを認め、後に原因不明の肺胞性低喚起で人工呼吸器管理となった。頭部 MRI、髄液検査等の精査では異常は指摘できず、パーキンソニズムの精査として MIBG 心筋シンチグラフィーを施行したが正常であった。父にも同様の経過での加療歴があり、エクソーム解析を行ったところ、DCTN1 遺伝子の p.Y78C の異常を認めたため、Perry 症候群と診断した。その妹は46歳女性で、うつ病の加療中であり、X-3 年からパーキンソニズムを認めた。MIBG 心筋シンチグラフィーは正常であった。エクソーム解析を行ったところ、同様の遺伝子異常があり、Perry 症候群と診断した。過去の症例から、多くの Perry 症候群患者で MIBG 心筋シンチグラフィーの異常がみられているが、同検査で異常を示さなかった家系を経験したため報告する。

A-11

諸検査で異常を認めず診断に難渋したM232R変異の遺伝性Creutzfeld-Jakob病の1例

久留米大学医学部　内科学講座　呼吸器・神経・膠原病内科部門

田中芳子、磯貝将成、古賀多門、入江研一、森慎一郎、立石貴久、谷脇考恭

症例は46歳男性。神経疾患の家族歴なし。X-8月頃より不眠、物忘れ、判断力の低下が出現し、その後も症状は進行した。X-1月頃には自宅周辺を徘徊し、迷子になったためX月に入院した。入院時、神経診察では両上肢の姿勢時振戦、動作時振戦を認めるのみで、長谷川式認知症スケールは10点、前頭葉機能検査は10点と低下していた。頭部MRIでは特記所見なく、脳波検査でも周期性同期性放電などの異常を認めなかった。IMP-SPECTでは前頭葉と後部帯状回～楔前部にかけて血流低下が見られたため、若年性アルツハイマー病を疑いアミロイドPETを施行したが、Aβの脳内沈着は認めなかった。プリオン病蛋白・遺伝子検査にて髄液中14-3-3蛋白の増加と遺伝子検査にてM232R変異を認めたため、遺伝性Creutzfeld-Jakob病（CJD）と診断した。急速進行性認知症であるものの、画像などの諸検査でCJDを示唆する所見が得られず、診断に難渋した症例として文献的考察を含めて報告する。

A-12

非典型的な臨床像を呈した神経核内封入体病の一例

(1) 産業医科大学　脳神経内科、(2) 横浜市立大学　遺伝学教室

山城正喬[1]、先成祐介[1]、橋本智代[1]、大成圭子[1]、宮武聡子[2]、輿水江里子[2]、松本直通[2]、

足立弘明[1]、岡田和将[1]

症例は64歳男性。出生・発達は正常。父親と弟に両手の振戦があった。55歳頃から両上肢振戦が出現し徐々に増悪した。60歳時に振戦に対して左視床腹中間核凝固術を施行され右上肢の振戦は消失していた。59歳頃から構音障害が出現し、60歳頃から歩行時のふらつきと両手の動作の拙劣さを自覚していた。64歳時に歩行時のふらつきが増悪したため当科初診となった。神経学的には軽度前頭葉機能低下、縮瞳、構音障害、左上肢姿勢時振戦、四肢・体幹の小脳運動失調が認められ、頭部MRIでは小脳萎縮と脳梁膨大部にT2強調画像及び拡散強調画像で高信号域を認めた。*NOTCH2NLC*遺伝子でCGGリピート数伸長を認め、神経核内封入体病と診断した。神経核内封入体病としては臨床的、画像的に非典型的であり同疾患では臨床的な多様性を考慮する必要がある。

A-13

シャルコー・マリー・トゥース病との鑑別を要した ARSACS の一例

(1) 熊本大学　脳神経内科、(2) 鹿児島大学　脳神経内科
吉良夏子[1]、野村隼也[1]、橋口昭大[2]、村上慶高[1]、池ノ下侑[1]、松原崇一朗[1]、高嶋博[2]、植田光晴[1]

症例は46歳男性。幼少期から運動が苦手で、歩行障害が緩徐に進行した。家系内に類症はなかったが両親は血族婚であった。X年当院入院時、四肢遠位筋優位の筋萎縮、凹足、四肢末梢優位の冷覚低下、四肢で腱反射亢進、両側バビンスキー反射陽性、体幹失調を認めた。神経伝導検査で脱髄性の sensorimotor polyneuropathy の所見を認めた。頭部 MRI で両側視床外側に T2 高信号病変を認めた。CMT 疑いで実施した網羅的遺伝子解析で SACS 遺伝子変異（p.R2425* とp.P3656L の複合ヘテロ変異）を認めた。臨床所見、SACS 遺伝子変異から Autosomal recessive spastic ataxia of Chairlevoix-Saguenay（ARSACS）の診断となった。本症に特徴的な MRI 所見とされる橋の線状低信号は認められなかったが、特徴的な臨床所見から本症を鑑別に挙げることが重要と考えられた。

A-14

沖縄型神経原性筋萎縮症（HMSN-P）の 1 家系：再考

(1) 聖マリア病院研修医、(2) 聖マリア病院神経内科、(3) 参議院議員、(4) 聖マリア病院外科
海野青藍[1]、斉藤千愛[1]、庄司紘史[2]、秋野公造[3]、谷口雅彦[4]

1997年、Takashimaらは成人発症、常染色体優性遺伝、緩徐進行性の四肢近位部優位の筋力低下・筋萎縮、四肢・体幹の筋痙攣、感覚障害を伴う HMSN-P を報告した。発端者は67歳男性、家族歴: 母親が同病、兄弟で 2 名同病、 2 世代以上に同病を認めた。現病歴: 30歳の頃、腹部を含む筋痙攣を認め、40歳時、四肢の脱力は進行、2017年 3 月、HAL 導入のため当院外来を受診した。神経学的所見：簡易知能検査30/30点、軽度の顔面神経麻痺を認めるも、構音障害・嚥下障害なし。四肢の近位部の筋力低下・筋萎縮が顕著で、上肢の腱反射は左右減弱、下肢では消失。感覚は顔面に比べ 5/10 低下していた。2021年12月　手指のピンチ力は保たれており、電動車椅子・携帯の操作は維持、2022年 9 月 COVID19 に罹患、徐々に呼吸苦が出現し、2023年 5 月挿管、呼吸器装着・胃瘻造設、2023年 8 月気管支肺炎で入退院を繰り返す。 1 家系例を含め、 5 年間の経過を報告する。

A-15

MCT サインから診断に至った CADASIL の 1 例

鹿児島大脳神経内科

青山真祐奈、平方翔太、堂園美香、武井潤、永田龍世、樋口雄二郎、﨑山佑介、髙嶋博

67歳男性。X-2 年頃から歩行障害が現れ、杖歩行に至った。X年10月前医で脳梗塞にて加療。歩行障害の精査でX年11月当科入院。神経学的には Tandem gait 不可でやや歩幅が狭く、両側 Babinski 反射陽性を認めた。頭部 MRI では両側大脳深部白質高信号が顕著で、側頭極の高信号は認めず、脳微小出血（CMB）を多数認めた。家族歴はなかったが、視床に CMB が集積する徴候（microbleed clustering in thalamus sign; MCT sign）の存在から CADASIL を疑った。遺伝子解析で *NOTCH3* に既報告の病的変異（R75P）が判明し、確定診断に至った。R75P 変異は日本に多く、CADASIL に特徴的とされる側頭極病変を呈さないことが多く、見逃されている可能性がある。当科では頭部 MRI の MCT sign が R75P 変異の特徴的な所見として報告しており、文献的考察を加えて紹介する。

A-16

球脊髄性筋萎縮症（SBMA）の女性ヘテロ保因者が逃避性歩行を呈した一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　脳神経内科

福山芽祝、照屋翔二郎、山城貴之、仲地耕、神里尚美

症例は30代女性。４年前に統合失調症を発症し、他院で非定型抗精神病薬が開始となった。１年前より歩行時に右股・膝を屈曲するため当院へ紹介となった。右上下肢の運動緩慢と歩行異常は、知覚トリックや L-dopa 静脈注射後に軽快した。Ｉ123イオマゼニルシンチグラフィーで左側頭・後頭葉で集積低下を認め、神経伝導検査で運動神経及び感覚神経の障害を認めた。父方伯父と父が SBMA と診断されており、完全浸透アレルの女性ヘテロ保因者と判断した。遺伝子検査ではアンドロゲン受容体遺伝子第１エクソン内にある CAG リピートが44と異常伸長していた。非定型抗精神病薬による GABA 抑制系の障害と SBMA の末梢神経障害の複合によると考えられた歩行障害について文献的考察を踏まえて報告する。なお、分子遺伝学検査について説明し学術研究会・誌上報告の同意を得ている。

A-17

NF155 抗体と LGI4 抗体が二重陽性の超高齢発症自己免疫性ノドパチー（AN）

(1) 国際医療福祉大学 TNRC、(2) 福岡中央病院　脳神経内科、(3) 九州大学　神経内科

吉良潤一[1][2]、張旭[1]、緒方英紀[3]、田代匠[3]、山下謙一郎[2]、芹野南美[3]、迫田礼子[2]、稲水佐江子[2]、岩永育貴[2]、柳原由記[2]、横手顕[2]、波呂敬子[2]、飛松省三[2]、磯部紀子[3]、中村優理[2]、AMED AN班

92歳男。90歳11ヵ月より両手のしびれが出現。次第に杖歩行も困難となり、91歳時九大病院入院。遠位優位の四肢脱力と手袋靴下型触覚・関節位置覚低下、腱反射消失を認めた。髄液細胞蛋白解離、四肢神経伝導検査誘発不能、視覚誘発電位で両側潜時延長を認めた。NF155 抗体陽性 AN と判明しステロイドパルス療法を行うも改善なく、当院へ転院。免疫グロブリン静注療法を追加し、歩行器歩行が可能になった。追加検査で LGI4 抗体が陽性だった。当院 CIDP15 例では、NF155 抗体 2 例、CNTN1 抗体 1 例、LGI4 抗体 3 例が陽性だった。

A-18

神経症状発症前に神経伝導検査で異常を検出し得た CANVAS の 1 例

(1) 宮崎大脳神経内科、(2) 横浜市立大遺伝学

宮本美由貴[1]、酒井克也[1]、中里祐毅[1]、杉山崇史[1]、輿水江里子[2]、宮武聡子[2]、松本直通[2]、塩見一剛[1]

症例は74歳女性。血族結婚なし。40歳頃から慢性咳嗽あり。61歳時に発熱、四肢近位部の疼痛、筋力低下の精査で当科入院しリウマチ性多発筋痛症の診断となった。その際、失調や感覚障害は認めなかったが、神経伝導検査で感覚神経は導出困難だった。71歳頃から歩行時ふらつき、下腿の異常知覚を自覚した。74歳時に当科再入院。四肢や体幹の失調、下肢振動覚の低下、自律神経障害、両側前庭機能障害を認めた。神経伝導検査は61歳時と同様に感覚神経が導出不良だった。遺伝子検査にて *RFC1* 遺伝子の AAGGG 反復配列の異常伸長があり、CANVAS と診断した。神経症状発症前に神経伝導検査で異常を検出し得た貴重な 1 例のため文献的考察を加えて報告する。

A-19

眼瞼下垂を欠く複視で発症し、11年後に全身型に移行した若年発症抗 MuSK 抗体陽性重症筋無力症の一例

いまきいれ総合病院　脳神経内科

山下悠亮、小田健太郎、甲斐太、吉村道由

28歳女性。X-11年に複視を自覚し、精査目的に当科初診。眼瞼下垂は認めず、頭部 MRI は異常なく、抗 AChR 抗体などの各種抗体は陰性だった。多発脳神経炎としてステロイド治療を開始し、複視は速やかに改善した。その後ステロイドを減量すると複視は再燃することもあったものの、直近数年はメコバラミン単剤で安定していた。X-1 年10月頃から夕方の複視や倦怠感を訴え、眼瞼下垂は認めなかったものの、抗 MuSK 抗体陽性が判明し、単線維筋電図所見などと合わせて眼筋型重症筋無力症と診断した。X年 5 月頃からは前頚部筋の筋力低下や呼吸苦も自覚し、全身型重症筋無力症への移行と判断した。ステロイドおよびカルシニューリン阻害薬で治療を開始したが改善に乏しかったため、FcRn 阻害薬を導入したところ症状は改善した。本例は若年で眼瞼下垂を欠く眼筋型として発症し、長期経過後に全身型へ移行した、抗 MuSK 抗体陽性重症筋無力症として貴重な症例であると考えられたため報告する。

A-20

抗横紋筋抗体陽性の筋炎・心筋炎合併重症筋無力症（MG）に対するエフガルチギモド治療経験

(1) 藤元総合病院神経内科、(2) 宮崎大学呼吸器・膠原病・脳神経内科学

田中啓文(1)、大窪隆一(1)、末原雅人(1)、神田佳樹(1)、平方翔太(1)、杉山崇史(2)、塩見一剛(2)

症例は70歳女性。X-18年悪性胸腺腫合併 MG にて 2 度の胸腺摘出術実施。X-12年以降は PSL+タクロリムスにて治療継続。

X-3 年全身の筋肉痛、動悸が出現。CK、CK-MB、トロポニンＴの上昇あり。抗横紋筋抗体陽性が判明し、筋生検にて巨細胞性筋炎の診断。ステロイドパルスと後療法を実施し症状は改善。その後筋力低下と心筋障害マーカーは再燃を繰り返し、定期的に IVIG を実施。胸腺腫の胸腔内播種が疑われていた。

X年 2 月に最終の IVIG 後、 6 月にエフガルチギモドを導入。 9 月に 2 クール目を実施し、筋力低下の改善を認めた。11月には抗横紋筋抗体価は低下するも心筋障害マーカーは上昇傾向。エフガルチギモドの治療効果について関連する抗体の推移を中心に考察する。

A-21

多彩な臨床症候を呈したミオチュブラーミオパチー manifesting carrier の 1 例

(1) 大分大脳神経内科、(2) 国立精神・神経医療研究センター 神経研究所 疾病研究第一部
竹内陽介[(1)]、増田曜章[(1)]、角華織[(1)]、軸丸美香[(1)]、江浦信之[(2)]、西野一三[(2)]、木村成志[(1)]、松原悦朗[(1)]

症例は60歳女性。25歳時からの緩徐進行性の四肢筋力低下を主訴に当院紹介となった。神経学的に顔面、頸部、四肢近位筋優位の筋力低下に加えて認知機能低下、水平性注視眼振、両下肢振動覚低下を認めた。上腕二頭筋筋生検で中心核線維の増加、necklace fiber、遺伝子検査で *MTM1* 遺伝子の新規 frameshift 変異を認め、X連鎖性ミオチュブラーミオパチー（XLMTM）manifesting carrier と診断した。ABR で Ⅰ-Ⅲ波間潜時の延長、頭部 MRI で大脳、小脳半球の萎縮、神経伝導検査で脱髄所見を認め、中枢神経および末梢神経障害が合併していた。XLMTM carrier では通常、無症候であるが、一部の症例は筋症候を呈し、manifesting carrier と呼ばれる。さらに本疾患では、神経障害など多彩な臨床症候を合併する可能性があり、筋症候に加えて多角的な臓器評価を行うことが重要と考えられた。

A-22

拘束性換気障害が初発症状であった抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎の一例

(1) 琉球大学病院　第三内科、(2) 国立精神・神経医療研究センター
饒波涼子[(1)]、宮城朋[(1)]、渡慶次裕也[(1)]、山田義貴[(1)]、波平幸裕[(1)]、國場和仁[(1)]、金城よしの[(1)]、石原聡[(1)]、崎間洋邦[(1)]、西野一三[(2)]、楠瀬賢也[(1)]

症例は60代男性。X年Y-2 月に肺炎で当院入院し人工呼吸管理となった。治療経過で心拡大、両側胸水貯留を認め心不全が疑われ循環器内科へ紹介となったが心機能低下や冠動脈病変はなかった。低酸素血症と二酸化炭素貯留、呼吸機能検査で拘束性換気障害を認め、神経筋疾患を疑われY月に当科紹介となった。診察所見では四肢筋力低下は認めなかったが、血液検査で CK 340 U/L と軽度上昇を認め、抗ミトコンドリア M2 抗体が陽性であった。針筋電図検査で上肢近位筋、体幹筋に筋原性変化があり、体幹部 CT では傍脊柱筋萎縮を認めた。筋生検で非特異的筋炎所見を認めた。抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎と診断し、ステロイドパルス療法を開始し、拘束性換気障害の改善を得た。抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎は通常の筋炎と異なった臨床像を示し診断に時間を要することがある。拘束性換気障害と軽度 CK 上昇から本疾患を鑑別に挙げ抗体を測定したことが診断に結び付いた教訓的な症例であった。

A-23

一過性脳虚血発作様症状で発症したリウマチ性髄膜炎の一例

国立病院機構長崎医療センター脳神経内科

荒田昌彦、忽那史也、足利裕也、佐藤和明、徳田昌紘、岩永洋

繰り返す一過性脳虚血発作（Transient ischemic attack:TIA）様症状で発症したリウマチ性髄膜炎の一例を経験した。症例は53歳女性。関節リウマチ診断から２ヶ月後に一過性の右上下肢脱力、失語が出現した。頭部 MRI でテント上髄膜に造影効果を伴う拡散強調画像/T2WI 高信号を認め、抗環状シトルリン化ペプチド（cyclic citrullinated peptide: CCP）抗体 index 高値よりリウマチ性髄膜炎が疑われた。ステロイド治療により臨床所見、画像所見、抗 CCP 抗体 index ともに改善し、リウマチ性髄膜炎と診断した。リウマチ性髄膜炎では TIA 様症状を呈することがあり、TIA mimic として考慮する必要がある。

A-24

伝染性単核球症や流行性耳下腺炎との鑑別を要したシェーグレン症候群に伴う急性脳炎の一例

鹿児島市医師会病院

内村謙吾、中川広人、中江健太郎、徳永紘康、能勢裕久、園田健

症例は28歳女性。急性発症の発熱や頭痛、肝障害、肝脾腫より、伝染性単核球症の疑いで他院入院中に、見当識障害や顔面の紅斑、耳下腺腫脹が出現した。髄液検査で好中球優位の細胞数増多と蛋白増加､糖低下（血糖比0.25）を認め､髄膜脳炎の疑いで当科紹介となった。JCSⅡ-10の意識障害があり、髄膜脳炎の鑑別と経験的治療を開始した。最終的には抗 SS-A 抗体、抗 SS-B 抗体強陽性より、シェーグレン症候群に伴う急性脳炎と診断した。ステロイドパルスとプレドニゾロン内服での後療法を行い、意識状態の改善が得られた。軽度の小脳性運動失調のみ残存したため、リハビリテーションを継続しながらステロイド漸減を予定していたが、自己免疫性肝炎の増悪で他院転院となった。文献的考察を交えて報告する。

A-25

著明な脳浮腫を呈した脳アミロイドアンギオパチー関連炎症の一例

(1) 済生会福岡総合病院臨床教育部、(2) 脳神経内科、(3) 病理診断科、(4) 久留米大病理診断科
安河内駿[1]、原佑碩[2]、近藤大祐[2]、園田和隆[2]、田中正人[2]、加藤誠也[3]、古田拓也[4]、川尻真和[2]

67歳女性。X日に意識障害、左半側空間無視が出現し前医へ搬送され、MRI で脳浮腫を認め、抗浮腫療法を開始されたが増悪するためX+8 日に当科へ転院した。JCS 1、左半側空間無視、着衣失行、MMT3 の左片麻痺を認めた。MRI で右優位に両側大脳皮質及び白質の腫脹と左側への midline shift、白質の T2高信号、右前頭葉軟膜の Gd 造影効果を認めた。T2* で白質の T2 高信号病変に一致して皮質および皮質下白質に多数の微小脳出血を認めた。抗核抗体、MPO-ANCA、PR3-ANCA、リウマチ因子、抗 AQP4 抗体は陰性で、sIL-2R は正常だった。X+16日に右前頭葉から生検し、血管壁へのアミロイドβの沈着と血管周囲の炎症細胞浸潤を認め、脳アミロイドアンギオパチー関連炎症（CAA-RI）と診断した。生検直後から脳浮腫が増悪し、脳ヘルニアと JCS 30の意識障害を呈したが、ステロイド治療を開始し神経所見、画像所見ともに著明に改善した。CAA-RI は免疫治療に反応する血管周囲炎を呈する CAA の稀な病態だが、強い脳浮腫をきたす可能性があり急性期管理に注意が必要である。

A-26

肥厚性硬膜炎を合併し、ミトコンドリア病との鑑別を要したクリオピリン関連周期熱症候群の 1 例

(1) 鹿児島大学脳神経内科、(2) 病理学
大薗祐輝[1]、森拓馬[1]、中村香織[1]、野口悠[1]、兒玉憲人[1]、永田龍世[1]、樋口雄二郎[1]、田畑和宏[2]、谷本昭英[2]、髙嶋博[1]

症例は61歳女性。幼少期から低身長があり、6 歳時に感音性難聴を指摘された。X-5 年より発作性のめまいと頭痛を自覚し、X年に突然左同名半盲が出現し、頭部 MRI で右後頭葉に異常信号を認めた。筋病理で ragged-red fiber を認め、当初ミトコンドリア病を考えた。一方で持続性の炎症反応、髄液細胞数・蛋白増多があり、頭部 MRI で造影効果を伴う全周性の硬膜肥厚を認め、肥厚性硬膜炎と診断した。硬膜生検病理を含め、続発性の原因となりうる明らかな異常所見はなかった。遺伝子検査でミトコンドリア DNA の病的変異はなく、全エクソーム解析を実施したところ *NLRP3* 遺伝子に変異があり、クリオピリン関連周期熱症候群と診断した。本疾患で肥厚性硬膜炎を合併することは稀であり、鑑別に苦慮したため、文献的考察を加えて報告する。

A-27

Duropathy に伴う脳表ヘモジデリン沈着症の 1 例

今村総合病院脳神経内科

久保純平

症例は63歳男性、X-2 年前より進行する聴力低下あり、X年 4 月新規に出現した記憶障害を主訴に近医脳神経外科を受診した。近医画像評価でくも膜下出血が疑われA病院に搬送となった。A病院で撮像された頭部 MRI では SWI 画像での脳幹・小脳を中心とした低信号を認め、明らかな動脈瘤や外傷歴などが確認されなかったために特発性脳表ヘモジデリン沈着症と診断された。記憶障害に関しては症候性てんかんと診断されレベチラセタム 1500 mg/day で改善を認め、経過観察となっていた。さらなる精査目的にX年11月当科紹介入院となった。入院時の神経所見では嗅覚低下、聴力低下、小脳失調を認め、頭部 MRI の SWI 画像でのヘモジデリン沈着部位から古典型脳表ヘモジデリン沈着症の診断に矛盾がないと判断した。duropathy の確認目的に脊髄 MRI、脳槽シンチグラフィーを施行し、Th3 に前部硬膜の欠損を確認できた。古典型脳表ヘモジデリン沈着症を認めた際には、積極的に duropathy の精査を行う必要がある。

A-28

小脳性運動失調で発症し、淡蒼球萎縮を呈した胃混合癌による傍腫瘍性神経症候群の 1 例

(1) 佐賀大学医学部内科学講座脳神経内科、(2) 内科学講座消化器内科、(3) 一般・消化器外科、(4) 放射線科、(5) 附属病院病理部・病理診断科

津村圭亮[(1)]、鈴山耕平[(1)]、行元崇浩[(2)]、吉川正章[(1)]、井手俊宏[(1)]、松藤祥平[(3)]、西原正志[(4)]、甲斐敬太[(5)]、小池春樹[(1)]

症例は60代男性。亜急性の経過で進行する歩行障害・構音障害を主訴に来院した。初診時、注視方向性眼振と不明瞭言語があり、左上下肢の軽度の失調と失調性歩行を認めた。明らかな寡動や四肢の筋力低下および筋トーヌスの異常はなかった。血液および脳脊髄液一般所見に明らかな異常はなかった。傍腫瘍性神経症候群関連抗体は抗 Yo 抗体のみ弱陽性だった。頭部 MRI では小脳萎縮は認めなかったが、両側淡蒼球が T1、T2 で高信号を呈した。上部消化管内視鏡検査で胃癌を認め、組織診断は胃大細胞内分泌癌および腺癌の混合癌であった。ステロイドパルス療法と胃切除および術後化学療法後に運動失調は改善し、胃癌による傍腫瘍性神経症候群と診断した。術後化学療法後に足趾が背屈するジストニア様不随意運動が顕在化し、MRI での両側淡蒼球の萎縮とドパミントランスポーターシンチグラフィでの集積低下を認めた。稀な画像所見を呈した傍腫瘍性神経症候群として文献的考察を加えて報告する。

A-29

門脈－体循環シャント（PV）を認めパーキンソニズムと高マンガン（Mn）血症を呈した一例

九州大学病院脳神経内科

寺師綾子、田中栄蔵、向野隆彦、松瀬大、山﨑亮、磯部紀子

50歳女性。X-3 年に関節痛、X-1 年に全身倦怠感が出現、近医で SLE と診断され、プレドニゾロンとヒドロキシクロロキンが開始された。徐々に全身倦怠感が悪化し近医入院。中枢神経ループスを疑って撮影された頭部 MRI にて両側淡蒼球に T1 高信号域を認めた。高 Mn 血症と肝臓造影 CT にて肝後区域に PV シャントを認め、PV シャントによる基底核への Mn 沈着の可能性が示唆された。更なる精査のためX年に当科入院。四肢筋強剛、動作緩慢、両上肢振戦を認め、画像・検査所見も合わせ Mn 中毒関連パーキンソニズムと診断。エデト酸カルシウムナトリウム水和物の点滴静注を行い、倦怠感やパーキンソニズムは緩徐に消失し、血中 Mn 値は低下した。高 Mn 血症に伴うパーキンソニズムは、PV シャントが原因となる場合があり、十分な精査が必要である。

A-30

臨床経過よりメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患による脳症と診断した 1 例

(1) 飯塚病院　脳神経内科、(2) 病理科

吉村基[(1)]、倉沢亮[(1)]、進村光規[(1)]、篠田紘司[(1)]、園田啓太[(1)]、平木由佳[(2)]、大石善丈[(2)]、高瀬敬一郎[(1)]

症例は69歳男性。関節リウマチのためメトトレキサート、メチルプレドニゾロンを使用していた。初発の痙攣、意識障害のため救急搬送された。採血で炎症反応高値、全身 CT で肺病変を、頭蓋内では環状造影効果を伴う多発脳病変を認めた。脳病変による症候性発作と考え抗てんかん薬を開始した。肺病変は呼吸器内科精査より肺癌は否定、抗生剤加療にて改善し肺膿瘍と診断。しかし脳病変は改善なく、生検を行うも非特異的変化のみであった。メトトレキサートを休薬し経過観察したところ、脳病変は退縮傾向にありほぼ消失した。組織学的診断には至っていないが、臨床経過より関節リウマチに合併したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と診断した。中枢神経原発での同疾患は希少であり、文献的考察を含め報告する。

A-31

ニロチニブ内服中に進行性の多発脳動脈狭窄をきたし、ダサチニブへの変更で安定化した1例

福岡東医療センター　(1) 脳神経内科、(2) 血液内科

荒木雅子[(1)]、芝原友也[(1)]、山中圭[(1)]、松岡幹晃[(1)]、立花正輝[(1)]、坂本佳治[(2)]、黒岩三佳[(2)]、黒田淳哉[(1)]、中根博[(1)]

61歳、男性。2005年に慢性骨髄性白血病（CML）と診断後、チロシンキナーゼ阻害薬第1世代のイマチニブを開始され、2015年より第2世代のニロチニブに変更された。生活習慣病の既往はなかった。X年某日、一過性に右眼の見えづらさを自覚し、近医で撮像した頭部MRIで頭蓋内の両側内頸動脈狭窄を指摘された。一過性黒内症の診断後に抗血小板薬を開始されたが、翌年の頭部MRIで無症候性多発脳梗塞と両側内頸動脈狭窄の進行を認めたため当院を受診した。脳血管撮影で両側内頸動脈と右中大脳動脈に高度狭窄、両側椎骨動脈起始部に閉塞を認め、ニロチニブの有害事象による多発動脈狭窄およびアテローム血栓性脳梗塞と診断した。ニロチニブと同じく第2世代のダサチニブへ変更後は多発動脈狭窄の進行や脳梗塞再発はなく、CMLの病態も安定している。ニロチニブ内服中に多発動脈狭窄や脳梗塞を発症した例は散見されるが、ダサチニブへの変更のみで経過が安定した例は稀少であり、文献的考察を加え報告する。

A-32

胸部血管カテーテル治療後の遅発性脳異物肉芽腫が疑われた1例

熊本大学　脳神経内科

津川貴博、水谷浩徳、中島誠、松原崇一朗、進藤誠悟、植田光晴

16歳女性。純型肺動脈閉鎖症に対して新生児期に機能的根治術を受け、ワルファリンとアスピリンを内服していた。X年8月下旬に大循環－右肺静脈短絡に対するコイル塞栓術を受けた。9月中旬から頭痛、眩暈、嘔気、左上肢の異常知覚が出現し、脳画像異常を指摘され入院となった。神経学的には左上肢の異常知覚のみ認めた。頭部MRIで両側大脳皮質下に浮腫と増強効果を伴う多発性結節性病変を認めた。抗AQP4抗体、抗MOG抗体を含め自己抗体は陰性で、髄液所見は正常であった。mPSLパルス療法後に経口PSLを開始し、症状・画像所見とも著明に改善した。脳血管領域のカテーテル治療後の合併症として、デバイスから剥離したpolyvinylpyrrolidoneに対する肉芽腫性反応が知られており、胸部血管カテーテル治療後に同様の病態を来した稀な1例と考えられた。

A-33

亜急性の意識障害で発症し多発性中枢神経病変を認めた黄色肉芽腫症の成人例

(1) NHO沖縄病院　脳神経内科、(2) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　脳神経外科、(3) 病理科

安富大悟[(1)]、渡嘉敷崇[(1)]、玉城浩平[(1)]、大屋祐一郎[(1)]、妹尾洋[(1)]、藤原喜寿[(1)]、藤崎なつみ[(1)]、城戸美和子[(1)]、諏訪園秀吾[(1)]、藤井裕太郎[(2)]、仲里巖[(3)]

症例は54歳女性。X年８月中旬より微熱、その後会話不良や活動量減少、異常行動、妄想、傾眠傾向となり９月９日に近医救急を受診し、９月12日当院へ転院となった。転院時 JCS Ⅲ-200、頭部 MRI では脳全体に多発する FLAIR 高信号と造影効果を伴う多発性斑状病変認めた。各種抗菌薬治療を行うも症状は悪化し、脳生検で黄色肉芽腫症の診断となった。mPSL パルス（IVMP）を行い意識は改善し MRI で造影効果は消失した。経過で再増悪あり、初回から４週後に IVMP、後療法 PSL 40 mg 内服継続と IVIg を追加し、意識は顕著に改善し歩行器歩行も可能となった。中枢神経に多発する黄色肉芽腫症の報告は稀であり、報告する。

B-1

蝶形骨縁髄膜腫に合併したCarotid-falciform optic neuropathyの一例

九州大学大学院医学研究院　脳神経外科

大久保秀祐、藤岡寛、尾辻亮介、三月田祐平、空閑太亮、中溝玲、吉本幸司

【背景】

頭蓋内血管による圧迫性視神経症を呈した症例報告は稀である。今回我々は蝶形骨縁髄膜腫を合併した患者において、動脈硬化を伴った内頚動脈に起因すると思われる圧迫性視神経症（Carotid-falciform optic neuropathy）を呈した症例を経験したため提示する。

【症例】

71歳女性。X-6年前に偶発的に右蝶形骨縁髄膜腫を指摘された。右耳側下方の1/4盲を認めたが症状と腫瘍との関係は明確でなく他院で経過観察を行われていた。X年になり腫瘍に著明な増大はないものの視野障害が増悪し当科紹介となった。入院時眼科検査で右視力は0.6、右鼻側上方以外の視野欠損を認めた。しかしMRIで腫瘍は右眼窩内や視神経管内への進展は認めず、画像上は腫瘍と視野障害との関連ははっきりしなかった。一方で対側と比較し病側の内頚動脈は内側に偏移しそれに伴い右視神経も内側へ偏移している印象であった。内頸動脈からの圧迫性視神経症の可能性を考え、腫瘍摘出術及び視神経管解放による視神経の減圧を施行した。右前頭側頭開頭後に前床突起を削除し、硬膜切開して頭蓋内を観察すると、腫瘍は視神経とはintactであったが、動脈硬化を認める内頸動脈により視神経が圧排されており、腫瘍摘出後にfalciform ligamentの切開を追加して手術を終了した。術後10日目の眼科検査で右視力は1.2に改善し、視野欠損も改善を認めた。

【考察】

頭蓋内血管に起因する圧迫性視神経症は報告例が限られており、病態、診断、治療法に関するコンセンサスは得られていない。本症例は画像所見や術中所見から、内頸動脈以外には視神経の圧迫を来す要因は見られず、視神経減圧後に視機能の改善が見られた。Carotid-falciform optic neuropathyは気付かれにくい病態であるが、視神経圧迫を来している他病変がなく内頚動脈による圧排が考えられる場合、視神経管開放などの視神経減圧が有効である可能性がある。

B-2

陽子線治療を行った再発 rhabdoid meningioma の一例

長崎大学医学部脳神経外科

後藤純寛、日宇健、白濱麻衣、中村光流、小川由夏、塩崎絵理、近松元気、松尾彩香、岡村宗晃、馬場士郎、氏福健太、諸藤陽一、吉田光一、松尾孝之

【目的】

再発した rhabdoid meningioma に対し眼球摘出を含めた開頭腫瘍摘出術を行い、術後に陽子線治療を施行した症例を経験したため報告する。

【症例】

66歳の女性、X-1 年 1 月より視野障害の自覚があり眼球突出や複視もきたしたため、7 月に近医を受診しMRIにて左中頭蓋窩と眼窩内に進展する腫瘤を指摘された。8 月より左視力低下があったため当院に緊急入院し MMA・IMA 末梢に対する TAE と開頭腫瘍摘出術を施行し、rhabdoid meningioma、WHO grade 3 の診断であった。60 Gy/30 fr で術後放射線療法を施行したが、X年 2 月の MRI で腫瘍の増大所見があった。再度手術希望があったため、6 月に 2 度目の TAE と開頭腫瘍摘出術/眼球摘出術/皮弁形成術を施行した。術後放射線療法として61.6 Gy/28 fr で陽子線治療を施行した。治療終了直後の MRI では一部病変の縮小はあったものの全体として腫瘍は増大傾向であった。治療終了後 1 ヶ月の胸部 CT にて腫瘍が多発している所見があり、肺転移が疑われた。

【結果】

徐々に全身状態が悪化し、X+1 年 1 月に死亡となった。

【考察】

High grade meningioma は治療が困難な腫瘍の一つであり、特に grade 3 meningioma は 5 年無再発率 8 ～57%、5 年生存率40～60%と予後不良な疾患である。治療方法は未だ定まっておらず高い摘出率と予後に相関がないとの報告も見られる。陽子線治療における髄膜腫の局所制御の予後因子としては、WHO grade と再照射であるか否かが局所制御率で有意差がみられた一方で、陽子線治療時の進行状況は有意差が認められないという報告がある。本症例は陽子線治療後に局所制御ができなかったが、再治療までの期間よりも再照射であったことが関連していた可能性が考えられた。

B-3

眼球運動障害で発症した非下垂体卒中性の非機能性 PitNET の一例

小倉記念病院脳卒中センター　脳神経外科

宮田武、波多野武人、小倉健紀、阿河祐二、塩見晃司、安藤徳紀、三谷幸輝

【背景】

下垂体卒中を合併した PitNET では、腫瘍そのものの伸展や腫瘍内圧の高まりにより、海綿静脈洞が圧迫される事で動眼神経麻痺を生じ得るとされる。しかし、非下垂体卒中性の巨大ではない非機能性 PitNET において、眼球運動障害、動眼神経麻痺の症候のみを単独で呈する事は稀である。今回、左動眼神経麻痺による緩徐進行性の複視・左眼瞼下垂で発症した非機能性 PitNET に対し、経蝶形骨洞手術を行った一例に関し、文献的考察を交え報告する。

【症例】

70歳女性、1ヵ月前より緩徐進行性の複視と左眼瞼下垂を発症し、近医眼科より紹介された。視野欠損や視力低下は認めないが、左眼の内転・下転障害、及び中等度の左散瞳を認めた。頭部 MRI で、視神経圧排はごく軽度ながら外側への病変の進展があり、両側海綿静脈洞内に進展する造影効果を有する下垂体病変を認めた。内分泌学的な異常はなく、症候性の非機能性 PitNET と判断し、発症後2ヵ月の時点で、左動眼神経の減圧目的で経蝶形骨洞手術を施行した。海綿静脈洞外での腫瘍の被膜内摘出にとどめ、海綿静脈洞内の病変は残存させた。術後翌日より左眼の内転が可能となり、複視と左眼瞼下垂は著明に改善を認め、左動眼神経麻痺は消失した。術後1年の時点で症状の再燃や病変の再増大を認めていない。

【考察・結論】

非下垂体卒中性の非機能性 PitNET において、動眼神経麻痺のみを発症する事は、稀である。発症から手術までの期間と症状の改善の程度との関連性は不明であり、摘出の程度に関しても、議論の余地はあるが、症状の改善目的で腫瘍摘出を行う事は有用と考えられる。

B-4

下垂体茎-視交叉原発腺様嚢胞癌の一例

(1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　脳神経外科、
(2) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　脳神経外科／鹿児島大学病院下垂体疾患センター、
(3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　病理学
木佐貫彩(1)、藤尾信吾(2)、牧野隆太郎(2)、菅田淳(2)、比嘉那優大(1)、霧島茉莉(3)、花谷亮典(1)

【症例】

40代女性、月経不順、視野障害、全身倦怠感を主訴に前医で画像精査を行い当科初診した。下垂体前葉機能は著明に低下しており、頭部 MRI では下垂体茎の腫大、視路に沿った T2高信号を認め頭蓋咽頭腫を疑った。数日の経過で急速に視野障害が進行し、緊急で内視鏡下経鼻経蝶形骨洞的下垂体腫瘍摘出術を行った。視交叉が腫大しており、視野を確保するため後床突起を削除した。下垂体茎を切断し腫瘍の摘出を進めたが、視床下部や視交叉背面との境界が不明瞭であったため VEP が低下しない範囲での摘出にとどめ手術を終了した。病理では、HE 標本で N/C 比の高い腫瘍細胞が充実性胞巣状、管状に増殖し、免疫染色で腫瘍細胞は c-kit、CK7、SOX10 陽性で CK14、p63、SMA は管腔構造の辺縁に陽性だった。以上より腺様嚢胞癌の可能性が考えられたが典型的ではなく、遺伝子検索を行った。当院で運用しているカスタム遺伝子パネル検査で *MYB-NFIB* 融合遺伝子が検出され、腺様嚢胞癌の診断に矛盾しない結果であった。PET 検査、全身 CT、脊髄 MRI では明らかな原発巣や転移巣は確認できなかった。術後 4 週間で残存腫瘍が著明に増大し、視野障害が進行したため、再度、内視鏡下経鼻経蝶形骨洞的下垂体腫瘍摘出術を施行したが、視神経自体が腫瘍化しており、第 3 脳室底の腫瘍を可及的に減圧し手術を終了した。現在陽子線治療中であるが、視力は光覚弁に低下している。

【考察】

腺様嚢胞癌は頭頚部領域、特に耳下腺や顎下腺、口腔内、鼻腔に発生する悪性腫瘍である。直接もしくは血行力学的に頭蓋内へ浸潤することがあるが、頭蓋内原発の腺様嚢胞癌は極めて稀である。手術以外の治療法は確立されていないが、唾液腺を含め腺様嚢胞癌への陽子線治療では一定の治療効果が得られており、照射による失明のリスクを許容して、陽子線治療を選択した。また、診断には遺伝子パネル検査が有用であった。希少な 1 例であり、文献的考察を加え報告する。

B-5

テモゾロミドが著効した下垂体癌の一例

佐賀県医療センター好生館脳神経外科

檜垣梨央、柳田暢志、井戸啓介、松本健一

【背景】

下垂体癌は中枢神経系あるいは全身性に転移した下垂体腺腫と定義され、組織学的な特徴とは関係がない。下垂体部腫瘍の0.1%程度と極めて稀で、我が国の全国調査では非機能性が最多で、続いて ACTH 産生、PRL 産生が続く。治療は手術と摘出術後の放射線、薬物療法があるが、癌としての治療薬ではテモゾロミドが有効と報告される。今回我々はテモゾロミドで腫瘍の縮小を認めた下垂体癌の一例を経験したので報告する。

【症例】

58歳男性。複視、右眼瞼下垂を契機に近医眼科で右動眼神経麻痺を指摘され、頭部 MRI でトルコ鞍部腫瘍を認めたため当科紹介。ホルモン検査で汎下垂体機能低下を認め、非機能性下垂体腺腫疑いとして、症状改善と診断確定のため内視鏡下経鼻経蝶形骨洞的腫瘍摘出術を行い、病理組織で下垂体腺腫の診断となった。術後動眼神経麻痺は改善し、外来フォローを開始したが、経過中に腫瘍の増大を認めたため、初回手術の約１年後に再摘出術を行った。摘出標本の各種ホルモン染色は全て陰性で、MIB-1 LI も高値ではなかった。その後、短期間で残存病変が広範に進展したため、放射線治療を追加した。さらにその約１年後には小脳半球、脊髄髄内に多数の腫瘍性病変が出現したが、診断目的の生検術は希望されず、臨床的に下垂体癌の診断でテモゾロミドを開始した。テモゾロミド開始後には経時的に腫瘍の縮小を認め、現在も外来フォロー中である。

【考察】

下垂体癌は非常に稀な疾患であり、その治療方針も未だ定まっておらず予後不良とされる。最近ではテモゾロミドの有効性を示す報告がなされており、今回我々の症例もテモゾロミドで腫瘍の縮小効果を得られた貴重な症例であり、過去の文献を交えて報告する。

B-6

ACTH 産生下垂体腫瘍術後24年後に Aggressive pituitary tumor として再発した一例

(1) NHO 嬉野医療センター脳神経外科、(2) NHO 嬉野医療センター病理診断科、
(3) 久留米大学医学部病理学講座
宮﨑貴大[1]、土持諒輔[1]、宮園正之[1]、田場充[2]、内藤愼二[2]、森坪麻友子[3]、古田拓也[3]

【緒言】

下垂体腫瘍は脳腫瘍の中でも頻度の多い疾患であるが、Aggressive Pituitary tumor や Pituitary carcinoma は下垂体腫瘍の２%未満と頻度が少ない。今回我々は、過去に ACTH 産生下垂体腫瘍に対して経蝶形骨洞的腫瘍摘出術および放射線治療を施行され、24年後に Aggressivepituitary tumor あるいは pituitary carcinoma として再発した症例を経験したため報告する。

【症例】

72歳男性。24年前に Adrenocorticotropic hormone（ACTH）産生下垂体腫瘍に対して経蝶形骨洞的腫瘍摘出術を施行され、その後放射線治療を施行された。17年後に左眼の複視を契機に左海綿静脈洞部に腫瘍を認め、下垂体腫瘍の再発が疑われ再度定位放射線治療を施行された。その後特に新規の神経学的異常は認めず経過したが、術後24年後に頭痛を主訴に当院を受診し、画像精査で左側頭葉内側から左海綿静脈洞に至る腫瘍性病変を認めた。術前診断として髄膜腫、solitary fibrous tumor、神経膠腫などを鑑別にあげ開頭腫瘍摘出術を行った。病理組織学的診断は Pituitary neuroendocrine tumor（PitNET）、corticotroph tumor であった。術中所見、画像所見から aggressive pituitary tumor もしくは pituitary carcinoma が考えられた。治療は一般的に集学的に行われることが多いが、今回の症例では経済的理由から薬剤による治療は行わず、７カ月後に局所照射を追加した。

【考察】

Aggressive pituitary tumor や pituitary carcionoma の発症頻度は下垂体腫瘍の２%未満である。治療法としては外科的治療、放射線治療、化学療法が選択される。特に最近は Temozolomide や免疫チェックポイント阻害薬などが有効であるという報告が散見されるが、未だ治療の有効性に関しては確立されていない。本症例では経済的な理由から開頭摘出術を行ったのちに残存腫瘍に対して局所放射線照射を行った。今後も慎重な経過観察を行う予定である。

B-7

孤発性の subependymal giant cell astrocytoma の 1 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) 宮崎大学医学部附属病院　病理診断科
日髙正登[1]、山下真治[1]、松元文孝[1]、大栗伸行[2]、佐藤勇一郎[2]、竹島秀雄[1]

症例は12歳、男児。生来健康で、基礎疾患や特別な家族歴、皮膚所見等は無かった。

20XX年 5 月上旬、慢性的な頭痛と 1 か月前よりの歩行異常を主訴に近医を受診。頭部 MRI にて、両側側脳室に進展した長径 7 cm 大の腫瘤性病変と脳室拡大を指摘された。腫瘤性病変は多嚢胞性で、Monro孔近傍に付着部を有しており、T1/T2強調像にて不均一な信号を示し、soapbubble様の不均一な造影増強効果を有していた。頭部 CT では病変の一部は高吸収であり、石灰化の存在が疑われた。以上の画像上の所見から、中枢性神経細胞腫をはじめとする脳室内腫瘍を鑑別診断に挙げ、同年 6 月に Interhemispheric transcallosal approach で開頭腫瘍摘出術を行った。

腫瘍は黄色調の柔らかい成分と、白色調のやや線維質な成分で構成され、透明中隔及び脳弓と一体化しており、同部が発生母地と考えられた。術後の頭部 MRI にて、残存させた透明中隔基部以外ほぼ摘出できていることが確認された。腫瘍組織は中央病理診断に提出し、Subependymal giant cell astrocytoma（SEGA）の診断であった。術後は症状の改善を認め、後療法は行わず、独歩退院となった。

SEGA は、結節性硬化症の診断基準の大症状の一つに含まれ、一般的には同疾患の部分症として発生する。本症例のような孤発例は極めて稀であり、症例報告も少ない。術前の鑑別診断としても困難であったことから、孤発性の SEGA について文献的な考察を加え報告する。

B-8

胃小細胞神経内分泌癌の脳転移を呈した１例

(1) 熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座、(2) 熊本大学病院病理診断科、
(3) 熊本大学大学院生命科学研究部放射線治療医学講座、
(4) 熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学講座
堀遼太[1]、篠島直樹[1]、藤本健二[1]、植川顕[1]、吉井大貴[2]、川上史[2]、三上芳喜[2]、福川喜之[3]、
大屋夏生[3]、上谷浩之[4]、平井俊範[4]、武笠晃丈[1]

症例は70歳台男性。X年７月に左半分の視野障害を主訴に前医を受診。CT で右側頭葉に皮質下出血を認めた。造影 MRI で小脳上面および右側頭葉内側に浮腫を伴う比較的境界明瞭な造影病変が認められた。体幹造影 CT では悪性所見は認めなかった。診断及び加療目的に当科紹介。左同名半盲を認めたが、その他明らかな神経脱落症状を認めなかった。２年前に他院で胃癌に対して胃全摘、脾摘および膵尾部切除が行われており、血液検査で CEA＝5.4 ng/mL、s-IL2R＝901 U/mL と高値であった。転移性脳腫瘍、悪性リンパ腫、悪性グリオーマが鑑別に挙げられた。糖尿病が発覚したため一旦他院で血糖管理を行い生検目的で当院入院。MRI で右側頭葉外側に血腫に接して造影病変が顕在化していたため、こちらの病変に対し開頭腫瘍摘出術を行った。迅速病理診断は、癌腫の転移であった。腫瘍を一塊として摘出したのちに周囲をトリミングして終了した。永久標本では、N/C 比が高い異型細胞が充実性に増殖し、核分裂像が多数認められた。既往の胃癌組織は、小細胞神経内分泌癌（Small cell neuroendocrine carcinoma：SCNEC）であったが、今回の摘出組織も同様の組織像を呈しており、胃原発 SCNEC の脳転移の診断となった。後療法に関しては、放射線治療単独による脳転移巣の局所制御にとどめるか全身化学療法も加えるか、アドバンス・ケア・プランニングを行い、放射線治療単独での加療を行った。一般的に、胃 SCNEC は予後が極めて不良かつ稀であり、脳転移例はさらに稀である。文献的考察を加えて報告する。

B-9

転移性頭蓋骨腫瘍に対してガンマナイフと手術を行った一例

(1) 永冨脳神経外科病院、(2) 大分大学医学部附属病院放射線科

井上琢哉[1]、松本陽[2]、湧川佳幸[1]、永冨裕文[1]

症例は61歳男性、直腸癌のため2016年より大分大学医学部付属病院で手術、化学療法継続されていた。2022年 8 月に頭頂部の隆起を自覚、MRI で転移性頭頂骨腫瘍と診断された。腫瘍は正中左に位置し35 mm大で頭蓋内外に進展し左前頭葉を圧迫していた。

頭蓋内進展を制御する目的で2023年 9 月13日から 9 月20日にかけて腫瘍の下半分に対して32 Gy/5 fr. でガンマナイフ分割治療を行った。経過観察していたが2023年10月末に腫瘍は頭蓋外に大きく進展して角状となっていった。

肺転移もあり予後は 3 ヶ月から半年以内と予測されたが ADL も保たれておりご本人の希望もあったため2022年11月 2 日に腫瘍摘出術を行った。ごく緩やかなS字状の切開を腫瘍直上に加え境界明瞭な腫瘍を露出、頭蓋内に移行する部分は壊死してほとんど出血せず一塊として摘出した。腫瘍頂点、径約 2 cm ほどは帽状腱膜を腫瘍が破って皮下脂肪織に進展しておりここは切除した。骨梁は比較的保たれており硬膜は露出されたが頭蓋形成は行わず手術を終えた。術後、特に問題なく独歩退院となったが2023年 1 月17日に腫瘍死された。

当院では2022年 7 月よりガンマナイフ ICON を導入、マスクによる分割照射が可能となり照射範囲も拡大した。放射線皮膚障害を起こすため頭蓋外に進展する部分の照射は不可能だが 3 cm を越える大きな腫瘍に対してもガンマナイフ治療で頭蓋内進展を抑制しえたと考える。頭蓋外に進展する部分に対しては直達手術を行うことで QOL をある程度の期間維持できた。

転移性頭蓋骨腫瘍の治療に関しては病態がすでに進行しており全身状態も悪い場合が多いため一定の治療方針があるわけではない。文献的考察を加え報告する。

B-10

血管内大細胞型Bリンパ腫が第四脳室底に腫瘤形成し再発した一例

(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、(3) 新古賀病院　病理診断科
酒井美江[1]、吉武秀展[1]、森坪麻友子[2]、古田拓也[2]、西田直代[3]、橋本彩[1]、音琴哲也[1]、坂田清彦[1]、中村英夫[1]、森岡基浩[1]

【はじめに】

血管内大細胞型Bリンパ腫（IVLBCL）は悪性リンパ腫にも関わらず、リンパ節の腫脹を伴わずに節外臓器の微小血管内に充満した腫瘍細胞が閉塞性に進展する疾患である。症状・画像共に特異的所見に乏しく診断に難渋することが多い。今回、IVLBCL が第四脳室底に腫瘤形成し再発した一例を経験したので報告する。

【症例】

50歳、男性。X年 9 月に全身倦怠感、発熱の症状で発症し、LDH 高値、IL2R 高値を認め、ランダム皮膚生検の結果、IVLBCL の診断となった。初回治療は R-CHOP 療法 4 コースと HDMTX 療法 2 コース、R-VDS-CHP 2 コースが施行され、以後 CR を維持していた。X＋3 年10月、頭痛、めまい、食欲不振が出現し、頭部 MRI で延髄左背側～第四脳室壁周辺の脳幹部に T2WI、FLAIR で高信号、GdT1 で造影効果を伴う結節性病変を認めた。IVLBCL の中枢神経再発が疑われるも、ランダム皮膚生検、骨髄生検、髄液細胞診では悪性所見を認めず、診断目的に開頭腫瘍生検術を施行した。病理所見では、明らかな血管内リンパ腫様所見は認めず、perivascular cuffing 像を伴い脳実質内へ浸潤する CNS-Diffuse large B-cell lymphoma の所見であり、R-MPV 療法が開始された。

【考察】

IVLBCL は中枢神経病変を来しやすく、初診時に中枢神経病変を認めない症例も 8～25%に中枢神経再発するとされている。中枢神経病変の検出には MRI が有用であるが、梗塞性変化、非特異的白質病変、軟膜下病変など多彩な画像所見を示しうる為、しばしば診断に難渋する。一般的に血管壁や血管外に腫瘍細胞は浸潤しないと考えられており、脳室壁の結節性病変出の再発は稀である。リンパ腫細胞が静脈灌流障害を生じ脳表や皮質下で浮腫・出血を生じることで血管外へ腫瘍細胞が浸潤するとの報告もある。臨床経過、病理学的所見について文献を交えて考察する。

B-11

転移性脳腫瘍治療後に続発性脳動脈瘤破裂を来した１例

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

溝邉真由、高岸創、黒木亮太、有村公一、空閑太亮、中溝玲、吉本幸司

【背景】

転移性脳腫瘍に続発する腫瘍性脳動脈瘤は非常に稀で、今回、直腸癌原発の転移性脳腫瘍に対し、開頭腫瘍摘出術と放射線治療を行った後に続発性脳動脈瘤破裂による脳出血を来した症例を報告する。

【症例】

症例は49歳女性。42歳の時にStage4 の直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除術を施行され、その後肺転移や骨転移に対し手術･化学療法･放射線療法が行われ、SD の状態であった。49歳時に認知機能低下及び運動性失語が出現し画像精査で左前頭葉底部に転移性脳腫瘍を疑う病変を認めた。腫瘍は Sylvius 裂に嵌り込むように発生しており、一部腫瘍が MCA に強固に癒着していた。開頭腫瘍摘出を行い、血管周囲の剥離困難な部分は残存させて手術を終了した。残存病変と摘出腔に対して放射線療法（60 Gy/30 Fr）を行った。摘出術から10ヶ月後に構音障害と失語を主訴に救急外来を受診し、左前頭葉皮質下出血を認めた。MRA で明らかな血源は指摘できず、保存的加療とした。発症 4 日後の造影 MRI で左 MCA superior trunk の prefrontal artery に動脈瘤を認め、出血源と判断し、同日 NBCA で塞栓術を施行した。術後運動性失語は経時的に改善し、経過良好で術後16日目に自宅退院した。

【考察】

今回の続発性脳動脈瘤の原因として、発症時期や経過からは腫瘍浸潤によるものが疑われた。腫瘍性脳動脈瘤は稀であり文献では数十例の報告のみで、直腸癌に関連する報告はない。今回文献的考察を加えて報告する。

B-12

Cytarabine 療法が奏功した，鞍結節髄膜腫との鑑別を要した頭蓋内 Rosai-Dorfman disease の 1 例

琉球大学医学部脳神経外科

首里雄天、外間洋平、國仲倫史、喜舎場一貴、小林繁貴、長嶺英樹、菅原健一、石内勝吾

【はじめに】

Rosai-Dorfman disease（RDD）は、有病率1：20万の稀な組織球症で、殆どの症例は両側性の粗大頸部リンパ節腫脹を症候とし、中枢神経系に関与する RDD は５%未満と更に希少で、その管理治療方法も確立したものはない。今回我々は、鞍結節髄膜腫との鑑別を要し、亜全摘出術後に実施した化学療法が奏功した頭蓋内 RDD の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】

70代男性。高血圧症の既往あり。進行性の両耳側半盲と視力低下（右0.4、左0.02）で発症した。病変は最大径43 mm で、蝶形骨平面から鞍結節、鞍内に至り、両側視神経と左内頚動脈を巻き込み、左海綿静脈洞内に及んでいた。ガドリニウムで均一に増強され、鞍結節髄膜腫が疑われ、unilateral subfrontal-basal interhemispheric approach で摘出術を行った。視神経、主幹動脈等正常組織との境界はなく、亜全摘出とした。術後視機能は維持された。標本は免疫組織学的にCD68が陽性であり、確定組織診断は RDD であった。残存病変が緩徐に増大傾向を示したため、Cytarabine 療法（Ara-C 100 mg/m^2 x 5 days）を 4 コース施行した。MRI で病変の著明な縮小が確認された。

【考察】

中枢神経系 RDD の治療選択肢には外科的切除、化学療法、放射線治療があるが、報告の殆どは単一症例であり、確立された治療方法はない。放射線治療の反応性については有効性が示されていないため、今回、補助療法としてランゲルハンス組織球症の治療に準じた Cytarabine 標準量療法を選択し奏功した。中枢神経系 RDD は、画像的には原発性脳腫瘍の中で最も頻度の高い髄膜腫に類似し、肉眼的には正常組織との境界が不明瞭で、化学療法反応性を示す稀な疾患と考えられた。

B-13

中硬膜動脈塞栓術後に縮小した器質化慢性硬膜血腫の一例

(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
山川曜[(1)]、大津裕介[(1)]、江藤朋子[(1)]、山下伸[(1)]、倉本晃一[(1)]、森岡基浩[(2)]

【諸言】

慢性硬膜下血腫に対しての治療の基本は穿頭血腫ドレナージ術であるが、近年中硬膜動脈（MMA：middle meningeal artery）塞栓術の報告も散見される。今回、器質化慢性硬膜下血腫（OSDH：organized chronic subdural hematoma）に対して MMA 塞栓術を施行し、血腫の縮小を呈した一例を報告する。

【症例】

90歳、男性。前医で認知機能低下の精査で行った CT で左大脳半球を著明に圧排する慢性硬膜下血腫を指摘され、当科に紹介となった。当院での精査で血腫は OSDH と診断、ADL は自立しており、神経学的にも認知機能低下以外に巣症状は認めず、高齢で手術は希望されないため保存的経過観察の方針となった。2 年間の経過観察の後、右上下肢麻痺を認め、再度当科に紹介となった。CT 上、2 年前より血腫の増大を認め、神経学的に新たに左不全片麻痺、歩行障害を認めた。全身麻酔での開頭手術は希望されず、増大予防目的に NBCA およびコイルを用いて MMA 塞栓術を施行した。術後 CT では血腫は縮小を認め、経過中より左不全片麻痺は改善傾向を認め、mRS 3で自宅退院となった。

【考察】

主に血腫外膜において新生血管の増生や血管透過性亢進が起こり、血漿成分や赤血球の血腫腔内への漏出が促進されることが慢性硬膜下血腫の病態である。また種々の全身状態を背景に起こる被膜での微少循環障害や新生血管からの微少出血に関連する炎症反応が、被膜の肥厚や器質化を誘発し、OSDH が形成されるといわれる。いずれの病態においても、被膜に存在する毛細血管と被膜からの血液成分の漏出が関与しているが、血腫外膜内の毛細血管は MMA から血流を受けるため、再発性・難治性のみならず、OSDH に対しても MMA 塞栓術は有効であると考えられる。

【結語】

超高齢社会の本邦では、今後 OSDH に対して社会背景を考慮した上で治療の選択肢として MMA 塞栓術が有効である可能性が示唆された。

B-14

当院での経皮的硬膜下穿孔術（青木式）の再発、合併症の関連因子～ 383例での検討～

(1) 出水郡医師会広域医療センター脳神経外科、(2) 川内市医師会立市民病院、(3) 鹿児島市立病院、
(4) 霧島市立医師会医療センター、(5) 鹿児島大学病院医歯学総合研究科脳神経外科学
濵田寛章[1]、田實謙一郎[2]、時村洋[3]、樋渡貴昭[2]、黒木伸一[4]、花谷亮典[5]

慢性硬膜下血腫は脳神経外科領域で最も取り扱われる疾患であり、今後も症例数の増加が見込まれる。いくつかの外科的治療法の中で、当院ではより低侵襲な経皮的硬膜下穿孔術（以下、青木式）を第１選択としている。青木式の再発率や再発に関連する因子、合併症リスクについて検討を行った。2007年６月から2020年12月までの間に青木式を施行した症例のうち、画像解析や再発の追跡が可能だった383例（431病変）に対して、術前の患者背景（性別、年齢、抗血小板薬や抗凝固薬の内服歴、術前の神経所見、画像所見（術前の血腫量、血腫の吸収値)、手術内容（術中の生理食塩水での洗浄の有無、排液率)、術後に併用した投薬（五苓散、トラネキサム酸、カルバゾクロムスルホン酸、柴苓湯）の有無を調査し、再発率や再発に関連する因子、合併症リスクについて、後方視的に検討を行った。再発率は23.7％であり、過去の穿頭血腫洗浄術の再発率と同等だったがドレーン留置例よりは高い傾向にあった。多変量解析の結果、年齢、術前の血腫が高吸収であること、術前血腫量が多いことが再発に関連していた。酸素置換前の洗浄も行ったが、再発率に影響はなかった。術後に硬膜外血腫４例、硬膜下血腫２例を認め前者２例後者１例に開頭術を要した。追加手術を要する合併症の発生率は約１％と、穿頭術と同等の結果が得られた。今後ますます高齢者、認知症患者の手術件数は増加すると予想され、青木式はless invasiveでドレーン留置を行わないことより、認知症患者での術後管理も行いやすい。ドレーン留置例よりやや再発率が高めであるが、検討すべき術式と考える。

B-15

頬部・口腔内より中頭蓋窩へ達した穿通性頭部外傷の１例

(1) 大分大学医学部脳神経外科、(2) 大分大学医学部附属病院卒後臨床研修センター、
(3) 大分大学医学部附属病院医療情報部、(4) 佐伯中央病院脳神経外科
大隈壮[1][2]、松田浩幸[1][3]、松下航[1]、麻生大吾[4]、髙尾薫平[1]、大西晃平[1]、阿南光洋[1]、秦暢宏[1]、藤木稔[1]

【症例】

71歳男性。朝から山仕事に出かけ、夕方18時頃、山中で3 m程度の斜面下で害獣用の柵と斜面に挟まれる状態で倒れているところを発見され救急要請。当院搬入時 JCS 20、GCS E3V1M4、瞳孔両側２mm、左共同偏視あり、右不全片麻痺 MMT1、発語なく従命動作不可であった。左上顎部皮膚より口腔内頬粘膜、頭蓋底方向へ貫通したと思われる創を認めたが、穿通物は不明であった。CT では脳底槽、左シルビウス裂を中心に少量のくも膜下出血と脳室内血腫あり、左中頭蓋窩先端部～左基底核・放線冠～半球間裂に直線状に配列する血腫を認めた。側頭窩先端部には骨欠損と内側に転位したと思われる骨片、放線冠部の脳実質内にも小骨片を認めた。身体所見・画像所見より、頬部から中頭蓋窩を通じ棒状の物体が穿通し、抜去された状態であると考えた。CTA では主幹動脈損傷は認めなかった。細菌性髄膜炎を生じていたがデブリドマンは侵襲が大きいと考え抗菌薬投与を含めた保存的加療の方針とした。髄液所見は改善傾向であったが第28病日の MRI にて左側頭葉に膿瘍形成あり、周辺の脳浮腫が増強傾向であったため第29病日に膿瘍摘出・デブリドマンを施行した。中頭蓋窩先端の穿通部は有茎側頭筋膜弁を用いて閉鎖した。膿瘍内には植物片が確認され、穿通物は竹であったことが疑われた。術後抗菌薬投与を継続し、膿瘍・髄膜炎再燃なく JCS 3、失語・右片麻痺残存、mRS 5 の状態で第74病日にリハビリテーション転院となった。

【考察】

穿通性頭部外傷は比較的稀であり、治療方針について明確なコンセンサスは得られていない。また銃撃以外のいわゆる非ミサイル外傷では、穿通経路としては眼窩または口腔・鼻腔から前頭蓋底または蝶形骨方向が多いが、本例のように頬部から中頭蓋窩に至る穿通外傷は極めて稀で、転帰不良が多い。今回我々は左頬部から中頭蓋窩への穿通性外傷を経験したため文献的考察を加えて報告する。

B-16

成人側頭骨特発性髄液漏に対する外科的治療

産業医科大学脳神経外科

切石唯菜、武田康、長坂昌平、井上雅皓、橋田篤知、清野純平、佐藤甲一朗、篠原誼、室谷遊、鈴木恒平、梅村武部、宮岡亮、齋藤健、中野良昭、山本淳考

43歳男性。頭部外傷や手術歴なし。X-5 年より右耳閉感と鼻漏を認めX年に当院耳鼻咽喉科受診。右伝音性難聴および鼓膜切開で髄液漏が疑われ当科紹介。頭部 CT では右錐体骨に溶骨性変化がみられ、中耳腔や乳突蜂巣内に軟部影を認めた。脳槽シンチグラフィーでは右側頭部及び結腸内に RI の異常集積を認め、頭部造影 MRI では右錐体骨周囲の硬膜に非特異的な増強効果を認めた。術前評価では漏出点の同定は困難であったが、右側頭骨特発性髄液漏と診断し、middle fossa approach＋mastoidectomy で髄液漏閉鎖術を施行した。術中所見では内耳道後壁に硬膜欠損部を認め髄液漏出点と同定した。硬膜欠損部は collagen matrix、fat、fibrin glue および muscle fascia を用いて多層性に修復した。術後はスパイナルドレナージを併用し、髄液漏の再発なく中耳腔及び乳突蜂巣の含気を認め、聴力も改善した。成人側頭骨特発性髄液漏は非常に稀であり、症状や検査所見が非特異的なため診断に難渋する。診断には脳槽シンチグラフィーが有用と言われ、頭部 CT や MRI における溶骨性変化や増強効果は漏出部位特定の参考にはなるが、確実に漏出点を同定することが難しい。本症例では脳槽シンチグラフィーで右側頭部及び結腸内に RI の異常集積を認め、髄液とともに漏出した RI が漏出点から耳管咽頭口を通り腸管内に移行したと考えられ、右側頭骨髄液漏と診断できた。外科的治療においては、確実に漏出部を同定し閉鎖することが必須であるが、漏出部が多発することも報告されており注意が必要である。本症例のように骨溶解部を中心に middle fossa approachとmastoidectomy により広く観察することで術中に漏出点を同定することが可能となり、また硬膜欠損部は多層性に閉鎖することが重要である。

B-17

メトロニダゾール誘発性脳症を発症した脳膿瘍の一例

九州労災病院脳神経外科

原田亜由美、田代洸太、田中俊也、芳賀整

【はじめに】

メトロニダゾール（MNZ）は嫌気性及び原虫に抗菌活性を持つ薬剤である。MNZ には神経系の副作用が報告されており、一般的には味覚障害・四肢感覚鈍麻など末梢神経障害が多いが、時として中枢神経系にも作用し意識障害や小脳失調などを引き起こすことが報告されている。今回、脳膿瘍に対して MNZ 長期投与を行いメトロニダゾール誘発性脳症（Metronidazole-induced Encephalopathy：MIE）を発症した症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

【症例】

87歳男性。構音障害、右上下肢の不全麻痺が出現し、当院に救急搬送となった。来院時意識清明、右顔面麻痺、中等度の構音障害、右上肢 Barre 回内を認めた。頭部画像精査にて左放線冠に1.5 cm大の増強病変を認め、脳膿瘍の診断となった。抗菌薬（CTRX＋VCM＋MNZ）を開始したが、膿瘍は増大傾向を示し、入院 9 日目と30日目に脳膿瘍排膿術を施行した。術後抗生剤加療を継続し膿瘍は縮小傾向を示していたが、入院44日目に意識障害、左上下肢不全麻痺を認めた。頭部 MRI にて両側小脳歯状核、橋背側、中脳被蓋、右放線冠、右中心前回周囲に FLAIR 高信号域が出現しており、MIE の診断となった。MNZ を中止し、中止後10日程で徐々に意識障害は改善し、頭部 MRI でも FLAIR 高信号域は消失した。以降、脳膿瘍の再増大もなく、リハビリ転院となった。

【考察】

MIE は MNZ 長期使用に生じる薬剤誘発性脳症である。意識障害や小脳失調、構音障害、歩行障害などの症状を呈し、症状は薬剤中止により改善することが多い。MIE は投与期間と総投与量が発症リスクになることが知られており、長期投与には注意が必要である。

【結語】

今回、脳膿瘍に対して MNZ 長期投与を行い MIE を発症した症例を経験した。MNZ は脳膿瘍に対する治療として良い適応であるが、長期投与が必要となり、MIE の発症に注意する必要であると考える。

B-18

Hybrid OR での Cone beam CT を用いた L-P shunt 術の 1 例

福岡大学医学部脳神経外科

松石宗斉、河野大、吉永進太郎、田中秀明、福本博順、榎本年孝、小林広昌、森下登史、竹本光一郎、安部洋

シャント手術は歩行障害・尿失禁・認知機能低下といった ADL を急激に低下させる正常圧水頭症に対し、効果的な手術として知られている。また脳神経外科の手術の中では比較的経験年数が少ない医師も執刀する手術である。その中でも L-P shunt 術は頭蓋内操作がないため低侵襲で安全な手術である。しかし、時に腰椎チューブの迷入・断裂やそれによる神経根性疼痛などの合併症を起こすことがあり、術後に腰椎チューブの調整や抜去が必要になることがある。今回、我々は Hybrid OR を使用し、術中に Cone Beam CT を撮影することで腰椎チューブの位置を正確に確認し、より安全な L-P shunt 術が可能になった症例を経験した。

症例は71歳男性、歩行障害・認知機能低下を主訴に当科外来に紹介となった。頭部 MRI にて高位円蓋部の狭小化およびシルビウス裂の開大を認め、Evans index 0.34であったため正常圧水頭症と診断した。Tap test にて症状の改善を認め、高齢であることから L-P shunt 術を施行した。腰椎チューブを挿入したのち、Cone beam CT にてチューブが直線的に頭側にあることを確認した。術後、歩行障害・認知機能低下ともに改善し、現在の mRS は 1 。

L-P shunt 術に対して Hybrid OR での Cone beam CT を用いることでより正確な手術が可能となった。また迷入している際は再留置が術中にできるため安全な手術であると考える。文献的考察も含めて報告を行う。

B-19

環椎後弓欠損 Currarino 分類 typeC を伴う頸髄腫瘍の 1 例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

横田航士、井上恵理、永野祐志、菅田淳、山畑仁志、花谷亮典

【はじめに】

環椎後弓欠損は約 4 %に見られる比較的稀な先天異常で、多くは無症候性で偶然指摘される。今回、無症候性の環椎後弓欠損を伴う頸髄血管芽腫の治療に際し、椎弓切除後摘出を行ったところ、残存した後弓骨片の不安定性により、術後に症候性の硬膜外血腫を生じた症例を経験した。

【症例】

47代女性。頚部痛と右上肢のしびれを主訴に前医受診し、頚椎 MRI で延髄からC1 にかけて髄内に嚢胞、表面に造影効果のある結節を伴う腫瘍性病変を指摘された。経過観察中に、嚢胞性病変が増大し、右上肢の痺れも増強を認めたため、外科的加療の方針となった。同時に術前頚椎 CT で後弓両側に裂隙を伴う環椎後弓欠損 Currarino 分類 typeC を認めた。後弓に不安定性はなかったため、通常の範囲の後弓切除を行い、腫瘍を摘出した。術後、右手のしびれは改善傾向にあったが、術後 6 日目に、くしゃみを契機に右頚部と右上肢の痺れの増悪をきたした。頸椎 CT と MRI で C1 後弓切除部右側に硬膜外血腫を認めた。不安定性のない C1 後弓の癒合不全であったが、正中部の椎弓切除を行ったことで不安定性が増し、急速な動きによって C1 の残存骨片が硬膜の静脈叢を損傷し血腫を形成したと考えられた。速やかに硬膜外血腫除去と、残存する後弓骨片の切除を行った。再手術後に症状は改善し、出血や症状の再燃はなく経過した。

【考察】

不安定性がなく無症候性の環椎後弓欠損は、多くで保存的加療が行われる。しかし、今回のように硬膜内病変の治療に際して後弓の一部を切除することで、残存した後弓の骨片が不安定性を増す危険性がある。そのため、周囲の静脈叢や動脈の損傷を引き起こす可能性を念頭に置いた、術前評価や手術法の検討が必要と考えられた。

B-20

神経鞘腫との鑑別が困難であった腎細胞癌が遅発性に頚椎神経根に転移した稀な一例

(1) 医療法人正島脳神経外科、(2) 久留米大学医学部病理学講座、(3) 静便堂白石共立病院脳神経外科
正島弘隆[1]、正島和人[1]、正島隆夫[1]、古田拓也[2]、本田英一郎[3]

腎細胞癌は成人の悪性腫瘍全体で２～３％とされており、原発巣摘出後も30％は再発すると考えられている。今回我々は、腎細胞癌にて腎摘出術施行後11年後に頚椎神経根に転移再発した一例を経験したので報告する。患者は65歳男性、左側頭部から頚部にかけての疼痛を主訴に来院した。精査にて左 C2/3 におけるダンベル型の頚髄硬膜内髄外腫瘍、おそらく神経鞘腫が疑われたため摘出術を行った。硬膜切開すると肉眼的には C3 前根に発生母地があると考えられた。神経鞘腫より易出血性な印象はあったが予定通り C3 神経根ごと腫瘍は摘出した。硬膜外の腫瘍は部分摘出に留め閉創し、手術を終了した。術後症状は寛解したが、病理診断では ISUP/WHO grade2 の腎淡明細胞癌の転移が疑われた。後療法については腎摘出術を施行した医療機関と相談する予定である。

B-21

総排泄腔外反症に合併したdouble spinal lipomasの１例

(1) 福岡市立病院機構福岡市立こども病院脳神経外科、(2) 蜂須賀病院脳神経外科

黒木愛[(1)]、村上信哉[(1)]、森岡隆人[(2)]

【背景】

非常に稀な先天奇形である総排泄腔外反症は生命を脅かす疾患であり、出生後速やかに小児消化器外科や泌尿器科などによる手術介入が必要である。一方で、OEIS complex（Omphalocele-Exstrophy-Imperforate Anus-Spinal Defects）として合併する脊髄係留病変は、終末部脊髄嚢瘤（TMCC：Terminal Myelocystocele）の他、caudal typeや filar type といった脊髄脂肪腫など、二次神経管形成障害に伴う閉鎖性二分脊椎が主であり、脳外科として適切なタイミングでの手術介入を検討する必要がある。我々の経験した脊髄係留病変の代表症例を報告する。

【症例】

妊娠36週４日に頭位経膣分娩で娩出した総排泄腔外反症の児。日齢０に臍帯ヘルニア修復、人工肛門造設、膀胱形成の手術を受けた。腹部術後の状態が安定した生後１ヶ月の MRI で脊髄脂肪腫による脊髄係留状態を認めた。生後６ヶ月時に脊髄係留解除を行い、caudal typeとdorsal typeのdouble spinal lipomas と診断した。

【結語】

総排泄腔外反症に合併する脊髄係留病変が、TMCC の場合は経過中に瘤が急速に増大することが多く、症候性になり、術後の髄液漏出に苦慮する事があるため、早めの手術が望ましい。しかし、今回のような脊髄脂肪腫の場合は TMCC ほど急がず待機的に手術が可能と考える。

B-22

腫瘍性病変による側頭葉てんかん：単一施設での治療経験

(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) 長崎川棚医療センター・西九州脳神経センター　脳神経外科、(4) 西諫早病院てんかんセンター
内田大貴[1]、小野智憲[1]、定方英作[1]、吉田道春[1]、原口渉[1]、案田岳夫[1]、馬場史郎[2]、戸田啓介[3]、馬場啓至[4]

【背景】

脳腫瘍に伴うてんかん発作をしばしば経験し、時に薬剤抵抗性を示す。低悪性度のてんかん原性腫瘍は病理学的にLow-grade epilepsy-associated neuroepithelial tumors: LEATとも分類され、手術加療が検討される。てんかん外科手術を行った症例のうち、脳腫瘍関連てんかんの割合や治療・経過の特徴について、特に側頭葉てんかんに着目して後方視的検討を行った。

【対象・方法】

2011年から2021年までの10年間、長崎医療センターで側頭葉てんかんと診断、手術加療がされた症例を抽出した。発作発症時期、手術までの投薬内容や期間、術後転帰などを診療録から解析した。

【結果】

側頭葉てんかんに対して手術加療を行った76症例のうち、腫瘍性病変が確認された症例はgangliogliomaが2例、diffuse glioneuronal tumorが1例、DNT/ganglioglioma/PLNTYが1例、PXAが1例の計5例（6.6%）だった。術前の画像検査では、4例が嚢胞性病変を伴い、3例で石灰化、2例で造影効果を伴っていた。全症例が焦点意識減損発作であり、脳波の異常所見は病変側と一致していた。1例は海馬硬化を伴っていた。手術時年齢の中央値は7歳（最年少～最高齢：3～19歳）、初診から手術までの期間は中央値4か月（最短～最長：1～16か月）だった。術前4症例は1種類の抗てんかん薬のみで加療され、薬剤調整の余地はあったが早期の手術加療が選択されていた。術後は全症例で発作消失が得られた。

【結論】

腫瘍関連の側頭葉てんかんでは病変が限局している場合、手術摘出で良好な発作転帰が得られた。特に小児症例では認知・発達への影響や悪性化の危険性を考慮し、発作時脳波や臨床所見が腫瘍性病変の局在と一致していれば、2剤目を試みる前の早期手術も検討されると考えた。

B-23

内頚動脈直接穿刺を行いアクセス困難な AIS に対して経皮的脳血栓回収を施行した症例

(1) 福岡市民病院脳神経外科、(2) 福岡市民病院脳神経内科、(3) 福岡大学医学部脳神経外科
日下部太朗[1]、福島浩[1]、向井達也[2]、中垣英明[2]、吉野慎一郎[1]、平川勝之[1]、安部洋[3]

【症例】

76歳男性。構音障害と右上下肢麻痺にて発症し当院搬送となった。NIHSS 5 点、DWIASPECTS 9 点。MRA 上左内頚動脈と左 M2 以遠の描出不良を認め、t-PA 療法併用下に血栓回収術を施行する方針とした。右大腿動脈穿刺にて行い、Optimo 8Fr を左総頚動脈に誘導し、内頚動脈分岐部を通過しようとしたが困難で断念した。rtPA も投与していたこともあり、術後症状は軽快し、翌日 MRA にて M2 の再開通を認めた。第 2 病日、症状の再増悪を認め、DWI-ASPECT 7 点、MRA 上左 M1 閉塞を認めた。内頚動脈は石灰化が強く閉塞しており通過困難であったため、内頚動脈直接穿刺で治療を行う方針とした。全身麻酔下で頚動脈を露出後、直接穿刺し、6Fr sheathを留置した。sheathにはgoodman のYコネクターを装着した。撮影上内頚動脈頂部閉塞を認め、Catalyst 7（AC)、Trevo Trak 21を M2 superior trunk に誘導し、TrevoNXT 4/41 mm を誘導展開した。AC とステントを一塊に回収し、ステント内には大量の赤色血栓を認めた。術後右上下肢麻痺は軽快した。術後 MRI DWI 上基底核、島回、前頭葉に高信号域認めた。第 9 病日、3 CTA 上内頚動脈は僅かに再開通していた。第17病日、頚動脈内膜剥離術施行するも癒着が高度で断念した。その後は明らかな神経症状の増悪なく経過し、失語・右不全麻痺が後遺しリハビリ病院転院となった。

今回、アクセス困難な塞栓性脳梗塞患者に対して内頚動脈穿刺による経皮的脳血栓回収術を行った症例を経験したので報告する。

B-24

再閉塞を繰り返す頭蓋内内頚動脈狭窄症に対してNeuroform Atlasを留置した一例

(1) 福岡青洲会病院脳神経外科、(2) 福岡大学医学部脳神経外科

岡雄太[1]、手賀丈太[1]、堀尾欣伸[1]、竹本光一郎[2]、安部洋[2]

【背景】

頭蓋内内頚動脈狭窄症に対する急性期血行再建術では再開通率は心原性と比較して不良である。PTA を行うと一旦は再開通するものの閉塞を繰り返すことを経験する。その場合ステント留置が必要だが、Wingspan は製品供給の観点から超急性期の留置はしばしば困難である。今回、再閉塞を繰り返す左頭蓋内内頚動脈狭窄症に対して Neuroform Atlas を留置し良好な転帰を辿った一例を経験したので報告する。

【症例】

75歳女性、ADL 自立。失語をきたし、前医へ救急搬送された。 MRA で左内頚動脈閉塞を指摘され、血行再建術の適応と判断された。t-PA を静注されながら当院へ紹介搬送となった。搬入時、意識清明で運動性失語と構音障害を認めた（NIHSS 5 点）。同日緊急で血栓回収術を施行した。 8 F OPTIMO を左内頚動脈へ誘導し撮影すると左内頚動脈は再開通していた。左内頚動脈（C1）に高度狭窄が残存していたが、症状は改善しており、追加治療は行わなかった。翌朝 t-PA 投与から24時間後にアスピリン200 mg、プラスグレル3.75 mg、ヘパリン10,000単位/日の投与を開始した。その夜に失語の出現を認めたため、MRI を撮像したところ左内頚動脈閉塞と梗塞の拡大をきたしていた。プラスグレル20 mg を投与し、血行再建術を施行した。狭窄部に対して Gateway MR 2.0×12 mm で 3 度 PTA を施行（4 atm、3.4 atm、4.7 atm）するも再閉塞を繰り返したため、Neuroform Atlas 3.0×21 mmを留置した。術後 MRI で左内頚動脈は開存しており、神経学的脱落症状なく近医へ転院とした。術後 3 ヶ月目の脳血管造影検査で再狭窄は認められず、左内頚動脈の開存は保たれていた。

【結論】

頭蓋内内頚動脈狭窄症に対する急性血行再建術中に再閉塞を繰り返す場合には Neuroform Atlas の留置が有用な可能性がある。

B-25

超急性期両側同時尾状核部出血の１例

(1) 久留米大学高度救命救急センター、(2) 聖マリア病院脳神経外科、
(3) 久留米大学医学部脳神経外科
渡邉竜馬(1)、菊池仁(1)、星野誠(2)、高橋新司(1)、酒井美江(3)、橋本彩(1)、折戸公彦(3)、廣畑優(3)、
森岡基浩(3)

【緒言】

超急性期両側同時尾状核部出血は稀で、出血の機序として超急性期に両側同時性に高血圧により小血管が破綻する機序や片側の出血が Gratiolet 管を介して反対側に波及する機序が報告されているが推察の域を脱し得ない。我々はこれまで脳出血急性期に造影剤の漏出像である leakage sign を報告し、出血の増大予測や出血点の同定に役立ててきた。今回、超急性期両側尾状核出血を生じ造影剤の漏出像を両側性に捉えることができた症例を経験したので報告する。

【症例】

78歳女性。高血圧の指摘があったが未加療であった。自宅内で倒れているところを発見され当院搬送となった。搬入時血圧は高値で意識障害（JCS 200）を認め、最終健常確認時間から40分後の頭部 CT で両側尾状核頭部に対称性に出血を認め、また閉塞性水頭症を併発していた。造影 CT で両側性に造影剤漏出像（早期相で spot sign、遅延相で leakage sign）を認め、両側の小血管破綻の機序が考えられた。緊急で両側脳室ドレナージを施行。頭部 MRI では、Gratiolet 管を介して両側の出血が交通している所見を認めた。脳血管撮影検査では、微小な動脈瘤が右の外側線条体動脈の末梢に認めたが、出血部と離れており、責任病変ではないと判断した。血液検査などで血管炎などの所見も認めず、以上より高血圧による両側同時性脳出血と診断した。その後意識は JCS 2 まで改善し、四肢の麻痺は認めないが、高次脳機能障害を認め、無為も顕著で現在リハビリ加療を継続している。

【結語】

超急性期両側基底核部出血の報告は散見されるが、出血機序に関しては推察の域を脱していない。過去に両側尾状核部出血で造影剤の漏出像をとらえた報告はなく、今回我々は画像上、両側性に造影剤の漏出像を認め、両側の小血管破綻が生じていることの客観的証拠を捉えることができた。文献的考察を加え報告する。

B-26

転移性心臓腫瘍による脳塞栓症が疑われた一例

(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

宮川健[1]、田尻崇人[1]、河野大[2]、吉永進太郎[2]、田中秀明[2]、福本博順[2]、榎本年孝[2]、小林広昌[2]、竹本光一郎[2]、岩朝光利[1]、石倉宏恭[1]、安部洋[2]

【背景】

原発性心臓腫瘍は稀な疾患で、発生頻度は0.001～0.28%とされる。中でも粘液腫の頻度が多く塞栓性脳梗塞の原因となる事が知られているが、転移性心臓腫瘍を合併した脳塞栓症のまとまった報告は本邦では数少ない。今回、転移性心臓腫瘍の合併が疑われた脳塞栓症の一例を経験したので報告する。

【症例】

症例は77歳女性。右肺尖部腺癌に対する化学療法目的に呼吸器内科入院中。PET-CT にて心尖部に FDG 集積を認め、心エコーでは左心室内に59 mm×27 mm の腫瘤影が確認され、心臓造影 MRI では転移性腫瘍が疑われていた。突然の意識障害、失語を認めて脳神経外科へコンサルトとなった。診察時、JCS 3、右上下肢不全麻痺、全失語を認め、NIHSS：17/42。心房細動なし。頭部 MRI では左 M2 inferior trunk の閉塞、DWI-ASPECT：6/10 の急性期脳梗塞を認めた。Hb：5.9 g/dl と貧血であり、S状結腸腫瘍からの出血も否定できなかったため、t-PA は投与せず血栓回収術の方針とした。少量の白色構造物のみが回収された。TICI2A の再開通を得て手術を終了とした。術後は明らかな症状改善見られなかった。術後 3 日目に神経内科へ転科し、リハビリ加療でNIHSS：15/42まで改善した。術後24日目に mRS:5 で緩和治療目的に転院となった。

【考察】

転移性心臓腫瘍は心臓腫瘍の中では比較的多く、1900人の癌患者の剖検に関する研究では、８％の患者に心臓転移が報告されている。担癌患者においては脳をはじめとした、他臓器への血栓塞栓症のリスクが高いが、心臓転移の際には、肺塞栓による突然死の可能性を考慮する必要がある。注意喚起も含め、文献的考察を加え報告する。

B-27

出血を来したDown症候群に合併したRNF213遺伝子変異を有するもやもや症候群の1例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座

亀野功揮、賀耒泰之、宮﨑愛里、岳元裕臣、武笠晃丈

【症例】

Down症候群の男児。8歳時に脱力発作の精査でもやもや症候群と診断され、9歳時に他院で左側の間接バイパス術が行われた。12歳時に当科に紹介となり精査が行われ経過観察の方針となった。この際の血管撮影で左側の間接バイパスからの血流は認めたが、発達したchoroidal anastomosis（CA）は残存していた。13歳時に突然の頭痛と嘔吐のため他院に搬送され、左視床出血及び左側脳室内出血を認めた。厳重な血圧管理にもかかわらず4日後には右側脳室内出血を来した。保存的加療にて神経脱落症状なく第20病日に自宅退院となった。その後、当科で血管撮影を行ったところ、左側のCAは退縮していたが、右側のCAの発達と、anterior choroidal artery（AchA）の末梢に脳動脈瘤を認めた。脳出血発症4カ月後に、血行力学的負荷を減弱させ動脈瘤を消失させること、また再出血を予防することを目的に右側のSTA-MCAバイパス及び間接バイパス術を行った。周術期の合併症なく独歩退院となった。術後1年後の血管撮影では、バイパスからの側副血行の発達は良好で、右AchAの末梢性動脈瘤の消失を確認した。本患児は*RNF213*遺伝子変異を有していた。

【考察】

Down症候群に合併したもやもや症候群の小児例は虚血発症が多いが、本例はもやもや病と同様にchoroidal anastomosisが残存していたことが出血を来した一因と考えられた。また、同時期に反対側の出血を来したことも稀な経過であった。加えて、近年、RNF213-related vasculopathyの概念が提唱されており、もやもや症候群との関連についても文献的考察を加えて報告する。

B-28

クラゾセンタン投与終了後も血管攣縮が遷延した２症例

（株）麻生飯塚病院脳神経外科
要名本あゆみ、甲斐康稔、井上大輔、迎伸孝、安部啓介、山田哲久、名取良弘

【緒言】

脳動脈瘤によるくも膜下出血後の脳血管攣縮の発症抑制薬として、近年エンドセリン受容体拮抗薬であるクラゾセンタンが用いられている。今回我々は、血管攣縮期以降、クラゾセンタンの投与終了後にSpasmが増悪した症例と、Spasm所見がある際のクラゾセンタンの終了時に工夫を行った症例を経験したので報告する。

【症例】

症例１、48歳女性。右IC-PC動脈瘤破裂によるSAHに対しコイル塞栓術を施行。術後よりクラゾセンタンを開始した。day8のDSAで血管攣縮の所見があり、ファスジルと低分子デキストランの点滴を併用した。day14でクラゾセンタンの投与を終了したが、day16に頭痛があり、MRIで右MCA領域に新規梗塞あり、血管攣縮が著明であった。エダラボン点滴、シロスタゾール内服を行い、その後day36のMRAでSpasmは回復した。

症例２、47歳女性。右ICA終末部の動脈瘤破裂によるSAHに対しコイル塞栓術を施行、術後よりクラゾセンタンを開始した。day5から低分子デキストランを併用し、day8のDSAで血管攣縮あり、ファスジル点滴を開始した。クラゾセンタンはday15で終了したがその時点でもSpasm所見の残存があったためファスジルや低分子デキストランの点滴は継続し、さらにシロスタゾールとアトルバスタチンの内服を追加した。day21のMRIでSpasm所見は改善した。

【考察】

脳血管攣縮の発現時期はくも膜下出血発症４～14日後とされており、クラゾセンタンの投与も発症15日目までとなっている。しかし症例１のように14日目以降でも血管攣縮の増悪を認める場合もあり、高リスク症例の場合には症例２のようにクラゾセンタン投与終了時に併用薬の継続を考慮するなどの工夫が必要になると考えられる。

B-29

再発後下小脳動脈分岐部動脈瘤に対し逆行性にNeuroform Atlasを展開しコイル塞栓を行った1例

(1) 産業医科大学脳神経外科、(2) 産業医科大学脳卒中血管内科

岸本拓也[(1)]、浦勇春佳[(2)]、黒川暢[(2)]、梅村武部[(1)]、山本淳考[(1)]、田中優子[(2)]

症例は63歳女性。20XX年1月某日突然の頭痛、意識障害にて前医搬送された。左椎骨動脈-後下小脳動脈分岐部脳動脈瘤の破裂によるくも膜下出血を認め、同日コイル塞栓を施行した。術後経過良好でmodified Rankin Scale 1で自宅退院となった。

フォローアップの血管造影検査にて動脈瘤の再発を認め当院を紹介受診した。再発瘤のサイズは4×3.8×3.8 mm、neck 2 mm、左後下小脳動脈は最大径1.5 mm、同側椎骨動脈径は4.2 mmであった。後下小脳動脈はドームより分岐しており、コイル塞栓術単独では閉塞する事が懸念されたため、ステント併用コイル塞栓術を施行した。両側椎骨動脈にガイディングカテーテルを留置、ステント誘導用のSL-10を対側の右椎骨動脈より左後下小脳動脈に誘導し、コイル塞栓用のSL-10を左椎骨動脈経由で動脈瘤内に誘導した。瘤内に3本のコイルを挿入した後に、Neuroform Atlas 4×21 mmを後下小脳動脈から椎骨動脈遠位部へ展開しnearly occlusionでコイル塞栓を終了した。術後散在性脳梗塞を認めたが、新規の神経症状は出現せず術後7日目に自宅退院となった。本症例においてNeuroform Atlasは1.5 mm程度の後下小脳動脈に安全に留置・展開が可能で、コイル単独では分枝血管の温存が困難な動脈瘤に対して有用であった。

B-30

大型内頚動脈に対しバルンガイドカテーテルを用いて suction & decompression 法を行った1例

(1) 池友会福岡和白病院臨床研修医、(2) 池友会福岡和白病院脳神経外科

原田希望[(1)]、梶原真仁[(2)]、清澤龍一郎[(2)]、荒川渓[(2)]、三本木千尋[(2)]、原田啓[(2)]、福山幸三[(2)]

大型左内頚動脈-後交通動脈瘤（IC-Pcom）は動脈瘤剥離や近位血管の確保が問題となる。症例は50歳代女性。脳ドックにて IC-Pcom 瘤12 mm大が見つかった。動眼神経麻痺は見られなかった。術前の MRI CISS 画像で動脈瘤のドームによる動眼神経の圧迫が見られた。Pcom は fetal type であった。

開頭 clipping 術を施行、術中に経皮的バルーンガイドカテーテル（6 Fr Optimo BGC）による内頚動脈遮断を準備した。MEP モニタリング下にシルビウスアプローチにて瘤後面の剥離は困難であった。BGC を透視下に内頚動脈に誘導し、BCG で錐体部内頚動脈を遮断、内頚動脈と前脈絡叢動脈の間で clip をかけ遮断した。更に BGC から suction and decompression を行った。瘤内圧が減圧され瘤後面の剥離を行い clipping を行った。内頚動脈の遮断時間は5分であった。その後、ICG で良好な clipping を確認した。術後経過良好であった。

従来 suction and decompression は頚部頚動脈を露出し、シース挿入を行っていた。BGC が進歩し 6 Fr Optimo の誘導が容易となり簡便に内頚動脈遮断および血液吸引が可能となり有用であった。大型の fetal type IC-Pcom 瘤の治療でコイル塞栓は神経圧迫と再発のリスクが高く、フローダイバーターステントは根治率が低く長期抗血小板療法の問題がある。BGC を用いた suction and decompression は大型内頚動脈瘤に有用である。

B-31

Flow diverter留置術後に遅発性脳動脈瘤破裂により生じた内頸動脈海綿静脈洞瘻に対して経静脈的コイル塞栓術を施行した1例

那覇市立病院脳神経外科

新崎盛敏、豊見山直樹、與那覇博克、我那覇司、松山美智子、根路銘千尋、下地亮、新屋貴裕、高原健太、友利壮志、宮里清隆、喜舎場一貴

症例は60代女性。来院2年前に近医での頭部MRIで右内頸動脈に7 mm大の脳動脈瘤の指摘を受けていたが、通院を自己中断していた。入院の4ヶ月前に右外側注視時の複視を自覚し当院外来受診。 脳血管撮影で右内頸動脈の海綿静脈洞部（C3）に最大径12 mm、neck 4 mmのblebのない動脈瘤を認めた。症候性であり、動脈瘤が増大傾向であったため、治療適応と判断し、flow diverter（FD）留置術を施行した。FDは床上部（C2）から海綿静脈洞前部（C5）まで留置し、留置後の撮影で動脈瘤内の造影剤の停滞を認めた。

術後の経過は良好であったが、治療1週間後に右眼球充血、外転神経麻痺の症状を認めた。動脈瘤の血栓化に伴う症状出現と判断し、ステロイド内服を開始した。一旦は症状の改善を認めたが、治療1ヶ月後で症状の再燃を認めた。その際に行った頭部MRIで、内頸動脈海綿静脈洞瘻（carotid-cavernous fistula：CCF）の発症を確認した。内頸動脈撮影では海綿静脈洞が描出され、上眼静脈、下眼静脈への逆流を認めた。これらの所見から遅発性動脈瘤破裂によるCCFと判断した。CCFの血流が多く、保存的治療では困難と考えた。血管内治療が必要と判断し、経静脈的にマイクロカテーテルを動脈瘤内に誘導し、瘤内コイル塞栓術を施行した。動脈瘤は消失したがわずかにCCFは残存し、上眼静脈、下眼静脈の流出は消失した。

今回、我々はFD留置後に遅発性動脈瘤破裂によって生じたCCFに対して、経静脈的動脈瘤コイル塞栓術で良好な結果を得た症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

B-32

Flow diverter 留置後短期間で生じた de novo 動脈瘤の一例

長崎大学医学部脳神経外科

中村光流、諸藤陽一、白濱麻衣、後藤純寛、松尾彩香、塩崎絵理、近松元気、小川由夏、岡村宗晃、馬場史郎、氏福健太、諸藤陽一、日宇健、吉田光一、松尾孝之

【はじめに】

Flow diverter（FD）留置後の動脈瘤不完全閉塞はしばしば認められるが、短期間で新たに動脈瘤を形成した報告は過去 1 例に留まる。

今回我々は FD 留置後短期間で生じた de novo 動脈瘤に対して FD 追加留置を行い、de novo 動脈瘤の完全閉塞を得た症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】

症例は61歳女性。近医にて複視精査のため撮影された頭部 MRI にて左海綿静脈洞部内頚動脈瘤（C4）を指摘され当院紹介受診。左動眼神経麻痺で発症した症候性左内頚動脈瘤の診断で FD 留置を行い、術後経過良好にて自宅退院となった。

術後半年後のフォローアップ脳血管造影検査にて FD distal に最狭窄部20 mmの高度狭窄と、その前後で瘤状の拡張を認めた。C2 から C5（前回留置した stent 内）にかけて FD 追加留置を行った。FD 再留置半年後フォローアップのための脳血管造影検査では動脈瘤や母血管の狭窄はなく、O’Kelly-Marotta（OKM）grading scale D であった。

【考察】

FD 留置後の12ヵ月での動脈瘤の完全閉塞率は 73.3～85.3 %と報告されているが、我々の渉猟し得た限りでは短期間で de novo に動脈瘤を形成した報告は過去 1 例のみである。また、渉猟し得た限りでは de novo 動脈瘤に対して FD 追加留置を行い、de novo 動脈瘤の完全閉塞を得た症例は本症例が最初の報告例と考えられる。

本症例においては FD 追加留置に際して再度の FD distal での瘤形成や狭窄部前後で FD が拡張されるか否か等の懸念があり、bypass 併用の PAO も考慮したが、最終的に FD の追加留置により良好な経過を得ることができた。非常に稀な症例と考えられ、文献的考察も加え報告する。

B-33

巨大左内頚動脈瘤に対しフローダーバーターステント留置術を施行した一例

(1) 産業医科大学　脳神経外科、(2) 産業医科大学　脳卒中血管内科、
(3) 昭和大学横浜市北部病院　脳神経外科
浦勇春佳[1]、佐藤甲一朗[2]、黒川暢[2]、田中優子[2]、切石唯菜[1]、梅村武部[1]、寺田友昭[3]

60歳代男性、X年3月に近医で施行された頭部MRIで左内頚動脈終末部部に紡錘状動脈瘤を認め、動脈瘤の治療目的に当院に紹介された。脳血管造影検査では15.3 × 8.0 × 9.0 mmの紡錘状動脈瘤を認めた。動脈瘤内にはflapのような構造物があり左内頚動脈から左A1へのアクセスは困難なことが予想された。右A1は低形成（径0.4 mm）であり、Matas testでは右内頚動脈から前交通動脈を介したcross flowはわずかであった。

バルーン閉塞試験において左内頚動脈遮断時の右内頚動脈撮影では両側前大脳動脈の末梢の描出は不良かつ遅延していた。Stump pressureは平均血圧が30 mmHgであり、遮断後約3分間で分状態となった。以上の検査結果より左A1のsacrificeは不可能と判断、左M1からICAにかけてフローダイバーター（FD）ステントを留置する方針とした。

Sofia selectをM1水平部まで誘導し、phenom 27をM3まで誘導した後にpipeline 3.75 × 30 mmを選択・展開した。SceptorXc 4 ×11 mmをステント内で拡張し、pipelineを血管壁に密着させた。術後、新規の神経所見は認めず経過良好で退院した。

左ICA終末部に形成された防水状動脈瘤で、右A1低形成のため右側からのcross flowが期待できない上、左A1のアクセス不良があり治療法選択に難渋したが、最終的に瘤の縮小および両側A1のリモデリングを期待してFDステントを留置した。

B-34

増大傾向を認めた血栓化巨大動脈瘤の一例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

香野草太、春山裕典、亀田勝治、石堂克哉、一ツ松勤

【背景】

椎骨脳底動脈の巨大動脈瘤は根治が難しく、脳幹圧迫症状を呈すと予後は極めて不良である。今回、我々は血管内治療後増大を認めた血栓化椎骨動脈瘤に対し観血的治療を行い、良好な経過を得たため、文献的考察を交え報告する。

【症例】

50代の男性が2018年に頭痛を契機に両側椎骨動脈解離による仮性動脈瘤を指摘され、前医にて両側椎骨動脈に頭蓋内ステント留置術を施行された。その後、瘤は血栓化動脈瘤となり増大し、2022年脳幹圧迫による構音障害、嚥下障害、左不全麻痺が出現し、歩行困難、嚥下困難（気管切開）となったため（mRS5)、治療目的にて当科紹介となった。

動脈瘤の大部分は血栓化しており、近位側と遠位側から僅かに瘤内が描出されていた。血管内治療で右椎骨動脈瘤近位側の母血管閉塞を行い、翌日に anterior transpetrosal approach で椎骨動脈遠位側を clipping にて閉塞し、lateral suboccipital approach にて動脈瘤を切開し、血栓を可及的に摘出し減圧を図った。

術後、動脈瘤は縮小傾向となりリハビリ転院の後に mRS3 で自宅退院後、現在外来経過観察中である。

【考察】

本症例では、瘤の大部分が血栓化しているにも関わらず増大傾向を示し、脳幹症状が悪化した。血栓化瘤が増大する機序として瘤内に流入する血液により血栓化が進むこと、vasa vasorum からの血流による血栓の成長が考えられる。瘤内血栓の除去に加え、血管の遮断と壁の凝固焼灼により良好な経過が得られたと考えられた。

B-35

頭蓋内内頚動脈狭窄の急性閉塞に対して薬剤溶出性冠動脈ステントを使用した一例

(1) 佐世保中央病院　脳神経外科、(2) 福岡大学医学部　脳神経外科

後藤夏奈[1]、平尾宜子[1]、高原正樹[1]、武村有祐[1]、竹本光一郎[2]、安部洋[2]

【はじめに】

頭蓋内動脈硬化症（ICAS）は、アジアにおいて脳卒中の原因の30～50%を占めるとされており、ICAS 関連大血管閉塞では再閉塞の割合が高く、再灌流率は塞栓性閉塞よりも低い。近年内科的治療抵抗性の ICAS に対しては Wingspan の使用が一般的だが、緊急使用できない状況である。一方コイル塞栓術支援用ステントや冠動脈ステントは使用頻度が高く、院内で常備されることが多い。今回我々は頭蓋内内頸動脈狭窄の急性閉塞に対して薬剤溶出性冠動脈ステントを用いて緊急処置を行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】

77歳男性。従来、左内頚動脈錐体部狭窄のある患者で、バイアスピリン内服中のX-1 年に脳幹梗塞を発症し、クロピドグレルへ変更。X年 6 月左脳梗塞発症し、血管造影検査では左内頸動脈狭窄の進行（WASID 73%）がみられた。内科治療抵抗性の ICAS で、待機的に Wingspan standby での PTA を行う方針とし、抗血小板剤はバイアスピリン+プラスグレルに変更した。治療予定の 3 日前に右片麻痺、失語が出現し救急搬送された。左内頚動脈の急性閉塞を認め、緊急で血行再建を行った。吸引、ステントリトリーバーでは開通が得られず、血管形成用バルーンカテーテルで PTA 行うと再開通が得られたが、すぐに再閉塞する状態であった。当日使用可能であった Neuroform Atlas を留置したが、拡張不良にて開通できなかった。ここで Neuroform Atlas を圧排する形で、冠動脈ステント（DES）を展開することで再開通を得ることができた。

【結語】

頭蓋内内頚動脈狭窄の急性閉塞に対して、薬剤溶出性冠動脈ステントで rescue stent を行い、再開通が得られた一例を経験した。冠動脈ステントは、緊急閉塞時の治療の選択肢の一つとなり得るため、自施設の冠動脈ステントについても把握しておく必要があると考えられた。

B-36

内頚動脈-後交通動脈分岐部未破裂脳動脈瘤に滑車神経麻痺を合併した1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) 福岡大学医学部　脳神経外科
神崎由起[1]、福田健治[1]、藤原史明[1]、高木友博[1]、林修司[1]、井上亨[1]、安部洋[2]

【はじめに】

内頚動脈-後交通動脈分岐部脳動脈瘤（IC-PC An）によって神経症状を合併する場合動眼神経麻痺であることが多く、滑車神経麻痺が生じることは稀である。

今回滑車神経麻痺を合併したIC-PC Anに対してコイル塞栓術を行い症状が軽快した症例を経験したので報告する。

【症例】

57歳女性。1週間前からときに両下方視で複視を認めるようになった。近医を受診し頭部MRIでLt. IC-PCに未破裂脳動脈瘤を指摘され当科紹介となった。瞳孔不同はなく、眼球運動障害は明らかでなかった。眼位は正中位で左眼球は軽度外転し、下方視で複視を認めた。頭部CTで頭蓋内に明らかな出血なく、3DCTAでLt. IC-PCに最大径11 mmで後下外側向きのblebを伴った脳動脈瘤を認め、blebが一部小脳テントに接していた。Blebの形状から破裂のリスクが高いと判断し同日バルーンアシストコイル塞栓術を行った。治療後に眼科を受診し、HESS検査では明らかな眼球運動障害は認めなかったが、Bielschowsky頭部傾斜試験陽性となり、滑車神経麻痺の診断となった。複視は治療前に比べ改善し、第6病日目に自宅退院となった。

【考察】

滑車神経麻痺を合併した脳動脈瘤は稀である。内頚動脈海綿静脈洞部動脈瘤や上小脳動脈瘤に滑車神経麻痺を合併した報告は少数認めたが、IC-PC Anに合併した報告は1例のみで珍しかった。

B-37

対側椎骨動脈からの逆行性血流により増大をきたしたPICA involved typeの非出血性解離性椎骨動脈瘤の1手術症例

九州医療センター脳神経外科

福田峻一、西村中、後藤克宏、雨宮健生、溝口昌弘

【背景】

非出血性動脈解離の転帰は比較的良好であり、多くは保存的治療が選択されるが、経時的に画像上の悪化が認められる場合は症例に応じて外科的治療を検討する必要がある。今回、9ヶ月の経過で対側からの逆行性血流により増大をきたしたPICA involved typeの非出血性解離性椎骨動脈瘤に対してOA-PICAバイパス術+PICA遮断術が有効であった症例を経験したため報告する。

【症例】

49歳男性。後頭部痛を主訴に前医を受診し、MRIで左椎骨動脈解離が疑われた。当院脳血管神経内科に精査入院し、CTA、MRAで左V4にpearl and string signを認め、解離性椎骨動脈瘤と診断した。入院中フォローのMRAで左VAの描出が消失しており、神経症状も認めなかったため外来で経過観察となった。その後9ヶ月の経過で次第に左VAの外形が拡張し、CTAで瘤内腔に右VAからの逆行性の血流を認めたため、外科治療目的に当科紹介となった。DSAでは左VA近位側は閉塞しており、右VAからの血流が逆行性に左VA遠位から左PICAにflow outしていた。その左VAのPICA分岐部に10 mm大の紡錘状動脈瘤を認めた。同病変に対して左OA-PICAバイパス術+PICA遮断術を施行した。動脈瘤およびPICA分岐部を確認した後に、OA-PICAバイパスを行い、PICA起始部をクリップで遮断し動脈瘤を盲端化した。術後のDSAでは瘤の描出は消失し、バイパスのpatencyは良好であった。術後、下位脳神経の機械的障害による左声帯不全麻痺を認めたがADLには問題なく、術後13日目に自宅退院となった。術後3ヶ月の外来時には声帯麻痺は完全に改善していた。

【考察】

非出血性解離性椎骨動脈瘤が対側椎骨動脈の逆行性血流により増大した報告は、渉猟した範囲では他に認められなかった。本症例においてはOA-PICAバイパス術+PICA遮断術を行うことで動脈瘤の完全閉塞を得た。

B-38

頸動脈直接穿刺法で親血管閉塞を行った出血発症前大脳動脈解離の一例

長崎みなとメディカルセンター脳神経外科

松永裕希、白川靖、陶山一彦

【症例】

83歳女性、突然の頭痛・嘔吐・意識障害を主訴に当院搬送となった。搬入時 JCS 200、頭部 CT でびまん性くも膜下出血がみられ、CTA では左前大脳動脈 A2 部に紡錘状動脈瘤と近位遠位の壁不整を認めた。Type3 aorta で、かつ大動脈弓と左総頚動脈が急峻なヘアピンを形成しており血管内治療時にアクセス困難が予想された。解離性動脈瘤の可能性が高いと判断し、当初は SAH 急性期離脱後に親血管を温存したステント併用下コイル塞栓を企図したが、Day2 で施行した CTA で紡錘状動脈瘤の拡大と bleb 形成を認め破裂リスクが高いと判断し、Day6 での治療介入とした。アクセス困難かつ遠位部病変に起因する操作性低下が予想されたため、頸動脈直接穿刺での血管内治療を行った。縦切開を置き頸動脈鞘を吊り上げて、左総頸動脈を露出した。止血用の縫合糸を十字にかけ、その中央で前壁穿刺を行った。4 Fr short sheath 挿入後、適切に血管内に留置されていることを確認して 6 Fr guiding sheathにexchange し、その後解離部の親血管閉塞を完成させた。術後閉塞した血管支配領域に脳梗塞を生じたが、再破裂やスパスムなく経過し、第47病日に mRS4 でリハビリテーション目的に転院となった。

【考察】

頸動脈穿刺によるカテーテル治療は、アクセス困難時のアプローチ法として知られているが、施行頻度はそれほど多くない手技である。安全確実に手技を施行するための工夫について報告する。

B-39

シャント周囲の解剖学的理解に血管撮影装置のCT like imageが有用だったACC部dAVFの一例

(1) 福岡大学筑紫病院　脳神経外科、(2) 福岡大学筑紫病院　脳神経内科、
(3) 福岡大学筑紫病院脳卒中センター
神崎貴充[1]、井上律郎[1]、石井絢子[2]、竹下翔[2]、花田迅貫[3]、坂本王哉[1]、新居浩平[3]、津川潤[2]、東登志夫[1]

【背景】

Anterior condylar confluence（ACC）部dAVFにおけるシャントは舌下神経管周囲の骨内に存在することが一般的であり、血管構築の理解が安全で効果的な治療のために必要となる。術中の3D-DSAから作成したMPR画像から骨内shunted pouchを同定し、また舌下神経管を温存できた症例を報告する。

【症例】

69歳男性。拍動性耳鳴の精査のため近医でMRIを施行､dAVFを疑い当科紹介となった。脳血管撮影では、両側上行咽頭動脈（ascending pharyngeal artery、APA）を主なfeederとする右側ACC部dAVFを認めた。3D撮影からthin-sliceのMPR画像を作成し、シャント周囲の解剖学的検討を行った。Shunted pouchは右舌下神経管外側の骨内に存在し、同部位に集簇するfeederを認めた。主なdrainageはvertebral venous plexusで一部jugular veinへ流出した。治療中はMPR画像から右舌下神経管の角度を得て、舌下神経管tunnel viewを参照しコイルを舌下神経管に逸脱させることなくpouchを塞栓した。塞栓後シャントは消失、術直後より耳鳴は消失し舌下神経麻痺は認めなかった。

【結語】

3D撮影から作成したMPR画像は空間分解能が高く、骨内shunted pouch周囲の解剖学的理解および舌下神経管の把握に有用であった。

B-40

脳動静脈奇形を合併した出血発症の前頭蓋窩硬膜動静脈瘻の一例

(1) 国立病院機構九州医療センター　脳血管内治療科、
(2) 国立病院機構九州医療センター　脳神経外科
奥田智裕[1]、東英司[1]、西村中[2]、溝口昌弘[2]、徳永聡[1]

【背景】

頭蓋内における硬膜動静脈瘻（dural arteriovenous fistula、DAVF）と脳動静脈奇形（arteriovenous malformation、AVM）の合併は非常に稀である。DAVF に対する治療のみでは AVM からの出血の可能性が残存し、治療には両者の根治術が必要である。今回、我々は左前頭葉 AVM と共通の静脈流出路を有する前頭蓋窩 DAVF に対して AVM 摘出術および血管内治療により動脈塞栓術を行った症例を報告する。

【症例】

症例は59歳の女性。突然発症の頭痛により当院へ搬送となった。頭部 CT にて左前頭葉底部に30 mm大の脳出血を認めた。脳血管造影にて両側篩骨動脈、蝶口蓋動脈、中硬膜動脈が前頭蓋窩の篩板や鶏冠周囲に集簇し、左前頭葉底部の皮質静脈に流出しており前頭蓋窩 DAVF（Borden type3、Cognard type4）と診断した。流出路である前頭葉底部を走行する皮質静脈には 20 mm 大の静脈瘤を形成しており、血腫は静脈瘤周囲に限局し、静脈瘤が出血源と考えられた。また、同時に左前大脳動脈（眼窩前頭動脈）を feeder とし、左前頭葉先端部に 15 mm 大の nidus を形成する AVM（Spetzler-Martin Grade1）を認めた。AVM は静脈瘤を有する皮質静脈に流出しており、DAVF と AVM は流出路を共有していた。そのため静脈瘤からの再出血予防には AVM と DAVF の両者の根治術が必要と考えられた。Onyx を用いた AVM 塞栓術を行い、AVM 摘出術を行った。DAVF に関しては shunting point が篩骨洞周囲と深かったため、流出静脈遮断術が困難であった。眼動脈塞栓術を行い短絡路の血流を減少させた後に放射線治療を行った。術後合併症はなく半年間、再出血なく経過している。

【考察・結語】

AVM を合併した DAVF に関する報告は渉猟できる限り 4 例の報告しかなく、非常に稀な病態である。本症例の病態と治療に関して文献的考察を交えて報告する。

合同-1

両側主幹動脈閉塞に対する機械的血栓除去術が奏功した１例

熊本赤十字病院脳神経内科

松尾淳一、波止聡司、川本佳右、黒木健至、林広隆、寺﨑修司

67歳、男性。心房細動に対してワルファリン内服中であった。突然の全身性痙攣、意識障害を認め、最終健常確認時刻から43分後に当院へ搬送となった。来院時は JCS Ⅲ-200 で、roving eye movement、四肢麻痺、両側バビンスキー反射を認め、NIHSS：31点であった。頭部 MRI では、DWI で明らかな信号変化は認めないが、MRA で左内頸動脈および右中大脳動脈 M1 遠位部に閉塞を認め、両側主幹動脈閉塞による脳梗塞超急性期と診断した。機械的血栓除去術を施行し、両側共に1pass で eTICI：3 の完全再開通が得られ、P2R：46分、D2R：128分、O2R：171分であった。術後、症状は著明に改善し、第16病日に NIHSS：0 点、mRS：1 で回復期リハビリテーション病院に転院した。これまでの報告では、両側主幹動脈閉塞は非常にまれであり、予後不良であることが多い。しかし、本症例のように発症極早期に診断できれば、血管内治療で有効再開通を得て症状改善に繋がる可能性がある。

合同-2

Carotid Webによる脳梗塞を発症した１例

独立行政法人　国立病院機構　鹿児島医療センター　脳・血管内科

山中菜央、濵田祐樹、野間美織、隈元菜々子、西久保省吾、吉留萌、西萌生、岡田敬史、髙口剛、松岡秀樹

症例は49歳男性。得に既往はない。突然発症の意識障害、右片麻痺と失語で救急搬送された。頭部 MRI 検査拡散強調画像で両側前大脳動脈（ACA）領域、左中大脳動脈領域に淡い高信号域を認め、MRA で両側 ACA 閉塞を認めた。機械的血栓回収療法により完全再開通が得られ良好な転機を得た。後日行った脳血管撮影、造影 CT 検査で左内頚動脈（ICA）起始に突起様の造影欠損域を認め、Carotid Web（CW）と診断した。精査の結果、他に塞栓源を認めなかったため CW に形成された血栓の遠位飛散による塞栓性脳梗塞と考えられた。二次予防はワーファリンを選択し、以後再発なく経過している。CW は ICA 起始部後壁にできる棚状構造物で、脳梗塞の塞栓源の一つと考えられている。CW そのものに対して最適な治療法は確立していないため、文献的考察を交えながら報告する。

合同-3

先天性アンチトロンビン欠損症による脳静脈血栓症が重症化し機械的血栓回収療法で改善を得た一例

(1) 福岡赤十字病院　脳神経内科、(2) 福岡赤十字病院　脳神経外科、(3) 九州大学病院　検査部、(4) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学

岡田卓也[1]、吉岡努[2]、金沢信[1]、中島弘淳[1]、松本信也[3]、堀田多恵子[3]、吾郷哲朗[4]、緒方利安[1]、北山次郎[1]

症例は16歳男性。生来健康。姉に肺血栓塞栓症とアンチトロンビン（AT）活性低下の既往がある。X-10日前より頭痛・嘔気を自覚、X日他院で頭部 MRI を施行し脳静脈血栓症（CVT）が疑われたため当院に紹介。来院時頭痛以外に自覚症状はなく神経学的異常はなかった。頭部 MRI で脳実質に異常はなく上矢状静脈洞と左横静脈洞に血栓を認めた。入院時より AT 製剤の補充と未分画ヘパリンを開始したが、第 3 病日複視が出現し第 4 病日軽度意識障害、右眼の外転障害と左上肢麻痺が出現した。第 5 病日全身性けいれんが群発し頭部 CT で著明な脳圧亢進状態を認めたため、機械的血栓回収療法を施行した。術後神経学的所見は速やかに改善し頭部 CT での脳圧亢進状態の改善も認めた。術後経過は良好で rivaroxaban に切り替え第23病日自宅退院とした。AT 遺伝子解析ではc.623 delA（p.Lys208Arg fs*76）の新規変異を同定し先天性 AT 欠損症と確定診断した。文献的考察を含め報告する。

合同-4

てんかん重積発作および重篤な視床出血を呈した遺伝性 ATTR アミロイドーシスの一例

(1) 原三信病院脳神経外科、(2) 原三信病院病理診断科

長嶋孝昭[(1)]、庄野禎久[(1)]、河野眞司[(2)]

【緒言】

遺伝性 ATTR アミロイドーシスとはトランスサイレチン（TTR）遺伝子の変異を原因とする常染色体優性の遺伝性疾患であり、全身臓器に TTR 由来のアミロイド（ATTR）が沈着することにより様々な臓器のアミロイドーシスを呈する。今回、遺伝性 ATTR アミロイドーシスを背景としたてんかん重積発作および視床出血を経験したため報告する。

【症例】

症例は64歳男性、20XX年 3 月27日に痙攣発作にて救急搬送となり、てんかん加療を行った。頭部 MRI にて小脳・脳幹表面に増強病変を認めたため、 4 月24日に小脳表面の病変に対し開頭生検術を施行した。病理組織診では、小脳表面やくも膜に好酸性物が多数付着しており、Congo red 染色で緑色の偏光が確認できたたため、アミロイドーシスの診断となった。遺伝子検査を行い、遺伝性 ATTR アミロイドーシスの診断となり、siRNA 製剤（Vutrisiran）投与を行った。その後回復期病院でリハビリテーションを行っていたが、11月21日に意識障害が出現したため搬送となり、左視床出血・脳室穿破を認めたため、同日緊急で内視鏡下血腫除去を施行した。左側脳室前角・対側側脳室の一部・第 3 脳室内の血腫を除去し、第 3 脳室底開窓を施行し、脳室ドレーンを留置し手術を終了とした。術後経過は良好で術後 4 日目に脳室ドレーンを除去したが、経時的に水頭症が悪化し術後12日目に腰椎ドレーンを挿入した。それでも水頭症が改善せず、脳室ドレーンに入れ替え、術後24日目に VP シャント術を施行した。

【考察】

遺伝性 ATTR アミロイドーシスという希少疾患を背景としたてんかん重積発作・視床出血を経験し、文献的考察を踏まえ報告する。

合同-5

線維筋性異形成を合併していると考えられた若年女性の左 M1 閉塞に対して血栓回収術を行った 1 症例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター脳神経外科

藤井裕太郎、友寄龍太、下里倫、竹下朝規、長嶺知明

【背景】

線維筋性異形成（FMD）は異常な細胞増殖と動脈壁の歪な構造を特徴とする非アテローム性動脈疾患であり、脳神経領域では頚動脈解離、動脈瘤破裂によるくも膜下出血、脳梗塞などの原因となり得る。頚動脈解離に対するステント留置の報告例は多数存在するが、FDM 合併症例での機械的血栓回収術の報告例は多くない。今回我々は FDM を合併していると考えられた若年女性の左中大脳動脈閉塞に対して血栓回収術を行ったため、文献的考察を踏まえ報告する。

【症例提示】

41歳女性。突然発症の右上下肢麻痺、失語があり当院へ救急搬送された。MRI では左中大脳動脈閉塞と梗塞巣を認めたことに加え、対側の内頚動脈の狭窄及び陳旧性の分水嶺梗塞も認めていた。血管造影では左内頚動脈に string & beads sign を認め FMD が疑われ、また IC top には未破裂脳動脈瘤も認めた。ADAPT technique により 1pass、TICI3 の再開通が得られ、治療後は明らかな合併症はなく、リハビリ病院を経て mRS2 で自宅退院した。

【考察】

FMD 患者が脳梗塞をきたした場合でも通常の患者に準じて再開通を目指すべきであるが、カテーテル操作による解離などの血管損傷には十分に注意を払う必要がある。過去にはステントリトリーバー、バルーンによる血栓破砕による血栓回収術の報告例があるが、手技に関するコンセンサスはない。今回我々は FMD が疑われる患者に対し ADAPT technique による手技を行い、合併症なく良好な転帰が得られた。なお塞栓源に関しては、FMD の関与が疑われるがその他の原因も検索中である。

合同-6

頚部内頚動脈狭窄症に対する頚動脈ステント留置術後に急激な眼圧上昇が生じた3例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

堀之内翔一、田村充、河野朋宏、大田元、竹島秀雄

【背景】

内頚動脈狭窄症の併存症として認知されている眼虚血症候群は慢性的な眼球循環不全により多彩な症状を呈する。特に、前眼部に新生血管が生じることで血管新生緑内障を発症すると視機能予後は不良である。内頚動脈狭窄症に対する頚動脈ステント留置術（Carotid arterystenting：CAS）術後に急激な眼圧上昇が生じ、眼科的治療を要した3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60歳代から70歳代でいずれも男性。3例ともCAS術前より視力低下の原因として眼虚血症候群、血管新生緑内障と診断されており、2例はCAS術前に汎網膜光凝固が施行された。CAS術後1日から9日の間に眼圧の上昇を認め、保存的治療がなされたが眼圧の低下は得られず、3例とも最終的には線維柱帯切除術を施行され、視機能は軽度改善した。

【結語】

眼虚血症候群を伴う内頚動脈狭窄症では、血行再建術後に急激な眼圧上昇をきたし重度の視機能低下が生じる危険性があるため、周術期に眼科と密な連携を図り、眼科的治療介入が遅れないよう注意を要する。

合同-7

多発脳病変を呈し脳生検により中枢神経限局のリンパ腫様肉芽腫症（iCNS-LYG）が疑われた一例

(1) 九州大学脳神経内科、(2) 血液内科、(3) 病理診断科

姜裕貴[(1)]、野上健一郎[(1)]、向野隆彦[(1)]、藤井敬之[(1)]、菊繁吉謙[(2)]、岩崎健[(3)]、山﨑亮[(1)]、磯部紀子[(1)]

58歳女性。X-1 年 1 月から左手指の運動・感覚障害を自覚し、頭部 MRI で多発脳病変が確認された。前医でステロイドパルス療法（IVMP）が行われたが改善せず、5 月に脳生検を施行された。脱髄や炎症性疾患が疑われ、各種免疫抑制療法が行われるも、脳幹、小脳にも新規脳病変が多発し、歩行不能となった。X年 2 月当科転院。血漿交換、リツキシマブ投与も無効で、嚥下悪化による気管切開後、7 月に脳生検を施行した。Tリンパ球の血管周囲への反応性浸潤が主体であり、確定診断には至らなかったが、iCNS-LYG が疑われた。IVMP 後、9 月よりシクロホスファミド投与を繰り返し、病変の縮小を認めた。iCNS-LYG は診断に苦慮する稀な疾患であり、文献的考察を含め報告する。

合同-8

脳および肝膿瘍を合併した Klebsiella 感染症の一例

NHO 九州医療センター　(1) 脳血管神経内科、(2) 脳神経外科、(3) 感染症内科

尾﨑雄一[(1)]、田川直樹[(1)]、今村裕佑[(1)]、金城史彦[(1)]、木村俊介[(1)]、村谷陽平[(1)]、溝口忠孝[(1)]、森興太[(1)]、桑城貴弘[(1)]、後藤克宏[(2)]、溝口昌弘[(2)]、有水遥子[(3)]、長崎洋司[(3)]、杉森宏[(1)]、岡田靖[(1)]

症例は69歳女性。未治療の 2 型糖尿病があった。右上下肢不全麻痺の出現を契機に撮像した頭部 MRI で左島皮質にリング状増強効果を伴う嚢胞性病変を認めた。脳膿瘍を疑ってドレナージ術を行い、穿刺液から string test 陽性の Klebsiella を検出した。また腹部 CT で肝両葉に早期相で増強効果を伴う低吸収域を認め、肝膿瘍が疑われた。12週間の抗菌薬治療により縮小し、良好な治療反応から Klebsiella を起炎菌とした脳および肝膿瘍と診断した。侵襲性 Klebsiella 感染症は過粘稠性 Klebsiella 属によって肝膿瘍および転移性感染巣を引き起こす疾患として知られる。Klebsiella による脳膿瘍では肝膿瘍やその他の転移性感染症の検索が重要である。

合同-9

脳室-腹腔シャントの小腸内迷入により発症した細菌性髄膜炎の一例

(1) 川内市医師会立市民病院脳神経内科、(2) 川内市医師会立市民病院脳神経外科

川野紘平[(1)]、田邊肇[(1)]、園田理子[(1)]、増田圭亮[(2)]、樋渡貴昭[(2)]

症例は51歳男性。X-24年に松果体腫瘍に伴う水頭症に対して脳室-腹腔シャント（以下、VPシャント）を造設。X-18年以降外来受診を自己中断していた。X年10月に体温39度台の発熱、意識障害が生じ当科に救急搬送された。来院時意識レベルはJCS Ⅰ-2、項部硬直が存在し、ケルニッヒ徴候陽性、髄液所見は蛋白、細胞数上昇（多核球優位)、糖低下が認められたため細菌性髄膜炎を疑い抗菌薬を投与した。症状、検査所見とも改善し、抗菌薬は3週間で終了した。抗菌薬終了5日後に発熱、頭痛が生じ髄液所見も悪化。髄膜炎の再燃と考え抗菌薬を再開。シャントから採取した髄液培養検査ではenterococcus faecalisが検出された。造影CTにてシャントチューブの小腸内への迷入が疑われた。シャント抜去術を脳神経外科及び外科に依頼し、シャントチューブの小腸内への迷入が確認されたためシャントを抜去した。その後再発なく経過している。

合同-10

脳腫瘍と鑑別を要したHIV関連進行性多巣性白質脳症の一例

(1) 佐賀大学医学部脳神経外科、(2) 佐賀大学医学部脳神経内科

古賀文崇[1]、伊藤寛[1]、井上裕香子[2]、井手俊宏[2]、小池春樹[2]、前山元[1]、並川裕貴[1]、古川隆[1]、吉岡史隆[1]、緒方敦之[1]、中原由紀子[1]、増岡淳[1]、阿部竜也[1]

【はじめに】

後天性免疫不全症候群（acquired immunodeficiency syndrome：AIDS）患者は、様々な感染症や悪性腫瘍を合併する。中枢神経病変の頻度は高いが、その内容は多岐にわたるため時に鑑別が問題になる。

【症例】

38歳、男性。右上下肢の動かしにくさを主訴に当院を受診した。診察上、右上肢優位の失調を認めた。頭部MRIでは右小脳半球から小脳脚にT2延長病変が存在し、増強効果はなかった。当初、病変は単発で低悪性度神経膠腫を疑った。しかし、詳細に病歴を聴取すると、X-4月頃より、持続する37度の発熱、13 kgの体重減少、飼い猫にひっかかれた傷が1か月以上腫脹するなどの病歴が判明した。また、神経症状もX-1月に一過性の右目の視力低下、複視、X月に言葉が出てこないなどの小脳病変では説明できない症状が見られており、脳腫瘍としては非典型的な経過であった。髄液検査ではミエリン塩基性タンパクの上昇とオリゴクローナルバンドが検出され、炎症性脱髄疾患が疑われた。持続する発熱や猫による掻傷に対する反応から易感染性を疑いHIV抗体を検査したところ陽性であった。髄液中のJCV DNA PCRでは25万コピーと著明に上昇しており進行性多巣性白質脳症と診断した。HAART療法を開始したが、右顔面麻痺や嚥下障害、左上下肢失調など症状が進行性に出現し増悪した。頭部MRI上も病変が脳幹や左小脳に新出､進展した。その後X+3月に脳幹障害による呼吸不全により死亡した。

【考察】

今回、当初単発病変と考えられ脳腫瘍を疑ったが、非典型的な経過よりAIDSを疑い、進行性多巣性白質脳症と診断した。本症例について文献的な考察を加え報告する。

合同-11

特徴的な画像所見を示したリステリア脳膿瘍の１例

社会医療法人製鉄記念八幡病院脳卒中・神経センター

外園まりや、山口慎也、佐山徹郎

【諸言】

リステリア脳膿瘍は稀な疾患ではあるが、致死率が高く、生存者も重篤な後遺症を伴う可能性が高い疾患である。今回我々は、特徴的な画像所見をもとに早期診断と治療介入をし得たリステリア脳膿瘍の１例を経験したため報告する。

【症例】

76歳男性。体動困難で救急搬送となり、右上下肢麻痺と感覚障害を認めた。CT では左頭頂葉に散在する出血と広範な浮腫性変化を認め、造影 MRI では左基底核から頭頂葉白質にかけて、線状の増強病変が多発していた。悪性腫瘍や感染症、悪性リンパ腫等を鑑別に挙げ、診断目的で脳生検を予定していたところ、血液培養から L. monocytogenes が検出された。脳脊髄液培養は陰性であったが、特徴的な画像所見と合わせてリステリア脳膿瘍と判断し、抗生剤治療を開始した。６週間の治療で経時的に症状は改善し、画像所見も軽快、リハビリ専門病院に転院となった。

【考察】

過去の報告ではリステリア脳膿瘍は同一半球に存在し、神経線維路に沿って分布することが多く、その理由としては L. monocytogenes は中枢神経系に侵入すると軸索内を移動し、白質線維路に沿って膿瘍を形成するからとされている。細菌性脳膿瘍で同様の画像を呈するものは他にはなく、リステリア脳膿瘍に特徴的である。本症例ではこの特徴的な画像所見から診断に至り、早期の治療介入ができた。

【結語】

リステリア脳膿瘍は中枢神経繊維路に沿った特徴的な画像所見を呈し、診断の一助となる可能性がある。

合同-12

本態性振戦に対する集束超音波治療術後に残存した振戦に対しDBSを追加したことで症状の改善を認めた一例

福岡大学医学部脳神経外科

吉田博人、田中秀明、森下登史、河野大、吉永進太郎、福本博順、榎本年孝、小林広昌、竹本光一郎、安部洋

【背景】

近年、振戦の患者を対象に集束超音波（Focused Ultrasound：FUS）治療が普及している。FUS治療は穿頭を伴わない比較的安全な治療ではあるが、術後残存した振戦に対する治療方法は確立していない。

【症例報告】

69歳男性。67歳時に両手の震え及び書字障害を認め、近医で本態性振戦と診断された。薬物抵抗性であったため、発症より約12ヶ月後に他院で右上肢振戦に対するFUS治療を施行された。術直後は､右上肢振戦は消失していたが､｢パソコンのキーボードが打てない｣｢書字が不器用になった｣という訴えがあり、FUSから約半年で当科へ紹介となった。当科初診時、右上肢の振戦は十分改善していたことから、FUS術後の巧緻運動障害の可能性が示唆された。しかし、軽度の右上肢遠位側の振戦が残存していたため、左視床をターゲットとした刺激電極植え込みによる試験刺激した上で、二期的に恒久的な刺激装置の植え込みを決定する方針とした。脳深部刺激電極の挿入中に振戦は改善し、術後翌日に刺激を開始すると書字症状も著明な改善を認めたことから刺激電極挿入より1週間後に刺激装置植え込みを施行した。

【結語】

今回我々はFUS後に残存した軽度の上肢振戦に対しDBS治療を追加することで残存する振戦症状の改善を認めた一例を経験した。FUS後の残存症状に対する治療戦略について文献的考察を加え報告する。