



第149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 2025年3月15日（土）
会場 福岡大学病院（福岡市城南区七隈7-45-1）
福大メディカルホール（神経学会九州地方会・合同セッション）
中央棟 地下1階 多目的室（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20分
終了時間 17時10分

ランチョンセミナー 12時00分～13時00分
(中央棟 地下1階 多目的室)
第148回日本脳神経外科学会九州支部会賞 授賞式 13時10分～13時20分
(中央棟 地下1階 多目的室)

機器展示 8時30分～17時00分 (中央棟 地下1階 談話室)
理事会 12時00分～13時00分 (メディカルホール2階 同窓会ラウンジ)

会長 福岡大学 医学部 脳神経外科 安部 洋

会場案内

会場：福岡大学病院（福岡市城南区七隈7-45-1）

福大メディカルホール（神経学会九州地方会・合同セッション）

中央棟 地下 1 階 多目的室（脳神経外科学会九州支部会）

博多駅から：

地下鉄 20分 300円 七隈線「博多」→「福大前」2番出口

タクシー 約30分 3,000円程度

福岡空港から：

地下鉄 約30分 340円

空港線「福岡空港」→「博多」→七隈線乗換「博多」→「福大前」

駐車場：外来立体駐車場（4時間まで200円）

※会場は地下鉄ホーム直結、徒歩1分ですので公共交通機関をお勧めします。



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。時間厳守をお願いいたします。
- 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。
- 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。
- 本学会では無料で託児所をご利用いただけます。託児所へはスタッフがご案内しますので、受付で申し付けください。利用にあたっては事前のお手続きが必要です。下記より「利用規約及び同意書・申込書」「連絡票」をダウンロード、ご記入いただき、ファックスまたはメールにて事前に送信をお願いします。↓ <https://jnsk.jp/branch/>

- 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お願いいたします。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 Point 2013-2021 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いたします。

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 竹本 光一郎 : take9016@gmail.com

脳神経外科学会 プログラムタイムテーブル

多目的室

時間	セッション	座長	コメンテーター
8:20	開会の辞 安部洋 (福岡大学)		
8:30-9:05	セッション1脳 腫瘍 (1)	札幌博貴 (大分大学)	長坂昌平 (産業医科大学)
9:10-9:55	セッション2脳 腫瘍 (2)	日宇健 (長崎大学)	米澤大 (鹿児島大学)
10:05-10:55	セッション3 English Session	山下真治 (宮崎大学)	藤岡寛 (九州大学)
11:02-11:50	合同セッション (大ホール)	藤尾信吾 (鹿児島大学)・津川潤 (福岡大学)	
12:00-13:00	ランチョンセミナー	森下登史 (福岡大学)	理事会 (メディカルホール (2F))
13:10-13:20	第148回 脳神経外科学会 九州支部会優秀演題表彰式	松尾孝之 (長崎大学)	
13:20-13:55	セッション5 手術ビデオセッション	坂田清彦 (久留米大学)	折戸公彦 (久留米大学) 甲斐恵太郎 (熊本大学)
14:05-14:30	セッション6 脳血管障害(1)	拓磨裕史 (中部徳洲会病院)	大西晃平 (大分大学)
14:35-15:10	セッション7 脳血管障害(2)	賀来泰之 (熊本大学)	氏福健太 (長崎大学)
15:15-15:50	セッション8 外傷・感染・その他(1)	伊藤寛 (佐賀大学)	小林繁貴 (琉球大学)
15:55-16:30	セッション9 外傷・感染・その他(2)	迎伸孝 (九州大学)	並川裕貴 (佐賀大学)
16:35-17:10	セッション10 脊髄・機能脳神経外科	齋藤健 (産業医科大学)	松元文孝 (宮崎大学)
17:10	閉会の辞 安部洋 (福岡大学)		

神経学会 プログラムタイムテーブル

メディカルホール

時間	セッション	座長
8:30	モーニングセミナー	
9:30- 9:35	開会の辞	馬場康彦 (福岡大学)
9:35-10:15	セッション1	桑代貴弘 (九州医療センター)
10:18-10:58	セッション2	渡邊充 (九州大学)
11:02-11:50	合同セッション	詫磨裕史 (中部徳洲会病院) 津川潤 (福岡大学)
12:10-13:10	ランチョンセミナー	磯部紀子 (九州大学)
13:20-14:08	セッション3	雪竹基弘 (高木病院)
14:13-15:01	セッション4	高瀬敬一郎 (飯塚病院)
15:06-15:54	セッション5	司城昌大 (九州中央病院)
15:59-16:39	セッション6	森慎一郎 (久留米大学)
16:39-16:44	閉会の辞	馬場康彦 (福岡大学)
16:50-17:20	世話人会	

ランチオンセミナーのご案内

日時：2024年3月15日（土）12:00-13:00

場所：福岡大学病院 多目的室

座長：森下 登史（福岡大学病院 脳神経外科 診療教授）

演者：萩原 綱一（福岡山王病院 てんかん・すいみんセンター）

演題：「SEEGに必要な症候学：島葉てんかんの知識を中心に

～新規抗てんかん薬ブリビイアクトの早期使用経験～」

共催：第149回 日本脳神経外科学会 九州支部会

ユージービージャパン株式会社

プログラム
(脳神経外科学会)

座長：札幌博貴（大分大学）

コメンテーター：長坂昌平（産業医科大学）

B-1. フルシクロピン（18F）PETで集積をみとめたCalcifying Pseudoneoplasm of the Neuraxisの1例：病態と文献的考察

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

鮫島 芳宗，米澤 大，泊 祐美，東 拓一郎，比嘉 那優大，花谷 亮典

B-2. 抗生剤治療で一時的な縮小を経て、中枢神経ゴム腫との鑑別に苦慮した中枢神経原発悪性リンパ腫の1例

琉球大学医学部脳神経外科

小林 繁貴，喜舎場 一貴，國仲 倫史，長嶺 英樹，外間 洋平，浜崎 禎

B-3. 急速に進行する麻痺を認めた延髄腹側neurenteric cystの一例

¹九州大学大学院医学研究院脳神経外科，²九州大学大学院形態機能病理学

米倉 康太郎¹，藤岡 寛¹，黒木 亮太¹，空閑 太亮¹，中溝 玲¹，成富 文哉²，吉本 幸司¹

B-4. BRAF/MEK阻害療法が著効したBRAFV600E変異乳頭型頭蓋咽頭腫の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医療情報部，³臼杵市医師会立コスモス病院脳神経内科

柳田 暢志¹，札幌 博貴¹，松田 浩幸²，榎井 泰朋¹，秦 暢宏¹，安高 拓弥³，藤木 稔¹

座長：日宇健（長崎大学）

コメンテーター：米澤大（鹿児島大学）

B-5. 甲状腺濾胞癌による転移性頭蓋骨腫瘍の一例

麻生飯塚病院脳神経外科

西本 裕亮, 溝邊 真由, 安部 啓介, 井上 大輔, 山田 哲久, 甲斐 康稔, 名取 良弘

B-6. 出血で発症した精巣腫瘍由来の転移性脳腫瘍の一例

¹嬉野医療センター脳神経外科, ²嬉野医療センター泌尿器科, ³嬉野医療センター病理診断科

岸川 顕¹, 土持 諒輔¹, 上田 康史², 大坪 智恵子³, 田場 充³, 宮園 正之¹

B-7. 術前に髄膜腫との鑑別が困難であった頭蓋内軟骨肉腫の一例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

小笠原 奈月, 松元 文孝, 河野 智樹, 田村 充, 奥山 洋信, 水口 麻子, 山下 真治, 大田 元,
横上 聖貴, 沖田 典子

B-8. 眼窩内に主座を持つ頭蓋内原発孤立性線維性腫瘍の一例

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

後藤 夏奈¹, 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 安部 洋²

B-9. 慢性硬膜下血腫との鑑別を要した円蓋部en plaque meningiomaの一例

¹福岡赤十字病院脳神経外科, ²福岡赤十字病院病理診断科, ³福岡大学医学部脳神経外科

橋川 武史¹, 神崎 由起¹, 吉岡 努¹, 継 仁¹, 西山 憲一², 安部 洋³

セッション 3

English Session

10:05-10:55

座長：山下真治（宮崎大学）

コメンテーター：藤岡 寛（九州大学）

B-10. A case of pediatric atypical teratoid rhabdoid tumor without mass lesion diagnosed by biopsy of an enlarged cauda equina

長崎大学医学部脳神経外科

前川 優美, 内田 大貴, 吉田 光一, 竹内 雅臣, 白濱 麻衣, 小川 由夏, 塩崎 絵理, 近松 元気, 松尾 彩香, 松永 裕希, 馬場 史郎, 氏福 健太, 諸藤 陽一, 日宇 健, 松尾 孝之

B-11. A case of ischemic anterior cerebral artery dissection developing an aneurysm over a five-year course

¹福岡大学医学部脳神経外科, ²福岡大学病院救命救急センター

天野 真太郎¹, 手賀 丈太¹, 河野 大¹, 吉永 進太郎¹, 廣田 篤¹, 山城 慧¹, 榎本 年孝¹, 小林 広昌¹, 森下 登史¹, 竹本 光一郎¹, 岩朝 光利², 安部 洋¹

B-12. A case of primary intraorbital neuroendocrine tumor

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病理部

三根 大樹¹, 尾辻 亮介¹, 宮崎 貴大¹, 藤岡 寛¹, 波多江 龍亮¹, 空閑 太亮¹, 中溝 玲¹, 成富 文哉², 吉本 幸司¹

B-13. Intracranial Iatrogenic Pseudoaneurysm Developed After Meningioma Surgery: A Case Report and Literature Review

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

Rafi Putra, 牧野 隆太郎, 藤尾 信吾, 山畑 仁志, 花谷 亮典

B-14. Successful Surgical Treatment of a Partially Thrombosed Giant Aneurysm Arising from Proximal (M1) Segment of Middle Cerebral Artery

久留米大学医学部脳神経外科

大津 裕介, 丹羽 悠, 菊池 仁, 折戸 公彦, 廣畑 優, 森岡 基浩

セッション4 (合同セッション)

11:02-11:50

座長：藤尾信吾 (鹿児島大学) 津川潤 (福岡大学)

合同-1. 子宮腺筋症により主幹脳動脈狭窄を伴う脳梗塞を発症した1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

森口 真哉¹, 牛原 夏海¹, 吉永 貴哉¹, 武村 有祐¹, 安部 洋²

合同-2. 陳旧性心筋梗塞後の心尖部血栓により心原性脳塞栓症の診断に至った1例

¹久留米大学医学部脳神経外科, ²久留米大学病院 臨床研修センター, ³久留米大学 高度救命救急センター

橋本 洋佑¹, 高岡 晋彦², 宮城 皓平¹, 古田 啓一郎¹, 野原 正一郎³, 高須 修³, 森岡 基浩¹

合同-3. 機械的血栓回収療法後に脳膿瘍を形成した感染性脳塞栓症の一例

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学

浦勇 春佳¹, 武田 康¹, 宮岡 亮¹, 安次嶺 裕¹, 岸本 拓也¹, 切石 唯菜¹, 吉原 拓馬¹,
井上 雅皓¹, 佐藤 甲一朗¹, 長坂 昌平¹, 鈴木 恒平¹, 黒川 暢², 齋藤 健¹, 中野 良昭¹,
田中 優子², 山本 淳考¹

合同-4. 左中大脳動脈狭窄に伴う脳梗塞を呈したPOEMS症候群に対しSTA-MCAバイパス術を
施行した一例

小倉記念病院脳神経内科

中澤祐介 他

合同-5. 内頸動脈瘤に対してフローダイバーターステント留置後に多発性白質病変をきた
した一例

九州大脳神経内科

佐野仁美 他

合同-6. 衝動制御障害を伴うパーキンソン病に対しDBS埋設が有効であった一例

福岡大学病院脳神経内科

高橋信敬 他

ランチョンセミナー

12:00-13:00

座長：森下登史（福岡大学）

演者 萩原 綱一（福岡山王病院 てんかん・すいみんセンター）

演題 「SEEGに必要な症候学：島葉てんかんの知識を中心に

～新規抗てんかん薬ブリビイアクトの早期使用経験～」

共催 第149回日本脳神経学会九州支部会

ユーシービージャパン株式会社

理事会（福大メディカルホール 2 階 同窓会ラウンジ）

12:00-13:00

第148回 脳神経外科学会 九州支部会優秀演題表彰式（多目的室） 13:10-13:20

松尾孝之（長崎大学）

座長：坂田清彦（久留米大学）

コメンテーター：折戸公彦（久留米大学），甲斐恵太郎（熊本大学）

B-15. STA-MCAバイパスを併用した蝶形骨縁内側髄膜腫摘出術の1例

大分大学医学部脳神経外科

大西 晃平， 秦 暢宏， 高尾 薫平， 柳田 暢志， 森重 真毅， 阿南 光洋， 藤木 稔

B-16. 同期で行ったAVM手術

¹福岡大学医学部脳神経外科， ²福岡大学病院救命救急センター

吉永 進太郎¹， 河野 大¹， 手賀 丈太¹， 天野 真太郎¹， 廣田 篤¹， 小林 広昌¹，

竹本 光一郎¹， 森下 登史¹， 岩朝 光利²， 安部 洋¹

B-17. 術中に診断確定できた外転神経鞘腫の手術例

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

原田 圭輔， 大森 雄樹， 亀野 功揮， 泉 俊介， 池本 知子， 山城 重雄

座長：詫磨裕史 (中部徳洲会病院)

コメンテーター：大西晃平 (大分大学)

B-18. 中大脳動脈M2解離性動脈瘤破裂に対して開頭トラッピング術を施行した1例

新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

大久保 秀祐, 小柳 侑也, 亀田 勝治, 石堂 克哉, 一ツ松 勤

B-19. 症候性前大脳動脈狭窄に対してバイパス術を行った1例

小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科

吉崎 航, 宮田 武, 中澤 祐介, 安部倉 友, 阿河 祐二, 梅村 武部, 小川 智也, 森田 隆雄
長堀 貴, 三谷 幸輝, 濱本 諒, 波多野 武人

B-20. 経時的に増大し動脈瘤化した後交通動脈漏斗状拡張に対してクリッピング術を行った一例

九州医療センター脳神経外科

福田 峻一, 西村 中, 山上 敬太郎, 雨宮 健生, 溝口 昌弘

座長：賀未泰之 (熊本大学)

コメンテーター：氏福健太 (長崎大学)

B-21. 出血源の同定が困難であったくも膜下出血の一例

池友会福岡和白病院脳神経外科

山田 真吾, 梶原 真仁, 原田 希望, 荒川 溪, 三本木 千尋, 原田 啓, 福山 幸三

B-22. 終糸脂肪腫に合併した動静脈瘻に対して経動脈的塞栓術を施行した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熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学講座

舎川 健史¹, 賀来 泰之¹, 内川 祐貴¹, 柴田 碧人¹, 岳元 裕臣¹, 松本 大河², 清末 一路²,
武笠 晃丈¹

B-23. 経動脈的塞栓術併用の経静脈塞栓術を行い根治を得た脳動静脈奇形の一例

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

吉原 拓馬¹, 黒川 暢², 安次嶺 裕², 武田 康², 山本 淳孝¹, 田中 優子²

B-24. 食道癌を有した症候性の両側内頸動脈狭窄症に対して血管内治療及び頸動脈内膜剥離術 (CEA) を行った一例

¹九州労災病院脳神経外科, ²九州労災病院脳血管内科

原田 亜由美¹, 松尾 吉紘¹, 脇坂 祐毅², 安部 大介², 鶴崎 雄一郎², 有廣 昇司², 芳賀 整¹

セッション 8

外傷・感染・その他(1)

15:15-15:50

座長：伊藤寛（佐賀大学）

コメンテーター：小林繁貴（琉球大学）

B-25. 深・浅側頭動脈塞栓術を行った難治性慢性硬膜下血腫の一例

¹長崎大学病院 医療教育開発センター 初期臨床研修, ²長崎大学医学部脳神経外科

¹井上 知江子, ²竹内 雅臣, ²松永 裕希, ²白濱 麻衣, ²小川 由夏, ²塩崎 絵理,
²近松 元気, ²松尾 彩香, ²内田 大貴, ²馬場 史郎, ²氏福 健太, ²諸藤 陽一,
²日宇 健, ²吉田 光一, ²松尾 孝之

B-26. 慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術単独治療成績

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

平尾 宜子¹, 福田 健治¹, 松田 浩大¹, 入江 由希乃¹, 藤原 史明¹, 林 修司¹, 井上 亨¹, 安部 洋²

B-27. 転落外傷時に生じた斜台骨折部に脳底動脈が嵌頓した一例

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

柴山 理菜¹, 鈴木 皓一郎¹, 竹山 龍平¹, 堀尾 欣伸¹, 安部 洋²

B-28. 頭部外傷により発症したdirect CCFに対し血管内治療を施行した1例

長崎医療センター脳神経外科

松野 聡夏, 定方 英作, 後藤 純寛, 吉田 道春, 小野 智憲, 原口 渉, 案田 岳夫

セッション 9

外傷・感染・その他(2)

15:55-16:30

座長：迎 伸孝（九州大学）

コメンテーター：並川 裕貴（佐賀大学）

B-29. 瘻孔閉鎖術を施行した特発性気脳症の一例

¹北九州総合病院脳神経外科, ²産業医科大学脳神経外科

橋田 篤知¹, 清野 純平¹, 外尾 要¹, 野上 健一郎¹, 出井 勝¹, 山本 淳考²

B-30. 明らかな頭蓋底骨欠損を伴わずにウイルス抗原検査を契機に発症した髄液鼻漏の一例

¹久留米大学医学部脳神経外科, ²久留米大学病院臨床研修センター

山川 曜¹, 山元 美保子², 坂田 清彦¹, 牧園 剛大¹, 竹重 暢之¹, 森岡 基浩¹

B-31. 屍体硬膜に起因する医原性脳アミロイドアンギオパチーが疑われた一例

¹福岡大学医学部脳神経外科, ²福岡大学病院救急救命センター

辻 政宗¹, 山城 慧¹, 千住 和正², 廣田 篤¹, 手賀 丈太¹, 吉永 進太郎¹, 河野 大², 榎本 年孝¹, 小林 広昌¹, 森下 登史¹, 竹本 光一郎¹, 岩朝 光利², 安部 洋¹

B-32. Currarino症候群の1例 -症候性となるための責任遺伝子の変異部位とそのタイプ-
宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

奥山 洋信, 横上 聖貴, 小笠原 奈月, 河野 智樹, 沖田 典子

セッション 10

脊髄・機能脳神経外科

16:35-17:10

座長：齋藤健（産業医科大学）

コメンテーター：松元文孝（宮崎大学）

B-33. 孤立性第四脳室に対し第四脳室-頸椎くも膜下腔シャントを施行した1例

¹佐賀大学医学部脳神経外科, ²同愛会 サンテ 溝上病院脳神経外科

王丸 翔馬¹, 吉岡 史隆¹, 溝上 泰一朗², 前山 元¹, 並川 裕貴¹, 古川 隆¹, 伊藤 寛¹, 緒方 敦之¹, 増岡 淳¹, 阿部 竜也¹

B-34. 腰椎変性疾患および総腓骨神経障害と合併した浅腓骨神経障害の1例

¹社会医療法人療仕会松本病院脳神経外科, ²福岡大学筑紫病院脳神経外科,

³社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科, ⁴福岡大学医学部脳神経外科

松石 宗齊¹, 松本 順太郎¹, 田尻 崇人², 藤原 史明³, 手賀 丈太⁴, 小林 広昌⁴, 松本 徳彦¹
竹本 光一郎⁴, 安部 洋⁴

B-35. 脊髄膠芽腫との鑑別に難渋した脊髄上衣腫の1例

¹福岡大学 脳神経外科, ²松本病院 脳神経外科, ³福岡白十字病院 脳神経外科, ⁴福岡大学 病理部
山崎 成茂¹ 松本 順太郎^{1,2} 吉永 進太郎¹ 天野 慎太郎¹ 藤原 史明³ 小林 広昌¹ 榎本 年孝¹ 竹本 光一郎¹ 青木 光希子⁴ 安部 洋¹

閉会の辞 17:10- 安部 洋

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。

モーニングセミナー (8:30-9:30)

座長 : 福岡大学医学部 脳神経内科学 主任教授 馬場 康彦 先生
演者 : 佐賀大学医学部 内科学講座 脳神経内科 教授 小池 春樹 先生
演題 : 目で見て理解する CIDP の病態と治療戦略
共催 : 第 247 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

開会の辞 (9:30-9:35)
康彦 (福岡大)

会長 馬場

セッション 1 (9:35-10:15)座長: 桑城 貴弘 (九州医療センター)

A-1. 診断に苦慮した感染性心内膜炎による脳梗塞の一例

福岡市民病院 脳神経内

向井 達也 他

A-2. A-2. 前方および後方循環系に dolichoectasia を認めた 1 症例

高邦会 高木病院

瓜生 健太郎 他

A-3. 急性健忘症と作話を主訴とした両側脳弓単独梗塞の一例

済生会熊本病院脳神経内科

神宮 隆臣 他

A-4. 自己免疫性溶血性貧血による血栓形成が疑われた再発性脳梗塞の一例

NHO九州医療センター 脳血管・神経内科

今村 裕佑 他

A-5. 多発性嚢胞腎に伴う前大脳動脈単独解離を発症した 45 歳女性例

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

川原 弓奈 他

セッション 2 (10:18-10:58)

座長: 渡邊 充 (九州大)

A-6. ADHD 不適合分泌症候群を合併する Fisher 症候群の検討

大分県立病院 脳神経内科

豊田 那智 他

A-7. 当院で経験した妊娠合併 Guillain-Barre 症候群 2 例の検討

鹿児島大学病院 脳神経内科

内村 千紗子 他

A-8. 神経超音波検査が診断に有用であった multifocal CIDP の 1 例
佐賀大学医学部附属病院 脳神経内科 海野 青藍 他

A-9. 頭痛が併存したために診断に苦慮した Fisher 症候群の 1 例
宮崎大学医学部附属病院 脳神経内科 金丸 和樹 他

A-10. アルツハイマー型認知症と大脳白質病変を伴うビタミン B12 欠乏症の合併により、可逆性の認知機能低下を認めた一例
佐賀県医療センター好生館 脳神経内科 井上 裕香子 他

合同セッション (11:02-11:50)	座長：藤尾 信吾 (鹿児島大)
	座長：津川 潤 (福岡大)

合同-1. 合同子宮腺筋症により主幹脳動脈狭窄を伴う脳梗塞を発症した 1 例
佐世保中央病院 脳神経外科 森口 真哉 他

合同-2. 陳旧性心筋梗塞後の心尖部血栓により心原性脳塞栓症の診断に至った 1 例
久留米大学医学部 脳神経外科 橋本 洋佑 他

合同-3. 機械的血栓回収療法後に脳膿瘍を形成した感染性脳塞栓症の一例
産業医科大学 脳神経外科 浦勇 春佳 他

合同-4. 左中大脳動脈狭窄に伴う脳梗塞を呈した POEMS 症候群に対し STA-MCA バイパス術を施行した一例
小倉記念病院 脳神経内科 中澤 祐介 他

合同-5. 内頸動脈瘤に対してフローダイバーターステント留置後に多発性白質病変をきたした一例
九州大脳神経内科 佐野 仁美 他

合同-6. 衝動制御障害を伴うパーキンソン病に対し DBS 埋設が有効であった一例
福岡大学病院 脳神経 高橋 信敬 他

ランチョンセミナー (12:10-13:10)

座長 : 福岡大学医学部 脳神経内科学 主任教授 馬場 康彦 先生
演者 : 金沢大学医薬保健研究域 脳神経内科学 教授 小野 賢二郎 先生
演題 : 「抗A β 抗体レケンビによるアルツハイマー病のこれからの治療戦略」
共催 : 第247回日本神経学会九州地方会
エーザイ株式会社

セッション 3 (13:20-14:08) 座長: 雪竹 基弘 (高木病院)

A-11. 好酸球増多・好酸球性副鼻腔炎を伴い急速に進行した偽神経炎型筋萎縮性側索硬化症の1例

福岡中央病院 脳神経センター 脳神経内科 横手 顕 他

A-12. 脂肪酸結合蛋白質 (FABP) は多系統萎縮症の病態に關与する

東北大薬 福永 浩司 他

A-13. シェーグレン症候群を合併した Acute autonomic and sensory neuropathy(AASN)の一例

長崎大学病院 脳神経内科 出口 優 他

A-14. 感覚性ニューロパチーを欠き、痙縮が前景に立った *DNMT1* 関連疾患の一例

鹿児島大学病院 脳神経内科 山中 菜央 他

A-15. 脳生検を行なった自己免疫性 Glial fibrillary acidic protein (GFAP) アストロサイトパチーの一例

沖縄病院 脳神経内科 山城 志織 他

A-16. 沖縄型神経原性筋萎縮症(HMSN-P)の新規2症例

聖マリア病院 三田 悠 他

セッション 4 (14:13-15:01) 座長: 高瀬 敬一郎 (飯塚病院)

A-17. 白血病に対する骨髄移植後に発症した重症筋無力症 (MG) の2例

広島赤十字・原爆病院脳神経内科 内和田 英人 他

A-18. 全身型重症筋無力症の経過中に筋炎を合併した一例

飯塚病院 脳神経内科 寺師 綾子 他

A-19. 小児期に抗体陰性重症筋無力症 (MG) と診断され、65 歳時に先天性筋無力症の診断に至った 1 例

九州大学病院 脳神経内科

高村 理英子 他

A-20. 診断に時間を要した Lambert-Eaton 筋無力症候群

NHO 関門医療センター 脳神経内科

押部 奈美子 他

A-21. irAE-重症筋無力症(MG)に対してエフガルチギモドアルファ皮下注製剤使用した一例

産業医科大学病院 脳神経内

古谷 由佳 他

A-22. 脳波と脳血流 SPECT 異常を呈した抗 MOG 抗体と抗 NMDAR 抗体共陽性脳炎の一例

熊本大学 脳神経内科

井村 真男 他

セッション 5 (15 : 06-15:54) 座長：司城 昌大 (九州中央病院)

A-23. 心筋障害を伴い筋ジストロフィー様の臨床像を呈した若年発症 PM-mito の 1 例

熊本大学 脳神経内科

本多 直喜 他

A-24. 亜急性発症の心不全、呼吸筋筋力低下で、横隔膜針筋電図を契機に診断に至った抗ミトコンドリア M2 抗体陽性ミオパチーの一例

大分大学 神経内科

藪内 健一 他

A-25. 脳脊髄に多発病変を呈し脱髄疾患との鑑別に難渋した血管内悪性リンパ腫の 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

継 晋一 他

A-26. シェーグレン症候群疑い、視神経脊髄炎に合併した免疫介在性ニューロパチーの一例

長門記念病院 脳神経内科

藤岡 秀康 他

A-27. 生成系 AI が診療に有効だった雷鳴頭痛と失神を主訴とした膀胱褐色細胞腫による可逆性脳血管攣縮症候群を呈した若年女性の一例

関門医療センター 脳神経内科

池川 眞之 他

A-28. Posterior reversible encephalopathy syndrome(PRES)を合併した脳梗塞の2例

琉球大学病院 第三内科

丸山 哲昇 他

セッション 6 (15:59-16:39) 座長: 森 慎一郎 (久留米大)

A-29. 白皮症に合併した発達障害の例

八幡大蔵病院 昭和町クリニック

石川 和彦

A-30. 再燃を繰り返し、感染症との鑑別を要した非典型的 Erdheim-Chester 病の一症例

大分大脳神経内科

渡邊 凌佑 他

A-31. てんかん発作と心因性非てんかん性発作(PNES)が混在した *FLNA* 遺伝子異常が疑われる脳室周囲異所性灰白質の一例

鹿児島市医師会病院 脳神経内科

中江 健太郎 他

A-32. 急性期抗体陰性後、抗体陽転化し診断し得た GFAP アストロサイトパチーの47歳男性例

健和会大手町病院 脳神経内科

入江 南帆 他

A-33. 急性発症の痙性四肢麻痺で発症したアーノルド・キアリ I 型奇形の一例

宮崎県立宮崎病院 脳神経内科

田中 栄蔵 他

閉会の辞 (16:39~16:44)

会長 馬場

康彦 (福岡大)

世話人会 (16:50~17:20)

福大メディカルホール

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。

フルシクロビン (18F) PETで集積をみとめた

Calcifying Pseudoneoplasm of the Neuraxisの1例：病態と文献的考察

A case of Calcifying Pseudoneoplasm of the Neuraxis (CAPNON)

accumulating 18F-fluciclovine in the calcified lesion:

A case report and review of the literature

鮫島 芳宗, 米澤 大, 泊 祐美, 東 拓一郎, 比嘉 那優大, 花谷 亮典

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

【はじめに】 Calcifying Pseudoneoplasm of the Neuraxis (CAPNON)は、中枢神経系に発生する稀な良性の石灰化を伴う偽腫瘍である。また、フルシクロビン (18F) PET検査は、悪性神経膠腫が疑われる症例における腫瘍の可視化を目的にその有益性が注目されている。今回、18F-PETで集積を認めたCAPNONの症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

【症例】 52歳女性、乳癌既往があり、それに関連する全身評価を契機に偶発的に頭蓋内腫瘍性病変を指摘された。頭部CTでは、辺縁に石灰化を示す脳梁脂肪腫を認め、頭部MRIでは同腫瘍の左前方の一部がガドリニウム(Gd)造影効果を示し、接する左前頭葉に浮腫性変化を認めた。また、18F-PET検査でGd造影領域に一致する集積を認めた。Gd/18F-PET陽性部に限局した摘出を行う方針とした。腫瘍は血流の富んだ膜様組織に覆われており、正中深部で脂肪腫と連続していた。超音波メスを用いて石灰化病変破砕し、18F集積部分を摘出した。病理組織所見として、成熟した石灰化・脂肪組織および線維状を呈する軟骨様基質の沈着を認め、CAPNONとして矛盾しない所見であった。また、gliomaやmeningiomaの所見は認めなかった。

【考察および結語】 CAPNONにおいて18F-PET集積を認めた症例報告はなく、その病態は不明である。しかし、CAPNONの病態が、lipomaやlow-grade gliomaといった腫瘍性病変に生体内の炎症性細胞やサイトカインが反応した結果生じたものと推察されている。18F-フルシクロビンも炎症性病変においても集積する例も稀ながら報告があり、その疾患病態を示唆していると考察される。

抗生剤治療で一時的な縮小を経て、中枢神経ゴム腫との鑑別に苦慮した
中枢神経原発悪性リンパ腫の1例

A case of primary central nervous system malignant lymphoma that temporarily shrank with antibiotic treatment, making differentiation from central nervous system gumma challenging.

小林 繁貴， 喜舎場 一貴， 國仲 倫史， 長嶺 英樹， 外間 洋平， 浜崎 禎
琉球大学医学部脳神経外科

中枢神経原発悪性リンパ腫は原発性脳腫瘍の約5%に発生し、多彩な臨床経過・画像所見を呈する。診断確定には病理組織検体が必要であるものの、髄液バイオマーカーの1種であるIL-10（カットオフ値 5pg/ml）は感度・特異度が95%以上と高く、その有用性が報告されている。一方、中枢神経ゴム腫は梅毒感染の晩期合併症の1つで、時に中枢神経原発悪性リンパ腫などの脳腫瘍と画像所見が類似することがあり、診断が困難な場合がある。我々は、発熱および転倒の精査で左基底核の腫瘤を指摘され、初期に髄液IL-10の上昇がなく、抗生剤で一時的に縮小した経過より中枢神経ゴム腫との鑑別が困難であった症例を経験し、鑑別にFDG-PET検査が有用であると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

症例は、20XX年Y-1月 発熱および転倒の精査で左基底核の腫瘤を指摘された60代男性。治療歴が不明な梅毒感染、統合失調症の合併症あり。同年Y月 当院へ転院。意識レベルJCS 2、右片麻痺（MMT 4/5）あり。造影MRIでは、左基底核の腫瘤は造影され、同部位は拡散強調画像で淡い高信号を呈しており、右基底核にも淡く造影される部分を認めた。FDG-PETでは左基底核の腫瘤は集積亢進しているものの、体幹部には集積亢進は見られなかった。当初、髄液IL-10の上昇はなく、髄液中のTPHAおよびITPA index (intrathecally produced T pallidum antibody index) 高値、FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody absorption test) IgG陽性で神経梅毒の診断基準を満たしており、抗生剤加療により腫瘤は一時的な縮小を経たものの、右片麻痺の進行があり、腫瘤は再増大した。同年Y+5月 ナビゲーションガイド下針生検術を施行し、DLBCL, non GCB typeの診断確定を得た。

急速に進行する麻痺を認めた延髄腹側neurenteric cystの一例

A case of ventral medullary neurenteric cyst with rapidly progressive paralysis

米倉 康太郎¹, 藤岡 寛¹, 黒木 亮太¹, 空閑 太亮¹, 中溝 玲¹, 成富 文哉², 吉本 幸司¹

¹九州大学大学院医学研究院脳神経外科, ²九州大学大学院形態機能病理学

【はじめに】 Neurenteric cystは、稀な先天性嚢胞疾患であり、主に脊柱管内に発生する。比較的頭蓋内の発生は稀で、他の嚢胞性病変との画像診断は困難を要する場合もある。無症状または徐々に進行する神経症状を呈するが、時に急速に症状が現れることもある。本症例では、急速に進行する四肢麻痺を呈した延髄腹側のneurenteric cystの小児例を経験したため報告する。

【症例】 4歳女児。手術となる1ヶ月前から頸部痛が出現し、2週間前から右上肢の巧緻運動障害が出現、徐々に挙上困難、3日前より歩行困難となった。1日前に前医受診し大孔部に嚢胞病変を認め翌日に当院へ転院となった。来院時意識清明で頸部痛あり、両上下肢の麻痺あり、特に右上肢MMT2/5と比較的急速に進行する麻痺を認めた。MRIでは16x33mmのGd増強効果ないT1 hypo, T2 hyper intensityを呈する嚢胞性病変をみとめ、延髄から頸髄にかけて前方から強く圧排していた。同日右far lateral approachにて嚢胞の切除を行った。延髄側方より嚢胞壁をpunctureし内容液を吸引、嚢胞壁を引き出し、腹側に癒着していた部位は残存させ、大部分の嚢胞壁を切除した。病理診断はneurenteric cystであり、今後は経過観察を行う方針とした。四肢麻痺は改善し術後2週間で独歩退院した。

【結語】 Neurenteric cystは稀な疾患だが、本症例のように急激な症状進行を示す場合、迅速な画像診断と外科的介入が必要となる。急速な症状進行に関しては嚢胞内容の増大や壁の炎症などの可能性が指摘されている。外科的治療は嚢胞壁の全摘出が望ましいが、本症例のように延髄腹側など重要な構造との癒着が強い場合、部分的に嚢胞壁を残存させる選択も妥当であると考えられる。

BRAF/MEK阻害療法が著効したBRAFV600E変異乳頭型頭蓋咽頭腫の1例

A case of BRAFV600E mutant papillary craniopharyngioma
successfully treated with BRAF/MEK inhibitory therapy

柳田 暢志¹, 札幌 博貴¹, 松田 浩幸², 靱井 泰朋¹, 秦 暢宏¹, 安高 拓弥³, 藤木 稔¹

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医療情報部,

³臼杵市医師会立コスモス病院脳神経内科

【症例】68歳女性。歩容の悪化、認知機能障害、尿失禁の精査で、鞍上部病変と脳室拡大を指摘された。鞍上部病変は、頭部単純CT検査では、やや高吸収を呈し、造影MRIではやや不均一な増強効果を示す、嚢胞成分を伴わない境界明瞭な腫瘍であった。経側脳室内視鏡下腫瘍生検術とOmmaya留置術を行い、組織診断を得た。病理所見は、重層扁平上皮が乳頭状に増殖する乳頭型頭蓋咽頭腫であり、免疫組織学染色では、BRAFV600E陽性であった。BRAFV600E遺伝子解析（PCR-rSSO法）の結果、BRAFV600E遺伝子変異が確認された。腫瘍増大の速度は速く、進行性の意識障害を伴っており、進行難治性の頭蓋咽頭腫と判断し、BRAF/MEK阻害療法を開始した。発熱や腸炎、貧血に伴う休薬、減薬を挟みつつ、約7か月間治療を継続した。内分泌異常を生じることなく、腫瘍成分は劇的に縮小(98%縮小)した。患者は自宅退院し、現在休薬の上、経過観察中である。

【考察・結語】2023年に米国において、放射線治療前のBRAFV600E変異乳頭型頭蓋咽頭腫に対するBRAF/MEK阻害療法に関する臨床試験結果が報告され、本治療は安全であり、劇的な治療効果を持つことが報告された。本症例を通して、日本人への優れた治療効果や安全性を経験することができた。BRAFV600E変異乳頭型頭蓋咽頭腫に対するBRAF/MEK阻害療法は、本疾患の治療戦略のブレイクスルーとなる可能性が高く、本症例の治療経過や副作用マネージメントを含め、文献的考察を加え報告する。

甲状腺濾胞癌による転移性頭蓋骨腫瘍の一例

A case of follicular thyroid carcinoma diagnosed by calvarial bone metastasis

西本 裕亮, 溝邊 真由, 安部 啓介, 井上 大輔, 山田 哲久, 甲斐 康稔, 名取 良弘
(株)麻生飯塚病院脳神経外科

【背景】甲状腺濾胞癌は甲状腺癌の5~10%を占める頻度の少ない悪性腫瘍であり、予後は良好とされるが、しばしば骨や肺に遠隔転移を起こすことが知られている。今回我々は左前頭骨腫瘍の摘出を行い、病理検査で甲状腺濾胞癌の診断に至った症例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

【症例提示】82歳，女性。来院の1年前から左前頭部の腫瘍を自覚していたが精査を行っていなかった。頭部打撲を契機に前医を受診し，左前頭骨に骨破壊を伴う33mm大の腫瘍を指摘され紹介受診した。全身精査で明らかな原発巣を指摘できず，均一な増強効果を伴う病変であり，髄膜種を念頭に摘出術を行った。広範な骨欠損があり，形成したチタンメッシュプレートを用いた修復を行った。特記すべき合併症なく自宅退院したが，病理検査で甲状腺濾胞癌の骨転移の診断が得られた。

【考察】頭蓋骨への転移を来たす甲状腺癌は2.5%と報告されており，甲状腺濾胞癌に限定するとさらに頻度は少ない。文献上では複数の症例報告があり，ほぼ無症状で経過するものや脳神経麻痺を来たす症例もあり，多彩な経過を示す。術前に甲状腺濾胞癌の骨転移と診断することは困難であり，病理診断を待つて迅速に後療法へ繋げることが肝要である。

出血で発症した精巣腫瘍由来の転移性脳腫瘍の一例

A case of hemorrhagic metastatic tumor from testicular tumor

岸川 顕¹, 土持 諒輔¹, 上田 康史², 大坪 智恵子³, 田場 充³, 宮園 正之¹

¹嬉野医療センター脳神経外科, ²嬉野医療センター泌尿器科, ³嬉野医療センター病理診断科

精巣胚細胞腫瘍 (Germ Cell Tumor, GCT) は若年男性に多い悪性腫瘍であり、胎児性癌 (Embryonal Carcinoma, EC) および卵黄嚢腫瘍 (Yolk Sac Tumor, YST) はその主要な組織型の一つである。胎児性癌は血行性転移を起こしやすく、特に脳転移の報告があるが、卵黄嚢腫瘍を含む混合型GCTの脳転移は比較的稀である。本症例は、胎児性癌と卵黄嚢腫瘍成分を含む混合型精巣腫瘍の脳転移が出血を契機に発見された一例であり、若年者の脳出血の鑑別および治療選択の課題について考察する。

症例は32歳、男性。頭痛を主訴に前医外来を受診した。同院での頭部CTで左頭頂葉に脳出血を認め当科紹介搬送となった。軽度の半側空間無視を認める他、明らかな神経学的脱落所見は認めず血腫量も少量であり保存的に見ながら全身精査を行った。頭部造影MRIでは明らかな腫瘍性病変は指摘できなかったが、AFPの著明な上昇と右精巣に腫瘤を認め精巣腫瘍の疑いで当院泌尿器科に紹介。精巣摘除術施行され上記診断となった。術後化学療法開始となったが、治療中に左頭頂葉の脳出血を繰り返し、治療は難渋した。同部の開頭摘出術を施行したところ、上記精巣腫瘍からの転移性脳腫瘍と病理学的に診断された。

精巣腫瘍が脳転移し、出血を伴う場合があることを念頭に置き、早期診断および適切な治療介入することが重要と思われる。

術前に髄膜腫との鑑別が困難であった頭蓋内軟骨肉腫の一例

Intracranial Chondrosarcoma Initially Suspected as Meningioma

小笠原 奈月, 松元 文孝, 河野 智樹, 田村 充, 奥山 洋信, 水口 麻子, 山下 真治,
大田 元, 横上 聖貴, 沖田 典子

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

【はじめに】 原発性頭蓋内軟骨肉腫は原発性脳腫瘍の0.15%程度の発生率と報告されている稀な腫瘍である。多くは頭蓋底に発生するが、極めて稀に硬膜や脳実質からの発生も報告されている。今回、肉眼的に全摘出が可能で、病理学的にも周囲の硬膜に腫瘍細胞を認めなかった脳実質発生の軟骨肉腫の一例を経験したため報告する。

【症例】 症例は83歳女性。X-3年にめまい精査のため近医で頭部画像検査を施行され、偶発的に左前頭部に約2×3cm大の腫瘍性病変を指摘された。傍矢状洞部に発生し上前頭回を圧排する髄膜腫が疑われたが造影MRI検査では造影増強効果はなく、dural-tail signも認めなかった。無症候性であり、ご本人の希望により経過観察となり、MRIでの定期的な評価が行われた。その後、腫瘍は徐々に増大傾向を認め、X-1年に精査加療目的で当院紹介初診となった。MRIでは当初指摘されていた腫瘍の増大に加え、新たに後方へ突出する病変を認めた。病理学的評価を含めた手術加療を説明したが、ご本人の同意が得られなかった。腫瘍は新たに出現した後方成分を主体にさらに増大し6cmを超え、当院初診から8か月後、右不全麻痺が出現し開頭腫瘍摘出術を施行した。石灰化を伴う非常に硬い腫瘍で、腫瘍は境界明瞭であり肉眼的に全摘出し、付着部と思われた硬膜、大脳鎌も含めて切除した。術後病理診断は軟骨肉腫 (CNS WHO grade 2)、Ki-67 indexは前方成分で2.3%、急速に増大した後方成分で18.2%であった。切除した硬膜には腫瘍組織は確認されなかった。麻痺症状は速やかに改善し、術後21日目に独歩で自宅退院した。

【結語】 脳実質に発生する原発性軟骨肉腫は極めて稀である。特に傍矢状洞に発生した腫瘍は、画像評価のみでは髄膜腫との鑑別が困難であり、病理学的評価が不可欠であることが報告されている。本報告では、診断や治療について文献的考察を加え、検討する。

眼窩内に主座を持つ頭蓋内原発孤立性線維性腫瘍の一例

A case of an intracranial solitary fibrous tumor with a primary focus in the orbit

後藤 夏奈¹, 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 安部 洋²¹福岡市民病院脳神経外科, ²福岡大学医学部脳神経外科

【はじめに】 孤立性線維性腫瘍(SFT)は主に胸膜から発生する間葉系細胞に由来する腫瘍であり、比較的稀な腫瘍である。様々な部位で発生することが知られており、約5～27%は頭頸部に発生するとされている。今回我々は眼窩内に主座を持つ頭蓋内原発SFTを経験したため、文献的考察を含めて報告する。

【症例】 59歳女性。X-4年、運転中に対向車が中央線をはみ出して見えるようになり近医を受診した。頭部MRIで右上眼窩裂にT1WI低信号、T2WI等信号の内部不均一な14mmの腫瘍性病変を認めたが本人希望により経過観察となった。2か月後に右前額部の異常感覚が出現し再度近医を受診した。病変はリング状の増強効果を呈しており、精査加療目的に当院紹介となった。来院時意識は清明、右眼上転位、内外転・下転制限を認め、右三叉神経第1枝領域の感覚鈍麻を認めた。発症から3か月後に経頭蓋硬膜内より腫瘍摘出術を行った。上眼窩裂内の腫瘍は核出して摘出したが一部残存させ手術を終了した。術後複視は消失し、自宅退院した。病理診断は SFT(MIB-1 1.6%)であった。6ヶ月後の外来通院以降治療をdrop outしていたがX年に複視が再出現し、右眼が内転していたため当科外来を再診された。Gd造影で均一に造影される頭蓋内から右上眼窩裂、眼窩内へ進展する25mmの病変を認め、手術目的に入院となった。頭部CTでは上眼窩裂外側に骨破壊を認めた。手術は前回の皮膚切開を延長し右眼窩前頭側頭開頭を行った。腫瘍は眼窩骨膜外に認めた。術後造影MRIでは腫瘍の残存は見られなかった。

【結語】 眼窩内に主座を持つ頭蓋内原発SFTを経験した。必要に応じて放射線・化学療法が併用されるが、依然として外科的切除が最も予後を改善するとされている。腫瘍壊死や核分裂像を有する症例の局所再発率は75%、部分切除や核出術の再発率は100%との報告もあり、治療後は再発の可能性を考え定期的な通院および長期の経過観察が必要と考える。

慢性硬膜下血腫との鑑別を要した円蓋部en plaque meningiomaの一例
A case of convexity en plaque meningioma mimicking chronic subdural hematoma in the radiological findings.

橋川 武史¹, 神崎 由起¹, 吉岡 努¹, 継 仁¹, 西山 憲一², 安部 洋³

¹福岡赤十字病院脳神経外科, ²福岡赤十字病院病理診断科, ³福岡大学医学部脳神経外科

【はじめに】一般的に髄膜腫は硬膜と接して半球状の腫瘤を形成するものがほとんどであるが、まれに皿状に発育することがあり、en plaque meningioma (EPM) と呼ばれる。その発生頻度は髄膜腫全体の2-9%と比較的稀である。今回我々は慢性硬膜下血腫との鑑別を要した円蓋部en plaque meningiomaの一例を経験したので報告する。

【症例】43歳女性。2年前に慢性硬膜下血腫の診断で近医より紹介となった。五苓散内服にて経過観察としていた。9か月前から徐々に右側頭部の腫脹を自覚され、3ヶ月前から頭痛が増悪した。前医MRIで血腫の増大を指摘され再度紹介となった。若年発症で、起床時に頭痛が増悪することから、低髄圧症候群や脳腫瘍を鑑別に挙げて精査を行った。造影MRIで右硬膜下に均一に強く造影される腫瘍性病変を認め、en plaque meningiomaを疑った。術前に施行した血管造影検査で両側中硬膜動脈から腫瘍への栄養血管を確認し、局所麻酔下で栄養血管塞栓術を行った。その後右前頭側頭頭頂開頭で腫瘍摘出術を行った。病理組織診断はmeningothelial meningioma, WHO grade 1であった。術後頭痛は改善し、自宅退院とした。

【結語】今回は慢性硬膜下血腫との鑑別を要した円蓋部en plaque meningiomaの稀な一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

腫瘍性病変が指摘できず、肥大した馬尾の生検で診断し得た
非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍 (AT/RT) の1例

A case of pediatric atypical teratoid rhabdoid tumor without mass lesion diagnosed by biopsy of an enlarged cauda equina.

前川 優美, 内田 大貴, 吉田 光一, 竹内 雅臣, 白濱 麻衣, 小川 由夏, 塩崎 絵理, 近松 元気,
松尾 彩香, 松永 裕希, 馬場 史郎, 氏福 健太, 諸藤 陽一, 日宇 健, 松尾 孝之
長崎大学医学部脳神経外科

Introduction: Atypical teratoid rhabdoid tumor (AT/RT) is a malignant brain tumor of the central nervous system, accounting for approximately 1-2% of pediatric brain tumors. Here, we report a case of AT/RT that did not form a mass lesion and was diagnosed through a biopsy of an enlarged cauda equina.

Case report: A 6-year-old girl presented with pain in the back of both thighs that had persisted for three months. She also experienced urinary incontinence, difficulty with defecation, and progressive hearing impairment. She was referred to our hospital for further evaluation. A contrast-enhanced MRI revealed no apparent mass lesions but showed dot-like contrast effects along the cauda equina and enlargement of the right S1 nerve root. Punctate enhancement surrounding the bilateral auditory nerves raised concerns about possible malignant diseases, including medulloblastoma, AT/RT, or a disseminated tumor. We planned a biopsy of the enlarged cauda equina, utilizing BCR and MEP monitoring, beginning at the L4/5 interspinous space. A thickened cauda equina with yellowish-brown pigmentation was observed, and we excised the affected portion for pathological examination. The pathological diagnosis confirmed AT/RT, with tumor cells showing positivity for EMA and α SMA and negativity for INI. Multi-drug chemotherapy and whole brain plus spinal irradiation were promptly initiated following the diagnosis.

Conclusion: The prognosis for patients with AT/RT is generally poor. Therefore, when the tumor is suspected, aggressive surgical intervention is necessary to achieve early diagnosis and prompt initiation of treatment.

5年の経過で瘤形成を来した虚血発症前大脳動脈解離の一例

A case of ischemic anterior cerebral artery dissection developing an aneurysm
over a five-year course

天野 真太郎¹, 手賀 丈太¹, 河野 大¹, 吉永 進太郎¹, 廣田 篤¹, 山城 慧¹, 榎本 年孝¹,
小林 広昌¹, 森下 登史¹, 竹本 光一郎¹, 岩朝 光利², 安部 洋¹
¹福岡大学医学部脳神経外科, ²福岡大学病院救命救急センター

【Case Presentation】 A 57-year-old woman presented with headache and mild left hemiparesis. She was admitted to the previous hospital due to an acute. MRI on admission showed an acute cerebral infarction in the anterior cerebral artery (ACA) territory with the right A2 occlusion. The follow-up MRI in the acute phase revealed that the occluded A2 was recanalized and showed a "pearl and string sign", which led to the diagnosis of ischemic ACA dissection, and conservative treatment was chosen. She underwent the annual follow-up MRI; the affected A2 was occluded three year after the onset of the dissection without any symptom. However, two years later, recanalization and aneurysm formation were observed on the affected site. Parent artery occlusion was successfully performed without neurological deficits.

【Discussion】 The ACA dissection is rare, accounting for about 5% of all dissection. Follow-up MRI is recommended to evaluate the morphological changes of the affected vessel over time; however, the duration of the follow-up period remains undefined. In this case, the affected ACA was recanalize, and aneurysm formation occurred five years after the onset: long-term follow-up may be desirable in ACA dissections.

A case of primary intraorbital neuroendocrine tumor

A case of primary intraorbital neuroendocrine tumor

三根 大樹¹, 尾辻 亮介¹, 宮崎 貴大¹, 藤岡 寛¹, 波多江 龍亮¹, 空閑 太亮¹, 中溝 玲¹,
成富 文哉², 吉本 幸司¹

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病理部

Introduction: Neuroendocrine tumors (NETs) are rare neoplasms arising from neuroendocrine cells, commonly found in the gastrointestinal tract and lungs. Intraorbital NETs are infrequently reported, with most cases representing metastases from primary lung or intestinal tumors. Therefore, primary intraorbital NETs are exceedingly rare. Here, we present a case of primary intraorbital NET.

Case Presentation: A 76-year-old woman presented with left eye pain and proptosis. An orbital tumor was detected at another hospital, leading to her referral to our institution. Neurological examination revealed a downward gaze limitation in the left eye, but no other deficits. MRI demonstrated a contrast-enhancing tumor (33×15×13 mm) in the left medial superior orbit, extending into the muscle cone. A surgical resection via transcranial approach was performed. The tumor was encapsulated, with a distinct border from surrounding tissues except at the trochlea, where it was continuous with the superior oblique muscle. Complete excision, including affected muscle bundles, was achieved without new postoperative neurological deficits. Histopathology turned out a grade 2 NET. Somatostatin receptor scintigraphy revealed no definitive primary lesion. The patient was referred for systemic therapy with a somatostatin analogue.

Discussion and Conclusion: Primary intraorbital NETs are exceptionally rare. In this patient, the absence of a primary tumor, coupled with intraoperative findings of local tissue involvement, suggests a primary intraorbital NET. We will discuss this case in comparison with previously reported cases to further explore its clinical implications.

髄膜腫術後に発生した医原性仮性瘤：症例報告と文献レビュー

Intracranial Iatrogenic Pseudoaneurysm Developed After Meningioma Surgery:
A Case Report and Literature Review

Rafi Putra, 牧野 隆太郎, 藤尾 信吾, 山畑 仁志, 花谷 亮典
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科

Case Presentation: A 31-year-old Japanese man developed symptomatic epilepsy and left sphenoid ridge meningioma was detected. He underwent surgery for the tumor transcranially. The midline component of the tumor was adherent to the M1 segment of Middle Cerebral Artery. During surgery, the tumor was carefully trimmed and coagulation hemostasis was performed for bleeding from small branch. Postoperatively, iodine contrast CT was performed for vascular evaluation, and a dot-like high density area was observed in the resection cavity. A pseudoaneurysm was suspected in part of the left M1 branch, however this was not the area where hemostasis was performed intraoperatively. On follow-up with iodine contrast CT and angiography showed significant enlargement of the pseudoaneurysm, which was treated with inflow vessel trapping two weeks after initial surgery.

Discussion: Intracranial iatrogenic pseudoaneurysms are rare but serious complications that can developed after neurosurgical procedure, even with uneventful surgery and without obvious injury to the artery wall. We reviewed 10 cases from 7 articles in which pseudoaneurysms were discovered after craniotomy for extra-axial tumors. The majority of cases were meningiomas and craniopharyngiomas, and except for 2 cases that developed subarachnoid hemorrhage, pseudoaneurysms were discovered by postoperative CTA. As in this case, it was difficult to identify the pseudoaneurysm on MRI. Therefore, early detection and prompt intervention through advanced repeated imaging diagnosis, including CTAs, are extremely important for preventing serious consequences.

中大脳動脈M1segmentに生じた巨大部分血栓化動脈瘤に対する外科治療

Successful Surgical Treatment of a Partially Thrombosed Giant Aneurysm Arising from Proximal
(M1) Segment of Middle Cerebral Artery

大津 裕介, 丹羽 悠, 菊池 仁, 折戸 公彦, 廣畑 優, 森岡 基浩
久留米大学医学部脳神経外科

【 Case presentation 】 A 15-year-old male with no significant medical history was admitted for epilepsy. MRI revealed a giant, partially thrombosed aneurysm in the left M1 segment of the middle cerebral artery (MCA), measuring 55 mm in maximum diameter. Digital subtraction angiography (DSA) showed the aneurysmal neck extending along the entire M1 segment, with no detectable lenticulostriate artery (LSA). While antegrade cerebral perfusion from the MCA was reduced, collateral circulation from the anterior cerebral artery (ACA) and posterior cerebral artery (PCA) increased. Given the progressive headache and cerebral infarction due to the aneurysm, surgical intervention was necessary. The patient and family agreed preoperatively that LSA blood flow could not be preserved. The entire M1 segment of the left MCA was trapped, combined with a low-flow superficial temporal artery (STA)-MCA bypass and partial resection of the thrombosed aneurysm. However, no infarction was observed in the left basal ganglia or internal capsule postoperatively. Postoperative SPECT showed improved cerebral perfusion in the left hemisphere, and DSA confirmed complete obliteration of the aneurysm with robust collateral circulation. The patient's postoperative right hemiparesis gradually improved, and he was transferred to a rehabilitation hospital with a modified Rankin Scale (mRS) score of 2.

【 Discussion and Conclusion 】 Despite LSA sacrifice, no infarction occurred, likely due to collateral flow from the recurrent artery of Heubner and other perforators. This case highlights the importance of preoperative collateral assessment in MCA trapping procedures to minimize ischemic risk.

合同-1

子宮腺筋症により脳主幹動脈狭窄を伴う脳梗塞を発症した1例

Cerebral Infarction with Major Cerebral Artery Stenosis Associated with Adenomyosis: A Case Report

森口 真哉¹, 牛原 夏海¹, 吉永 貴哉¹, 武村 有祐¹, 安部 洋²

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

【緒言】子宮腺筋症はムチン産生性の良性疾患であるが、近年脳梗塞の合併例が報告されている。これはCA125や組織因子による凝固能異常と、月経過多での貧血によると考えられている。

今回我々は子宮腺筋症により主幹動脈狭窄を伴う脳梗塞を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】52歳女性、X-2年8月に脳梗塞の発症を機にもやもや病を指摘され、X-1年4月に左STA-MCAバイパス+EDASが施行された。X年4月7日月経で多量出血あり、同日左上下肢の脱力が出現した。翌8日に当科外来を受診、神経学的に軽度の左不全麻痺あり、頭部MRIでは右中大脳動脈領域に散在する脳梗塞と右中大脳動脈(M1)の狭窄を認め、同日より入院とした。月経出血が続いており補液とエダラボンのみで加療を開始したが、入院2日目のMRIで対側も含む梗塞巣の増大(多発、両側性)あり、プラスグレレル、アルガトロバン、デキストランを追加し、月経出血の抑制のためにGnRHアンタゴニストを開始した。入院3日目に左片麻痺はMMT1/5へ増悪あり、MRIでは更なる梗塞巣の増大が見られた。入院4日目に月経終了後は梗塞の増大なく、入院8日目のMRIでは右中大脳動脈の狭窄は改善傾向みられた。入院4日目の血液検査ではCA125は1325U/ml, CA19-9は108U/mlと上昇みられていた。脳梗塞の原因が、子宮腺筋症に関連した可能性あり、以後GnRHアンタゴニストを継続した。以降、月経はなく、新たな脳梗塞の出現もみられなかった。本症例は子宮腺筋症により主幹動脈の狭窄を伴う脳梗塞を発症した症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

合同-2

陳旧性心筋梗塞後の心尖部血栓により心原性脳塞栓症の診断に至った1例

A Case of Cardiogenic Cerebral Embolism Diagnosed Due to Apical Thrombus Following Old Myocardial Infarction

橋本 洋佑¹, 高岡 晋彦², 宮城 皓平¹, 古田 啓一郎¹, 野原 正一郎³, 高須 修³, 森岡 基浩¹

¹久留米大学医学部脳神経外科, ²久留米大学病院 臨床研修センター,

³久留米大学 高度救命救急センター

【緒言】心筋梗塞後に左室内血栓が原因の塞栓症について、急性心筋梗塞発症急性期から亜急性期に関するデータは報告されているが、数年経過した慢性期に心原性脳塞栓症を発症した報告は症例報告にとどまっており稀である。今回、塞栓源不明脳梗塞（ESUS）として精査を進める中、心臓MRIの併用によって左室心尖部血栓を同定し、塞栓源の同定に至った症例を経験したため報告する。

【症例】 52 歳男性。3年前に前下行枝基部閉塞による心筋梗塞を発症し、以後抗血小板薬を内服していた。今回、突然の右片麻痺と構音障害で受診し、頭部MRI拡散強調像にて左中大脳動脈および左前大脳動脈領域の皮質に散在性の急性期脳梗塞を認めた。頸部および頭蓋内の血管狭窄病変は指摘されなかった。来院時に施行した経胸壁心エコー（TTE）では異常は指摘されなかった。来院時のDダイマー軽度高値であったが、ホルター心電図等で不整脈は検出されず、経食道心エコー（TEE）で左心耳血栓や心房中隔欠損を指摘できなかった。TEE再検した際に心室中隔の壁運動低下および一部瘤形成を指摘され、心尖部前壁領域に壁在血栓を疑う所見をえた。造影心臓MRI（Delayed Enhancement法）にて左室心尖部に血栓を同定され、心原性脳塞栓症と診断した。抗血小板薬の投与を中止しワルファリンの内服での加療を継続する方針とした。

【考察】心筋梗塞後の左室リモデリング部位は血栓形成の温床となりやすいが、TTEのみでの評価では陰性となる場合がある。本症例では心筋梗塞後数年経過した症例における左室心尖部血栓を形成し、脳塞栓症を発症した1例である。本症例のようにESUSとしての精査において、塞栓性を疑う症例においては繰り返し検査を行い、心臓MRI等も積極的に行っていくことで塞栓源の同定に大きく寄与する可能性がある。

合同-3

機械的血栓回収療法後に脳膿瘍を形成した感染性脳塞栓症の一例

A case of brain abscess due to the infectious cerebral embolism developed after mechanical thrombectomy.

浦勇 春佳¹, 武田 康¹, 宮岡 亮¹, 安次嶺 裕¹, 岸本 拓也¹, 切石 唯菜¹, 吉原 拓馬¹, 井上 雅皓¹, 佐藤 甲一朗¹, 長坂 昌平¹, 鈴木 恒平¹, 黒川 暢², 齋藤 健¹, 中野 良昭¹, 田中 優子², 山本 淳考¹

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学

40歳代男性。自宅で倒れているところを発見され当院救急搬送された。来院時、高度の意識障害と右不全麻痺を認め、頭部MRIにて左内頸動脈終末部閉塞によるDiffusion-FLAIR mismatchを伴う広範囲虚血性変化を認めたため再開通療法の適応と判断した。患者は7ヶ月前にStanford A型大動脈解離を発症し弓部大動脈置換術及びびオープンステントグラフト内挿術を施行後で、発熱及び炎症反応上昇等の感染兆候を伴っていたため感染性脳塞栓症を強く疑った。血液培養検体を採取した上で左総頸動脈直接穿刺による機械的血栓回収療法(MT)を施行したがTICI 2aで終了し有効な再開通は得られなかった。同日に著明な脳浮腫が出現し、減圧開頭術を施行した。血液培養でStaphylococcus capitisを同定、MT施行時に回収した血栓の病理学的検査にてグラム陽性球菌が同定されたことにより感染性脳塞栓症と診断した。抗菌薬治療を継続したが発症28日目の頭部CTで患側脳腫脹の増悪を指摘、63日目の造影CTで梗塞巣内に造影効果を伴う嚢胞性病変を指摘された。診断及び病変の摘出目的に70日目に開頭術を施行したところ、梗塞巣内ほぼ全域に及ぶ膿瘍形成を認め、脳膿瘍の診断に至った。膿瘍を可及的に摘出後、約8週間の抗菌薬治療を継続し治療し得た。患者は回復期病院へ転院し、今後頭蓋形成術を予定している。

感染性脳塞栓症による脳膿瘍は感染性心内膜炎等で主に遭遇する病態であり塞栓子の培養検査や病理学的検査により診断できる。一方で本症例のようなMT施行後に発症する脳膿瘍の報告は少ない。脳膿瘍の発症は2~16週間後と報告されているが比較的稀である。MTによる血管内皮損傷や血液脳関門の破綻等が誘発因子として推定されているが未だ不明な点が多く、日常臨床において注意すべき病態の一つである。また、梗塞巣内に生じる遅発性脳膿瘍は神経学的脱落所見を捉えにくく、画像検査による長期的な経過観察が必要である。

STA-MCAバイパスを併用した蝶形骨縁内側髄膜腫摘出術の1例

A case of medial sphenoid ridge meningioma removal combined with STA-MCA bypass

大西 晃平, 秦 暢宏, 高尾 薫平, 柳田 暢志, 森重 真毅, 阿南 光洋, 藤木 稔
大分大学医学部脳神経外科

【はじめに】主幹動脈周囲に発生する腫瘍では、血管の高度狭窄・閉塞を伴うことがあり、末梢の灌流を保持した上での摘出を計画する必要がある。今回、MCA狭窄を伴った右蝶形骨縁内側髄膜腫の摘出にSTA-MCAバイパスを併用した症例を経験したので、手術ビデオを供覧し報告する。

【症例】60代女性。2年前に頭痛精査で脳腫瘍を指摘されていたが無症状であり、経過観察を希望され、前医でフォローされていた。経時的に腫瘍の増大及びMCA狭窄が進行し、当科紹介となった。腫瘍は47x31x33mm大で、MCAは上方へ変位し、狭窄がみられた。脳血管撮影では recurrent meningeal artery及びM1近位からfeederがみられた。脳血流シンチでは右MCA領域の脳血流予備能低下を認めた。

上記所見から、虚血合併症のリスク軽減のため、STA-MCAバイパスを併用した摘出術の方針とした。バイパスを行った後に腫瘍の摘出を開始した。M1は腫瘍により圧迫されており、摘出後も狭窄は改善がみられないものの、ICGではSTAからMCA領域への良好な灌流が確認された。腫瘍は癒着のみられたM1 feeder近傍、AChA周囲は残存させた。術後バイパスの開存は良好であり、AChA灌流領域の一部に梗塞を認めたが、無症状で自宅退院となった。

【考察】頭蓋底腫瘍による内頸動脈の狭窄・閉塞症例にはhigh flowバイパスを含むEC-ICバイパスを併用することは少なくない。本症例では狭窄部位はMCAのみであったが、feeder処理のためにM1の一時遮断を要する可能性も考慮し、STA-MCAバイパスを摘出前に置いた。摘出後ICGの所見からも、本手技の必要性が確認された。

【結語】MCA狭窄に関連した蝶形骨縁内側髄膜腫の摘出にSTA-MCAバイパスが有用であった症例を報告した。腫瘍手術の際にも、血管吻合のテクニックを要する場合があるため、日々の修練が重要である。

同期で行ったAVM手術

AVM hybrid surgery

吉永 進太郎¹, 河野 大¹, 手賀 丈太¹, 天野 真太郎¹, 廣田 篤¹, 小林 広昌¹,
竹本 光一郎¹, 森下 登史¹, 岩朝 光利², 安部 洋¹

¹福岡大学医学部脳神経外科, ²福岡大学病院救命救急センター

症例は54歳男性。皮質下出血にて前医搬送となり、造影CTにて脳動静脈奇形を認め当院紹介となった。MRIでは左上頭頂小葉を中心に2.6cmのnidusの所見を認めた。DSA所見ではACAからの superior internal parietal arteryとMCAからのposterior temporal artery、angular arteryがmain feederであった。drainerに関しては深部静脈はなく、Spetzlar Martin grade 1と判断し、塞栓術後に根治術を行う方針となった。今回同期で塞栓術、直達術を行うにあたり、GRID、3D modelを作成し、術前、術中支援法として利用した。今回直達術の手術動画を提示する。

術中に診断確定できた外転神経鞘腫の手術例

A Surgical Case of Abducens Nerve Schwannoma Diagnosed Intraoperatively

原田 圭輔, 大森 雄樹, 亀野 功揮, 泉 俊介, 池本 知子, 山城 重雄

済生会熊本病院脳卒中センター脳神経外科

49歳男性。他院で脳ドックを受けた際、MRIにて左小脳橋角部腫瘍を認め、当院で精査後手術の方針となった。入院時意識清明で聴力は保たれており、顔面の感覚や運動障害なし、右眼球のわずかな外転障害と歩行障害を認めた。MRIにて左小脳橋角部内側に、最大径32mmの多房性の腫瘍を認め、橋を右方に圧排していた。神経鞘腫の術前診断となり、発生源は三叉神経、外転神経、聴神経が考えられた。手術はABRと顔面神経モニタリング下で、外側後頭下開頭でアプローチした。腫瘍により圧排を受ける三叉神経、聴神経、顔面神経および下位脳神経群をほぼ完全な形状で認め、温存した。外転神経はドロー管より中枢側でfunningし腫瘍に強固に癒着しており、神経線維の走行に沿った形状で可及的に温存しつつ、腫瘍を全摘した。術中所見から外転神経鞘腫と診断した。術後は左眼球の外転障害を認めたが、他の脳神経症状はなく自宅退院された。外転神経鞘腫は極めてまれな腫瘍で、報告は限られる。術前診断は脳神経症状と画像から総合的に判断する必要があり、内側型の小脳橋角部腫瘍では解剖学的には三叉神経鞘腫や外転神経鞘腫を考えるが、本例のように脳神経症状がないか極めて軽微で平衡障害のみの場合は困難となる。この場合、術中はそれぞれ脳神経の視認を優先しつつ腫瘍摘出を行い、発生源ではない神経の完全温存に努める必要がある。内側型の小脳橋角部腫瘍では外側後頭下到達法の他に経錐体骨到達法があるが、それぞれのメリット、デメリットを熟知した上で最適なアプローチを選択する必要がある。

中大脳動脈M2解離性動脈瘤破裂に対して開頭トラッピング術を施行した1例
A Case of Ruptured Dissecting Aneurysm of the Distal Middle Cerebral Artery Treated by
Trapping.

大久保 秀祐, 小柳 侑也, 亀田 勝治, 石堂 克哉, 一ツ松 勤
新古賀病院脳卒中脳神経センター脳神経外科

【背景】 頭蓋内の解離性動脈瘤は椎骨脳底動脈に発生する頻度が高く、前方循環においては比較的稀である。今回われわれは、石灰化を伴った中大脳動脈（MCA）の解離性動脈瘤破裂に対して開頭トラッピング術を施行した1例を経験したため報告する。

【症例】 76歳女性。頭痛と嘔吐を主訴に、くも膜下出血（WFNS Grade1）を発症した。頭部CTで左シルビウス裂に限局する血腫を認め、左MCA(M1)は高度石灰化していた。MRAで左M1以遠は描出不良であり、明らかな動脈瘤は指摘されなかった。脳血管造影検査で左MCAはM1近位部で閉塞し、前大脳動脈や後大脳動脈からの側副血行の発達を認めた。瘤は認めず、unknown etiology SAHとして経過観察した。発症2週間後のDSAで左M2 inferior trunkの石灰化病変の末梢が動脈瘤様に拡張していた。出血源と判断し再破裂予防のため開頭術を行った。石灰化したM1を同定した後に遠位へ辿っていくと、血管が急に狭窄し続いて紡錘状に拡張した暗赤色調の瘤を認めた。出血源と判断し石灰化病変を含む、同部位のトラッピングを行った。術中のICG所見では解離部は側副血行路との分水嶺となっており、毛細血管相で灌流の遅延はなかった。このためバイパス術による血行再建は不要と判断した。術後は経過良好でmRS0で自宅退院した。

【考察・結語】 動脈の石灰化は、動脈解離の修復機転として炎症反応が生じ、その慢性期像として現れるとされる。このため同部位に新たな出血を起こすとは考えにくい状況であった。しかし本症例では石灰化部位の遠位にあらたな解離瘤を生じていた。解離性脳動脈瘤は慢性期であっても再発する可能性があり、定期的な画像フォローが必要であると考えられる。

症候性前大脳動脈狭窄に対してバイパス術を行った1例

A Case of Bypass Surgery for Symptomatic Anterior Cerebral Artery Stenosis

吉崎 航, 宮田 武, 中澤 祐介, 安部倉 友, 阿河 祐二, 梅村 武部, 小川 智也,
森田 隆雄, 長堀 貴, 三谷 幸輝, 濱本 諒, 波多野 武人
小倉記念病院脳卒中センター脳神経外科

【背景】前大脳動脈領域の血行再建術は、破裂脳動脈瘤、動脈解離、外傷などの症例に適応されるが、脳虚血に対する適応は極めて限定的である。今回、症候性前大脳動脈狭窄に対してバイパス術を施行し、良好な術後経過を得た症例を経験したため報告する。

【症例】76歳女性。左椎骨動脈閉塞に対してフォローされていた。本症例は複数の薬物に対するアレルギーを有し、抗血小板薬やスタチン製剤の内科的治療の強化が困難であった。数週間前より入浴時に一過性の右下肢脱力を繰り返し認め、頭部MRI/MRAにて左前大脳動脈（A2）の狭窄および左前頭葉に散在性の急性期梗塞を認めた。脳血管撮影では左A2の高度狭窄を認め、描出の遅延を認めた。脳血流SPECTでは安静時脳血流が健側比で約20%低下し、脳血管予備能も高度に低下していた。脳血行力学的虚血が顕著であったため、外科的血行再建を選択した。手術は、左浅側頭動脈頭頂枝をグラフト血管、左浅側頭動脈前頭枝をフリーグラフト血管、左前大脳動脈末梢をレシピエントとしてバイパス術を施行した。術後、脳血流SPECTで安静時血流の改善を認め、頭部MRIで新規の脳梗塞の出現はなく、術後10日目にmRS Grade 0で退院となった。退院後半年の経過では下肢の脱力発作は認めず、MRIでは新規脳梗塞の出現は認めず、バイパス開存は良好であった。

【考察・結語】前大脳動脈領域の血行再建術として一般的にA3-A3 side-to-side バイパスが挙げられるが、本法の問題点として、両側前大脳動脈領域の虚血リスクや、深部バイパスであることによる技術的困難がある。当院ではフリーグラフトを用いたバイパス手術を採用し、良好な結果を得ている。本術式は比較的安全かつ有用な手法と考えられる。当院での過去症例も含めて検討し、報告する。

経時的に増大し動脈瘤化した後交通動脈漏斗状拡張に対して
クリッピング術を行った一例

A case of progressive enlargement and aneurysmal development of posterior communicating artery
infundibular dilatation and underwent clipping surgery

福田 峻一, 西村 中, 山上 敬太郎, 雨宮 健生, 溝口 昌弘
九州医療センター脳神経外科

【背景】後交通動脈起始部の漏斗状拡張 (infundibular dilatation of the posterior communicating artery : Pcom ID) は、通常は正常亜型として積極的な治療介入は行わない。しかしながら稀に Pcom ID の関与したくも膜下出血の報告が散見される。今回、10年間のフォローで経時的に増大し、動脈瘤化した Pcom ID に対して clipping 術を行った症例を経験したため報告する。

【症例】73歳女性。63歳時に未破裂脳底動脈先端部動脈瘤に対して clipping 術を施行された。この際の術前CTAで3mm大の左Pcom IDを認め、術中所見で壁が赤色調で菲薄化した部分にラッピングを施された。その後10年間のフォローでPcom IDは最大径8mmまで増大し、分岐部に外側向きの bleb が出現した。脳血管造影では左Pcomはadult typeで、Alcock testでは左Pcomを介した Pcom ID動脈瘤の逆行性の描出を認め、左PCA領域は左P1から十分に灌流されていた。同病変の破裂リスクが高いものと判断し、clipping術を行う方針とした。Extradural temporopolar approachを行ない、retrocarotid spaceを展開して動脈瘤のneckを同定した。動脈瘤は周囲と強く癒着しテント下に進展していたため前床突起を削除し、anterior petroclinoid ligamentを切開することで術野を確保した。Pcomおよびその穿通枝は瘤の裏側を走行していた。動脈瘤の内側まで十分に閉鎖するようneck clippingを行い、ICGで盲端化された動脈瘤の描出が消失していることを確認し、またPcom穿通枝の血流は左P1から逆行性に確認された。MEPモニタリングの低下は見られなかった。術後のCTAで動脈瘤の描出は消失し、合併症は認めなかった。現在、術後8ヶ月で再発なく経過している。

【考察】Pcom IDについて、本症例のように経時的に増大し動脈瘤化する症例が存在するため、慎重な画像フォローが必要と考えられる。破裂リスクの高い病変に対しては外科治療を行う必要があり、本症例のようにPcomがsacrifice可能であればICG/MEPモニタリングを併用したneck clippingが有効である。

出血源の同定が困難であったくも膜下出血の一例

A Case of Subarachnoid Hemorrhage with Difficult Identification of the Bleeding Source

山田 真吾, 梶原 真仁, 原田 希望, 荒川 溪, 三本木 千尋, 原田 啓, 福山 幸三
池友会福岡和白病院脳神経外科

症例は56歳の男性で主訴は頭痛、嘔吐。自宅でパソコン作業していた際に突然後頭部痛を認め頻回の嘔吐があり救急要請された。既往はアレルギー性鼻炎で内服薬はなかった。来院時意識清明、Glasgow Coma Scale E4V5M6で頭痛あり、運動麻痺や感覚障害などの神経学的脱落所見は認めなかった。画像検査では頭部CTにて脳幹周囲にびまん性のくも膜下出血を呈した。3D-CTAでは左椎骨動脈にPearl and String signを認めた。左椎骨動脈解離によるくも膜下出血の診断で来院同日緊急でコイルでの親血管閉塞術 (parent artery occlusion; PAO) を施行した。コイル塞栓術後、左後下小脳動脈は右椎骨動脈からの逆行性に還流していた。術後合併症なく脳血管攣縮予防のため全身管理を行った。左後下小脳動脈より遠位に壁不正を伴う解離の残存を疑う所見があり根治治療を検討していた。術前脳血管撮影検査を行うと右後脊髄動脈の末梢に以前は見られていなかった脳動脈瘤を認めた。右後下小脳動脈起始部は高度狭窄を認めていた。また左後硬膜動脈から右後下小脳動脈に吻合がみられていた。本症例では椎骨動脈から右後脊髄動脈が起始しており、末梢で後下小脳動脈と吻合していた。後下小脳動脈起始部が狭窄していたため側副血行路として左後硬膜動脈、右後脊髄動脈が発達していたものと考えられる。瘤は急速に増大しており破裂リスクが高いものと考えられた。また、発症時の破裂はこの右後脊髄動脈瘤の可能性も考えられた。右後脊髄動脈瘤に対して治療を検討、手術を行う際に左後硬膜動脈、右後脊髄動脈の遮断を要し、右後下小脳動脈起始部は狭窄をきたしていることから後下小脳動脈領域の血行力学的な梗塞予防のため右後脊髄動脈のTrappingに加え、OA-PICA anastomosisを追加して行った。術後経過は良好で合併症なく経過しDay41にmRS 1で自宅退院した。本症例から両側の椎骨動脈解離の可能性があると、脳血管撮影検査での術後再評価の重要性を再確認した。

終糸脂肪腫に合併した動静脈瘻に対して経動脈的塞栓術を施行した1例

A case of coexisting filum terminale arteriovenous fistula and filum terminale lipoma treated with transarterial embolization

舍川 健史¹, 賀来 泰之¹, 内川 祐貴¹, 柴田 碧人¹, 岳元 裕臣¹, 松本 大河², 清末 一路², 武笠 晃丈¹

¹熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学講座,

²熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学講座

【はじめに】終糸動静脈瘻 (FTAVF) と終糸脂肪腫 (FTL) が合併することは稀であり、最適な治療方法は確立していない。今回、FTAVF と FTL の合併例に対して、経動脈的塞栓術を施行したので報告する。

【症例】50歳代男性。1年前から右下肢のしびれを自覚、しだいに左下肢のしびれと肛門周囲の異常感覚も出現し、排尿障害も認めるようになった。近医でのMRI検査で異常を指摘され当科に紹介となった。神経所見は、左側優位に両側L3以下で触覚、温痛覚低下及び異常感覚があり、排尿障害を反映した尿失禁を時折認めた。MRIのT2WIではL2レベルの脊髓の浮腫性変化を認め、下位頸髄～馬尾周囲にかけて広範囲にflow voidsも認めた。脊髓円錐はL4レベルまで下垂しており、肥厚した終糸は仙骨部の脂肪腫と連続した終糸脂肪腫が認められた。血管造影では、正中仙骨動脈が脂肪腫のfeederとなっており、加えて、脂肪腫内でAV fistulaを形成し、perimedullary veinへと還流していた。終糸脂肪腫に合併した動静脈瘻の診断で、全身麻酔下での経動脈的塞栓術を行った。術中に、終糸動脈と前脊髓動脈の吻合を認めたため、前脊髓動脈への塞栓物質の迷入を防ぎながら、NBCAでの塞栓を行った。AV fistulaは消失し、新たな神経症状の出現はなく、術後3日目に自宅退院となった。術後3ヵ月でのMRI検査ではflow voidsの消失と、脊髓の腫脹の改善を認めたが、下肢のしびれなどの症状の改善は乏しく、脂肪腫による脊髓係留の症状は残存していると判断して、今後直達手術での治療を計画している。

【考察】FTAVFとFTLの合併例に対しての治療を考える際には、症状がFTAVF、FTLもしくは脊髓係留のどれに起因するのか判断することは重要であるが、実際にはその判別は難しい。治療方法の選択について文献的考察をふまえて報告する。

経動脈的塞栓術併用の経静脈塞栓術を行い根治を得た脳動静脈奇形の一例

A case of arteriovenous malformation treated with transarterial and transvenous embolization.

吉原 拓馬¹, 黒川 暢², 安次嶺 裕², 武田 康², 山本 淳孝¹, 田中 優子²¹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

【症例】9歳男児。頭痛と眼痛および嘔吐が持続するため前医小児科を受診し頭部CT検査を施行、右後頭葉に脳出血を認めため緊急入院となった。

入院中の精査にてCTA, MRA上出血部位の脳動静脈奇形（以下AVM）が疑われ、精査加療目的に当院へ転院搬送となった。脳血管撮影では右後大脳動脈の分枝 (posterior temporal artery) を main feeder とする約2cmのnidusと拡張したdrainerがVein of Galenに還流する所見を認め、Spetzler-Martin grade 3のAVMと診断した。Single drainerで経静脈的に比較的到達しやすいことが予想されたため、経静脈的塞栓術(TVE)による根治が可能と判断、経動脈的塞栓術(TAE)で血流量を減らしたのちにTVEを行う方針とした。まず静脈側はGuidepostの先端をshapeしdrainerであるcalcarine veinにアプローチし、nidus内までMarathonを誘導した。動脈側も同様にGuidepostとDefrictor Nanoをposterior temporal arteryからnidus内まで誘導した。動脈側のDefrictor NanoよりOnyx18を注入した。Calcarine arteryに逆流を認める前にDefrictor Nanoを抜去した。大部分のfeederが消失したことを確認し経静脈的塞栓に移行した。MarathonよりOnyx34を注入、nidusやmicrofeederに逆行性に塞栓した。Pose後の注入でもOnyxが前進せず逆流する状況になり、DSAを行うとAVMの描出が消失していたため、完全塞栓が得られたと判断して治療を終了した。Marathonは抜去できなかつたため切断し頸部の皮下に埋没した。術後新たな神経所見は認めずPOD9で自宅退院となった。

【考察】AVMに対するTVEでは不十分な塞栓で終わった場合feederが処理されておらず、出血するリスクが高いことから、術前に詳細な評価を行い適切な症例を選択することが重要である。今回の症例は比較的小さなAVMでsingle drainerで動脈側、静脈側ともにアクセスが比較的容易であったことから、TVEが可能であった。またTVEで完全閉塞させるためには事前にTAEによってシャント血流量を低下させておくことも必要である。

食道癌を有した症候性の両側内頸動脈狭窄症に対して血管内治療及び
頸動脈内膜剥離術 (CEA) を行った一例

A case of endovascular treatment and carotid endarterectomy (CEA) for symptomatic bilateral
internal carotid artery stenosis with esophageal cancer

原田 亜由美¹, 松尾 吉紘¹, 脇坂 祐毅², 安部 大介², 鶴崎 雄一郎², 有廣 昇司², 芳賀 整¹

¹九州労災病院脳神経外科, ²九州労災病院脳血管内科

【目的】片側頸動脈狭窄病変に対してはCEAやCASの有効性が確立されている一方で、両側病変ではしばしば治療に難渋する。今回、両側病変を有する食道癌治療中の患者に対して、血管内治療及びCEAを施行した。文献的考察を交えて報告する。

【症例】76歳男性。X-1年に交通事故の精査にて他院で両側頸動脈狭窄症が指摘され、アスピリンが開始された。X年Y-4月に嚥下困難を契機に進行食道癌を指摘。術前化学療法の後、X年Y月Z+1日に外科手術予定であった。手術1週間前よりアスピリンを中止されたが、翌日に右網膜中心動脈閉塞症を発症した。さらに、3日後に両下肢の脱力を呈し、MRIで両側大脳半球に多発脳梗塞を認めたため、Z日に当院に紹介された。来院時、意識清明、右眼は手動弁レベル、運動感覚障害は認めなかった。再検したMRIでは新たに右頭頂側頭葉の梗塞を認めた。精査にて両側頸動脈病変（右NASCET 40%、左NASCET 88%）によるアテローム血栓性脳梗塞と診断した。いずれも症候性であり血行再建術の適応と判断した。右側病変は塞栓症を多発させておりCEAが望ましいと考えた。左側病変は脳血流低下を伴う高度狭窄であり、全身麻酔時の血行力学的虚血が懸念された。そのため、右側のCEAに先立ち左側の血行再建術を行う方針とした。左ICAの血管拡張に伴う過灌流を懸念し、初回治療はPTAに留めた。PTA後は良好な拡張が得られ、過灌流所見なく経過した。右側病変に対してPTA後6日目にCEAを行った。その後、左ICAの残存病変に対し待機的にCASを予定し、一旦食道癌治療を優先させた。紹介医に転院し、食道癌に対しては放射線化学療法が選択された。フォローのMRIで左ICAの再狭窄、左頭頂葉の梗塞再発を認め、PTAを追加した。

【考察】両側内頸動脈狭窄症を有する場合、症例ごとに適切な治療方針・順序を決定する必要がある。

深・浅側頭動脈塞栓術を行った難治性慢性硬膜下血腫の一例

A case of refractory chronic subdural hematoma treated with deep and superficial temporal artery embolization

¹井上知江子, ²竹内 雅臣, ²松永 裕希, ²白濱 麻衣, ²小川 由夏, ²塩崎 絵理, ²近松 元気, ²松尾 彩香, ²内田 大貴, ²馬場 史郎, ²氏福 健太, ²諸藤 陽一, ²日宇 健, ²吉田 光一, ²松尾 孝之

1. 長崎大学病院 医療教育開発センター 初期臨床研修, 2. 長崎大学医学部脳神経外科

【緒言】再発・難治性慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術の有効性が多数報告されており治療選択肢の一つとなっている。2週間程度の短期間で症候性となり再発を繰り返す難治性慢性硬膜下血腫に対して、深・浅側頭動脈からの濃染像がみられ塞栓術を行った一例を経験したので報告する。

【症例】80代男性。X日に右不全麻痺で発症しその後急速な意識障害増悪あり前医を受診、左慢性硬膜下血腫の診断でX+2日に穿頭血腫除去術が行われた。その後再発し右不全麻痺を呈したため、X+19日に血腫除去術が行われた。しかしその後も再発傾向であり、血管内治療を含めた精査加療のため当院へ搬送された。再発まで短期間であることや急速な症状進行から適応と判断し、X+30日に左中硬膜動脈塞栓術、X+33日に小開頭血腫除去術を行った。しかしその後も再発し右不全麻痺が出現した。血管造影時に中硬膜動脈以外の外頸動脈系からの濃染像がみられており、X+45日に追加で経動脈的塞栓術を企図した。3D回転撮影で深側頭動脈や浅側頭動脈から骨孔を介して血腫外膜にfeedingしていることが確認でき、これらをNBCAやcoilを用いて塞栓した。X+46日に血腫除去術後は消退傾向となり、以後再発は認めていない。

【結論】深・浅側頭動脈から骨孔を介して血腫外膜にfeedingされ、外科的治療や中硬膜動脈塞栓術にも抵抗性の難治性慢性硬膜下血腫の一例を経験した。中硬膜動脈以外の塞栓術の報告は限られるが、3D回転撮影なども用いた詳細な血管構築の把握が根治の一助となる可能性がある。

慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術単独治療成績

Results of treatment with middle meningeal artery embolization alone
for chronic subdural hematoma

平尾 宜子¹, 福田 健治¹, 松田 浩大¹, 入江 由希乃¹, 藤原 史明¹, 林 修司¹,
井上 亨¹, 安部 洋²

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

【目的】近年、慢性硬膜下血腫の治療としての中硬膜動脈塞栓術（MMAE: middle meningeal artery embolization）の報告が増えており、低侵襲で再発が少ない治療として期待されている。当院ではより穿頭術を減らす目的から2023年12月以降のMMAE単独治療を施行しており、その治療成績を報告する。

【方法】対象は初発もしくは穿頭術後再発であり、原則無症候性で経時的変化で増大を認める症例とした。2023年12月～2025年1月で対象は28例35病変（両側7例）。男性20例、平均年齢81.5歳（64-91歳）。（なお、MMAEと穿頭術を同時に施行したものは4例5病変あり除外した。）手術は当院倫理委員会の承認を得て施行している。

【結果】初発群は17例23病変、うち再発は4病変（4/23 , 17.4%）であった。穿頭術後再発群は11例12病変（初回穿頭術73病変）、うち再発は0病変（0/12 , 0%）であった。初発群で血腫volumeが多い症例で再発を認めていた。

【結論】初発慢性硬膜下血腫に対するMMAEは、血腫量など症例を慎重に選択する必要があるが、穿頭術後の血腫が増大傾向にある再発例に対してはMMAEが有効であると考えられた。特に超高齢者やもともとのADLが悪い患者は、症候性となった後の穿頭術入院で廃用が進む場合があり、症候化する前の適切なタイミングでMMAEを行うことは有用となる可能性が示唆された。

転落外傷時に生じた斜台骨折部に脳底動脈が嵌頓した一例**Basilar artery incarceration with clivus fracture**鈴木 皓一朗¹, 柴山 理菜¹, 竹山 龍平¹, 堀尾 欣伸¹, 安部 洋²¹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

【背景】斜台の縦骨折は前後方向の強い衝撃で生じ、頭部外傷の0.55%に発生する。稀であるが脳底動脈が骨折部に嵌頓することがある。脳底動脈が閉塞をきたした場合、生命予後は極めて不良であり、閉塞を認めない場合でも穿通枝障害をきたし転帰不良となることが多い。今回、転落外傷により、脳底動脈が斜台骨折部に嵌頓した症例を経験したため報告する。

【症例】73歳男性。2mの脚立から転落し、うつ伏せに倒れているところを発見され救急搬送された。頭部、顔面に打撲痕が見られた。暗赤色の吐血があったが、気道、呼吸状態、循環動態は保たれていた。JCS 100、GCS 8(E2V2M4)で、左上下肢の自動運動は見られなかった。体幹部の外傷は軽微だが、左手関節は変形していた。頭部CTでびまん性にくも膜下出血、右中頭蓋窩に急性硬膜外血腫、右前頭骨、側頭骨、上顎洞前壁、上顎洞外壁、斜台、両側錐体骨に骨折を認めた。頭部CTAでは右椎骨動脈から脳底動脈が斜台骨折部に嵌頓し高度狭窄していた。緊急で脳血管造影検査を行った。左椎骨動脈撮影で脳底動脈に高度狭窄を認めたが、末梢の描出は良好であった。Cone-beam CTで脳底動脈の高度狭窄部は斜台の骨折部に挟まれており、脳幹右側へ向かう穿通枝と右前下小脳動脈の描出は認められなかった。脳底動脈は閉塞しておらず、脳幹左側への穿通枝は保たれていることから保存的加療の方針とした。右外頸動脈撮影で右中頭蓋窩の急性硬膜外血腫に一致した右中硬膜動脈からのextravasationを認めたため塞栓術を行った。術後翌日のMRIで右橋、右小脳半球に新鮮脳梗塞を認めた。受傷時から約1ヶ月経過しているが、JCS 20、GCS 11(E3V2M6)の意識障害と左上下肢麻痺が残存している。

【結語】過去の報告では全例で保存的加療が選択されているが、本症例と同様にその転帰は不良である。脳底動脈の嵌頓を早期に解除するための外科的治療の考案が必要と考えられる。

頭部外傷により発症したdirectCCFに対し血管内治療を施行した1例

A case of direct CCF caused by head injury treated with endovascular therapy

松野 聡夏, 定方 英作, 後藤 純寛, 吉田 道春, 小野 智憲, 原口 渉, 案田 岳夫
長崎医療センター脳神経外科

頸動脈海綿静脈洞瘻 (Carotid cavernous fistula; CCF) は海綿静脈洞と内頸動脈との間に異常なシャントを生じる疾患である。頭部外傷によりdirect CCFを発症した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は76歳女性。高さ3mの石垣から転落し当院に救急搬送された。来院時GCS E3V1M4、瞳孔径(3.0/3.0)、対光反射は両側迅速で明らかな麻痺はなかった。頭部CTで右前頭部にSAHを認めたが、CTAで動脈瘤は指摘されず外傷性SAHと診断し保存的加療となった。同日夜間、左瞳孔散大が出現し再度CT撮影するも頭蓋内出血の増大はなかった。翌日、左眼瞼下垂、眼球運動障害、対光反射消失が出現し、外傷による動眼神経麻痺と診断されメチコバル開始となった。入院10日目のMRIで海綿静脈洞の早期描出があり海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻が疑われた。入院21日目にDSAを行ったところ左内頸動脈撮影で海綿静脈洞の描出があり、両側のSOV、SPS、IPSへの血流を認め頭部外傷による内頸動脈損傷による direct CCFと診断し、入院34日目にTVEを施行した。シャントは消失したが左動眼神経麻痺は改善しなかった。術後新規の合併症の出現はなく、入院後45日目に自宅退院となった。

瘻孔閉鎖術を施行した特発性気脳症の一例

A case of idiopathic pneumocephalus treated with fistula closure surgery

橋田 篤知¹, 清野 純平¹, 外尾 要¹, 野上 健一郎¹, 出井 勝¹, 山本 淳考²

¹北九州総合病院脳神経外科, ²産業医科大学脳神経外科

【背景】気脳症は外傷後、術後などに生じることが多いが、特発性気脳症は稀である。今回我々は特に外傷などの誘因がなく、側頭葉と脳室内に気脳症を生じた特発性気脳症を経験した。良好に発育した乳突蜂巣から頭蓋内に空気が侵入しており、手術的治療により良好な経過が得られた。貴重な症例と思われ発症機序などの文献的考察を加え報告する。

【症例】67歳男性。X-1年に左前頭葉脳梗塞を発症し右上下肢不全麻痺が後遺している。X年 Y月、受診時、意識清明、右上下肢不全麻痺増悪以外の脱落所見は認めなかった。頭部MRIで急性期脳梗塞は指摘できなかったが、両側側脳室に気脳症を認めた。保存的加療で経時的に気脳症は改善し右片麻痺の改善も認めたため、X年Y+1月自宅退院した。X年Y+2月、右片麻痺が増悪し、頭部CTで気脳症の増悪を認めた。頭部CTで右側頭葉の陳旧性破壊性病変内に空気を認め、乳突蜂巣も発育良好だったため、ここから頭蓋内に空気が侵入したと考え、瘻孔閉鎖術を行った。術後の頭部CTでは、経時的に気脳症の著明な改善を認め、右片麻痺も改善し自宅退院した。

【結語】外傷などの誘因なく発生した特発性気脳症の一例を経験した。発育良好な乳突蜂巣に形成された瘻孔から頭蓋内に空気が侵入しており、閉鎖術にて完治した。画像を詳細に読影することにより空気の頭蓋内進入路を同定し閉鎖することが重要である。

明らかな頭蓋底骨欠損を伴わずにウイルス抗原検査を契機に発症した髄液鼻漏の一例

A case of cerebrospinal fluid rhinorrhea with no obvious osseous deficit of cranial fossa caused by viral antigen tests

山川 曜¹, 山元 美保子², 坂田 清彦¹, 牧園 剛大¹, 竹重 暢之¹, 森岡 基浩¹

¹久留米大学医学部脳神経外科, ²久留米大学病院臨床研修センター

症例は52歳の肥満女性。7年前にインフルエンザの抗原検査を受けた後より水溶性の鼻漏が持続するようになったが、約1年半の経過で自然停止した。7か月前にCOVID-19の抗原検査を受け、再度水溶性鼻漏が持続するようになった。いずれも左鼻腔からのみであったが、過去に髄膜炎の発生はなかった。アレルギー性鼻汁として抗アレルギー薬等で対処されていたが軽快なく、普段マスクの下に常にナプキンを当てて生活していた。突発性の頭痛を主訴に脳神経外科を受診した際、MRI検査でempty sellaと局所的な副鼻腔炎の存在を指摘したところ、水溶性鼻漏を訴えた。テストテープで糖陽性であり、髄液鼻漏が疑われたため、手術加療目的で入院となった。蝶形骨道内左外側の粘膜に境界される形で髄液の貯留を認めたが、頭部CTで拡大したトルコ鞍底含め明らかな骨欠損部は指摘できず、鼻腔内内視鏡検査では蝶篩陥凹からの髄液漏は認めなかった。

この症例に対し髄液漏修復術を行った。左蝶形骨洞自然孔は開放しており、その奥は粘膜に覆われた髄液溜まりとなっていた。その空間に髄液が貯留すると鼻腔内に流出する状況であった。Valsalva負荷をかけながら漏出部位を探索した結果トルコ鞍底含め背部には漏出部位はなかったが、lateral recessから突出する拍動性の粘膜嚢胞に隣接しており、ここから髄液が染み出していた。髄液が中頭蓋底から滲出して形成されたpseudo-meningoceleと考えられ、筋膜、脂肪、粘膜弁を用いて修復した。

COVID-19 pandemicを契機に鼻腔内swab検査後の髄液漏の報告がみられるが、その多くは蝶篩陥凹での損傷である。本症例はICP亢進を背景にlateral recessに存在したpseudo-meningoceleをswabで開放してしまったことが発生原因と推測された。文献的考察を加え報告する。

屍体硬膜に起因する医原性脳アミロイドアンギオパチーが疑われた一例

A case of suspected iatrogenic cerebral amyloid angiopathy caused by cadaveric dura mater

辻 政宗¹, 山城 慧¹, 千住 和正², 廣田 篤¹, 手賀 丈太¹, 吉永 進太郎¹, 河野 大², 榎
本年孝¹, 小林 広昌¹, 森下 登史¹, 竹本 光一郎¹, 岩朝 光利², 安部 洋¹

¹福岡大学医学部脳神経外科, ²福岡大学病院救急救命センター

背景：脳アミロイドアンギオパチー (CAA)は脳血管にアミロイドβタンパク(Aβ)が沈着する疾患である。近年、屍体硬膜を用いることでAβが伝播し、術後長期間を経てiatrogenic CAA (iCAA)が発症する可能性が報告されている。今回我々は、幼少期に屍体硬膜の使用歴がある患者が、術後40年を経てiCAAを発症したと推察される一例を経験したため報告する。

症例：46歳男性。6歳時に右シルビウス裂くも膜嚢胞に対して摘出術が施行され、その際に屍体硬膜 (Lyodura, B. Braun, Melsungen AG)が使用された。術後は問題なく社会生活を送っていたが、46歳時に右頭頂葉皮質下出血が生じた。頭部MRIでは両側皮質領域に多発するmicrobleedsを認めた。保存的治療が選択されたため病理検査は行わなかったものの、stroke riskがなく若年発症であり、屍体硬膜使用歴があることからiCAAの診断に至った。

考察・結語：Aβは一般的な滅菌操作に抵抗性を示すことが知られており、硬膜形成の際に屍体硬膜を用いると、そこに含まれるAβが直接伝播することでiCAAが生じるとの報告が近年相次いでいる。本症例では手術対側に及ぶ広範なmicrobleedsを認めたが、血流および脳脊髄液を介して広範にAβが伝播する可能性が示唆されており、iCAAの所見として矛盾しないものと考えられた。Iatrogenic Creutzfeldt-Jakob Disease (iCJD)発症リスクが同定されたことから現在屍体硬膜は使用禁止となっているが、iCJDと類似した機序でiCAAが伝播した可能性が考えられる。本邦では1997年に使用が禁止されるまでの間、30万件以上の手術で屍体硬膜が使用されているが、屍体硬膜使用后30年程度でiCAAが発症したとする報告が多く、今後もiCAAと診断される症例が増加してくるものと予測される。特に若年者の頭蓋内出血の原因精査をする際にはiCAAの可能性を考慮するとともに、屍体硬膜使用例では長期間の画像フォローが望ましいと考えられた。

Currarino症候群の1例 -症候性となるための責任遺伝子の変異部位とそのタイプ-

A case of Currarino syndrome -the location and type of mutation to be symptomatic -

奥山 洋信, 横上 聖貴, 小笠原 奈月, 河野 智樹, 沖田 典子

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

症例は54歳、男性。鼠径部の疼痛を主訴に、画像検査で仙骨前方ののう胞性疾患、尾骨、仙骨の形成不全も指摘された。神経原性疾患を疑われ当院紹介となったが、神経所見がなく経過観察の方針となった。その2年後、腰痛の増悪があり、疼痛のため座位保持困難となったため近医受診。これまでの画像所見と肛門部奇形の指摘からCurrarino症候群が疑われ、加療目的に当科紹介となった。骨盤部MRIでは終糸が皮下組織まで連続する所見を認めた。また、骨盤内ののう胞性病変の内部はMRIで髄液と信号強度が同様であり、くも膜下腔と連続したのう胞と考えられた。在保持困難となるほどの腰痛の原因として、tethered cord syndromeの影響があるものと考え、untethering目的の手術を行った。術後、腰痛は幾分改善し外来での経過観察を目的に独歩自宅退院となった。

Currarino症候群は直腸奇形、仙骨欠損、仙骨前腫瘍の三徴を有する症候群として1981年にCurrarinoらがそれまでの症例をまとめ報告された疾患である。家族歴で約半数にCurrarino症候群に関連した奇形を認め、原因は7番染色体長腕部末端7q36の欠失による常染色体優性遺伝とされている。本症例は、家族歴のない孤発例であった。本人の同意のもと遺伝子解析を行い、7q36に遺伝子座を持つ MNX1(Motor Neuron And Pancreas Homeobox 1) 遺伝子のヘテロ接合変異が原因と考えられた。本症例の変異は公開データベースClinVarに登録されておらず、非常に珍しい変異であった。Currarino症候群について、MNX1遺伝子変異の部位とタンパク質構造から 症候性となるための責任遺伝子の変異部位とそのタイプを考察する。

孤立性第四脳室に対し第四脳室-頸椎くも膜下腔シャントを施行した1例

Fourth ventricle-cervical subarachnoid shunt for the isolated fourth ventricle -case report-

王丸 翔馬¹, 吉岡 史隆¹, 溝上 泰一朗², 前山 元¹, 並川 裕貴¹, 古川 隆¹, 伊藤 寛¹,
緒方 敦之¹, 増岡 淳¹, 阿部 竜也¹

¹佐賀大学医学部脳神経外科, ²同愛会 サンテ 溝上病院脳神経外科

【はじめに】孤立性第四脳室 (Isolated fourth ventricle, IFV) は、水頭症に対するシャント治療後のまれな合併症である。第4脳室シャント、内視鏡的中脳水道形成術およびステント留置術、内視鏡的開窓術など、さまざまな治療法が存在する。我々は頭蓋内感染後水頭症に対するVPシャント術後に発症したIFVに対し、外視鏡内視鏡併用第四脳室-頸椎くも膜下腔シャントを施行したので報告する。

【症例】60歳台、女性。突然発症の左片麻痺で発症した視床出血および脳室穿破に対し、他院で脳室ドレナージ術を受けた。術後ドレーンからの感染で脳室炎を発症し、複数回のドレーンの入れ替え後に感染後水頭症に対してVPシャント術を受け、リハビリテーション病院へ転院した。転院後、徐々にふらつきが進行し、意識障害を呈するようになり、嚥下状態も悪化した。頭部CTで第四脳室の拡大を指摘され、加療目的に当院へ紹介となった。頭部MRIでは第四脳室の拡大と両側小脳および視床の高度の浮腫が見られた。第三脳室内は狭く、癒着の存在が疑われ、Monro孔経由での中脳水道形成術は困難と判断し、外視鏡・内視鏡併用でMagendie孔開窓により第四脳室頸椎くも膜下腔シャントを行った。術後、意識レベルの改善が速やかにみられ、歩行状態も改善しリハビリ目的に再度転院した。

【考察】近年、IFVに対する治療は内視鏡下中脳水道形成およびステント留置が選択されることが多いが、シャント術後であることが多く、slit-like ventricleを呈していることも多い。Monro孔経由での内視鏡手術が困難な場合は、後頭蓋窩からのアプローチも有用であり、外視鏡と内視鏡を併用したシャント留置は尾側から見上げる術野を取りやすく有用であった

腰椎変性疾患および総腓骨神経障害と合併した浅腓骨神経障害の1例

A case of shallow peroneal neuropathy complicated with lumbar degenerative disease
and common peroneal neuropathy

松石 宗斉¹, 松本 順太郎¹, 田尻 崇人², 藤原 史明³, 手賀 丈太⁴, 小林 広昌⁴, 松本 徳彦¹, 竹本 光一郎⁴, 安部 洋⁴

¹社会医療法人療仕会松本病院脳神経外科, ²福岡大学筑紫病院脳神経外科,

³社会医療法人財団白十字会白十字病院脳神経外科, ⁴福岡大学医学部脳神経外科

【緒言】総腓骨神経障害は下肢の絞扼性末梢神経障害の中でも最も一般的な疾患であるが、さらに末梢の下肢絞扼性末梢神経障害として浅腓骨神経障害が報告されており、臨床でも時折経験される。今回経験した症例は最終的に浅腓骨神経障害の診断で神経剥離術を施行したところ症状の改善が得られたが、術前より腰椎変性疾患および総腓骨神経障害を合併していた。これらの相互関係についても若干の文献的考察を加え、報告する。

【症例】88歳の女性。右下腿外側の強い疼痛を主訴に初診した。腰椎MRIでは全般的に腰椎の変性があり、陳旧性椎体骨折や、腰椎すべり症、腰椎椎間孔狭窄(右L5/S1)がみられた。腰椎変性疾患による症状も考えられたが、疼痛は右下腿外側に限局して強く、右腓骨骨頭部での圧痛とtinel様徴候があり、右総腓骨神経障害が考えられた。右総腓骨神経剥離術にて症状は著明に改善が得られた。しばらく経過は良好だったが、約半年後に右下腿外側の疼痛が再燃した。その後、約1年間で症状は徐々に増悪し、NRS8と強い疼痛、痺れを認めた。詳細に診察すると疼痛の範囲は下腿の遠位側に限局しており、下腿外側の圧痛とtinel様徴候を認めた。症状と身体所見から浅腓骨神経障害と診断し、局所麻酔下に浅腓骨神経剥離術を行った。下腿外側に約8cmの皮膚切開を行い、下腿筋膜を露出、切開し、浅腓骨神経を同定した。可及的に神経に沿って剥離、除圧をおこなった。術後、下腿の疼痛と痺れは著明に改善し、術後3ヶ月の段階でNRS0と経過は良好である。

脊髄膠芽腫との鑑別に難渋した脊髄上衣腫の1例

A case of the spinal ependymoma that was difficult to differentiate from the glioblastoma.

山崎 成茂¹, 松本 順太郎², 吉永 進太郎¹, 天野 慎太郎¹, 藤原 史明³, 小林 広昌¹, 榎本 年孝¹, 竹本 光一郎¹, 青木 光希子⁴, 安部 洋¹

¹福岡大学医学部脳神経外科, ²松本病院脳神経外科, ³福岡白十字病院脳神経外科,

⁴福岡大学医学部病理部

【緒言】脊髄髄内腫瘍は希少疾患であり、その中では上衣腫、星細胞腫が多いが、希に膠芽腫もあり、鑑別が必要になる。今回、臨床経過や画像所見、術中病理所見などで膠芽腫を疑う所見があり、診断に難渋した上衣腫の1例を経験した。今回、脊髄上衣腫と膠芽腫の鑑別について、若干の文献的考察を加え、本症例を報告する

【症例】53歳女性。当院を受診する5日前より両側肩甲骨下端から背部、後頸部にかけての疼痛が出現し、急激に増悪したため救急搬送された。頸椎MRIにて髄内腫瘍を疑う病変があったため当科へ紹介となった。頸椎MRIではC2-4レベルに長径40mmの縦長の腫瘤性病変を認め、T1WIで低～等信号、T2WIでは低～高信号が混在し、造影後は辺縁にリング状の増強効果が見られた。上衣腫や悪性神経膠腫が考えられたが、転移性脊髄腫瘍も否定できず、PET検査を施行した。指摘されていた頸髄病変にFDG異常集積が見られ原発性脊髄腫瘍と考えられた。摘出手術を行う方針となり、型通り椎弓を観音開きとして、硬膜を切開、脊髄を確認した。右側に偏位した後正中溝を切開したところ境界明瞭な髄内腫瘍が確認できた。術中所見としては上衣腫と考えられたが、術中迅速病理検査では悪性神経膠腫が疑われた。境界は明瞭であったため肉眼的に全摘出を目指したが、左上肢のMEPが低下したため頭側は一部腫瘍を残し、手術を終了した。術後左上肢にMMT1/5の麻痺をきたしたが、リハビリテーションにてMMT4/5まで改善した。術後の病理診断で上衣腫と最終診断され、腫瘍が全摘出できなかったため放射線治療を追加した。その後、特に合併症なく自宅退院し、術後約半年の段階で再発なく経過している。

A-1.

診断に苦慮した感染性心内膜炎による脳梗塞の一例

向井達也、柴田憲一、中垣英明、長野祐久
福岡市民病院脳神経内科

症例は71歳、男性。既往歴は高血圧症と眼筋型重症筋無力症。X-6月、一過性の左不全麻痺が出現した。右放線冠に急性期脳梗塞を認め、入院した。ラクナ梗塞と診断し、アスピリンを処方し自宅退院とした。X-4月、失語が出現し、左前頭葉の急性期脳梗塞と左MCA(M2)閉塞を認め、入院となった。血液培養で *Staphylococcus saprophyticus* を認めた。経胸壁心エコー(TTE)で僧房弁の逸脱と肥厚が疑われたが、前回入院時と著変なかった。抗菌薬加療を2週間行い、血液培養は陰転化し、アスピリンからアピキサバンに変更し回復期病院に転院後に自宅退院となった。X月、自宅で倒れていたため、当院に救急搬送された。意識障害、左麻痺を認め、右MCA(M1)閉塞を認めた。血行再建術を施行し、再開通を得た。血液培養で前回と同種の菌が検出された。TTEは前回同様の所見だったが、経食道心エコーでは僧房弁に疣贅を認め感染性心内膜炎と診断した。抗菌薬加療を行い、第42病日に回復期病院に転院とした。文献的考察を含めて報告をする。

A-2.

前方および後方循環系にdolichoectasiaを認めた1症例

瓜生健太郎¹、藤岡伸助²、美奈川祐²、上床希久²、永石友公子²、島田尚慈³、久原学³、雪竹基弘²
(1. 高邦会 高木病院 初期研修医, 2.同脳神経内科, 3.同心臓血管外科)

79歳女性.X年8月に呼吸困難を主訴に救急搬送された。胸部大動脈瘤、大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症の診断で全弓部大動脈人工血管置換術、僧帽弁輪形成術、大動脈弁置換術を施行した。術後4週目の9月某日、一過性に左上下肢の脱力感が出現した。診察時は神経脱落所見がなく、頭部MRI画像で急性期脳血管障害を示唆する所見はなかったが、頭部MRAと頭部CTA画像で、両側内頸動脈、中大脳動脈、椎骨・脳底動脈の不整な高度の紡錘状血管拡張を認めた。dolichoectasiaを背景とした一過性脳虚血発作と診断した。Dolichoectasiaは脳血管が異常に延長、蛇行、拡張する疾患であり脳梗塞、脳出血、直接圧迫により神経症状を引き起こす。前方循環系の血管に所見がみられることは非常に稀であり、貴重な症例として報告する。

A-3.

急性健忘症と作話を主訴とした両側脳弓単独梗塞の一例

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

64歳, 女性. ADLは自立していた. 某日(第1病日)から物覚えが悪くなり, 活動性や食思も低下した. 第6病日に当院に紹介され受診した. 神経学的には失見当識, 記銘力障害と作話を認め, MMSE 22(見当識-1, 計算-3, 遅延再生-3, 模写-1)であった. 言語対連合学習検査では無関連対語の記銘が不良であった. MRIでは両側脳弓に限局した梗塞を認めた. 脳血管造影では前交通動脈を含めて明らかな狭窄性病変を認めず, 塞栓源疾患も同定できなかった. ヘパリン持続静注とアスピリンを開始し, 入院時をピークに症状は改善した. 海馬や視床前核群と同様に, 脳弓もPapez回路の一構成要素である. しかし本例の様に脳弓に限局した梗塞により純粋健忘を来す症例は稀である. その病変は微細であり注意を要する.

A-4.

自己免疫性溶血性貧血による血栓形成が疑われた再発性脳梗塞の一例

今村裕佑¹⁾, 田川直樹¹⁾, 吉田 周郎²⁾, 中村瑤子¹⁾, 林田寛之¹⁾, 木村俊介¹⁾, 溝口忠孝¹⁾, 森興太¹⁾, 桑城貴弘¹⁾, 杉森宏¹⁾, 岡田靖¹⁾
NHO九州医療センター1)脳血管・神経内科, 2)血液内科

78歳女性. PCI後でバイアスピリン内服下に多発性脳塞栓症を発症し, 精査の結果, 塞栓源不明脳塞栓症と診断された. 潜在性心房細動が疑われ, リバーロキサバンが開始されたが, 脳梗塞を再発した. 同時期に溶血性貧血が疑われ, 自己免疫性溶血性貧血(AIHA)の診断となりステロイド治療が開始された. 塞栓症予防としてヘパリンを投与していたが, 左M1閉塞を発症し, 緊急血栓回収術により再開通を得た. しかし術翌日に左ICA閉塞を再発し, 重度の神経症状が後遺した. その後, 血液検査所見の改善とともに脳梗塞の再発はみられなかった. 後にPAIgG抗体陽性が判明し, Evans症候群と診断した. AIHAは活動性が高い時期、特にEvans症候群の症例では血栓症の発症が報告されている. 静脈血栓症の報告が多い一方で, 脳梗塞含めた動脈血栓症の報告は稀であり, 文献的考察を加えて報告する.

A-5.

多発性嚢胞腎に伴う前大脳動脈単独解離を発症した45歳女性例

川原 弓奈, 濱田 祐樹, 川畑 裕太郎, 岩元 佳奈, 佐藤 健朗, 高口 剛, 松岡 秀樹
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

既往はない。突然発症の意識障害, 右片麻痺と喚語困難で救急搬送。頭部CTでは大脳間裂にクモ膜下出血を認め, MRI拡散強調画像では左前大脳動脈(ACA)領域に急性期梗塞巣を認めた。頭部CTAでは左A2に壁の拡張所見を認め, 入院5日目の脳血管造影でintimal flapを確認し, 左ACA単独解離と診断した。その後, 過去の健康診断で蛋白尿と腎嚢胞を指摘されていたことが判明したため, 追加で腹部CTを撮像したところ, 多発性嚢胞腎が確認された。本例は回復期病院を経てmRS 1で自宅退院し, 発症3か月時点で新たな脳血管イベントはなく, 偽腔は縮小傾向を示していた。多発性嚢胞腎は, 先天的な内弾性板の欠損や中膜筋細胞の構造異常を特徴とし, 動脈解離や脳動脈瘤の発生に関与すると考えられている。多発性嚢胞腎に関連する前大脳動脈単独解離の報告は少なく, その臨床的意義を含めて文献的考察を交えて報告する。

A-6.

ADH不適合分泌症候群を合併するFisher症候群の検討

豊田那智, 上杉聡平, 岩尾慎太郎, 片山徹二, 野村美和, 麻生泰弘
大分県立病院 脳神経内科

症例は66歳女性。インフルエンザを発症した3日後から複視、ふらつき、歩行困難が出現した(第1病日)。その後に増悪したため、第3病日に当院へ入院した。眼球運動は全方向に制限を認め、わずかな眼瞼下垂が疑われた。四肢腱反射は消失～低下、体幹失調を認めた。当日の髄液検査では異常なく、血清IgG抗GQ1b抗体が陽性であり、Fisher症候群と診断した。第4病日に四肢近位筋に筋力低下を認めたため、免疫グロブリン大量療法を開始した。第7病日の検査で血清Na 114 mEq/Lと低下を認めた。低浸透圧血症、高張尿を認め、尿中Naの低下はなく、抗利尿ホルモンは13.0 pg/mlと高値であった。ADH不適合分泌症候群(SIADH)と診断し、Na負荷を開始。血清Na濃度は徐々に改善した。Fisher症候群にSIADHを合併した報告は、会議録を含め9例のみである。末梢の血漿浸透圧受容体の障害やADHに対する腎尿細管の感受性の変化などの仮説が提唱されている。

A-7.

当院で経験した妊娠合併Guillain-Barre症候群2例の検討

内村千紗子, 竹歳卓人, 長友理沙, 穂原貴裕, 湯地美佳, 樋口雄二郎, 高嶋 博
鹿児島大学病院 脳神経内科

症例1は35歳女性で妊娠26週0日, 症例2は32歳女性で妊娠10週3日にGuillain-Barre症候群 (GBS)を発症した. 電気生理検査では, 症例1はReversible conduction failure, 症例2はAcute inflammatory demyelinating polyneuropathy (AIDP) の所見を認めた. 治療は2例とも免疫グロブリン静注療法 (IVIg) を1クール実施し, Hughes機能グレード(FG)では, 症例1はFG4(起立歩行困難)からFG2(走行困難だが歩行可能)へ, 症例2はFG5(人工呼吸器管理)からFG0(神経学的後遺症なし)まで改善した. 両症例とも正産期まで妊娠継続でき, 症例1は誘発経膈分娩, 症例2は既往帝王切開のため帝王切開を施行し, いずれも健常な新生児を出産した. 妊娠合併GBSの発症頻度は一般集団と同程度と報告されているが, 妊娠後期以降の発症例が多い傾向がある. 治療は非妊娠GBSと同様にIVIgや血液浄化療法の有効性が報告されているが両者の優劣を比較した研究はない. 本症例は妊娠初期および中期に合併したGBSにおいてもIVIgが有効であり, 神経機能回復と妊娠継続が可能であった. 妊娠合併GBSの既報告をレビューし, 本疾患の診断・治療・管理における注意点について考察する.

A-8.

神経超音波検査が診断に有用であったmultifocal CIDPの1例

海野青藍, 吉川正章, 後藤悠太, 川浪健, 津村佳亮, 井手俊宏, 七條千佳, 鈴山耕平, 小池春樹
佐賀大学医学部附属病院 脳神経内科

症例は18歳女性. 某年x-6月下旬に左尺骨神経領域の感覚鈍麻と異常感覚が出現した. 同年x-2月に左正中神経領域にも同症状が出現し, x月当院紹介となった. 入院時左尺骨神経・正中神経領域に感覚鈍麻と異常感覚, 筋力低下を認めた. 血液検査では血管炎を示唆する所見はなく, 脳脊髄液検査も特記すべき所見を認めなかった. 神経伝導検査では, 当初左尺骨・正中神経に脱髄を確定できる所見を認めなかったが, 経過中に左尺骨神経前腕部の時間的分散を認めた. また, 神経超音波検査では正中神経上腕部や頸部神経根の腫大を認めた. 症候と検査所見からpossible multifocal CIDPとみなし, ステロイドパルス療法と経静脈的免疫グロブリン療法を行い症状の改善を得て確定診断に至った. 神経伝導検査や脳脊髄液検査で確定診断に至らない例では, 神経エコー検査は有用な診断補助検査となりうる.

A-9.

頭痛が併存したために診断に苦慮したFisher症候群の1例

金丸和樹、木下真由、宮本美由貴、杉山崇史、塩見一剛
宮崎大学医学部附属病院 脳神経内科

症例は59歳女性。頭痛が先行し複視とふらつきを自覚、数日で症状が進行したため第6病日に前医を受診した。診察上は典型的な3徴を認めFisher症候群を疑うも頭痛はADL低下に寄与するほど高度で、これが先行かつ持続しており他疾患の除外が必要と判断され同日当科へ紹介となった。髄液検査と頭部造影MRIでは明らかな異常所見は認められなかったが炎症性疾患を念頭にステロイドパルス療法(mPSL:1g/日×3日間)を施行したところ、頭痛は速やかに消失した。その後の血液検査でGQ1b IgG抗体の陽性が判明し、典型的な3徴に関しても追加治療はなく約1ヶ月の経過で失調症状の改善と眼球運動障害の改善傾向を認めるようになりFisher症候群による病態として矛盾しないと判断した。頭痛はFisher症候群として典型的ではなく、むしろ他疾患の除外が必要になる徴候であると考えられる。本例の頭痛について文献的考察を交えて報告する。

A-10.

アルツハイマー型認知症と大脳白質病変を伴うビタミンB12欠乏症の合併により、可逆性の認知機能低下を認めた一例

井上裕香子、江里口誠、古賀多門、溝口詩乃、盛満真人、田中宏弥、高島洋
佐賀県医療センター好生館 脳神経内科

症例は77歳女性。X-3年より物忘れが出現し、徐々に見当識障害や意欲低下が増悪した。血液検査では著明なビタミンB12欠乏を認め、抗内因子抗体と抗胃壁抗体が陽性であった。頭部MRIで両側前頭葉白質と脳梁膨大部に左右対称性の高信号病変があり、精査加療目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査で、自己免疫性胃炎の所見を認め、ビタミンB12欠乏症の原因は自己免疫性胃炎による吸収障害と考えた。加療後、画像所見は改善傾向であり、MMSEは15点から21点まで改善した。脳脊髄液検査でAβ1-42/1-40比の低下を認めたことから、アルツハイマー型認知症の合併を考えドナネマブ投与を検討する方針となった。白質病変を伴うビタミンB12欠乏症は稀だが、適切な加療による認知機能改善が期待できるため、積極的な精査が大切である。

合同-4.

左中大脳動脈狭窄に伴う脳梗塞を呈したPOEMS症候群に対しSTA-MCAバイパス術を施行した一例

中澤祐介¹⁾ 濱本諒²⁾ 稲森有貴子¹⁾ 白石渉¹⁾ 長堀貴²⁾ 三谷幸輝²⁾ 吉崎航²⁾ 森田隆雄²⁾ 阿河祐二²⁾
小川智也²⁾ 宮田武²⁾ 安部倉友²⁾ 梅村武部²⁾ 波多野武人²⁾

¹⁾小倉記念病院 脳神経内科 ²⁾小倉記念病院 脳神経外科

症例は59歳女性。X-1年頃より両下肢のしびれ感を自覚し始め、X年Y月当科初診となった。四肢遠位筋筋力低下、手袋靴下型の温痛覚障害、両下肢振動覚低下、四肢腱反射低下を認めた。体幹部CTで胸腹水、心嚢液貯留があり血清VEGF値が異常高値を認めPOEMS症候群と診断した。血液内科にてレナリドミドが開始され血清VEGF値は低下した。末梢血幹細胞移植術を予定されたが、Y+5月突然の右上肢脱力および構音障害が出現し、頭部MRIで左中大脳動脈狭窄症に伴う脳梗塞を認めた。抗血小板薬を開始したところ症状は改善した。しかし、経時的に左中大脳動脈狭窄症が悪化したため、Y+8月脳神経外科にて左STA-MCAバイパス術を施行した。術後経過は良好であり、現在まで脳梗塞の再発なく経過している。POEMS症候群は多発神経炎を含み様々な全身症状を呈するが、近年頭蓋内血管狭窄による脳梗塞についての報告も散見される。治療抵抗性であるが外科的血行再建術まで行われた症例は少ない。今回POEMS症候群における脳血管障害の最適な治療方針について考察する。

合同-5.

内頸動脈瘤に対してフローダイバータースtent留置後に多発性白質病変をきたした一例

佐野 仁美¹⁾、渡邊 充¹⁾、江 千里¹⁾、松瀬 大¹⁾、早川 幹人²⁾、山崎 亮¹⁾、磯部 紀子¹⁾

¹⁾九州大脳神経内科、²⁾筑波大脳卒中科

46歳女性。X日に左内頸動脈-眼動脈分岐部動脈瘤に対しフローダイバータースtent留置術を施行され、その後頭痛や発熱が出現、X+7日より右手が動かしづらくなり、一過性の呂律不良や意識障害が出現した。頭部MRIで左大脳白質に造影効果を伴う散在性のT2高信号域を認め、徐々に拡大し、頭痛や右上肢脱力感が持続したため、X+43日に当院紹介。気管支喘息や金属アレルギー等のアレルギー歴や画像所見より血管内治療デバイスの親水性ポリマー塞栓による多発性異物肉芽腫と診断、ステロイド治療で症状、画像所見ともに軽快した。血管内治療後に治療血管支配域に多発病変が出現した場合、特にアレルギー歴のある症例では注意を要する。

合同-6.

衝動制御障害を伴うパーキンソン病に対しDBS埋設が有効であった一例

高橋信敬¹⁾、津川潤¹⁾、井上賢一¹⁾、栗原可南子¹⁾、合馬慎二¹⁾、森下登史²⁾、安部洋²⁾、馬場康彦¹⁾

1) 福岡大学病院 脳神経内科 2) 福岡大学病院 脳神経外科

48歳男性。X-7年より運動緩慢を認め、パーキンソン病と診断された。経過中にギャンブルに興じるようになり、Lドパの内服を不規則に自己調整する行動がみられた。X-1年に衝動抑制障害と診断され、精神科にて治療介入が開始されたが、病的な賭博は持続していた。Lドパ換算相当量は1,200 mg/日であったが、ウェアリング・オフとオン時のジスキネジアが著明となり、X年某日に当科へ入院した。深部脳刺激療法 (Deep Brain Stimulation; DBS) の適応を検討し、Lドパを漸減後、両側視床下核DBS埋設術を施行した。術後、刺激調整により運動症状は改善し、Lドパの投与量は500 mg/日まで減量できた。精神症状の悪化は認められず、第30入院病日に退院した。本症例は薬物療法で制御困難であった運動症状および衝動抑制障害に対し、DBSが有効であった既報告例を比較し、本症例の臨床的特徴について考察する。

A-11.

好酸球増多・好酸球性副鼻腔炎を伴い急速に進行した偽神経炎型筋萎縮性側索硬化症の1例

横手 颯¹⁾、迫田 礼子¹⁾、柳原 由記¹⁾、岩永 育貴¹⁾、中村 優理¹⁾、山下 謙一郎¹⁾、波呂 敬子¹⁾、稲水 佐江子¹⁾
²⁾、飛松 省三¹⁾³⁾、吉良 潤一¹⁾⁴⁾

1)福岡中央病院 脳神経センター 脳神経内科、2)三野原病院 脳神経内科、3)福岡国際医療福祉大学 医療学部視能訓練学科、4)国際医療福祉大学 大学院 医学研究科 トランスレーショナルニューロサイエンスリサーチセンター

症例は58歳男性。X-1年9月より左足の筋力低下と筋萎縮が出現し、下垂足となった。同年12月に当院を受診。神経学的には、左側優位の両下肢筋力低下と筋萎縮、筋線維束性収縮、左アキレス腱反射消失を認めた。髄液蛋白が高値 (101.2 mg/dL) だった。気管支喘息の既往があり、好酸球増多を認めた。頭部MRIで篩骨洞の粘膜肥厚があり、鼻ポリープ生検で好酸球性副鼻腔炎と診断した。自己免疫関連末梢神経障害を考え、ステロイドパルス療法、免疫グロブリン療法を行うも効果はなかった。症状は進行性で、左側優位の両上肢筋力低下と筋萎縮、腱反射亢進も認めるようになり、Gold Coast診断基準により筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic lateral sclerosis: ALS)、偽神経炎型と診断した。その後、さらに進行し、X年8月に死亡した。偽神経炎型ALSは緩徐進行性であることが多いが、本症例は炎症機転が加味され、早い経過で死亡した可能性を考えた。

A-12.

脂肪酸結合蛋白質 (FABP) は多系統萎縮症の病態に関与する

福永浩司¹、関森智紀¹、川畑伊知郎²

¹東北大学、²福島県立医大

多系統萎縮症は神経細胞とオリゴデンドロサイトに不溶化した α シヌクレインが蓄積する疾患である。これまでにドパミン神経の脂肪酸結合蛋白質3(FABP3)がパーキンソン病の発症に関わることを報告した。本研究ではFABP3に加えて、オリゴデンドロサイトに発現するFABP7の病態への関わりを検討した。酸化ストレス下ではFABP3が α シヌクレインと結合して、凝集体(オリゴマー)を形成するのと同様にFABP7はオリゴデンドロサイトにおいて α シヌクレインと凝集体を形成した(*Acta Pharmacologia Sinica 2022;43:552*)。FABP7に結合して、 α シヌクレインとの結合を阻害する低分子化合物MF6で処理するとオリゴデンドロサイトにおける細胞死は抑制された。グリア腫細胞KG-1Cを用いた研究ではKrabbe病の原因脂質であるサイコシンでも同様の凝集体が形成され、MF6により細胞死が抑制された。私達はヒトFABP7が多系統萎縮症の原因であると考えている。FABP7のELISA測定系を有しており、多系統萎縮症の検査技術として確立したい。

A-13.

シェーグレン症候群を合併したAcute autonomic and sensory neuropathy(AASN)の一例

出口優, 大塚寛朗, 天野貴徳, 副島航介, 鳥村大司, 山下彩, 富田祐輝, 平山拓朗, 島智秋, 吉村俊祐, 宮崎禎一郎, 立石洋平, 辻野彰
長崎大学病院脳神経内科

症例は46歳女性。2週間前からの発熱、意識消失のため前医入院した。解熱後も、立ち上がれず入院後第14病日に当院紹介となった。筋力低下は認めず、感覚障害は四肢遠位優位に表在覚および深部知覚で低下～消失し、神経因性膀胱による尿閉や、体位性低血圧等の自律神経障害を認めた。高度の感覚失調・血圧変動のため座位困難であった。頸髄MRIではC5-C7に後索高信号、頸髄後根に造影効果を認めた。神経伝導検査では、感覚神経は上下肢全てで導出不能であった。以上からAASNを疑った。SS-A抗体 $>1200\text{U/mL}$ 、サクソンテスト・シルマーテスト陽性であり、シェーグレン症候群を合併していた。大量ガンマグロブリン療法とメチルプレドニゾロン大量療法を行ったが症状改善は認めなかった。文献的考察を交えて報告する。

A-14.

感覚性ニューロパチーを欠き、痙縮が前景に立った*DNMT1*関連疾患の一例

山中菜央、神田佳樹、町頭絵澄、足立拓馬、森 拓馬、児島史一、穂原貴裕、安藤匡宏、大山 賢、樋口雄二郎、崎山佑介、高嶋 博
鹿児島大学病院 脳神経内科

59歳女性。12歳時より難聴、50歳頃より頻尿、57歳頃より歩行障害が出現した。入院時、両側難聴、認知機能低下、両下肢の痙縮、両側Babinski徴候陽性、軽度の小脳失調を認めた。MRI検査では、大脳および小脳萎縮、脳梁菲薄化、胸髄萎縮を認めたが、臨床・電気生理学的にニューロパチーは認めなかった。小脳失調や痙性対麻痺の家族歴はないが、難聴と認知症の家族歴を認めたため、エクソーム解析を実施したところ、DNA methyltransferase 1 (*DNMT1*) 遺伝子に既報告の病的変異を認めた。

*DNMT1*はHSAN1E (Hereditary Sensory and Autonomic Neuropathy, Type 1E) およびADCA-DN (Autosomal Dominant Cerebellar Ataxia, Deafness, and Narcolepsy)の2疾患の原因遺伝子である。*DNMT1*変異は、感覚性ニューロパチー、小脳失調、難聴、ナルコレプシーなど多彩な症状を呈するが、本症例のように感覚性ニューロパチーを欠き、痙縮が主体となる症例は極めて稀である。痙縮・錐体路徴候が前景に立つ症例においても、難聴や認知症等の多彩な症状や家族歴がある場合は、*DNMT1*関連疾患を鑑別に挙げるべきである。

A-15.

脳生検を行なった自己免疫性Glial fibrillary acidic protein (GFAP) アストロサイトパチーの一例

山城志織、大屋祐一郎、山城正喬、安富大悟、妹尾洋、藤崎なつみ、藤原善寿、城戸美和子、渡嘉敷崇、諏訪園秀吾、熱海恵理子*、木村暁夫#
沖縄病院脳神経内科 *同 病理科 #岐阜大学脳神経内科

症例は68歳男性。X-1年11月より歩行障害が出現、12月に発熱し食事が低下した。X年1月より幻視、会話の支離滅裂さが出現し、入院となった。頭部造影MRIで大脳や脳幹部に髄軟膜主体の造影効果と側脳室周囲の放射状造影効果がみられた。3月に他院施行の脳生検で血管周囲にTリンパ球主体の浸潤がみられ、炎症性の病態が疑われた。4月からDEX4mgの内服が開始され認知機能は徐々に改善した。抗GFAP抗体陽性により、自己免疫性GFAPアストロサイトパチーと診断した。mPSLパルス療法とアザチオプリン内服を追加し症状は更に改善した。脳病理での血管周囲へのリンパ球浸潤と一致するMRIでの造影効果の分布を示し、これらの特徴は診断の一助となる可能性がある。

A-16.

沖縄型神経原性筋萎縮症(HMSN-P)の新規2症例

三田悠1),庄司紘史2),本多可愛3),中村真由美4)谷口雅彦5)

1)聖マリア病院研修医,2)神経内科,3)研究センター,4)看護支援部,5)外科

母親に同病をもつ34歳女性。職業管理の会社に従事、30歳頃下肢・腹部に疼痛性筋痙攣を自覚した。TFG変異陽性、四肢に筋力・感覚低下はなく、初期HMSN-Pと診断した。出張業務を続ける一方、予測因子解明を望んでいる。症例2: 56歳男性。母親は同病、30歳半ばに筋痙攣を、40歳半ばに四肢近位部筋力低下と動揺性歩行を認めた。書字困難であるが、PCを用いて介助なく仕事は行い得ている。進行期HMNS-Pと診断し、下肢ロボットスーツ(HAL)2週、年3回入院を継続し、特異的治療の早期開発を期待している。考察: HMSN-Pは30年を超える緩徐進行性であり、2症例は、それぞれ初期、進行期と位置づけられた。新規症例を追加し、筋痙攣の病態、予測因子について言及する。

A-17.

白血病に対する骨髄移植後に発症した重症筋無力症(MG)の2例

内和田英人, 雑賀徹(広島赤十字・原爆病院脳神経内科), 片山雄太(同血液内科)

1例目は46歳女性。急性リンパ性白血病に対して2014年に骨髄移植が施行された。2020年から神経症状が出現し、エドロホニウム試験陽性、筋特異的受容体型チロシンキナーゼ抗体陽性であり、重症筋無力症(g-MuSKMG)と診断した。非経口速効性治療(FT)により症状の改善が得られたが、その後増悪を繰り返したため、2024年からエフガルチギモドを導入し、症状の改善を認めた。2例目は64歳男性。急性骨髄性白血病に対して2022年に骨髄移植が施行された。2024年に神経症状が出現し、エドロホニウム試験陽性、アセチルコリン受容体抗体陽性であり、重症筋無力症(g-LOMG)と診断した。FTにより症状の改善が得られ、その後はステロイドとタクロリムス内服により状態安定を認めた。骨髄移植後にMGを発症することは稀であるが、慢性移植片対宿主病の神経合併症の可能性があり、当院での2症例を報告する。

A-18.

全身型重症筋無力症の経過中に筋炎を合併した一例

寺師綾子、姜裕貴、吉村基、進村光規、園田啓太、高瀬敬一郎
(飯塚病院脳神経内科)

51歳女性。X-25年に複視、眼瞼下垂、嚥下障害、頸部筋力低下で発症、抗AChR抗体陽性全身型重症筋無力症(g-TAMG, class IIIa)と診断され、血漿浄化療法、胸腺摘出術を実施された。経過中、眼症状増悪時にステロイド大量療法(7回)、頸部筋力低下時にIVIg(1回)を実施した。X年5月に四肢近位筋優位に脱力が出現し、MG増悪と判断し、IVIg投与したが脱力は改善しなかった。X年9月に入院となり、頸部筋力低下(MMT3)、近位筋優位に四肢筋力低下(上肢MMT4、下肢MMT2)、体重減少を認め、CPK上昇、脂肪抑制T2強調画像で大腿四頭筋、内転筋群に高信号が認められた。各種筋炎特異抗体は陰性だったが、筋炎合併を疑い、筋生検を実施した。慢性の筋力低下をきたした重症筋無力症では、抗AChR抗体陽性、胸腺腫合併する場合があります。文献と合わせて報告する。

A-19.

小児期に抗体陰性重症筋無力症(MG)と診断され、65歳時に先天性筋無力症の診断に至った1例

高村理英子、緒方英紀、向野隆彦、山崎亮、磯部紀子
九州大学病院脳神経内科

症例は65歳男性。眼瞼下垂や易疲労性、構音障害あり4-5歳頃に抗体陰性MGと診断された。18歳頃に通院を中断し、以降はアンベノニウムを断続的に内服していた。65歳時より筋力低下の緩徐な増悪を自覚し当院を受診。眼瞼下垂、複視、構音障害、筋力低下を認めた。反復刺激試験ではwaningあり、塩酸エドロホニウム試験も陽性であった。グルココルチコイド投与で症状は改善せず、妹もMGと診断を受けており、遺伝子検査を行ったところ、RAPS2遺伝子に複合ヘテロ接合性変異を認め、先天性筋無力症の診断に至った。本邦で先天性筋無力症と診断された症例は稀少であるが、見逃されている可能性がある。小児期発症の抗体陰性MGに対する遺伝子検査の必要性について検討し報告する。

A-20.

診断に時間を要したLambert-Eaton筋無力症候群

押部奈美子、富田周作、池川眞之、田中信一郎
NHO 関門医療センター脳神経内科

85歳男性。2024年8月中旬から日内変動のある両側眼瞼下垂と左半身の力の入りにくさが出現し、9月初旬に受診した。両側眼瞼下垂と上肢Barre試験での左上肢下垂を認めた。小脳系に異常は無く、両下肢の振動覚は低下、腱反射は四肢で正常、病的反射は両側陰性であった。AChR抗体、MuSK抗体は陰性であった。眼症状と左半身の力の入りにくさは悪化傾向であった。反復誘発筋電図で小指外転筋のwaning、PET-CTで肺腫瘍を認めた。10月頃から両側足背の異常感覚が出現し、LEMSの症状では説明できないため造影MRIを追加し、右帯状皮質と左橋に脳転移、腰部神経根に造影効果を認めた。転院後にVGCC抗体の陽性が判明した。初診時に筋力低下や腱反射低下が無く眼症状が目立ち、腫瘍の転移によると思われる症状を合併していたため診断に時間を要した。

A-21.

irAE-重症筋無力症(MG)に対してエフガルチギモドアルファ皮下注製剤使用した一例

古谷 由佳、岩中行己男、大成佳奈、橋本智代、大成圭子、岡田 和将
産業医科大学病院 脳神経内科

77歳男性。右肺癌に対して、X-1年7月より術前化学療法(ニボルマブ、カルボプラチン、パクリタキセル)が開始され、10月に右上葉切除術を施行された。同時期より四肢筋力低下、構音・嚥下障害が出現したため、筋症状の精査治療のため当科に転科した。神経学的所見では、頸部・四肢近位筋で疲労現象を伴う中等度の筋力低下と嚙声・開鼻声を認めた。CK 410 U/L、抗AChR抗体が陽性、テンシロンテスト陽性から、免疫チェックポイント阻害薬に伴うirAE- MGと診断した。針筋電図検査は正常であった。入院前からプレドニゾロンが投与されていたが、構音・嚥下障害及び両上肢筋力低下は残存しておりQMGスコア11点、MG-ADLスコア7点であった。X年1月にエフガルチギモドアルファ皮下注製剤を開始し、1サイクル後のQMGスコア10点、MG-ADLスコア6点となり、症状は改善傾向である。irAE-MGに対する皮下注製剤のエフガルチギモドアルファを使用した報告は少なく、文献的考察を行い報告する。

A-22.

脳波と脳血流SPECT異常を呈した抗MOG抗体と抗NMDAR抗体共陽性脳炎の一例

井村真男 池ノ下侑 松原崇一郎 植田光晴
熊本大 脳神経内科

21歳男性、右利き。3週間の頭痛後、10日前から会話不能となり、運動性失語と失書を呈した。頭部MRIで明らかな責任病変を認めなかったが、脳波で左頭頂側頭部優位の徐波活動、脳血流SPECTで左前側頭葉外側の血流低下を認めた。髄液検査で細胞数増加を認め、血清と髄液で抗MOG抗体陽性、髄液で抗NMDAR抗体陽性と判明した。ステロイドパルス療法により神経症状は速やかに改善し、脳波と脳血流SPECT所見も正常化した。抗MOG抗体と抗NMDAR抗体の共陽性を呈する症例は稀少だが、複雑な臨床像を呈する可能性があり、文献的考察を加え報告する。また、MRI陰性例における脳波および脳血流SPECTは、本症の診断および治療効果の判定において重要な役割を果たす可能性がある。

A-23.

心筋障害を伴い筋ジストロフィー様の臨床像を呈した若年発症PM-mitoの1例

本多直喜¹⁾、水谷浩徳¹⁾、寺崎晃平¹⁾、原田しずか¹⁾、松原崇一郎¹⁾、西野一三²⁾、植田光晴¹⁾
1) 熊本大学 脳神経内科、2) 国立精神・神経医療研究センター

31歳時に右下肢筋力低下としゃがみ立ち困難、嚥下困難感で発症し、34歳時に心不全で入院した。36歳時には四肢近位筋優位の筋力低下、嚥下障害、開鼻声、大腿四頭筋萎縮、Gowers徴候を呈し、画像上、上腕三頭筋・大腿四頭筋・腓腹筋に異常信号を認め、筋ジストロフィー等が鑑別疾患として考えられた。筋病理では非壊死性線維へのCD8陽性リンパ球浸潤とCOX陰性線維を認めたが、縁取り空胞やp62・TDP-43凝集体は認めずpolymyositis with mitochondrial pathology (PM-mito)を疑わせる所見であった。本例は極めて若年発症で心筋障害を伴い、近位筋優位の分布を示すPM-mitoと考えられる症例である。本症はIBM-SDの早期病態として免疫治療が奏効する可能性があり、若年発症の進行性ミオパチーの鑑別診断として重要である。

A-24.

亜急性発症の心不全、呼吸筋筋力低下で、横隔膜針筋電図を契機に診断に至った抗ミトコンドリアM2抗体陽性ミオパチーの一例

藪内健一^{1,2} 花岡拓哉³, 増田曜章¹, 木村成志¹

1 大分大神経内科 2 JA鶴見病院 3 NHO西別府病院

症例は65歳男性。8年前より慢性心不全の既往あり。X-1年9月から心不全が増悪し、11月に2型呼吸不全が進行して救急病院に搬送、人工呼吸器管理となった。1週間後に前医神経内科に転院となり、ALS、MGなど疑われ精査されたが診断つかず、呼吸器離脱不能でX年3月に当科転院となった。神経学的には頸屈MMT4、感覚障害はなく深部腱反射は正常で、胸部単純写で両側横隔膜挙上を認めた。四肢NCS、EMGでは明らかな異常なかったが、横隔膜EMGで筋原性変化が明らかとなったことから筋生検に進み、壊死性ミオパチーの組織像を得た。血液検査を併せて抗ミトコンドリアM2抗体陽性ミオパチーと確定診断し、ステロイド治療で呼吸器から離脱できた。心不全に呼吸筋脱力が亜急性に進行する場合、本疾患を想定し、横隔膜筋電図を考慮する。

A-25.

脳脊髄に多発病変を呈し脱髄疾患との鑑別に難渋した血管内悪性リンパ腫の1例.

継晋一、入江研一、浅田不二子、古賀真彦、今居達也、森慎一郎、立石貴久
久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科

81歳女性。右下肢筋力低下が出現し、約1週間の経過で歩行障害が悪化したため精査加療目的に入院した。入院時、右優位の両下肢筋力低下、Th8～9レベルで両側帯状の締め付け感、右優位の両下肢異常感覚、右上下肢で腱反射亢進を認めた。血液検査でIL2RやLDH高値、髄液検査で蛋白上昇、細胞数増多を認めた。MRIで脳内にびまん性白質病変、MRSは正常パターンで、Th4～7に渡る長大な胸髄病変を認めた。NMOSDやMOGADを疑いステロイドパルス療法や単純血漿交換療法を施行したが症状改善に乏しかった。免疫治療後に急激な認知機能低下、頭部MRIで白質病変の拡大と一部で内部に微小出血を認めた。右前頭葉より脳生検を施行し血管内大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。脱髄疾患との鑑別に難渋した症例であり文献的考察を踏まえて報告する。

A-26.

シェーグレン症候群疑い，視神経脊髄炎に合併した免疫介在性ニューロパチーの一例

藤岡秀康, 内田大達, 三宮邦裕
(長門記念病院脳神経内科)

症例は72歳女性. 40歳代から糖尿病加療を受け, インスリン加療中. 70歳に他院で視神経脊髄炎, シェーグレン症候群疑いで加療を受けていた. 通院困難で当院紹介. 来院時四肢筋力低下と背中のアロディニアを認め, 末梢の触痛覚の障害は認めなかった. 診察で脊髄と多発単神経炎の合併を疑った. MRIでは再発所見はなく, 髄液検査も軽度の蛋白上昇のみであった. 神経伝導速度検査で長さ依存性運動優位の軸索性ニューロパチーを認めた. ステロイドパルス(mPSL 1000mg 3日間)とIVIgを実施したところ, 四肢の筋力低下はいずれの治療にもよく反応し, 母趾伸筋群以外のMMTは正常まで改善した. 本人の意向で神経生検は未実施. シェーグレン症候群によるニューロパチーと考えたが, 貴重な症例と考え, 報告する.

A-27.

生成系AIが診療に有効だった雷鳴頭痛と失神を主訴とした膀胱褐色細胞腫による可逆性脳血管攣縮症候群を呈した若年女性の一例

池川眞之, 富田周作, 押部奈美子, 田中信一郎
関門医療センター脳神経内科

症例は片頭痛の既往のある23歳女性. X-2年より排尿後の雷鳴頭痛を認め頻度と重症度は徐々に増悪した. 当科初診3日前, これまでで最も強い排尿後頭痛が出現し, 失神した. 同日他院での頭部MR検査では異常が指摘されず, 当科を紹介された. 来院時vital signや身体・神経学的所見, ルーチンの髄液検査に異常は認められなかった. AI検索(Elicit.com)を行い, 血中ノルアドレナリン濃度を測定し, 軽度上昇を認めた. 当院受診時の頭部MRA画像では多数の数珠状血管狭窄の新規出現認め, 骨盤部MR検査で膀胱左後壁にT2高信号の22mm大の腫瘍を認め, 123I-MIBGシンチグラフィを追加し同腫瘍での取り込み像があり, 膀胱褐色細胞腫が強く示唆された. これまで膀胱褐色細胞腫によるRCVSを明示した報告はなく, 診療におけるAI論文検索ツールの有用性も確認した貴重な症例であることから報告する.

A-28.

Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) を合併した脳梗塞の2例

丸山哲昇¹⁾, 國場和仁¹⁾, 渡慶次裕也¹⁾, 宮城 朋¹⁾, 波平幸裕¹⁾, 當銘大吾郎¹⁾, 玉城浩平¹⁾, 金城よしの¹⁾, 石原 聡¹⁾, 崎間洋邦¹⁾, 與儀 彰²⁾, 楠瀬賢也¹⁾

1) 琉球大学病院 第三内科, 2) 同 放射線部

症例1は高血圧や慢性腎臓病を有する30代男性。頭痛とめまいで発症し, MRI画像で小脳梗塞に加え, 両後頭葉や前頭葉に浮腫性変化を認めた。小脳に出血性梗塞をきたしたことから, 抗脳浮腫と降圧管理で対応した。脳梗塞の原因としては椎骨動脈解離が疑われた。症例2は維持透析中の60代男性。頭痛, 嘔吐で発症し, MRI画像では両側小脳梗塞に加え, 右小脳の浮腫性変化を呈していた。心房細動を認めたことから抗凝固療法を行った。2例とも経時的変化でMRI画像上の浮腫性変化は消退し脳梗塞とPRESの合併と診断した。急性期脳梗塞にPRESを合併する頻度は低く, PRESを合併した場合は個々の病態に合わせた治療法の選択が必要と考えられた。

A-29.

白皮症に合併した発達障害の例

石川和彦

八幡大蔵病院 昭和町クリニック

症例: 14歳 女性。自閉スペクトラム症。来院者:父。主訴:お母さんから最近フワフワしているように感じると言われた。家族:両親と小6の妹と小3の弟。家族歴は特になし。療育センター眼科、大学病院皮膚科、小児科で白皮症の他には異常がないと言われる。空気が読めない。就学前アスペルガーといわれた。身体所見:総白髪、強度の弱視。頭皮の発赤。その他一般理学的所見、内科学的にはその他の異常を認めない。神経学的に第II以外の脳神経や筋力など異常を認めない。WISC-V。FSIQ91、言語理解は100、視空間は97、流動性推理94、ワーキングメモリー109、処理速度54と合成得点間に有意なディスレパシーを認めた。下位検査では、類似と単語の間のみ有意差があった。症候性白皮症にはグリセリ症候群(GS)などがありGS1では精神発達障害が見られ、MYO5A遺伝子変異が見られるという。本症例は非症候性白皮症と考えられ白皮症と精神発達障害の関連には検討が必要である。

A-30.

再燃を繰り返し、感染症との鑑別を要した非典型的Erdheim-Chester病の一症例.

渡邊凌佑(大分大脳神経内科), 花岡拓哉(西別府病院脳神経内科), 大森翔太(大分大呼吸器感染症内科), 諸鹿柚衣(大分大血液内科), 宮田元(秋田県立循環器・脳脊髄センター), 木村成志(大分大脳神経内科).

再発性の腫瘍性病変を来とし、診断に苦慮したErdheim-Chester病の1症例を報告する. 症例は66歳男性で、テント上に再発性の、造影効果と浮腫を伴う多発頭蓋内病変を認めた. 左肩に骨融解と造影効果を伴う嚢胞性病変、咽頭左側や副腎にも造影効果を伴う病変を認めた. 海外渡航歴や抗菌薬への反応性から、輸入感染症が疑われた. しかし、病理組織学的検査より感染症は否定的で、多数の組織球浸潤と、Langhans型巨細胞が散見され、免疫組織化学的検査により、Erdheim-Chester病と診断した. Erdheim-Chester病は、通常緩徐進行の経過で、両側対称性の骨硬化像を認め、頭蓋内病変はテント下病変が多い. 本症例は、画像所見や再発性の病変であった点が非典型的であり、診断に苦慮した.

A-31.

てんかん発作と心因性非てんかん性発作(PNES)が混在した*FLNA*遺伝子異常が疑われる脳室周囲異所性灰白質の一例

中江健太郎, 中川広人, 西 萌生, 濱田一正, 徳永紘康, 園田 健
鹿児島市医師会病院 脳神経内科

症例は45歳女性. 小児てんかんの既往があったが中学生以後は内服を中止して問題なく経過していた. X-1年頃から時折けいれん発作を起こしていたが特に受診等はせず経過をみていた. X年3月にかかりつけに相談したところ当院紹介の後、てんかんの診断で内服が開始された. 6月にも発作で搬送されたがてんかん発作らしくない意図的な運動等を認め、PNESと診断した. 一方で頭部MRIを再検したところこれまで見落とされていた脳室壁周囲の皮質と同程度の高信号並びに脳室壁の不整を認めた. 脳室周囲異所性灰白質と診断し、原因として*FLNA*遺伝子異常を疑い遺伝子検査を提出したところrearrangementを疑う所見が指摘された. てんかんやPNESには背景疾患があることが珍しくなく、MRIでも脳室周囲の画像変化は見落とされることがある. 合併症も多く注意すべき疾患と考え本症例を報告する.

A-32.

急性期抗体陰性後、抗体陽転化し診断し得たGFAPアストロサイトパチーの47歳男性例

入江南帆¹、春木明代¹、曾我雄吾²、田村俊一郎¹、下園孝治¹

¹健和会大手町病院脳神経内科、²総合診療科

発熱、頭痛が出現し、第5病日当院受診。項部硬直、髄液単核球優位の細胞数増多、蛋白上昇を認めウイルス性髄膜炎疑いで入院した。第7病日より意識障害、筋緊張亢進、失調症状、排尿障害を認めた。脳炎を考慮しステロイドパルス療法を行ったが効果は乏しく血漿交換療法を開始した。その後吃逆が出現し、MRIで新規病変を認めたため、血漿交換にステロイドパルス療法を併用した。排尿障害以外の症状は改善し、第114病日自宅退院した。急性期の神経症状を認めていた第8病日の髄液検体では陰性であったが、症状が改善傾向であった第22病日の検体で抗体陽性となり、GFAPアストロサイトパチーと診断した。繰り返し検査を行うことが重要と考えられた。本症例の病態について考察を交えて報告する。

A-33.

急性発症の痙性四肢麻痺で発症したアーノルド・キアリ I 型奇形の一例

田中 栄蔵¹), 末永 優斗¹), 内之倉 俊朗²), 秋葉 大輔²), 山元 伸昭¹), 田代 研之¹)
1) 県立宮崎病院脳神経内科 2) 県立宮崎病院脳神経外科

症例は27歳女性。X年4月下旬から四肢遠位のしびれ感が出現し、徐々に増悪し近位へ上行して脱力を伴ったため、5月上旬当院入院した。神経所見では意識清明、脳神経系に異常なし。右下肢と左上下肢の軽度脱力、下肢優位の四肢腱反射亢進、四肢遠位の表在覚と振動覚の低下を認め、血液・髄液検査、神経伝導検査では異常を認めなかった。頭部全脊髄MRIでは脊髄空洞症を伴うアーノルド・キアリ I 型奇形を認めた。治療介入なく入院中約1週間の安静自然経過で四肢麻痺は軽度改善した。脳神経外科紹介して待機的手術の方針となり一旦自宅退院、X年11月上旬に大後頭孔減圧術を施行。痙性麻痺の改善がみられ、四肢遠位の軽度しびれ感のみ残存して経過している。アーノルド・キアリ I 型奇形は先天性疾患であり、一般的には緩徐進行の経過をとるが、一部には本症例のように急性増悪をきたす報告もあり、脊髄炎などと鑑別すべき病態の一つとして貴重な症例と考え報告する。

