



第 217 回 日本神経学会九州地方会

第 125 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：2017 年 3 月 11 日（土）

受付開始：午前 8 時 00 分

開始時間：午前 8 時 30 分

神経学会	8 時 30 分～16 時 50 分
脳神経外科学会	8 時 30 分～16 時 35 分
ランチョンセミナー	12 時 10 分～12 時 50 分
合同セッション	13 時 20 分～14 時 00 分

会場：福岡大学医学部 RI 講義棟

当番：福岡大学神経内科学	坪井 義夫
産業医科大学脳神経外科学	西澤 茂

会場案内

会場： 福岡大学医学部 RI 講義棟（福岡市城南区七隈 7-45-1）



□ アクセス

● 地下鉄

- 天神から・・・七隈線「天神南駅」乗車 「福大前駅」下車
- 博多駅・福岡空港から・・・空港線「天神駅」下車 七隈線「天神南駅」乗車 「福大前駅」下車（約 16 分）改札出て右 2 番出口

● タクシー

- 博多駅から約 30 分
- 天神から約 25 分
- 福岡空港から約 40 分

● 西鉄バス

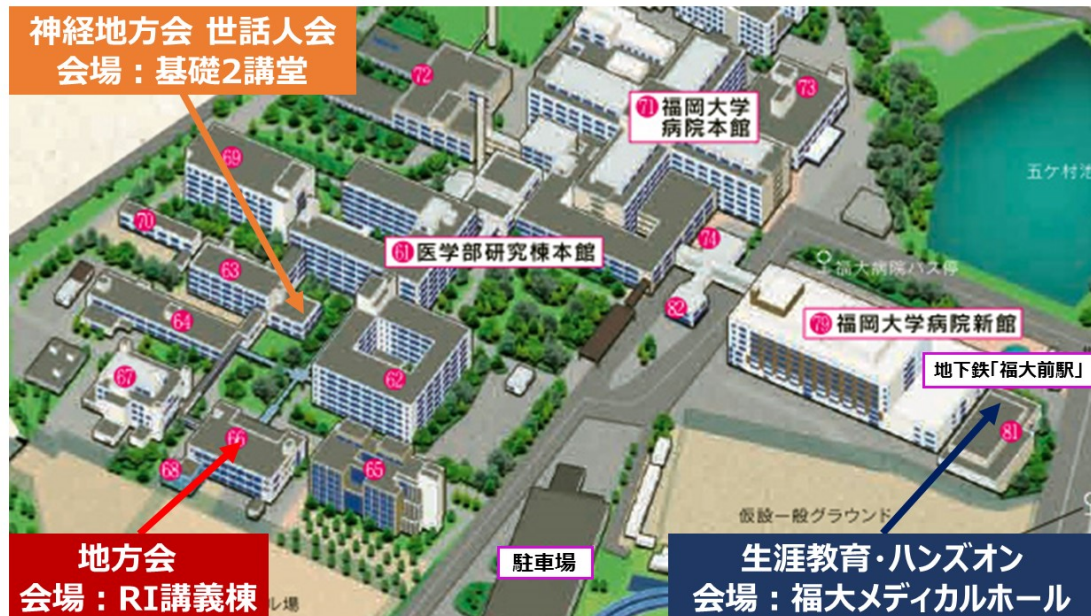
- 天神から・・・14 番、114 番、140 番 「福大病院」下車 （約 30 分）
- 博多駅から・・・114 番 「福大病院」下車 （約 40 分）

● 車

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

* 患者様用の駐車場が御座いますがなるべく公共交通機関でお越しください

会場配置図



3月11日

- 日本神経学会九州地方会：A会場（RI講義棟 大講堂（3階））
- 日本脳神経外科学会九州支部会：B会場（RI講義棟 中2講堂（2階））
- 合同セッション：A会場（RI講義棟 大講堂（3階））
- 日本神経学会九州地方会 世話人会：基礎2講堂（2階）
- 日本脳神経外科学会九州支部会 理事会：RI講義棟 中1講堂（2階）
- FD講習会（脳神経外科）：B会場（RI講義棟 中2講堂（2階））

3月12日

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

連絡事項

<神経学会>

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

(注) 発表者は、遅くとも発表の 30 分前には受付して下さい。

<脳神経外科学会>

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

プログラム概要 午前の部

A会場（RI 大講堂） 神経学会	B会場（RI 中2講堂） 脳神経外科学会	その他会場 理事会・世話人会
8:30 開会の辞 坪井 義夫（福岡大学）	8:30 開会の辞 西澤 茂（産業医科大学）	
8:35-9:15 セッション1 座長 山崎 亮（九州大学）	8:35-9:07 セッション1 脳血管障害(1) 座長 東 登志夫（福岡大学） コメンテーター 出雲 剛（長崎大学）	
9:15-9:55 セッション2 座長 中根 俊成（熊本大学）	9:10-9:42 セッション2 脳血管障害(2) 座長 青木 孝親（久留米大学） コメンテーター 内田 裕之（鹿児島大学）	
9:55-10:35 セッション3 座長 稲富 雄一郎（済生会熊本病院）	9:45-10:09 セッション3 脳血管障害(3) 座長 案田 岳夫（長崎大学） コメンテーター 野中 将（福岡大学）	
10:35-11:15 セッション4 座長 末原 雅人（藤元総合病院）	10:11-10:35 セッション4 脳血管障害(4) 座長 増岡 淳（佐賀大学） コメンテーター 篠島 直樹（熊本大学）	
11:15-11:55 セッション5 座長 渡嘉敷 崇（沖縄病院）	10:37-11:09 セッション5 脊髄・感染・外傷 座長 花谷 亮典（鹿児島大学） コメンテーター 服部 剛典（久留米大学）	
	11:12-11:44 セッション6 小児・水頭症 座長 内田 晋（大分大学） コメンテーター 佐山 徹郎（九州大学）	
12:10-12:50 ランチョンセミナー1 座長 坪井 義夫（福岡大学） 演者 瓦井 俊考（徳島大学）	12:10-12:50 ランチョンセミナー2 座長 山本 淳考（産業医科大学） 演者 掛田 伸吾（産業医科大学）	12:10-12:50 脳神経外科学会 九州支部 理事会 ※ 2階 RI 中1講堂
		12:55-13:15 神経学会 九州地方会 世話人会 ※ 2階 基礎2講堂

午後の部

A 会場 (RI 大講堂) 神経学会	B 会場 (RI 中 2 講堂) 脳神経外科学会
13:20-14:00 合同セッション 座長 松岡 秀樹 (鹿児島医療センター) 吉本 幸司 (九州大学 脳神経外科)	
14:10-14:50 セッション 6 座長 岡田 和将 (産業医科大学)	14:10-14:50 セッション 7 脳腫瘍 (1) 座長 渡邊 孝 (琉球大学) コメンテーター 中野 良昭 (産業医科大学)
14:50-15:30 セッション 7 座長 緒方 利安 (福岡大学)	14:53-15:25 セッション 8 脳腫瘍 (2) 座長 上原 久生 (宮崎大学) コメンテーター 中原 由紀子 (佐賀大学)
15:30-16:10 セッション 8 座長 木村 成志 (大分医科大学)	15:28-16:00 セッション 9 脳腫瘍 (3) 座長 山本 淳考 (産業医科大学) コメンテーター 菅原 健一 (琉球大学)
16:10-16:50 セッション 9 座長 雪竹 基弘 (佐賀中部病院)	16:03-16:35 セッション 10 脳腫瘍 (4) 座長 矢野 茂敏 (熊本大学) コメンテーター 横上 聖貴 (宮崎大学)
16:50 閉会の辞 坪井 義夫 (福岡大学)	16:40 閉会の辞 西澤 茂 (産業医科大学)
	17:00-18:00 FD 講習会

ランチョンセミナーのご案内

ランチョンセミナー 1

日時 2017 年 3 月 11 日(土) 12:10～12:50

場所 福岡大学医学部 RI 講義棟 大講堂 (A 会場)

座長 坪井 義夫 (福岡大学神経内科)

演者 瓦井 俊考 (徳島大学神経内科)

演題 「遺伝性ジストニア Update」

共催 第 217 回日本神経学会九州地方会

グラクソ・スミスクライン株式会社

ランチョンセミナー 2

日時 2017 年 3 月 11 日(土) 12:10～12:50

場所 福岡大学医学部 RI 講義棟 中 2 講堂 (B 会場)

座長 山本 淳考 (産業医科大学脳神経外科)

演者 掛田 伸吾 (産業医科大学 放射線科 講師)

演題 「頭蓋底領域の MRI 診断：最新技術からピットホールまで」

共催 第 125 回日本脳神経外科学会九州支部会

日本神経学会九州地区 生涯教育講演会のご案内

日時 2017年3月12日(日) 9:30～13:00

場所 福岡大学メディカルホール (福岡大学病院 新診療棟 1F)

会費 4000 円

1. 「しびれの臨床と病理 ―末梢神経疾患を中心に―」

座長： 谷脇 考恭 (久留米大学 呼吸器・神経・膠原病内科部門)

演者： 小池 春樹 (名古屋大学大学院医学系研究科 神経内科)

2. 「認知症と糖尿病：最近の話題」

座長： 吉良 潤一 (九州大学 神経内科)

演者： 大八木 保政 (愛媛大学大学院医学系研究科 老年・神経・総合診療内科学)

3. 「地域完結型の脳卒中診療態勢の構築」

座長： 中島 誠 (熊本大学 神経内科)

演者： 橋本 洋一郎 (熊本市民病院 神経内科・地域医療連携部)

4. 「最新の抗てんかん薬治療」

座長： 坪井 義夫 (福岡大学 神経内科)

演者： 赤松 直樹 (国際医療福祉大学 福岡保健医療学部)

日本神経学会九州支部主催 神経学的ハンズオンのご案内

日時 2017年3月12日(日) 14:00～15:20

場所 多目的ホール (福岡大学病院 新診療棟、福大メディカルホール地下)

会費 3000 円

Tutor： 魚住 武則 (産業医科大学 若松病院)

佐藤 聡 (長崎北病院 院長)

プログラム (神経学会)

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

セッション 1

8:35～9:15

座長 山崎 亮 (九州大学)

A-1 メフロキン投与で症状の改善を認めた白質脳症 (possible PML) の 1 例

鹿児島市医師会病院 神経内科

徳永 紘康, 正ヶ峯 啓太, 中川 広人, 園田 健

A-2 意識障害で来院し両側錐体路や脳梁に異常信号を認め、髄糖低下を来した NMOSD の 1 例

国立病院機構長崎医療センター ¹神経内科, ²腎臓内科

案浦 花奈子¹, 山田 寛子¹, 島 智秋¹, 川崎 智子², 岩永 洋¹

A-3 脳幹病巣により頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (SUNA) を呈した抗 AQP4 抗体陽性視神経脊髄炎の一例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

水野 裕理, 篠田 紘司, 渡邊 充, 山崎 亮, 吉良 潤一

A-4 肺多型癌合併・抗 NMDA 受容体抗体脳炎の一例

高邦会高木病院 ¹神経内科, ²呼吸器センター, ³佐賀大学 神経内科

森 法道¹, 遠藤 智代子¹, 松尾 綾子², 山本 聡², 原 英夫³

A-5 Fingolimod 内服中に Tumefactive demyelinating lesion を呈した多発性硬化症の一例

産業医科大学 ¹神経内科, ²脳神経外科, ³東北大学医学部 神経内科, ⁴群馬大学医学部付属病院 病院病理部

小畑 雅子¹, 橋本 智代¹, 岩中 行己男¹, 岡田 和将¹, 鈴木 恒平², 高橋 利幸³, 平戸 純子⁴, 足立 弘明¹

セッション 2

9:15～9:55

座長 中根 俊成 (熊本大学)

A-6 多彩な高次脳機能障害を認めた脳腱黄色腫症の 1 例

¹熊本大学 神経内科, ²熊本赤十字病院 神経内科

丸目 麻友美¹, 向野 晃弘¹, 山下 賢¹, 和田 邦泰², 安東 由喜雄¹

A-7 Levodopa induced dystonia を呈した進行性核上性麻痺の 1 例

福岡大学医学部 ¹神経内科, ²歯科口腔外科

野瀬 可南子¹, 藤岡 伸助¹, 梅本 丈二², 津川 潤¹, 三嶋 崇靖¹, 深江 治郎¹, 坪井 義夫¹

A-8 頸部と右上肢の振戦が中心症状だった神経核内封入体病の一例

¹鹿児島大学病院 神経内科, ²おぐら病院

児玉 憲人¹, 武井 藍¹, 牧美 充¹, 中村 友紀¹, 橋口 昭大¹, 野妻 智嗣², 高嶋 博¹

A-9 パーキンソン病に対するデュオドーパ®の有効性や問題点について

産業医科大学若松病院 神経内科

武井 崇展, 魚住 武則

A-10 左腰部帯状疱疹後に髄節を異にする多発脊髓病変 (ADEM) を示した 32 歳女性例

聖マリア病院 ¹神経内科, ²放射線科

馬場 健翔¹, 庄司 紘史¹, 出原 真理加², 田中 厚生²

セッション 3

9:55~10:35

座長 稲富 雄一郎 (済生会熊本病院)

A-11 遷延する呼吸障害を伴った大腿骨頸部骨折後の脂肪塞栓症の一例

福岡市民病院 神経内科

徳丸 達也, 芥川 宜子, 貞島 祥子, 中垣 英明, 長野 祐久, 由村 健夫

A-12 MELAS の脳卒中様症状の改善にレベチラセタムが有効と考えられた 1 例

製鉄記念八幡病院 脳血管・神経内科

坂井 翔建, 木村 俊介, 大屋 祐一郎, 大崎 正登, 荒川 修治

A-13 急速に血管病変が進行した SLE による脳梗塞の 1 例

福岡大学医学部 神経内科

竹下 翔, 緒方 利安, 青柳 諒, 津川 潤, 坪井 義夫

A14 抗凝固療法下で消失した僧帽弁輪石灰化に付着した可動性構造物由来の脳梗塞の一例

福岡東医療センター

橋本 剛, 石束 光司, 桑野 幸, 陣内 重郎, 中根 博

A-15 高ホモシステイン血症を伴った若年性静脈血栓症の 1 例

¹国立病院機構熊本医療センター, ²熊本大学 神経内科

西 晋輔¹, 原 健太郎¹, 平原 智雄¹, 田北 智裕¹, 安東 由喜雄²

セッション 4

10:35~11:15

座長 末原 雅人 (藤元総合病院)

A-16 末梢神経障害と脊髄症の合併が考えられた血管内リンパ腫の一例

JCHO 諫早総合病院 ¹神経内科, ²内科

西浦 義博¹, 平山 拓朗¹, 松尾 江美², 福元 尚子¹, 長郷 国彦¹

A-17 2,4-dinitrophenol による末梢神経障害

宮崎大学医学部附属病院 第三内科

伊豆元 心太郎, 谷口 晶俊, 鈴木 あい, 酒井 克也, 外山 晶子, 望月 仁志, 塩見 一剛, 中里 雅光

A-18 CIDP や遺伝性ニューロパチーとの鑑別を要した POEMS 症候群の 2 例

鹿児島大学病院 神経内科

濱田 祐樹, 湯地 美佳, 石戸 秀明, 下田 侑那, 崎山 佑介, 中村 友紀, 橋口 昭大, 高嶋 博

A-19 両側高位正中神経障害に免疫グロブリン大量療法が著効した 1 例

¹藤元総合病院 神経内科 ²嶺井第一病院 放射線科

武井 潤¹, 大窪 隆一¹, 末原 雅人¹, 末吉 健志²

A-20 抗 SRP 抗体、抗 HMGCR 抗体陽性壊死性ミオパチーの 1 例

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

水田 将人, 美奈川 拓, 江里口 誠, 薬師寺 祐介, 原 英夫

セッション 5

11:15～11:55

座長 渡嘉敷 崇 (沖縄病院)

A-21 自殺企図のあるうつ病に電気ショック療法を行ったが昏迷状態となり廃用症候群に至った症例

八幡大蔵病院

石川和彦

A-22 頸・胸髄の硬膜背側に広範な硬膜肥厚・石灰化を認め、硬膜生検にてピロリン酸カルシウム沈着症と診断された一例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

前田 泰宏, 向井 達也, 橋本 侑, 眞崎 勝久, 緒方 英紀, 松下 拓也, 山口 浩雄, 山下 謙一郎, 山崎 亮, 吉良 潤一

A-23 Suspected lamotrigine - induced dropped head syndrome.

長崎川棚医療センター 神経内科・臨床研究部

前田 泰宏, 成田 智子, 松屋 合歓, 権藤 雄一郎, 福留 隆泰, 松尾 秀徳

A-24 長期的に画像の変化をフォローし得たメトロニダゾール誘発性脳症の一例

飯塚病院 神経内科

立石 貴久, 岡留 敏樹, 吉村 基, 横山 淳, 中村 憲道, 高瀬 敬一郎

A-25 手掌頤反射の臨床的意義の検討

¹高知大学 神経内科, ²NHO 大牟田病院・神内

宮本 由賀¹, 古島 朋美¹, 森田 ゆかり¹, 古田 興之介¹, 大崎 康史¹, 古谷 博和¹, 藤井 直樹²

ランチョンセミナー 1

12:10～12:50

座長 坪井 義夫 (福岡大学)

演者: 瓦井 俊考 (徳島大学大学院 医歯薬学研究部 臨床神経科学 講師)

演題: 「遺伝性ジストニア Update」

*世話人会 (福岡大学医学部研究棟 基礎2 講堂)

12:55～13:15

合同セッション

13:20～14:00

座長 神経内科 松岡 秀樹 (鹿児島医療センター)

脳神経外科 吉本 幸司 (九州大学)

合同-1 Current steering DBS が有用であった難治性パーキンソン病振戦の1例

医療法人相生会 福岡みらい病院 機能神経外科

宮城靖

合同-2 繰り返す脳塞栓症の塞栓源となった腕頭動脈の狭窄症に対してステント留置術を施行した1例

¹熊本赤十字病院 神経内科, ²熊本大学大学院生命科学研究部 神経内科学分野

長尾 洋一郎¹, 進藤 誠悟¹, 波止 聡司¹, 和田 邦泰¹, 寺崎 修司¹, 安東 由喜雄²

合同-3 頸部血管エコーで診断しえた頭蓋外椎骨動脈解離の1例

国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 脳血管センター 脳血管神経内科

柴田 曜, 中西 泰之, 高口 剛, 中村 麻子, 後藤 聖司, 桑城 貴弘, 矢坂 正弘, 岡田 靖

合同-4 バクロフェン髄腔内投与が有効であった右下肢ミオクローヌスの1例

福岡山王病院 脳・神経機能センター

桑原 和久, 大原 信司, 河井 伸一, 松島 俊夫, 茶谷 裕, 重藤 寛史

合同-5 ジストニアにて発症した基底核部胚細胞腫瘍の1例

熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学分野

舎川 健史, 黒田 順一郎, 中村 英夫, 中川 隆志, 山田 和慶, 矢野 茂敏

セッション6

14:10~14:50

座長 岡田 和将 (産業医科大学)

A-26 来院時、悪性症候群の症状を呈した抗 NMDA 受容体脳炎の一例

佐世保市総合医療センター 神経内科

溝田 貴光, 奥野 大輔, 種岡 飛翔, 宮崎 禎一郎, 藤本 武士

A-27 腫大した脳梁病変と大脳脚病変を認めた MOG 抗体陽性視神経脊髄炎関連疾患の一例

長崎大学病院 ¹脳神経内科, ²病理部, ³新潟大学脳研究所 細胞神経生理分野

上野 未貴¹, 野中 俊章¹, 長岡 篤志¹, 吉村 俊祐¹, 白石 裕一¹, 安倍 邦子², 田中 恵子³, 辻野 彰¹

A-28 初期眼球運動障害を経時的に記録し得た Fisher 症候群の1例

¹国立病院機構宮崎東病院神経内科, ¹宮崎県立宮崎病院 神経内科, ³宮崎大学医学部 内科学講座神経呼吸内
分泌代謝学分野

高妻 美由貴¹, 原 善根², 塩屋 敬一¹, 斉田 和子¹, 杉本 精一郎¹, 外山 晶子³, 鈴木 あい¹, 酒井 克也¹, 谷口 晶俊³, 望月 仁志³, 塩見 一剛³, 中里 雅光³

A-29 統合失調症との鑑別が困難であった卵巣腫瘍合併抗 NMDA 受容体抗体脳炎

国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 脳血管センター ¹脳血管神経内科, ²精神神経科, ³婦
人科

横井 美央¹, 植木 香奈¹, 中村 麻子¹, 中西 泰之¹, 高口 剛¹, 後藤 聖司¹, 桑城 貴弘¹, 和佐野 聡一郎², 濱崎 洋一郎³, 矢坂 正弘¹, 岡田 靖¹

A-30 超皮質性感覚失語から左中大脳動脈狭窄が発覚した神経ベーチェット病の1例

¹大分県立病院 神経内科, ²大分大学病院 神経内科

谷口 雄大¹, 岡田 敬史¹, 石橋 正人¹, 木村 成志², 法化図 陽一¹

セッション7

14:50~15:30

座長 緒方 利安 (福岡大学)

A-31 Tolosa-Hunt 症候群類似のステロイド反応性を示した Septic cavernous sinus thrombosis の 1 例

川内市医師会立市民病院 神経内科

高田 良治, 泊 晋哉, 森山 宏遠

A-32 早期肺腺癌が発症に関与したと考えられた脳梗塞の 1 例

琉球大学医学部附属病院 第三内科

谷川 健祐, 國場 和仁, 崎間 洋邦, 波平 幸裕, 城間 加奈子, 石原 聡, 大屋 祐輔

A-33 短期間に繰り返し出現する脳梗塞様病変を契機に成人 T 細胞白血病 (ATL) の診断に至った 1 例.

長崎医療センター¹ 神経内科, ²皮膚科, ³血液内科, ⁴病理診断科

島 智秋¹, 山田 寛子¹, 三根 義和², 牧山 純也³, 吉田 真一郎³, 黒濱 大和⁴, 伊東 正博⁴, 岩永 洋¹

A-34 潰瘍性大腸炎, 好酸球増多症を伴った多発性脳梗塞の一例

鹿児島医療センター脳血管内科

永田 真子, 脇田 政之, 濱田 祐樹, 武井 藍, 宮下 史生, 松岡 秀樹

A-35 難治性皮下膿瘍、脳膿瘍を呈した播種性ノカルジア症の一例

¹ 社会法人恒心会おぐら病院 神経内科, ² 鹿児島大学病院血液膠原病内科

大山 徹也¹, 野妻 智嗣¹, 中原 啓一¹, 有馬 直佑²

セッション 8

15:30~16:10

座長 木村 成志 (大分医科大学)

A-36 STN-DBS 長期経過後に再調整を要したパーキンソン病の 1 例

医療法人相生会 福岡みらい病院 機能神経外科

宮城 靖

A-37 FTLD 様の臨床画像所見を呈した AD の 1 例

大分大学医学部附属病院 神経内科

森島 さくら, 堀 大滋, 花岡 拓哉

A-38 パーキンソン病における嚥下障害の特徴

ちゅうざん病院

末永 正機

A-39 MRI で馬尾が造影された筋萎縮性側索硬化症の 1 例

日赤長崎原爆病院 神経内科

富田 祐輝, 濱崎 真二, 木下 郁夫

A-40 特異な画像所見を呈した神経核内封入体病の一例

大分大学 神経内科

片山 徹二, 花岡 拓哉, 佐藤 龍一, 佐々木 雄基, 堀大 滋, 仲田 崇, 麻生 泰弘, 軸丸 美香, 木村 成志, 松原 悦朗

セッション 9

16:10～16:50

座長 雪竹 基弘 (佐賀中部病院)

A-41 左ヘミコレアを認めた一症例

¹京都博愛会病院 神経内科, ²北村クリニック

大井 長和¹, 林 紗葵¹, 北村 和也²

A-42 皮質, 線条体に SPECT 上高集積を認めた, 高血糖に伴う部分けいれん発作の 1 例

¹済生会熊本病院 神経内科, ²熊本大学 神経内科学

神宮 隆臣¹, 原 健太郎¹, 井 建一朗¹, 永沼 雅基¹, 池野 幸一¹, 稲富 雄一郎¹, 米原 敏郎¹, 安東 由喜雄²

A-43 てんかんに合併した Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) の一例

潤和会記念病院 ¹神経内科, ²放射線科, 川南病院 ³内科, ⁴放射線科

酒井 克也¹, 杉本 晶子¹, 中尾 紘一¹, 矢澤 省吾¹, 鶴田 和仁¹, 鈴木 由紀子², 山中 聡³, 田村 正三⁴

A-44 過眠症で発症した中枢神経原発悪性リンパ腫の 1 例

¹熊本大学 神経内科, ²熊本総合病院 神経内科, ³熊本大学 脳神経外科, ⁴秋田大学 精神科

水谷 浩徳¹, 増田 曜章¹, 森 麗², 小阪 崇幸¹, 植田 光晴¹, 舎川 健史³, 篠島 直樹³, 神林 崇⁴, 安東 由喜雄¹

A-45 サイトメガロウイルス (CMV) による脳幹脳炎を呈した Good 症候群の 1 例

¹済生会福岡総合病院神経内科・脳血管内科, ²まち神経内科クリニック

田中 恵理¹, 水田 滋久¹, 高下 純平¹, 岩田 智則¹, 川尻 真和¹, 山田 猛¹, 町 ミチ²

閉会の辞 16:50

坪井 義夫

プログラム

(脳神経外科学会)

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

セッション1 脳血管障害(1)

8:35～9:07

座長 東 登志夫 (福岡大学)

コメンテーター 出雲 剛 (長崎大学)

B-1 Assisted balloon を用いて動脈瘤頸部を一時遮断し clipping 術を行った IC anterior wall ruptured AN の1例

久留米大学 脳神経外科

伊東 夏子, 坂本 六大, 竹重 暢之, 青木 孝親, 森岡 基浩

B-2 STA-MCA bypass を併用してトラッピングした遠位部中大脳動脈瘤の1例

¹池友会福岡和白病院 脳神経外科, ²新武雄病院 脳神経外科

谷口 俊介¹, 一ノ瀬 誠², 原田 啓¹, 肥後 尚樹¹, 梶原 真仁¹, 福山 幸三¹

B-3 術中診断された多発性脳動脈瘤3例の検討

新武雄病院 脳神経外科

一ノ瀬 誠, 吉田 卓史, 大中 洋平

B-4 Accessory anterior cerebral artery に発生した外傷性仮性動脈瘤の1例

佐賀県医療センター好生館 脳神経外科

古川 隆, 溝上 泰一郎, 高松 裕一郎, 松本 健一, 坂田 修治

セッション2 脳血管障害(2)

9:10～9:42

座長 青木 孝親 (久留米大学)

コメンテーター 内田 裕之 (鹿児島大学)

B-5 顔面静脈経路に Distal Access Catheter を海綿静脈洞内へ留置し、治療した海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻の1例

小倉記念病院脳卒中センター 脳神経外科

千原 英夫, 波多野 武人, 定政 信猛, 甲斐 康稔, 坂 真人, 安藤 充重, 瀧田 亘, 徳永 敬介, 永田 泉

B-6 くも膜下出血で発症した頭蓋頸椎移行部の硬膜動静脈瘻の1例

¹静便堂白石共立病院 脳神経外科, ²公立八女総合病院 脳神経外科, ³静便堂白石共立病院 放射線科, ⁴伊万

里有田共立病院 脳神経外科, ⁵福岡大学医学部 放射線医学教室

永瀬 聡士¹, 本田 英一郎¹, 宮原 孝寛², 松本 幸一³, 石場 領³, 田中 達也⁴, 桃崎 宣明⁴, 高野 浩一⁵

B-7 乳突孔内にシャントを有する intraosseous DAVF の一例

¹福岡大学 脳神経外科, ²福岡大学 救命医学講座

松田 浩大¹, 高原 正樹¹, 竹本 光一郎¹, 岩朝 光利², 東 登志夫¹, 井上 亨¹

B-8 急性硬膜下血腫を伴う脳出血で発症した海綿静脈洞硬膜動静脈瘻の一例

¹長崎みなとメディカルセンター 脳神経外科, ²長崎大学医学部 脳神経外科

伊木 勇輔¹, 山口 将¹, 堀江 信貴², 陶山 一彦¹

セッション3 脳血管障害(3)

9:45~10:09

座長 案田 岳夫 (長崎大学)

コメンテーター 野中 将 (福岡大学)

B-9 ガンマナイフ治療後特異な経過を認めた脳動静脈奇形の1例

¹済生会八幡総合病院 脳神経外科センター, ²済生会八幡総合病院 病理診断科, ³久留米大学医学部 脳神経外科

大久 保卓¹, 吉武 秀展¹, 岡田 洋介¹, 駒谷 英基¹, 岡本 右滋¹, 原武 譲二², 森岡 基浩³

B-10 初回出血から10年間で2回の再発を繰り返した小児AVMの1手術例

沖縄県立中部病院 脳神経外科

矢野 昭正, 大森 貴宏, 石川 泰成, 仲宗 根進

B-11 頸動脈剥離術後にkink and accordion effectを来した一例

¹伊万里有田共立病院 脳神経外科, ²静便堂白石共立病院 脳神経外科, ³久留米大学医学部 脳神経外科

田中 達也¹, 桃崎 宣明¹, 本田 英一郎², 廣畑 優³

セッション4 脳血管障害(4)

10:11~10:35

座長 増岡 淳 (佐賀大学)

コメンテーター 篠島 直樹 (熊本大学)

B-12 DOAC服用患者の増大する脳内出血に対して神経内視鏡下血腫除去術を行った1例

¹福岡大学病院 救命救急センター, ²福岡大学病院 脳神経外科

神崎 由起¹, 三木 浩一², 竹本 光一郎², 松本 徳彦¹, 左村 和宏¹, 野中 将², 安部 洋², 岩朝 光利¹, 石倉 宏恭¹, 井上 亨²

B-13 新生破裂動脈瘤による頭蓋内出血を来したTwig-like networkを伴う中大脳動脈主幹部(M1)形成不全の1例

¹長崎医療センター 脳神経外科初期研修医, ²長崎医療センター 脳神経外科

酒井 洸典¹, 日宇 健², 佐藤 慧², 本田 和也², 福田 雄高², 小野 智憲², 牛島 隆二郎², 戸田 啓介², 堤 圭介²

B-14 椎骨動脈解離の精査で発見された上行咽頭動脈頸静脈孔枝から起始する後下小脳動脈の1例

¹ 済生会唐津病院 脳神経外科, ² 福岡大学医学部 脳神経外科
藤原 史明¹, 勝田 俊郎¹, 井上 亨²

セッション5 脊髄・感染・外傷

10:37~11:09

座長 花谷 亮典 (鹿児島大学)
コメンテーター 服部 剛典 (久留米大学)

B-15 dorsal arachnoid web の画像診断

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
内田 晋¹, 川崎 ゆかり¹, 札幌 博貴¹, 豊国 公子¹, 大西 晃平¹, 森重 真毅¹, 松田 浩幸¹, 下村 剛², 藤木 稔¹

B-16 高齢者に生じた Pott's puffy tumor の一例

¹ 北九州総合病院 脳神経外科, ² 北九州総合病院 耳鼻咽喉科
出井 勝¹, 高松 聖史郎¹, 外尾 要¹, 呉島 誠¹, 野上 健一郎¹, 上田 成久²

B-17 Exoscope を用いた隔壁を有する慢性硬膜下血腫手術の初期使用経験

¹ 長崎大学 初期臨床研修医, ² 長崎大学医学部 脳神経外科
高平 良太郎¹, 出雲 剛², 藤本 隆史², 諸藤 陽一², 松尾 孝之²

B-18 重症低体温症を合併した慢性硬膜下血腫

産業医科大学 脳神経外科
宮地 裕士, 近藤 弘久, 梅村 武部, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 植田 邦裕, 鈴木 恒平, 長坂 昌平, 西澤 茂

セッション6 小児・水頭症

11:12~11:44

座長 内田 晋 (大分大学)
コメンテーター 佐山 徹郎 (九州大学)

B-19 片側巨脳症を伴う難治性てんかんに対する外科治療

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 小児科, ³ 藤元総合病院 脳神経外科
細山 浩史¹, 花谷 亮典¹, 榎田 祐美¹, 丸山 慎介², 大坪 俊昭³, 有田 和徳¹

B-20 両側外転神経麻痺を来した脳室腹腔シャント機能不全の1例

佐世保市総合医療センター
林之 茂, 松永 裕希, 林 健太郎, 白川 靖, 岩永 充人

B-21 LP シャント術が著効した突発性頭蓋内圧亢進症の1例

¹九州大学大学院医学研究院 脳神経外科, ²九州大学大学院医学研究院 小児科

春山 裕典¹, 山上 敬太郎¹, 空閑 太亮¹, 鳥尾 倫子², 赤木 洋二郎¹, 迎 伸孝¹, 西村 中¹, 有村 公一¹, 橋口 公章¹, 吉本 幸司¹, 佐山 徹郎¹, 飯原 弘二¹

B-22 iNPH 症状で発症した晩発性膜性閉塞症 (LAMO: Late-onset aqueductal membranous occlusion) の 1 例

¹佐賀大学医学部 脳神経外科, ²佐賀大学医学部 神経内科, ³小柳記念病院 脳神経外科

下川 尚子¹, 福地 絢子¹, 吉川 正章², 江橋 諒¹, 劉 軒¹, 高口 素史¹, 吉岡 史隆³, 緒方 敦之¹, 井上 浩平¹, 中原 由紀子¹, 高瀬 幸徳¹, 増岡 淳¹, 原 英夫², 阿部 竜也¹

ランチョンセミナー 2

12:10~12:50

座長 山本 淳考 (産業医科大学)

演者: 掛田 伸吾 (産業医科大学 放射線科 講師)

演題: 「頭蓋底領域の MRI 診断: 最新技術からピットホールまで」

*理事会 (福岡大学医学部 RI 講義棟 中 1 講堂)

12:10~12:50

合同セッション

13:20~14:00

座長 神経内科 松岡 秀樹 (鹿児島医療センター)

脳神経外科 吉本 幸司 (九州大学)

合同-1 Current steering DBS が有用であった難治性パーキンソン病振戦の 1 例

医療法人相生会 福岡みらい病院 機能神経外科

宮城 靖

合同-2 繰り返す脳塞栓症の塞栓源となった腕頭動脈の狭窄症に対してステント留置術を施行した 1 例

熊本赤十字病院 神経内科¹, 熊本大学大学院生命科学研究部 神経内科学分野²

長尾 洋一郎¹, 進藤 誠悟¹, 波止 聡司¹, 和田 邦泰¹, 寺崎 修司¹, 安東 由喜雄²

合同-3 頸部血管エコーで診断しえた頭蓋外椎骨動脈解離の 1 例

国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 脳血管センター 脳血管神経内科

柴田 曜, 中西 泰之, 高口 剛, 中村 麻子, 後藤 聖司, 桑城 貴弘, 矢坂 正弘, 岡田 靖

合同-4 バクロフェン髄腔内投与が有効であった右下肢ミオクローヌスの 1 例

合同-5 ジストニアにて発症した基底核部胚細胞腫瘍の1例

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学分野

舎川 健史, 黒田 順一郎, 中村 英夫, 中川 隆志, 山田 和慶, 矢野 茂敏

セッション 7 脳腫瘍(1)

14:10~14:50

座長 渡邊 孝 (琉球大学)

コメンテーター 中野 良昭 (産業医科大学)

B-23 延髄背側に発生した yolk sac tumor の一例

¹福岡大学医学部 脳神経外科, ²福岡大学医学部 病理部

入江 由希乃¹, 小林 広昌¹, 榎本 年孝², 武村 有祐¹, 安部 洋¹, 鍋島 一樹¹, 井上 亨¹

B-24 中枢神経原発悪性リンパ腫 (Intermediate DLBCL/BL) 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

山下 真治, 横山 貴裕, 牟田 淳一郎, 齋藤 清貴, 松元 文孝, 新甫 武也, 武石 剛, 山崎 浩司, 横上 聖貴, 上原 久生, 竹島 秀雄

B-25 頸髄硬膜内髄外に発生した Multiple Meningeal Melanocytoma の一例

¹久留米大学医学部 脳神経外科, ²久留米大学医学部 病理学講座

牧園 剛大¹, 音琴 哲也¹, 服部 剛典¹, 三好 淳子², 小牧 哲², 山本 真文¹, 中島 慎治¹, 宮城 尚久¹, 杉田 保雄², 森岡 基浩¹

B-26 Epidermoid と類似した画像所見を呈した echordosis physaliphora の一例

¹九州大学大学院医学研究院脳神経外科, ²九州大学大学院医学研究院基礎医学部門病態制御学講座

三木 健嗣¹, 西村 中¹, 鈴木 諭², 赤木 洋二郎¹, 迎 伸孝¹, 有村 公一¹, 空閑 太亮¹, 橋口 公章¹, 吉本 幸司¹, 佐山 徹郎¹, 飯原 弘二¹

B-27 てんかん発作で発症したテント上 endodermal cyst の一例

¹福岡市民病院 脳神経外科, ²福岡大学医学部 病理学講座, ³福岡大学医学部 脳神経外科

高木 友博¹, 榎本 年孝², 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 鍋島 一樹², 井上 亨³

セッション 8 脳腫瘍(2)

14:53~15:25

座長 上原 久生 (宮崎大学)

コメンテーター 中原由 紀子 (佐賀大学)

B-28 巨大嚢胞性変化を伴う成人膠肉腫

産業医科大学 脳神経外科

長坂 昌平, 鈴木 恒平, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 植田 邦裕, 梅村 武部, 近藤 弘久, 宮地 裕士, 西澤 茂

B-29 発症時 高血圧性脳出血と診断された膠芽腫の一例

¹ 地方独立行政法人大牟田市立病院 脳神経外科, ² 医療法人高邦会高木病院 脳神経外科, ³ 地方独立行政法人

大牟田市立病院 病理診断科, ⁴ 久留米大学医学部 脳神経外科

江藤 朋子¹, 藤森 香奈², 西島 至令¹, 山下 伸¹, 倉本 晃一¹, 島松 一秀³, 森岡 基浩⁴

B-30 当院における悪性神経膠腫に対する光線力学療法

琉球大学医学部 脳神経外科

小林 繁貴, 菅原 健一, 金城 雄生, 外間 洋平, 宮城 智央, 渡邊 孝, 石内 勝吾

B-31 視床・視床下部から発生したと考えられる atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) の一例

¹ 熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学分野, ² 熊本大学医学部附属病院 脳神経外科・機能神経外科

先端医療寄附講座, ³ 熊本大学医学部附属病院 病理診断科, ⁴ 群馬大学大学院医学系研究科 病態病理学分野, ⁵

宮崎大学医学部生殖発達医学講座 小児科学分野, ⁶ 宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野, ⁷

熊本大学附属病院 小児科学分野

天達 俊博¹, 篠島 直樹², 三上 芳喜³, 横尾 英明⁴, 盛武 浩⁵, 竹島 秀雄⁶, 阿南 正⁷, 矢野 茂敏¹

セッション 9 脳腫瘍(3)

15:28~16:00

座長 山本 淳考 (産業医科大学)

コメンテーター 菅原 健一 (琉球大学)

B-32 傍矢状静脈洞髄膜腫に対する塞栓術で良好な腫瘍縮小を認めた1例

佐賀大学医学部 脳神経外科

岩下 英紀, 高瀬 幸徳, 緒方 敦之, 江橋 諒, 増岡 淳, 下川 尚子, 中原 由紀子, 井上 浩平, 高口 素史, 劉 軒, 上床 希久, 阿部 竜也

B-33 内耳道内に進展を伴った Cerebello-pontine Angle Hemangioblastoma

宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野

新甫 武也, 山崎 浩司, 山下 真治, 上原 久夫, 横上 聖貴, 松元 文孝, 横山 貴裕, 竹島 秀雄

B-34 頭蓋外に進展した前頭蓋底嗅神経芽腫に対して経頭蓋および経鼻内視鏡アプローチが有効であった一例

¹ 新古賀病院脳卒中脳神経センター 脳神経外科, ² 古賀病院 21 耳鼻咽喉科

秋山 智明¹, 石堂 克哉¹, 伊藤 理¹, 御厨 剛史², 一ツ松 勤¹, 佐々木 富男¹

B-35 症候性出血性延髄海綿状血管腫の一手術例

¹ 九州医療センター 脳神経外科, ² (株)麻生飯塚病院 脳神経外科

セッション 10 脳腫瘍(4)

16:03～16:35

座長 矢野 茂敏 (熊本大学)

コメンテーター 横上 聖貴 (宮崎大学)

B-36 成人女性の大脳半球に発生した pilocytic astrocytoma の一例

¹九州医療センター 脳神経外科, ²九州医療センター 臨床研修医, ³九州医療センター 病理部, ⁴九州大学大学院医学研究院 神経病理学

川野 陽祐¹, 道脇 悠平¹, 秦 暢宏¹, 菅野 貴洋², 桃崎 征也³, 鈴木 諭⁴, 中溝 玲¹

B-37 画像診断に苦慮したトルコ鞍を主座とする pilocytic astrocytoma の一例

長崎大学病院 脳神経外科

郡家 克旭, 藤本 隆史, 梅野 哲也, 馬場 史郎, 氏福 健太, 吉田 光一, 鎌田 健作, 松尾 孝之

B-38 下垂体腺腫術後に生じたトルコ鞍内血腫 (鞍底硬膜下血腫) の一例

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, ³佐世保中央病院 病理部, ⁴福岡赤十字病院 脳神経外科

河野 大¹, 古賀 嵩久², 堀尾 欣伸¹, 保田 宗紀¹, 阪元 政三郎¹, 米満 伸久³, 継 仁⁴, 井上 亨²

B-39 当院で経験した Pituicytoma の一例

¹久留米大学医学部 脳神経外科, ²済生会八幡総合病院 脳神経外科センター, ³済生会八幡総合病院 病理診断科

吉武 秀展¹, 駒谷 英基², 大久保 卓¹, 岡田 洋介¹, 岡本 右滋², 原武 譲二³, 梶原 収功²

閉会の辞 16:40

西澤 茂

FD 講習会

17:00～18:00

会場：福岡大学医学部 RI 講義棟 中 2 講堂

[注意事項]

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

2) 受講の事前登録は不要です。当日会場での登録となります。

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

抄録集

A 演題、B 演題の順に収録しています。
合同セッションの抄録は 68 ページをご参照下さい。

A-1 メフロキン投与で症状の改善を認めた白質脳症 (possible PML) の 1 例

鹿児島市医師会病院 神経内科

徳永 紘康, 正ヶ峯 啓太, 中川 広人, 園田 健

症例は 86 歳男性。気管支喘息の既往の他、特記すべき基礎疾患なし。X 年 7 月頃よりすくみ足あり。10 月より自己での服薬管理が困難。11 月初旬から左空間無視あり。同月、紹介元の脳外科施行の頭部 MRI で多巣性に造影効果を伴わない白質病変を認めたため、当院紹介入院。脳生検は同意が得られず未施行かつ髄液中の JCV の PCR は陰性（わずかにシグナルを検出するのみ）ではあったが、検索範囲内で PML 以外の鑑別疾患を積極的に支持する所見がなかったことより、possible PML と診断。先行投与していたリスペリドンとクエアチピンのみでは入院後も病状が進行していたため、当院倫理委員会承認後、12 月末よりメフロキン内服を開始し、臨床症状と頭部 MRI 上の所見の改善傾向を認めた。メフロキンが有効であった白質脳症の 1 例を文献考察し報告する。

A-2 意識障害で来院し両側錐体路や脳梁に異常信号を認め、髄糖低下を来した NMOSD の 1 例

国立病院機構長崎医療センター ¹ 神経内科, ² 腎臓内科

案浦 花奈子¹, 山田 寛子¹, 島 智秋¹, 川崎 智子², 岩永 洋¹

症例は 75 歳女性。既往に硬膜外脂肪腫などで手術歴があり、HAM と NMOSD でステロイド長期内服中であった。X 年 12 月 17 日より頭痛が出現し、18 日より発語が乏しくなり、左上肢麻痺が出現したため当院に救急搬送された。来院時は見当識障害と左顔面を含む上肢麻痺を認め、頭部 MRI では両側錐体路や脳梁膨大部など多発性に FLAIR で高信号域を認めた。髄液検査で細胞数は $537/\mu\text{l}$ (多核球優位)、蛋白上昇、糖低下 33mg/dl (血糖 150mg/dl) を認めた。NMOSD 再発などの自己免疫性疾患や細菌性髄膜炎の可能性を考えステロイドパルスや抗菌薬・抗ウイルス薬を開始するも症状は徐々に増悪した。その後、髄液細菌培養、抗酸菌染色、真菌培養すべて陰性と判明し、ステロイドパルスへの反応不良であったため血漿交換を施行した。4～5 回目の血漿交換後より症状、病変ともに改善傾向である。本例のような髄糖低下を来す NMOSD は珍しいと思われ若干の文献的考察を加えて報告する。

A-3 脳幹病巣により頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作 (SUNA) を呈した抗 AQP4 抗体陽性視神経脊髄炎の一例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

水野 裕理, 篠田 紘司, 渡邊 充, 山崎 亮, 吉良 潤一

症例は 57 歳女性。抗 AQP4 抗体陽性視神経脊髄炎で、2 年前に延髄-胸髄の長大病巣で発症し、以後ほぼ後遺症なくプレドニゾロン単剤内服としていた。X 年 12 月上旬から左眼周囲の違和感、左眼の流涙および鼻汁が間欠的に出現し、その後左顔面の疼痛を伴うようになり、加療目的に入院となった。痛みの性状・頻度・自律神経症状の合併などの特徴は SUNA の特徴に一致した。頭部 MRI では DIR 法にて左延髄から上部頸髄に新規病巣を認め、視神経脊髄炎再発による症候性 SUNA と診断した。ステロイドパルス療法とラモトリギン内服を行い、約 2 週間で発作性疼痛は改善・消失した。SUNA 様頭痛を呈した視神経脊髄炎は既報告になく、貴重な症例と考えられた。

A-4 肺多型癌合併・抗 NMDA 受容体抗体脳炎の一例

高邦会高木病院 ¹神経内科, ²呼吸器センター, ³佐賀大学 神経内科

森 法道¹, 遠藤 智代子¹, 松尾 綾子², 山本 聡², 原 英夫³

症例は健康で現役就業する 68 歳男性。約 10 日前から異常言動、発汗、不眠、感情失禁などが出現し入院となった。入院時、体温 36.5℃。失見当識、記銘力障害に加えて精神運動興奮が強かった。頭部画像は異常なし。髄液所見は細胞数 38/ μ L、蛋白 59mg/dL、抗 NMDA 受容体抗体陽性。ステロイドパルス療法と IVIG 療法を施行し精神症状は改善した。胸部 CT 検査で右下葉に腫瘍影を認めた。胸腔鏡下部分切除術を施行し多型癌と診断。現在、追加化学療法中である。高齢男性の抗 NMDA 受容体抗体脳炎では合併腫瘍の検索が重要である。本症例は小細胞癌以外の肺癌を合併した抗 NMDA 受容体抗体脳炎で、極めて稀であると思われる報告する。

A-5 Fingolimod 内服中に Tumefactive demyelinating lesion を呈した多発性硬化症の一例

産業医科大学¹ 神経内科,² 脳神経外科,³ 東北大学医学部 神経内科,⁴ 群馬大学医学部附属病院 病院病理部
小畑 雅子¹, 橋本 智代¹, 岩中 行己男¹, 岡田 和将¹, 鈴木 恒平², 高橋 利幸³, 平戸 純子⁴, 足立 弘明¹

症例は50歳女性。39歳時に左顔面麻痺、歩行障害、胸部以下の感覚障害が出現し、他院で脳幹病変を指摘された。40歳時に胸部以下の感覚障害が出現し、胸髄MRIでT2高信号病巣を認めたことから多発性硬化症と診断され、INFβ-1bを導入されたが、抑うつ症状のため中止となっていた。その後も2回の再発があり、46歳時にfingolimodを導入された。49歳時より当科通院中であったが、50歳時に運動性失語が出現し、さらに右片麻痺も伴った。頭部MRIで左前頭葉に一部空洞化と造影効果を伴う腫瘤様病変を認めた。髄液検査でオリゴクローナルバンド陽性、JCウイルスDNAは検出されなかった。確定診断目的に定位的脳生検を施行し、一部壊死を伴う脱髄の所見を得た。Tumefactive demyelinating lesion(TDL)と考えられ、ステロイドパルス療法と単純血漿交換を行い症状は徐々に改善した。fingolimod内服中にTDLを発症した多発性硬化症の症例であり、文献的考察を加えて報告する。

A-6 多彩な高次脳機能障害を認めた脳腱黄色腫症の1例

¹熊本大学 神経内科、²熊本赤十字病院 神経内科

丸目 麻友美¹, 向野 晃弘¹, 山下 賢¹, 和田 邦泰², 安東 由喜雄¹

47歳男性。両親が近親婚であった。幼児期に下痢あり。中高の成績は悪く、徒競走も遅かった。30代に両側白内障手術をした。X-5年、物忘れを自覚し、精神疾患になり退職した。X-3年、階段昇降に手すりが必要になった。X-1年9月から易転倒性、構音障害、嚥下障害が出現しX年6月当科へ入院した。凹足、両側アキレス腱肥厚、左脛骨粗面に皮下腫瘤があった。認知機能障害、前頭葉徴候、左右失認、構成失行、仮性球麻痺、錐体路徴候、小脳失調があり、頭部MRIで小脳、脳幹の萎縮と両側小脳歯状核に石灰化を示唆するT2低信号域とその周囲にT2高信号域を認めた。脳血流シンチでは両側小脳半球、脳幹、左前頭葉外側に血流低下があり、脳波ではδ波が全般化していた。血清コレステロール高値とCYP27A1変異(R474Q)を認め、脳腱黄色腫症と診断した。貴重な症例と思われるので文献的考察を加え報告する。

A-7 Levodopa induced dystonia を呈した進行性核上性麻痺の1例

福岡大学医学部 ¹神経内科, ²歯科口腔外科

野瀬 可南子¹, 藤岡 伸助¹, 梅本 丈二², 津川 潤¹, 三嶋 崇靖¹, 深江 治郎¹, 坪井 義夫¹

症例は55歳女性。X-2年7月から、平地歩行でふらつきを自覚し、後方に転倒するようになった。その後、小刻み歩行、動作緩慢が出現し精査目的でX-1年8月、当科に入院した。垂直性眼球運動障害、動作緩慢、筋強剛、姿勢反射障害等の臨床所見と、中脳被蓋の萎縮等の画像所見から、進行性核上性麻痺（PSP）と診断した。レボドパの内服を開始した。その後は症状進行に伴いレボドパ内服量を徐々に増量した。経過中に持続性に閉眼、開口する不随意運動が出現、食事摂取困難となり、X年8月に入院した。診察上、持続的開口、高度嚥下障害、舌の不随意運動を呈していた。表面筋電図で咬筋、顔面筋、舌筋にジストニアを示唆する所見を認めた。レボドパを減量したところ、速やかに開眼および閉口が可能となり、舌の不随意運動も消失した。PSPではジストニアを含む不随意運動を呈する可能性があるが、中には本症例のようにレボドパ誘発性ジストニアを生じる可能性もあることから、新たな不随意運動出現時にレボドパ減量試験を試みる必要がある。

A-8 頸部と右上肢の振戦が中心症状だった神経核内封入体病の一例

¹鹿児島大学病院 神経内科, ²おぐら病院

児玉 憲人¹, 武井 藍¹, 牧美 充¹, 中村 友紀¹, 橋口 昭大¹, 野妻 智嗣², 高嶋 博¹

患者は68歳男性。X-2年4月頃より頸部の振戦が出現。10月より右上肢の振戦が出現。抗パ薬の反応性に乏しく、精査目的でX年10月に当科入院となった。動作時・姿勢時振戦、re-emergency tremorを認め、本態性振戦の要素やパーキンソン病の要素が混在したような振戦だった。MIBG心筋シンチやドパミン-PETでは有意な所見はなく、頭部MRIで深部白質に拡散強調画像で淡い高信号を認めたため、文献検索を行ったところ、神経核内封入体病(NIID)の主症状ではないが、部分症状として振戦が存在することが判った。皮膚生検を行ったところ、NIID陽性の結果だった。振戦が中心症状だったNIIDの報告は過去に1例しかなく、今回の症例は、興味深い症例だと考えられたために報告する。

A-9 パーキンソン病に対するデュオドーパ®の有効性や問題点について

進行期パーキンソン病治療のデバイス療法の1つとして、平成28年9月よりデュオドーパ®が本邦で販売開始となった。デュオドーパ®は経胃瘻空腸チューブを留置し、専用のポンプを用いて持続的に薬剤を空腸内に投与することによりパーキンソン病患者のwearing-off現象の改善を目指した治療法である。今回、当院で3人の患者にデュオドーパ®導入を行ったので、その有効性や問題点および適応などについて考察し報告する。

A-10 左腰部帯状疱疹後に髄節を異にする多発脊髄病変 (ADEM) を示した 32 歳女性例

聖マリア病院 ¹神経内科, ²放射線科

¹馬場 健翔, ¹庄司 紘史, ²出原 真理加, ²田中 厚生

32 歳女性例、主訴：左腰部帯状疱疹、膝以下のしびれ、歩行障害

現病歴：201X.8月 特に誘因なく左腰部帯状疱疹、近医より1週間服用、勤務は継続。40日後 朝から両膝以下のしびれが出現。3日後左側歩きにくい。右側は足先の力が入りにくい。次いで右下肢の筋力低下出現、脊髄炎の疑いで入院。神経学的には、左腰部 HZ の瘢痕に一致して痛覚 2/10 低下、左下肢の MMT は 4 程度、PTR/ATR +/+、Babinski 反射-/+, 排尿・小脳症状なし。血清 VZV EIA IgG >128x、IgM 0.48、髄液所見:150mmH₂O、CC:19 コ/μl、蛋白 45mg/dl、糖 48mg/dl、髄液 VZV PCR 陰性、EIA IgG 7.24(+), MBP 942pg/ml、胸髄造影 MRI で Th8 レベルで左側に結節状の高信号域を認め、Th4/5 の右側、Th1 の左側にも同様に T2WI で高信号域を認めた。結論：脊髄 MRI において、左 Th8、次いで右 Th4、5、左 Th1 造影病変が確認され、左右と上行している点特異といえる。MBP の上昇から、VZV 感染に伴う髄節を異にする多発脊髄病変—脳病変は陰性ながら ADEM と診断した。

A-11 遷延する呼吸障害を伴った大腿骨頸部骨折後の脂肪塞栓症の一例

福岡市民病院 神経内科

徳丸 達也, 芥川 宜子, 貞島 祥子, 中垣 英明, 長野 祐久, 由村 健夫

症例は86歳女性。アルツハイマー型認知症があり施設に入所中。転倒後より起立困難。同日より意識障害、四肢の筋力低下が出現し第3病日に当院に救急搬送。来院時は急性呼吸不全、意識障害（JCS10）、四肢の筋力低下を認め、左大腿骨頸部骨折を受傷していた。第4病日目の頭部MRIで両側大脳の広範に多数の急性期脳梗塞と考えられるDWI高信号域を認め、眼瞼結膜や皮膚の点状出血、血小板数低値も伴い、脂肪塞栓症と診断した。呼吸障害も脂肪塞栓症と考えられ、ステロイド剤投与で加療し神経症状は軽快したが、軽度の酸素化障害は遷延した。文献的考察を含めて報告する。

A-12 MELAS の脳卒中様症状の改善にレベチラセタムが有効と考えられた1例

製鉄記念八幡病院 脳血管・神経内科

坂井 翔建, 木村 俊介, 大屋 祐一郎, 大崎 正登, 荒川 修治

症例は53歳女性。36歳時にミトコンドリア病と診断されている。来院10日前よりふらつきを自覚し、前日には書類の枠に自分の名前をうまく書けなくなった。来院時、右同名半盲と体幹失調を認め、頭部MRIではDWIで両側後頭葉皮質に高信号域を認めた。脳梗塞を疑い抗血栓療法を開始したが、再検すると病変は血管支配領域を超えて拡大し、血液検査では乳酸・ピルビン酸が上昇していた。MELASと診断の上、L-アルギニンの投与を開始したが症状の改善はなく失書や失読、失算、手指・左右失認が出現し、画像上も病変は更に拡大しており同部位はSPECTで高灌流を呈していた。レベチラセタム、コエンザイムQ、ビタミン製剤の内服を開始したところ、緩徐に症状は改善し始め画像上も病変は縮小した。MELASの脳卒中様症状の改善にレベチラセタムが有効であったと推察され、文献的考察を加えて報告する。

A-13 急速に血管病変が進行した SLE による脳梗塞の 1 例

福岡大学医学部 神経内科

竹下 翔, 緒方 利安, 青柳 諒, 津川 潤, 坪井 義夫

症例は 47 歳女性で 20 年前に SLE を発症し、ステロイド 15mg を内服していた。X 年 5 月、突然言葉が出てこなくなったため当科を受診。神経学的に運動性失語、軽度の右片麻痺があり、頭部造影 MRI 検査で左前頭葉～側頭葉（分水嶺領域）に急性期脳梗塞、左中大脳動脈に狭窄を認めた。その後、軽度の喚語困難が残存し退院した。X 年 6 月 17 日に呂律不良、右顔面のゆがみが出現したが、1 時間ほどで改善した。翌日当科を受診し、神経学的には著変なかったが、MRI で左前頭葉に急性期脳梗塞を認め緊急入院した。ヘパリン 1 万単位点滴、ステロイド・エンドキサンパルス療法を行ったが症状は進行し、運動性失語と重度の右片麻痺を呈した。頭部造影 MRI 検査で左内頸動脈遠位部～中大脳動脈水平部の高度狭窄と強い血管壁の増強効果を認め、梗塞巣も拡大した。血液検査で補体、抗 ds-DNA 抗体に変化はなく、脳脊髄液中の IL-6 が高値であった。免疫治療で血管炎所見は 4 ヶ月後に軽減した。本症例は SLE の経過中に脳内血管炎を呈したと考えられ、通常のカNS lupus としては特異な経過を呈した。文献的考察を含め報告する。

A14 抗凝固療法下で消失した僧帽弁輪石灰化に付着した可動性構造物由来の脳梗塞の一例

福岡東医療センター

橋本 剛, 石束 光司, 桑野 幸, 陣内 重郎, 中根 博

症例は 93 歳。X 年 7 月に突然左側の見えにくさと呂律の回りにくさを自覚し、体温が 39 度台であったため当院へ救急搬送された。来院時、38.5 度の発熱と JCS で I-1 の意識障害、左同名半盲と軽度構音障害がみられた。頭部 MRI で両側後頭葉、中脳右腹側、脳梁膨大部に急性期梗塞を認め、一部出血性変化を認めていた。塞栓源検索を行ったところ、経胸壁心エコーで僧帽弁輪石灰化に付着する 14x8mm 大の高輝度の可動性構造物を認めた。感染性心内膜炎も鑑別に挙げたが血液培養は陰性であった。その他の塞栓源は認めなかったため、僧帽弁輪石灰化に付着した可動性構造物由来の脳梗塞と判断した。第 7 病日から未分画ヘパリン持続静注を開始後にワルファリン内服へ移行し、可動性構造物は第 15 病日に 12x9mm 大、第 22 病日に 7x4mm へ縮小し、第 139 病日に消失を確認した。僧帽弁輪石灰化は TOAST 分類で心原性の中等度リスクであるが、その治療および二次予防に対する抗血栓療法の選択についてはまだ確立しておらず、これまでの報告を元にその選択について検討する。

A-15 高ホモシス테인血症を伴った若年性静脈血栓症の1例

¹ 国立病院機構熊本医療センター, ² 熊本大学 神経内科

西 晋輔¹, 原 健太郎¹, 平原 智雄¹, 田北 智裕¹, 安東 由喜雄²

症例は18歳男性。入院数日前より左頸部から鎖骨上窩にかけての疼痛を認め近医受診。頸部血管超音波検査にて左内頸静脈の血栓による閉塞を認め当院へ紹介。頭部・胸腹部造影CT検査では左内頸静脈から左腕頭静脈、左鎖骨下静脈、左S状静脈洞、左横静脈洞に血栓を認めた。入院後ヘパリン、ワルファリンによる抗凝固療法を開始したが血栓は増大傾向であった。抗核抗体、抗リン脂質抗体、凝固因子、プロテインC、プロテインSなどは正常範囲内であったが、総ホモシス테인上昇、葉酸低下、ビタミンB12軽度低下を認めた。そのため高ホモシス테인血症を伴った静脈血栓症と診断し葉酸、ビタミンB12補充療法を追加したところ、臨床症状、画像所見の改善を認めた。高ホモシス테인血症を伴う若年性の静脈血栓症の報告は稀であり、文献的考察を含め報告する。

A-16 末梢神経障害と脊髄症の合併が考えられた血管内リンパ腫の一例

JCHO 諫早総合病院 ¹ 神経内科, ² 内科

西浦 義博¹, 平山 拓朗¹, 松尾 江美², 福元 尚子¹, 長郷 国彦¹

症例は72歳女性。主訴は左下肢のしびれ、両下肢の筋力低下。既往歴、家族歴に特記事項なし。X-1年8月、左下肢にしびれを自覚。12月中旬、両下肢の筋力低下が出現、排尿障害も認めた。同年12月27日、当科入院。入院時現症は左胸部で呼吸音減弱および両下腿に浮腫あり。神経学的所見で右手・両下肢の筋力低下、両下肢の深部腱反射減弱、両側のBabinski徴候陽性、左下肢の全感覚低下を認めた。神経伝導速度は軸索障害型の多発単神経炎および神経根障害の所見。髄液および脊椎MRIで病的な異常は認められなかった。血清LDH・可溶性IL-2レセプター高値より血管内リンパ腫を疑いランダム皮膚生検を施行し、診断が確定した。本症例は末梢神経障害と脊髄症を合併した血管内リンパ腫と考えられ、文献的考察を加え報告する。

A-17 2,4-dinitrophenol による末梢神経障害

宮崎大学医学部附属病院 第三内科

伊豆元 心太郎, 谷口 晶俊, 鈴木 あい, 酒井 克也, 外山 晶子, 望月 仁志, 塩見 一剛, 中里 雅光

症例は24歳男性。X年2月初旬から数年前に個人輸入したダイエットサプリの内服を始めた。4月から四肢の痺れが出現し徐々に拡大した。一週間程度で歩行や書字が困難となったため近医神経内科受診後に精査目的に当科入院した。神経学的所見として遠位優位の軽度の筋力と表在覚低下、異常知覚を認めた。採血では軽度の肝障害あるも炎症反応なく、各種ビタミンは正常で膠原病を示唆する所見もなかった。髄液は正常で、神経伝導速度検査ではSNAPの軽度低下のみ認められた。病歴も含めダイエットサプリに含まれる2,4-dinitrophenolによる薬剤性末梢神経障害と考え、内服を中止して対症療法のみ行なっていたところ、半年程度で完全に症状は消失した。2,4-dinitrophenolは痩身薬として1934年に販売され、死亡例を含む副作用からすぐに販売中止になったが、規制された近年でも違法に販売されている。同薬による末梢神経障害についての文献は少なく、機序に関する考察も含めて報告する。

A-18 CIDP や遺伝性ニューロパチーとの鑑別を要した POEMS 症候群の2例

鹿児島大学病院 神経内科

濱田 祐樹, 湯地 美佳, 石戸 秀明, 下田 侑那, 崎山 佑介, 中村 友紀, 橋口 昭大, 高嶋 博

症例1は24歳女性。入院5ヶ月前より両足底の熱感、脱力感が出現した。4ヶ月前には階段が昇れなくなった。2ヶ月前には介助歩行となり某大学入院。両足底 parasthesia、下肢屈筋群優位の筋力低下、蛋白細胞解離、NCSで伝導障害あり非典型的なCIDPと診断されたが、IVIg療法は無効で車いす状態となった。当科入院時、軽度の下腿浮腫、色素沈着、脾腫をみとめ、不正性器出血の存在、伝導障害の上下肢差が著しいことからPOEMS症候群を疑い、血清VEGF高値、IgA-λ型M蛋白陽性より確定診断した。症例2は54歳女性。甲状腺癌、子宮筋腫の既往。入院1年8ヶ月前に手足のこわばり、ペットボトル蓋が開けづらい。緩徐に四肢脱力が進行し当科受診。NCSで均一で著明なMCV低下(15-20 m/s)をみとめCMT1Aを疑ったがPMP22遺伝子の重複なし。浮腫は目立たず皮膚硬化と色素沈着も軽かったが、過去のCT検査で肝脾腫を確認し、副腎不全の合併、血清VEGF高値、IgA-λ型M蛋白陽性よりPOEMS症候群と確定した。他の脱髄性ニューロパチーに間違われやすいPOEMS症候群について、その臨床的特徴を報告する。

A-19 両側高位正中神経障害に免疫グロブリン大量療法が著効した 1 例

¹藤元総合病院 神経内科 ²嶺井第一病院 放射線科

武井 潤¹, 大窪 隆一¹, 末原 雅人¹, 末吉 健志²

症例は 37 歳男性。X 年 2 月 10 日に右手第 3 指橈側、第 5 指橈側のぴりぴり感が出現し持続した。5 月に左長母指屈筋の筋力低下、左手第 2 指橈側、第 3 指橈側のぴりぴり感が出現し、近医神経内科受診するも神経伝導検査で異常を認めなかった。9 月 1 日急に右手第 1 指の痛みと、右長母指屈筋筋力低下を認めたため、当院紹介受診。CRP、赤沈、ANCA は陰性。髄液正常で抗ガングリオシド抗体は陰性だった。神経伝導検査で右 Median CMAP 低下のみ認め、針筋電図では異常を認めなかったが、上肢 MRI で正中神経支配筋に脱神経所見、MR neurography で両側正中神経の STIR 高信号、右正中神経の一部に腫大を認めた。ステロイドパルス療法で一部改善は見られたが限定的で、免疫グロブリン大量療法が著効した。症状からは特発性前骨間神経麻痺が考えられた本症例の病態に関して、文献的考察を踏まえて報告する。

A-20 抗 SRP 抗体、抗 HMGR 抗体陽性壊死性ミオパチーの 1 例

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

水田 将人, 美奈川 拓, 江里口 誠, 薬師寺 祐介, 原 英夫

症例は 46 歳、男性。幼少期にてんかんの診断あり。X-3 年より歩行困難が出現し、上肢の脱力も出現したため当科を受診した。診察上、近位筋優位の筋力低下、造影 MRI にて筋炎の所見を認めた。また、頭部 MRI にて右大脳半球の著明な萎縮を認めた。血液検査にて血清 CK3188U/L、抗 SRP 抗体、抗 HMGR 抗体陽性であった。筋生検では炎症細胞浸潤を認めない筋線維の壊死再生像を認め、壊死性ミオパチーの診断に至った。ステロイド内服により、症状と血清 CK 値は改善傾向にあったが、寛解には至らず、免疫グロブリン大量療法およびタクロリムス内服開始後に血清 CK は正常化した。抗 SRP 抗体、抗 HMGR 抗体の両者陽性の壊死性ミオパチーの報告は少ない。本例では脳病変を伴っており、抗体に関連した脳症の可能性についても検討を行った。

A-21 自殺企図のあるうつ病に電気ショック療法を行ったが昏迷状態となり廃用症候群に至った症例

八幡大蔵病院

石川 和彦

症例は80歳男性。現病歴で76歳の暮れ頃より食欲低下、口渇感、それに伴う不眠が出現した。内科近医にて抗鬱剤投与されたが効果なかった。78歳の年5月2日、自宅の階段の手すりに首をつり、呼吸停止したが回復した。その後も希死念慮持続していた。5月9日、近医精神科を紹介受診。5月11日入院となった。電気痙攣療法(ECT)を2クール行った。劇的な効果を認めた。しかし2週間後に再び悪化し亜昏迷状態になった。11月12日当院入院となる。神経学的現症で右手はわし手。座位保持困難。下肢筋力低下により膝立て困難。握力右1kg、左3kg。各所関節にROM制限筋力低下を認めた。考察 自殺企図を伴ううつ病にECTを行ったところある程度回復したが昏迷状態となり廃用症候群となった例を報告した。ECTはうつ病の自殺予防には有用であるがこのような経過をとることもある。希死念慮を診た場合、傾聴、評価、連携が必要である。

A-22 頸・胸髄の硬膜背側に広範な硬膜肥厚・石灰化を認め、硬膜生検にてピロリン酸カルシウム沈着症と診断された一例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

前田 泰宏, 向井 達也, 橋本 侑, 眞崎 勝久, 緒方 英紀, 松下 拓也, 山口 浩雄, 山下 謙一郎, 山崎 亮, 吉良 潤一

【症例】54歳、男性。【主訴】四肢の異常感覚、脱力。【現病歴】X-1年4月21日に側頭部から頸部に強張りとしびれ感を自覚、しびれ感は四肢に拡がり、6月21日からは排尿困難となり近医入院した。脊椎CTでC3-Th5の硬膜背側に石灰沈着、造影MRIで同部位に増強効果を伴う硬膜肥厚を認め8月17日当科入院した。黄色靱帯石灰化症も考えられたが、肥厚性硬膜炎が否定できず、PSL 50mg/日で内服を開始した。異常感覚や排尿障害は改善し、PSLを10mg/日まで減量したがX年3月より異常感覚や首の強張りが再増悪した。6月3日に再入院、7月19日にC5/C6より硬膜生検を施行し、病理所見にて線維組織の増生を伴った多数の結晶沈着を認め、ピロリン酸カルシウム沈着症と診断した。結晶の溶解をもたらすとされるシメチジンを投与し退院し、著変なく経過した。【考察】脊髄肥厚性硬膜炎に類似し、硬膜生検にてピロリン酸カルシウム沈着症と診断された一例を経験した。ピロリン酸カルシウム結晶が硬膜に沈着した症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

A-23 Suspected lamotrigine – induced dropped head syndrome.

長崎川棚医療センター 神経内科・臨床研究部

前田 泰宏, 成田 智子, 松屋 合敏, 権藤 雄一郎, 福留 隆泰, 松尾 秀徳

症例は70歳、女性。主訴は首下り。現病歴：X-10年気分の落ち込みが出現した。近医精神科病院へ受診しうつ病の診断で内服加療が行われていた。X年1月気分の落ち込みが増強したため内服薬の調整が行われたが、症状は改善しなかった。5月に新たに lamotrigine が追加された。追加後2週間で気分の落ち込みは改善した。7月頃より首下りが出現したため近医整形外科を受診し、内服加療を受けたが、首下りは不変であった。首下り精査目的に7月27日に当科外来へ紹介され、lamotrigine の影響を疑い、内服を中止した。引き続き精査目的に8月16日当科へ入院した。診察上首下りを認め、板状筋、僧帽筋で施行した表面筋電図では前屈位、後屈位でも持続的筋活動を認めた。頸部MRIでは、頸部伸筋群にSTIR高信号を認めた。精査を進める中で、徐々に首下りの症状は改善した。薬剤性のdropped head syndromeに関して文献的な考察を加え、報告する。

A-24 長期的に画像の変化をフォローし得たメトロニダゾール誘発性脳症の一例

飯塚病院 神経内科

立石 貴久, 岡留 敏樹, 吉村 基, 横山 淳, 中村 憲道, 高瀬 敬一郎

症例は69歳男性。X年7月慢性膵炎急性増悪、腹腔内膿瘍で当院消化器科に入院、8月9日に退院した。翌10日買い物中に倒れ他院へ入院、絶食・輸液加療された。17日構音障害が出現したが頭部CTは異常なし。27日構音障害、意識障害が増悪し、当院へ救急搬送された。来院時、JCS I-2の意識障害、失調性構音障害、嚥下障害、全方向の眼球運動障害、四肢失調、腱反射低下を認めた。採血・髄液検査は異常なく、頭部MRI拡散強調画像で中脳、脳梁に淡い高信号病変を認めた。ウェルニッケ脳症を疑いビタミンB1を投与した。後日、メトロニダゾール内服(36日間、総量54g)が明らかになり、内服中止した。入院後の頭部MRI T2強調画像で脳梁、視床内側、中脳水道周囲、小脳歯状核、延髄に高信号病変を認めた。3週間後の頭部MRI画像では病変は概ね消失したが、長期的には軽度の構音障害、失調が残存した。長期に画像フォローしたメトロニダゾール誘発性脳症の一例であり、文献的考察を含めて報告する。

A-25 手掌頤反射の臨床的意義の検討

¹高知大学 神経内科, ²NHO 大牟田病院 神経内科

宮本 由賀¹, 古島 朋美¹, 森田 ゆかり¹, 古田 興之介¹, 大崎 康史¹, 古谷 博和¹, 藤井 直樹²

【目的】ベッドサイドの神経学的診察手技として用いられる手掌頤反射(PMR)の臨床的意義について検討を行った。【方法】2004年4月から2016年10月までにNHO大牟田神経内科および高知大学医学部神経内科外来を受診した患者のうちからPMRを含む神経学的所見をとったのべ4,350名の症例のうち、PMRが出現した症例540名を対象にして、画像所見を含む検査を行った後の最終的臨床診断を検討した。【結果】540例中、PMRの左右差を激しく認めた症例は33例(6.1%)で、内訳はパーキンソン病および関連疾患14例、脳血管障害(多発性脳梗塞)10例、脳症3例、筋萎縮性側索硬化症(ALS)3例、脳腫瘍2例、片側顔面痙攣1例であった。パーキンソン症候群の中ではパーキンソン病(PD)1例、認知症を伴うパーキンソン(PDD)4例、多系統萎縮症(MSA)3例、進行性核上性麻痺(PSP)1例、レビー小体型認知症(DLB)1例、皮質基底核変性症(CBD)3例、分類不明1例であり、多発性脳梗塞症例のうち6例(60%)に認知症が認められた。【考察】左右差の強い症例に限るとPMRは感度は低いが特異度は高く、これまで言われていたような多発性脳梗塞性認知症のみならず、パーキンソン病および関連疾患でも陽性になることが判明した。

A-26 来院時、悪性症候群の症状を呈した抗NMDA受容体脳炎の一例

佐世保市総合医療センター 神経内科

溝田 貴光, 奥野 大輔, 種岡 飛翔, 宮崎 禎一郎, 藤本 武士

症例は32歳女性。X日昼ごろ職場で急に泣きながら、話しをするようになった。午後早退し、15時に家族が訪室すると呼名反応なく、近医へ救急搬送された。頭部を左右に動かすような不随意的動きがあり、てんかんも疑われ、近医脳外科へ搬送。頭部MRIや脳波に異常なく、翌日意識も回復したため、自宅退院となった。その後心療内科を紹介され、スルピリドやトリアゾラム等の処方を受けた。会話や食事摂取は問題なかった。X+10日発熱、意識障害、全身筋硬直あり、近医へ搬送。症状が持続するため、X+13日当院転院となった。来院時、JCS10、体温38℃、発汗著明、項部や四肢に著明な筋硬直と後弓反張を認めた。血清CK907U/Lと上昇し、悪性症候群の臨床所見を呈していた。抗NMDA受容体脳炎も疑い、腹部CTを施行したところ、卵巣奇形腫を認めた。後日髄液の抗NMDA受容体抗体陽性も判明した。本疾患では悪性症候群の症状を呈する場合があります、文献的考察を加えて報告する。

A-27 腫大した脳梁病変と大脳脚病変を認めた MOG 抗体陽性視神経脊髄炎関連疾患の一例

長崎大学病院¹脳神経内科,²病理部,³新潟大学脳研究所 細胞神経生理分野

上野 未貴¹, 野中 俊章¹, 長岡 篤志¹, 吉村 俊祐¹, 白石 裕一¹, 安倍 邦子², 田中 恵子³, 辻野 彰¹

症例は63歳女性。主訴は意識障害。X年8月上旬に右上肢蜂窩織炎の診断で前医に入院した。抗菌薬加療中、8月16日より構音障害、17日より歩行困難となり18日には意識障害が出現し同日当科転院した。血液検査で炎症反応上昇、髄液検査で蛋白とミエリン塩基性蛋白高値、オリゴクローナルバンド陰性。頭部MRIで両側大脳白質に多発異常信号域を認め、脳梁や右大脳脚は腫大していた。造影効果はなかった。脳生検後に免疫療法を行い症状は改善した。後日、脳病理で髄鞘の脱落と血管周囲のリンパ球浸潤を認め、血清中のMOG抗体陽性が判明し、視神経脊髄炎関連疾患と診断した。文献的考察を加え報告する。

A-28 初期眼球運動障害を経時的に記録し得た Fisher 症候群の1例

¹国立病院機構宮崎東病院神経内科,¹宮崎県立宮崎病院 神経内科,³宮崎大学医学部 内科学講座神経呼吸内
分泌代謝学分野

高妻 美由貴¹, 原 善根², 塩屋 敬一¹, 斉田 和子¹, 杉本 精一郎¹, 外山 晶子³, 鈴木 あい¹, 酒井 克也¹, 谷口 晶俊³, 望月 仁志³, 塩見 一剛³, 中里 雅光³

症例は60歳代男性。8月25日に上気道症状があった。9月1日に後頭部痛、9月3日に歩行時のふらつきが突然出現した。9月4日に複視を自覚し、9月5日当院を受診した。右眼は上転・外転し、Bielschowsky 頭部傾斜試験は陽性で、体幹失調、四肢の腱反射消失を認めた。頭部MRIでは陳旧性脳梗塞を認めたのみであったが、中脳の急性脳梗塞を疑った。翌日に両側の眼痛、内転障害、垂直性眼球運動障害が出現し、対光反射は両側消失した。Fisher 症候群を疑い、同日大学病院へ転院した。髄液検査で細胞蛋白解離を認め、確定診断とした。軽度の右上肢筋力低下があり、Guillain-Barré 症候群に準じて大量免疫グロブリン療法を行い、症状の改善がみられた。血清抗GQ1b抗体、抗GD1b抗体、抗GD3抗体、抗Gal-C抗体、抗GT1a抗体が陽性であった。今回Fisher 症候群の眼球運動障害を初期から経時的に観察し得たため、動画を含めて報告する。

A-29 統合失調症との鑑別が困難であった卵巣腫瘍合併抗 NMDA 受容体抗体脳炎

国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 脳血管センター ¹脳血管神経内科, ²精神神経科, ³婦人科

横井 美央¹, 植木 香奈¹, 中村 麻子¹, 中西 泰之¹, 高口 剛¹, 後藤 聖司¹, 桑城 貴弘¹, 和佐野 聡一郎², 濱崎 洋一郎³, 矢坂 正弘¹, 岡田 靖¹

成長発達に問題のない18歳女性。入院2日前より発熱、頭痛、異常言動が出現、精査目的に入院した。頭部MRIで異常はなく、髄液検査は極軽度の細胞数上昇を認めた。脳炎、初発統合失調症の可能性を考慮し加療を開始した。経過中に髄液中の抗NMDA受容体抗体陽性が判明、入院時造影CTでは明らかでなかったが、第48病日の造影MRIで左卵巣に腫瘍性病変を認めた。第51病日に腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行し、病理結果も合わせ卵巣奇形腫に伴う抗NMDA受容体脳炎と診断した。術後に抗精神病薬を漸減中止し異常言動は消失、第87病日に自宅退院した。精神症状主体で統合失調症との鑑別が困難な症例であり、文献的考察を交えて報告する。

A-30 超皮質性感覚失語から左中大脳動脈狭窄が発覚した神経ベーチェット病の1例

¹大分県立病院 神経内科, ²大分大学病院 神経内科

谷口 雄大¹, 岡田 敬史¹, 石橋 正人¹, 木村 成志², 法化 陽一¹

症例は50歳男性。2013年に無菌性髄膜炎と上強膜炎にて当科に入院歴あり。以後当科外来通院していた。2016年8月、再び無菌性髄膜炎を発症し外来加療を行った。11月、家族からいつもと様子が異なることを指摘され当科受診した。長谷川式簡易知能評価スケールにて15点と低下を認め、精査目的に当科へ入院した。神経心理学的には超皮質性感覚失語が考えられた。頭部MRIでは左中大脳動脈の高度狭窄を認め、左被殻・尾状核・側頭葉・前頭葉に造影効果を認めた。前頭葉から脳生検を行ったところ、くも膜下腔の血管周囲に炎症細胞浸潤を認め、経過・検査所見・病理学的所見から神経ベーチェット病と診断した。抗血小板療法、ステロイド療法、免疫抑制剤内服により高次脳機能障害は改善し、当科退院した。若干の文献的考察を加え報告する。

A-31 Tolosa-Hunt 症候群類似のステロイド反応性を示した Septic cavernous sinus thrombosis の 1 例

川内市医師会立市民病院 神経内科

高田 良治, 泊 晋哉, 森山 宏遠

症例は 56 歳女性。発症 1 年前より歯周病治療中であった。頭痛、めまいを主訴に発症 3 病日に初診、血圧 110/62、脈拍 100、体温 37.1℃、意識清明だが羞明にて閉眼を要し、項部硬直を伴っていた。末梢血では好中球優位の白血球増多、血小板減少あり、生化学では CRP 18 mg/dL と著増していたが、脳脊髄液検査は正常であった。頭部 MRI では両側海綿静脈洞に一致して DWI 高信号域が認められた。VCM 2g/日並びに CTRX 4g/日を開始したが改善なく、両側眼瞼浮腫、充血、眼球突出が出現した。9 病日の MRI では Gd 造影欠損を伴う上眼静脈拡張あり、同日よりメチルプレドニゾロン大量療法 1g/日を開始したところ、10 病日には眼瞼浮腫は消失、11 病日には眼球浮腫・充血は消失する等、ステロイドが著効した。後に口腔内常在菌である *Veillonella* 属が血液培養で判明したため、CTRX を 2 週間投与の後に ABPC 8g/day を 3 週間投与した。Septic cavernous sinus thrombosis では、Tolosa-Hunt 症候群に類似したステロイド反応性を示しうることを念頭に置く必要がある。

A-32 早期肺腺癌が発症に関与したと考えられた脳梗塞の 1 例

琉球大学医学部附属病院 第三内科

谷川 健祐, 國場 和仁, 崎間 洋邦, 波平 幸裕, 城間 加奈子, 石原 聡, 大屋 祐輔

症例は 66 歳男性。X 年 11 月某日、左手掌の感覚障害を認めたが 4 時間で消失した。近医での頭部 MRI で右頭頂葉に皮質を含む急性期脳梗塞を認め当院紹介入院となった（入院時 NIHSS 0 点）。塞栓症が疑われ塞栓源検索を行った。心房細動や凝固異常はなかった。経食道心エコーで卵円孔開存を認めたが造影 CT 等では深部静脈血栓はなく、再発予防は抗血小板療法を選択した。CT で右肺に小結節影（約 4 mm）を認めたが当初は悪性腫瘍の所見に乏しかった。1 年後に僅かに増大、呼吸器外科紹介し VATS 施行後に肺腺癌と判明した。脳梗塞発症は癌に伴う凝固・線溶系の異常の関与が考えられた。癌と脳卒中は進行期癌に伴うものが一般的だが原因不明脳梗塞症例では本例のように癌が早期で確定診断が難しい時期に血栓症を起こす例もあることを認識しておく必要がある。

A-33 短期間に繰り返し出現する脳梗塞様病変を契機に成人 T 細胞白血病 (ATL) の診断に至った 1 例

長崎医療センター¹ 神経内科,² 皮膚科,³ 血液内科,⁴ 病理診断科

島 智秋¹, 山田 寛子¹, 三根 義和², 牧山 純也³, 吉田 真一郎³, 黒濱 大和⁴, 伊東 正博⁴, 岩永 洋¹

症例は 68 歳女性。2016 年 10 月上旬に右上下肢脱力を主訴に当院を受診し、頭部 MRI で両側大脳半球に散在する拡散強調画像高信号域を認めた。多発性脳梗塞の診断で入院し、抗凝固薬を使用するも脳病変は繰り返し出現した。経過中、全身に皮疹が出現したことを契機に可溶性 IL-2 レセプターを測定したところ著明高値であった。末梢血中に異型リンパ球はなかったが、皮膚病理所見や血清抗 HTLV-1 抗体陽性であることから ATL の診断に至った。脳病変は造影 MRI で不均一な造影効果を示し、ATL 中枢神経浸潤と考えた。脳病変で発症した ATL は過去に例が少ないため、貴重な症例と考え報告する。

A-34 潰瘍性大腸炎、好酸球増多症を伴った多発性脳梗塞の一例

鹿児島医療センター 脳血管内科

永田真子, 脇田政之, 濱田祐樹, 武井藍, 宮下史生, 松岡秀樹

症例は 53 歳、女性。潰瘍性大腸炎の既往あり、メサラジンを内服していたが、201X-1 年 12 月下旬から顔面のむくみが出現し、201X 年 1 月中旬から自己中断。以後、一過性に視野が欠けたり物が二重に見える症状を自覚するようになり、2 月上旬に当院受診。神経学的に異常はなかったが、血液検査では好酸球増多 (6090/ μ l、好酸球 47%) を呈し、MRI 検査では両側大脳半球を主体に新鮮梗塞巣が多発していた。メサラジンに対する薬剤誘発性リンパ球刺激試験は陽性であり、薬剤性好酸球増多症に起因する脳梗塞と診断。メサラジンを中断したままで経過をみたところ、好酸球数は正常化した。3 月下旬に潰瘍性大腸炎の増悪をきたしサラゾピリンを開始し、以後も好酸球数は正常化したままである。メサラジンが関与した脳梗塞の報告は見られず、潰瘍性大腸炎の既往を有する患者の脳梗塞の原因として留意すべきと考える。

A-35 難治性皮下膿瘍、脳膿瘍を呈した播種性ノカルジア症の一例

¹ 社会法人恒心会おぐら病院 神経内科, ² 鹿児島大学病院血液膠原病内科

大山 徹也¹, 野妻 智嗣¹, 中原 啓一¹, 有馬 直佑²

症例は47歳女性。既往にSLEとRAがあり、PSLとタクロリムス内服にて治療されていた。X年6月に帯状疱疹を罹患し抗ヘルペス薬が処方された。皮疹が痂皮化した後も発熱が持続し、肺炎合併として当科入院加療開始となった。タクロリムス中止のうえでCTRXにて一時は改善したものの、中止後40℃台の発熱が再出現し、その際に膿瘍を伴う皮下結節を認めた。MEPMにて加療を再開し、CRPは24.6 mg/dL→1.5 mg/dLと改善したが、皮下結節はさらに増悪傾向となり、9月に鹿児島大学病院血液膠原病内科転院となった。転院後、意識障害と部分発作を呈し、頭部MRIにて多数の脳膿瘍を認め、皮膚生検および気管支鏡検査より播種性ノカルジア症と診断された。その後はST合剤+IPM/CSに切り替え、改善に転じた。ノカルジア症は細胞性免疫低下状態の日和見感染として主に肺や皮膚に生じ、血行性全身播種することにより中枢神経系感染合併の頻度が高いとされる。ノカルジア脳膿瘍は発見が遅れると予後不良となりうるため、免疫抑制下において常に留意すべき疾患である。

A-36 STN-DBS 長期経過後に再調整を要したパーキンソン病の1例

医療法人相生会 福岡みらい病院 機能神経外科

宮城 靖

72歳男性。53歳でパーキンソン病を発症し61歳でSTN-DBSを施行された。オフ期運動障害はあったが改善したが全く減薬されず、幻覚と妄想がひどくなり精神科に3ヶ月間入院・管理された。刺激開始から11年目に脳刺激装置の交換目的で当科に紹介されたが、比較的高用量の抗PD剤を必要とし、ジスキネジアを伴う激しい日内変動を認めた。交換手術の際にMRIで電極位置を調べ、刺激設定を変更したところ、日内変動は著明に減少しジスキネジアはほぼ消失、レボドパは1日500mgから150mgに減量できた。視床下核刺激療法(STN-DBS)はオフ期運動症状や薬剤性日内変動に適用され、抗PD薬は適切に減量できるのが特徴である。そのためオフ期運動障害の改善に加え、減薬効果もSTN-DBS成否の評価指標となる。DBSは適応選択、手術方法、刺激方針でさまざまな結果を生じうるため、その効果を簡単に一般化し論じることはいできない。運動改善効果・減薬効果を総合的に評価し、リード位置が適切でない場合は修正手術も念頭に起きながら調整すべきである。

A-37 FTLD 様の臨床画像所見を呈した AD の 1 例

大分大学医学部附属病院 神経内科

森島 さくら, 堀 大滋, 花岡 拓哉

症例は 72 歳女性。X-2 年より物品の名前が出てこない、会話が困難になったことを家族に指摘された。料理の手際が悪く、味付けが変わった。X-1 年より金銭管理や買い物が一人で出来なくなった。X 年には言葉が理解出来なくなり、慣れた道に迷うようになった。言語機能障害を主体とした認知症が疑われ当科入院となった。神経学的に MMSE 7(見当識・記憶・注意/計算で減点)、失語(WAB: 言語理解・呼称・書字が低下)、失算、常同運動を認めたが、明らかな錐体路や錐体街路症状は認めなかった。頭部 MRI では左優位に前頭側頭葉に萎縮を認め、SPECT で同部位の血流低下が見られた。臨床症状と画像所見から FTLD が疑われたが、PiB-PET で脳内アミロイド沈着、髄液検査で $A\beta$ 低下とリン酸化タウの上昇を認め、AD 病理を有していると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

A-38 パーキンソン病における嚥下障害の特徴

ちゅうざん病院

末永 正機

【はじめに】これまでパーキンソン病における嚥下障害の報告は散見されるが、時間的解析手法を用いた定量的な解析の報告は少ない。今回我々はパーキンソン病による嚥下機能低下に着目し、時間的解析手法を用いて多数例で検討した。【方法】回復期リハビリテーション病院に入院したパーキンソン病の 3 症例。いずれの症例にも嚥下造影を施行し、(車椅子に座りバリウムスライスゼリーを嚥下) logemann の時間的解析法を用い、口腔通過時間 (OTT)、口頭挙上遅延時間 (LEDT) を計測した。【結果】正常群と比べパーキンソン病群において LEDT が延長している傾向にあった。【考察】これまでパーキンソン病における嚥下障害については多数報告されているが、定量的な方法を用いてパーキンソン病の嚥下機能評価をおこなった報告は少ない。定量的方法で LEDT の低下傾向がみられたことはパーキンソン病の病態を考える上で重要な結果であると思われた。

A-39 MRI で馬尾が造影された筋萎縮性側索硬化症の 1 例

日赤長崎原爆病院 神経内科

富田 祐輝, 濱崎 真二, 木下 郁夫

70 歳男性。入院 7 ヶ月前より左下肢脱力、4 か月前より同部位のしびれ感が出現。当院整形外科を受診し、腰椎 MRI 検査で異常なく、精査加療目的に当科入院となった。神経学的所見として遠位筋優位の左下肢脱力、左大腿の筋線維束性収縮、左下腿前面～足背の痛覚・触覚鈍麻、左内果の振動覚鈍麻が認められた。血清 IgM-GM1 抗体陽性、髄液で蛋白細胞解離あり。末梢神経伝導検査で左腓骨神経は導出不能、左後脛骨神経で CMAP 低下あり。針筋電図で左下肢筋に神経原性変化が認められた。腰椎 MRI 検査で馬尾前根が淡く造影され、CIDP も否定できなかったため、ステロイドパルス療法、免疫グロブリン療法を行った。その後、筋萎縮・脱力は他肢にも広がり、嚥下障害、呼吸筋麻痺、四肢腱反射亢進が認められたことから、筋萎縮性側索硬化症（ALS）と診断した。同様の MRI 所見を呈した ALS 症例が少数ながら報告されており、画像診断には注意を要すると考えられた。

A-40 特異な画像所見を呈した神経核内封入体病の一例

大分大学 神経内科

片山 徹二, 花岡 拓哉, 佐藤 龍一, 佐々木 雄基, 堀大 滋, 仲田 崇, 麻生 泰弘, 軸丸 美香, 木村 成志, 松原 悦朗

症例は 74 歳女性。X-10 年より数年に一度、一過性の意識障害、手足のぴくつきや疼痛、頭痛、食欲低下、嘔吐などが繰り返し出現。複数の医療機関を受診したが原因不明だった。X 年 1 月に意識障害のため当院搬送され、意識障害、左共同偏視、ミオクロームスを認めた。拡散強調画像で皮質下白質に左右対称性の高信号域を認め、皮膚生検所見と合わせ神経核内封入体病と診断。X 年 8 月に再び意識障害が出現し当科入院。意識障害は徐々に軽快し、3 日後から発語が見られたがジャーゴン言語であった。脳波では全般性に左右差のある徐波を認め、鋭波が混入。頭部 MRI では左大脳半球の広範囲に Gd 造影効果を認め、同部位は脳血流が増加。失語は改善なかったが、造影効果は徐々に消退し、同部位に萎縮を認めた。特異な画像所見を呈した神経核内封入体病であり、考察を加え報告する。

A-41 左ヘミコレアを認めた一症例

¹ 京都博愛会病院 神経内科, ² 北村クリニック

大井 長和¹, 林 紗葵¹, 北村 和也²

症例は、72 歳男性、右利き、日本人。主訴は左手でボタンをはめにくい。2016 年 4 月から、動作時に顔面を含む左半身が勝手に動くようになり、左手でボタンをはめにくくなった。この症状は、以後、緩徐進行性。既往歴は、40 歳：頭部外傷（意識消失なし）、62 歳：作業中に右手第 2－第 4 指の DIP 遠位部切断。70 歳：イレウスで内視鏡的手術。71 歳：両眼の白内障手術。生活歴では、飲酒は日本酒 1 合/日、70 歳以後禁煙、元大工。理学的に、BP121/70 (降圧剤の服用中)、顔面を含む左ヘミコレアを認めた。脳 CT、脳 MRI/MRA で陳旧性多発性脳梗塞（右頭頂葉、左視床、左小脳）を認めた。両側の総頸動脈にプラーク (IMT 2 mm) を認め、脳波で異常所見なく、脳血流シンチ (IMP) で右半球血流低下 (右頭頂葉中心) を認めた。チアプリド 75mg/day 投与でヘミコレアが軽快した。本例の左ヘミコレアの責任病巣について文献的検討を加えて報告をする。

A-42 皮質、線条体に SPECT 上高集積を認めた、高血糖に伴う部分けいれん発作の 1 例

¹ 済生会熊本病院 神経内科, ² 熊本大学 神経内科学

神宮 隆臣¹, 原 健太郎¹, 井 建一郎¹, 永沼 雅基¹, 池野 幸一¹, 稲富 雄一郎¹, 米原 敏郎¹, 安東 由喜雄²

80 歳、男性。治療中断した糖尿病、慢性 C 型肝炎の既往あり。2017 年 1 月上旬から左顔面の不随意運動を自覚、徐々に頻度が増加するため、発症第 8 日目に救急外来を受診。30 分に 3-4 回、数分間持続する、左共同偏倚を伴う左口輪筋、眼輪筋の規則的な 2-3Hz の部分けいれん発作を認めた。採血上、血糖 462 mg/dL、HbA1c 13.1%、血漿浸透圧 301.5 mOsm/L であった。右中心溝周囲皮質下に T2WI、FLAIR、T2*にて低信号域を、123I-IMP SPECT では、同部位および右線条体に集積増加を認めた。脳波上、てんかん波を認めず、右優位の低電位を認めた。レベチラセタム 1000mg、インスリン等を導入し、徐々に発作減少、入院翌々日には消失、発症第 20 日目まで再発無く経過。発作型および MRI 画像は、非ケトン性高血糖に伴うけいれんの特徴だが、病態は不明である。同疾患で、皮質および線条体の集積増加を指摘した症例はなく、病態解明に貴重な症例であると考えらる。

A-43 てんかんに合併した Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) の一例

潤和会記念病院 ¹神経内科, ²放射線科, 川南病院 ³内科, ⁴放射線科

酒井 克也¹, 杉本 晶子¹, 中尾 紘一¹, 矢澤 省吾¹, 鶴田 和仁¹, 鈴木 由紀子², 山中 聡³, 田村 正三⁴

症例は38歳女性、29歳時のX-9年、第3子の妊娠30週で全身けいれん発作を初発した。妊娠高血圧はなく、脳波では明らかな発作波はなかった。X-4年、第4子の妊娠17週で2回目の全身けいれん発作があった。妊娠高血圧はなかった。頭部MRIで異常はなく、脳波で左前頭部にてんかん性放電を認めた。部分てんかんの診断でCBZにて加療開始となり、発作はなく経過していた。X年12月にこれまで経験のしたことのないモヤモヤした感じの予兆の後に、意識減損を伴う全身けいれん発作が出現した。意識を回復した際に頭痛と悪心があり、頭部MRIで両側MCAの狭窄を認めた。X+1年1月の頭部MRIではMCAの狭窄は改善していたが、左前頭部のてんかん性放電を数カ所に認めた。RCVSと診断し再発予防としてベラパミルを開始した。CBZも継続し、発作と頭痛のコントロールは良好に経過している。3回目のエピソードはRCVSに関連した発作と考えた。RCVSとてんかんについて文献的考察を加えて報告する。

A-44 過眠症で発症した中枢神経原発悪性リンパ腫の1例

¹熊本大学 神経内科, ²熊本総合病院 神経内科, ³熊本大学 脳神経外科, ⁴秋田大学 精神科

水谷 浩徳¹, 増田 曜章¹, 森 麗², 小阪 崇幸¹, 植田 光晴¹, 舎川 健史³, 篠島 直樹³, 神林 崇⁴, 安東 由喜雄¹

症例は68歳男性。X-1年12月より日中の居眠りが増加、X年2月より増悪し、当科紹介入院となった。日中の過度な眠気と覚醒度の変動に加え、左下肢筋力低下、左下肢ミオクローヌス、左側Babinski反射陽性を認めた。頭部MRIで、右視床、左右視床下部を中心にFLAIRで高信号域、FDG-PETで、右視床内側に集積増加を認めた。髄液オレキシン値が低値であり、本症の病態に過眠症の関与が考えられた。脱髄疾患や血管炎の可能性も考え、ステロイドパルス療法を施行したところ、髄液オレキシン値の正常化とともに過眠症の改善を認めた。視床、視床下部病変は縮小したが、右側頭葉に新規病変を認めたため、開頭脳生検を施行したところ、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断となった。過眠症で発症した中枢神経原発悪性リンパ腫の症例は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

A-45 サイトメガロウイルス (CMV) による脳幹脳炎を呈した Good 症候群の 1 例

¹ 済生会福岡総合病院神経内科・脳血管内科, ² まち神経内科クリニック

田中 恵理¹, 水田 滋久¹, 高下 純平¹, 岩田 智則¹, 川尻 真和¹, 山田 猛¹, 町 ミチ²

症例は 61 歳女性。主訴は左眼の視力低下と歩行時のふらつき。X-2 年 2 月胸腺腫摘出術施行。X 年 12 月会話のつじつまが合わないことがあった。ふらつきのため壁伝いに歩いていた。左眼が見にくくなった。当科入院時には、意識レベル JCS 1、全方向性の注視眼振、上方注視障害と輻輳眼振、軽度の体幹失調を認めた。頭部 MRI では脳室・脳幹周囲が増強されたが、脳実質病変はみられなかった。血液検査で無ガンマグロブリン血症を認め、flowcytometry で血中の B 細胞は 1% と著減。髄液検査では細胞数 $6/\mu\text{l}$ 、蛋白 60mg/dl 。血清・髄液よりサイトメガロウイルス (CMV) DNA が検出された。眼科受診し、左網膜炎を指摘された。ガンシクロビル 500mg/日 を 14 日間投与し、血中 CMV は陰性となった。胸腺腫に無ガンマグロブリン血症を伴う Good 症候群に CMV 脳炎・網膜炎を合併した症例を経験した。これまでの文献的考察を加え報告する。

B-1 Assisted balloon を用いて動脈瘤頸部を一時遮断し clipping 術を行った IC anterior wall ruptured AN の1例

久留米大学 脳神経外科

伊東 夏子, 坂本 六大, 竹重 暢之, 青木 孝親, 森岡 基浩

＜目的＞IC anterior wall ruptured AN は、脳動脈瘤の剥離は危険ながらも直接 neck clipping が可能なものも存在するがその判別は困難である。今回我々は、assisted balloon を使用し動脈瘤頸部で直接一時遮断し clipping 術を行うことができた症例を経験したので報告する。＜症例＞46 歳女性。くも膜下出血 (H&K G2、WFNS G2、Fisher G3) で当院へ救急搬送となった。Rt. ICA C2 anterior wall blister like AN 破裂によるものと診断された。頸部 IC を確保、前頭部をやや広くした craniotomy を施行、optic canal unroofing、anterior clinoidectomy を行った後に STA-MCA bypass 術を施行した。頸部 CCA から IC に向けシース挿入、脳動脈瘤頸部に assisted balloon を誘導し frontal lobe を持ち上げ IC を露出、ICtop、AChOA、P-comA を確保し脳動脈瘤に黒い血腫が付着しているのを確認した。assisted balloon を infrate し脳動脈瘤周囲を剥離したが、脳動脈瘤頸部壁に脆弱な所見なく、neck clipping 術を行った。Day 28 に mRS 1 でリハビリ転院となった。＜考察＞IC anterior wall ruptured AN は、一般的に clipping 術が困難であり、high flow bypass もしくは STA-MCA bypass が必要になることが多い。assisted balloon を使用し脳動脈瘤頸部を一時遮断する方法は neck clipping が可能かどうか安全に判断できると考えられる。

B-2 STA-MCA bypass を併用してトラッピングした遠位部中大脳動脈瘤の1例

¹池友会福岡和白病院 脳神経外科, ²新武雄病院 脳神経外科

谷口 俊介¹, 一ノ瀬 誠², 原田 啓¹, 肥後 尚樹¹, 梶原 真仁¹, 福山 幸三¹

【はじめに】遠位部中大脳動脈瘤は比較的稀であり、自然歴や発生原因は様々である。その治療方針に関して流入動脈クリッピングやトラッピング、バイパスの要否については様々な報告がある。今回、我々は未破裂で発見された遠位部中大脳動脈瘤の1例に対して STA-MCA bypass を併用してトラッピング術を施行し、良好な転帰となった症例について報告する。【症例】69 歳女性。不眠、物忘れの精査のため施行した頭部 MRI で、偶発的に左中大脳動脈遠位部（角回動脈起始部）に 7mm 大の動脈瘤を認めた。2 年前の同検査では動脈瘤は認められず、2 年間で新生していた。遠位部中大脳動脈瘤は破裂率が高いとの報告があり、治療を計画した。動脈瘤は脳溝内で部分血栓化を伴う紡錘状動脈瘤であったので、血管内治療はハイリスクと考え、開頭手術を選択した。手術は術中 DSA が可能なハイブリッド手術室で行い、ナビゲーションを使用した。母血管を温存したネッククリッピング術は困難であったため、脳動脈瘤遠位部に STAMCA bypass を施行し動脈瘤トラッピングを行った。術中の ICG 血管造影、DSA で動脈瘤の消失と末梢の血流が良好なことを確認した。術後経過は良好であった。【考察】遠位部中大脳動脈瘤は、動脈瘤への到達に困難をきたす場合があり、部位の同定にナビゲーションが有用である。紡錘状動脈瘤や broad neck な囊状動脈瘤では親動脈を温存してクリッピングを行うことが困難な症例があり、あらかじめ血管吻合の併用を準備する必要がある。浅側頭動脈が動脈瘤末梢側まで届くように、十分な長さの剥離が必要である。ICG 血管造影では、露出していない血管の描出が困難であり、術中 DSA は血行動態の評価に有用であった。

B-3 術中診断された多発性脳動脈瘤 3 例の検討

新武雄病院 脳神経外科

一ノ瀬 誠, 吉田 卓史, 大中 洋平

【はじめに】頭部画像検査の進歩により脳動脈瘤の診断は正確かつ容易になっている。しかし、2mm 以下の動脈瘤に関しては未だ診断困難なことも多く、術中に発見診断されることが経験される。われわれは、術中に診断し、クリッピングないし clipping on wrapping を行った 3 例を経験したので文献的考察を含めて報告する。【症例 1】70 才 女性。片側顔面けいれん症の画像検査時に偶発的に左 IC-PC 動脈瘤が診断された。頸部クリッピング術を施行し、術中に同側の中大脳動脈分岐部に half dome 状動脈瘤を診断し頸部クリッピングを行った。【症例 2】80 歳 男性。特発性三叉神経痛の画像検査で偶発的に両側中大脳動脈瘤が診断された。このうち、右中大脳動脈瘤に対して頸部クリッピングを施行し、術中に同側で別の分岐部に 2mm 程度の中大脳動脈瘤を診断し clipping on wrapping を行った。【症例 3】67 歳 女性。脳ドックで偶発的に左中大脳動脈瘤が診断された。頸部クリッピング術を施行し、術中に同側で別の分岐部 2 か所に 2mm 程度の中大脳動脈瘤を診断し clipping on wrapping を行った。【考察】われわれの施設では、2014 年より 2016 年までの 3 年間に開頭脳動脈瘤クリッピング術を行った 68 例のうち 18 例が多発性脳動脈瘤で、このうち 3 例が術中に追加診断したものであった。シルビウス開放時に術前診断以外の部位でも可及的に観察する意識が必要と考えられる。術中診断される動脈瘤は小型で half dome 状の動脈瘤であり、頸部クリッピングが困難な場合には wrapping や clipping on wrapping での処置となる。また小型脳動脈瘤の手術適応については中大脳動脈領域であれば合併症は少なく容認できると思われる。

B-4 Accessory anterior cerebral artery に発生した外傷性仮性動脈瘤の 1 例

佐賀県医療センター好生館 脳神経外科

古川 隆, 溝上 泰一朗, 高松 裕一郎, 松本 健一, 坂田 修治

【症例】75 歳の女性。交通事故で頭部を受傷し、前医の頭部 CT で大脳半球間裂に急性硬膜下血腫を認めたため、当院へ紹介となった。来院時の意識レベルは、Japan coma scale I-1 で、健忘と記憶力障害を認めた。当院来院時の頭部 CT では、血腫の増大なく、保存的加療となった。受傷後 4 日目の頭部 MRA で Accessory anterior cerebral artery (AccACA) の末梢側に血管拡張の所見を認め、受傷後 6 日目の脳血管造影で AccACA の Post callosal segment (A5) に 3.5mm 大の動脈瘤を確認した。経過から外傷性脳動脈瘤と診断した。受傷後 14 日目の頭部 CTA で、動脈瘤は 5mm 大に増大しており、破裂の危険性が高いと判断し、受傷後 16 日目に開頭術を行った。術中所見では、AccACA が左右へ皮質枝を出す分岐部と大脳鎌断端の接点が動脈瘤となっており、外観上は仮性動脈瘤の所見であった。血管全周性に瘤状変化を来しており、ネッククリッピングは困難であると判断した。瘤の中枢側、末梢側でのトラッピング後に術中蛍光造影検査を行うと、AccACA の末梢側の逆行性血流を確認でき、下肢運動誘発電位でも波形の変化を認めなかったため、閉塞可能と判断し動脈瘤を切除した。病理組織診断は動脈壁の層構造を認めない仮性動脈瘤であった。合併症なく、術後 10 日目にリハビリテーションの継続のため転院となった。【考察】脳梁正中動脈 (median artery of corpus callosum) が発達し、皮質枝を出すと AccACA と呼ばれる。AccACA の発生頻度は稀ではない (5%. 13.1%) ものの、脳動脈瘤合併の報告は極めて少ない。本症例は AccACA の左右皮質枝の分岐部に大脳鎌縁による機械的損傷が加わり外傷性仮性動脈瘤を形成した稀少な 1 例と考えられ、文献的考察を含め報告する。

B-5 顔面静脈経由に Distal Access Catheter を海綿静脈洞内へ留置し、治療した

海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻の 1 例

小倉記念病院脳卒中センター 脳神経外科

千原 英夫, 波多野 武人, 定政 信猛, 甲斐 康稔, 坂 真人, 安藤 充重, 瀧田 亘, 徳永 敬介, 永田 泉

背景:海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻の治療における第一選択は経静脈的塞栓術である。経下錐体静脈洞(IPS)アプローチが一般的であるが、IPS 閉塞症例ではアプローチ方法に工夫を要する。我々は経顔面静脈・経上眼静脈的アプローチにおいて distal access catheter(DAC)を海綿静脈洞まで誘導し、良好な結果を得た症例を経験したので報告する。症例提示:68 歳の女性。左眼結膜充血・浮腫・眼球突出で発症した。流入動脈は left accessory meningeal artery、left artery of foramen rotundum、left medial clival artery、right medial clival artery であり、全ての流入動脈が海綿静脈洞の内側後方上面に集簇し、shunted pouch を形成し後方内側の segment へ流入していた。流出路は left superiorophthalmic vein から left facial vein(Lt. FV)を介して left internal jugular vein へ流出していた。同側 IPS を含む、その他の流出路は認めなかった。治療の際は 6Fr ENVOY を Lt. FV に留置し、Triple coaxial system で DAC として使用した 3.4Fr TACTICS を経顔面静脈・経上眼静脈的に海綿静脈洞内に誘導した。DAC が海綿静脈洞内にあることで micro-catheter 及び guidewire の操作性は非常に高く、目的の shunted pouch へ理想的な走行で Excelsior SL10 を誘導でき、2 本のコイルで shunt を閉塞し得た。結語:経顔面静脈・経上眼静脈アプローチにおいて 3.4Fr TACTICS は DAC として有用であった。文献的考察を加え報告する。

B-6 くも膜下出血で発症した頭蓋頸椎移行部の硬膜動静脈瘻の 1 例

¹ 静便堂白石共立病院 脳神経外科, ² 公立八女総合病院 脳神経外科, ³ 静便堂白石共立病院 放射線科, ⁴ 伊万里有田共立病院 脳神経外科, ⁵ 福岡大学医学部 放射線医学教室

永瀬 聡士¹, 本田 英一郎¹, 宮原 孝寛², 松本 幸一³, 石場 領³, 田中 達也⁴, 桃崎 宣明⁴, 高野 浩一⁵

〈はじめに〉脊椎の硬膜動静脈瘻(Dural AVF)は頭蓋頸椎移行部と胸腰椎部に発生するものに分けられ、頭蓋頸椎移行部では半数が出血発症することが知られている。今回流出静脈の拡張がわかりにくく、診断に苦慮した症例を経験したので報告する。〈症例〉患者は 45 歳男性で突然の後頸部痛、嘔気嘔吐を認め徒歩で来院した。明らかな神経学的異常所見は認めず、頭部 CT では後頭蓋窩に局限したくも膜下出血を認めた。頭部造影 CT を施行したが、明らかな原因は特定できず、脳血管撮影検査を施行し、椎骨動脈の硬膜枝を介して上行する anterior medullary vein が確認でき、anterior medullary vein は明らかな静脈瘤を形成しておらず、また静脈洞への逆流も認めなかった。待機的に手術を行う方針として発症 15 日目に手術加療を行った。術後経過は良好であり術後 22 日で自宅退院とした(mRS:0)。〈考察〉出血発症例は静脈瘤や静脈の拡張蛇行が見られ、上行性に頭蓋内静脈に流入するものに多いと報告されているが、本症例では著名な拡張は認めず、即座に診断をつけることができなかった。また初回の血管撮影検査でも診断できなかった症例も報告されており、Unknown SAH や perimesencephalic SAH などとの鑑別が重要になると考えられた。

B-7 乳突孔内にシャントを有する intraosseous DAVF の一例

¹福岡大学 脳神経外科, ²福岡大学 救命医学講座

松田 浩大¹, 高原 正樹¹, 竹本 光一郎¹, 岩朝 光利², 東 登志夫¹, 井上 亨¹

【背景】乳突孔内の乳突導出静脈にシャントを有する硬膜動静脈瘻(DAVF)に対して、経静脈的塞栓術を行い根治し得た症例を経験したので報告する。【症例】74歳女性。6ヶ月前より右側の拍動性雑音を自覚するようになった。近医脳神経外科で施行したMRIで横・S状静脈洞部DAVFと診断され、治療目的で当科紹介となった。血管造影では右後耳介動脈、右後頭動脈が主な流入動脈で、右S状静脈洞、mastoid emissary veinへの順行性流出を認め、Borden type I, Cognard type I DAVFと診断した。3D-RAのMIP画像で硬膜動脈の乳突孔内への集簇を認め、同部位にシャントが存在すると考えた。【治療】経静脈的アプローチで、同側のS状静脈洞から乳突孔内のmastoid emissary veinに達し、同部位をコイルとNBCAにより閉塞した。S状静脈洞を温存した状態でシャントは消失し、術直後に拍動性雑音も消失した。【結論】硬膜動静脈瘻の多くは静脈洞壁にシャントが存在するのに対し、intraosseous DAVFは硬膜動脈と骨内のdiploic veinあるいはemissary veinとの間にシャントを生じる、独立した疾患概念である。文献的考察を加え報告する。

B-8 急性硬膜下血腫を伴う脳出血で発症した海綿静脈洞硬膜動静脈瘻の一例

¹長崎みなとメディカルセンター 脳神経外科, ²長崎大学医学部 脳神経外科

伊木 勇輔¹, 山口 将¹, 堀江 信貴², 陶山 一彦¹

急性硬膜下血腫を伴う脳出血で発症し、2度の再出血を呈した海綿静脈洞部硬膜動静脈瘻(CSdAVF)に対し、最終的には直達術による導出静脈離断術で治癒した一例を報告する。

症例は83歳女性。突然の頭痛・嘔吐で当院搬入となり頭部CTで右急性硬膜下血腫・側頭葉皮質下出血を認めた。CTA撮影中に瞳孔不同が出現、血腫の著明な増大(再出血)と中心構造偏位を認め緊急で開頭血腫除去・外減圧術を施行した。術後の脳血管造影では右外頸動脈枝・両側内頸動脈枝が海綿静脈洞右後部へと集簇し、深シルビウス静脈から上矢状静脈洞へと導出(CSdAVF, Cognard 4)、途中で右側頭葉内に突出する静脈瘤を形成し出血源と考えられた。5日後に経動脈的塞栓術(上行咽頭動脈・ほか)を施行、後日経静脈的塞栓術を予定した。状態安定していたが入院11日に再々出血をきたし緊急で血管造影を施行、経静脈的にカテを海綿静脈洞内まで誘導できたがシャント部位はisolateされていた。入院19日に開頭で流出静脈離断術・頭蓋形成術を施行、静脈瘤の近位部にクリップを置きICG造影で確認した。術後の脳血管造影では動静脈瘻の消失を認めた。Isolated sinusで単一の導出静脈と静脈瘤形成があり、aggressiveな経過を辿ったものと考えられた。開頭による導出静脈遮断術が有効であり、可及的早期に血行動態を把握する事が肝要と思われた。

B-9 ガンマナイフ治療後特異な経過を認めた脳動静脈奇形の1例

¹ 済生会八幡総合病院 脳神経外科センター, ² 済生会八幡総合病院 病理診断科, ³ 久留米大学医学部 脳神経外科

大久 保卓¹, 吉武 秀展¹, 岡田 洋介¹, 駒谷 英基¹, 岡本 右滋¹, 原武 譲二², 森岡 基浩³

＜はじめに＞脳動静脈奇形 (arteriovenous malformation: AVM) に対するガンマナイフ治療は、開頭手術の危険性が高い小型病巣に対して数年以内に完全閉塞が期待できる治療法である。一方で、遅発性放射線障害による MRI 変化が 24～38.2% に認められる。今回 AVM に対するガンマナイフ治療後に特異な経過を認めた 1 例を経験したので報告する。＜症例＞47 歳女性。15 年前に左前頭葉 AVM に対してガンマナイフ治療歴があり、前医で経過観察されていた。一部残存 AVM を疑う病巣を左前頭葉皮質に認めていたが、1 年前まで画像上明らかな変化なく経過していた。今回けいれん重責が出現し、左前頭葉に広範囲の脳浮腫を認め入院となった。画像上同部位に海綿状血管腫様病変を認めた。経過は進行性の右片麻痺の増悪を認めた。浸透圧利尿薬の投与を行ったが、脳浮腫の改善を認めず右片麻痺は更に増悪したため、開頭手術にて病変を摘出する方針となった。術中所見はガンマナイフ治療による feeder の血栓化と drainer の変性を来していた。血管塊の内部はキサントクロミーの液体で充満し、充実性血栓は認めなかった。海綿状血管腫を疑う病変は脳表から確認できず、術中超音波でも同定できなかった。同病変は画像上 eloquent area に存在したため、摘出は行わないこととした。術後脳浮腫は改善し、右半身の脱力症状も改善した。摘出標本は、症状の経過と病理学的所見より chronicexpanding hematoma (CEH) の可能性を考えた。＜考察＞CEH は、AVM に対するガンマナイフ治療の数年後に出現する稀な合併症である。進行性に増大し、周囲に強い脳浮腫を伴う報告例が散見される。本症例の神経症状の悪化の原因は、脳浮腫の増大であり、CEH を摘出したことにより症状の改善を認めた。CEH は稀な合併症であるが、進行性に神経学的増悪を来す原因となるため、術前の慎重な検討が必要であると考えられた。

B-10 初回出血から 10 年間で 2 回の再発を繰り返した小児 AVM の 1 手術例

沖縄県立中部病院 脳神経外科

矢野 昭正, 大森 貴宏, 石川 泰成, 仲宗 根進

小児 AVM では治療後の nidus 描出や再出血などの再発が時として問題となりうることが知られている。2014 年の第 118 回本支部会で初回治療から 9 年後に再発・再出血した小児 AVM の 1 手術例を報告した。同症例の術後 1 年の定期検査で nidus 再々発を認め AVM 摘出術を要した。2 回の摘出術から得られた知見に若干の文献的考察を加えて報告する。症例は 12 歳男児。2005 年（生後 2 か月）、右前頭葉皮質下出血を起こした。Nidus を持たない pial AVF の構造をとる病変を認め塞栓術での治療を受けた。9 年後の 2014 年（9 歳）に再発・再出血による左片麻痺で発症した。初回治療の coil 周辺に小さな nidus と脳室に向かう drainer を持った AVM を認め、開頭血腫除去 + AVM 摘出術を行った。術中 ICG 蛍光造影と術後脳血管撮影で nidus 消失を確認した。リハビリでの訓練を経て左片麻痺は軽快し短下肢装具を使用しながら復学した。術後 1 年の定期検査（2015 年）で nidus 再々発を認めた。γ-ナイフ治療も検討したが、出血後の cavity を利用して壁に沿った nidus は摘出可能と判断し再手術による治療を選択した。術後新たな神経脱落症状なく経過し退院した。再手術後 1 年の脳血管撮影（2016 年）で再発は認めなかった。再手術後の nidus 描出はないものの、まだ 12 歳の小児例であり今後も定期的な検査を継続して再発の有無を確かめる必要がある。

B-11 頸動脈剥離術後に kink and accordion effect を来した一例

¹伊万里有田共立病院 脳神経外科, ²静便堂白石共立病院 脳神経外科, ³久留米大学医学部 脳神経外科
田中 達也¹, 桃崎 宣明¹, 本田 英一郎², 廣畑 優³

【はじめに】Accordion effect は頸動脈屈曲病変に対して closed cell stent を用いた頸動脈ステント留置術 (CAS) において報告される。今回、無症候性内頸動脈狭窄に対して頸動脈内膜剥離術 (CEA) を施行し、術後血管撮影にて無症候性の kink and accordion effect を来した一例を経験したので報告する。【症例】80 歳、男性。既往歴に高血圧、糖尿病、心房細動、腹部大動脈瘤、無症候性右内頸動脈狭窄、右内頸動脈未破裂脳動脈瘤あり。無症候性内頸動脈の経過観察中に狭窄の進行を認めたため、CEA 後に脳動脈瘤コイリング術を予定した。手術は全身麻酔下にバイバルーンシャントを用いて CEA を施行した。術後アンギオにて右内頸動脈剥離部の屈曲を認めた。経過観察を行うも改善がなかったため、CEA5 か月後、一期的に CAS と脳動脈瘤コイリング術を施行した。術後経過良好であった。【考察】CEA 後の血管合併症として血管解離、血栓塞栓症、縫合部離開などがあるが、血管屈曲は稀である。本例は CEA 時の血管剥離により内頸動脈の血管走行が変化し直線化したこと、内頸動脈遠位部の血管が狭窄はないものの固かったこと、内頸動脈剥離部が外膜のみで血管が柔軟なことにより剥離部の血管屈曲を来し、kink and accordion effect を来したと考えられた。治療は抗血小板剤内服継続を行い経過観察したが、血管走行は改善しなかった。同側の動脈瘤に対し、加療が必要であったため CAS を施行した。

B-12 DOAC 服用患者の増大する脳内出血に対して神経内視鏡下血腫除去術を行った 1 例

¹福岡大学病院 救命救急センター, ²福岡大学病院 脳神経外科
神崎 由起¹, 三木 浩一², 竹本 光一郎², 松本 徳彦¹, 左村 和宏¹, 野中 将², 安部 洋², 岩朝 光利¹, 石倉 宏恭¹, 井上 亨²

【背景】DOAC はワルファリンと比較して内服中の頭蓋内出血の頻度は低いとされ、頭蓋内出血を起こした場合も血腫が増大しにくいと報告されている。しかしながら、近年頭蓋内出血合併症の報告が散見される。今回、エドキサバン服用中に脳出血を発症し、血腫の拡大を認め内視鏡下に血腫除去を行った 1 例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】66 歳男性。発作性心房細動に対してエドキサバンを内服していた。呂律不良、全身倦怠感を主訴に当院外来を独歩で受診した。来院時の血圧は 161/89mmHg、意識は清明で左口角下垂、構音障害、左上肢の軽度麻痺を認めた。虚血性脳血管障害を疑い頭部 MRI を施行したところ、推定血腫量 13ml の右被殻出血を認めた。MRI 撮影中より頭痛の出現、意識レベル低下を認めた。MRI 終了 30 分後の頭部 CT では血腫の拡大 (推定血腫量 77ml) を認めた。すぐに人血液凝固第 IX 因子複合体を投与し、緊急で内視鏡下血腫除去術を施行した。術後再出血なく経過し、19 病日にリハビリ病院へ転院した。【結語】DOAC 服用中の脳出血例においても、出血拡大の可能性を念頭に入れ治療を行う必要がある。

B-13 新生破裂動脈瘤による頭蓋内出血を来した Twig-like network を伴う中大脳

動脈主幹部 (M1) 形成不全の 1 例

¹長崎医療センター 脳神経外科初期研修医, ²長崎医療センター 脳神経外科

酒井 洸典¹, 日宇 健², 佐藤 慧², 本田 和也², 福田 雄高², 小野 智恵², 牛島 隆二郎², 戸田 啓介², 堤 圭介²

【背景】中大脳動脈 (MCA) M1 部の閉塞性変化に近傍の網状側副血行路を認める疾患は, 本病態を発生異常として捉える報告が近年相次ぎ, MCA aplasia/dysplasia, twig-like MCA (TMCA), twig-like networks of an anomalous collateral artery (T-NACA) など複数の診断名が提示されている。破裂動脈瘤から頭蓋内出血を繰り返した症例を提示し, その病態について検討する。【症例】60 歳女性。MRA で無症候性 M1 狭窄症と診断。(1st attack): 7 年後に同側前頭葉底部 ICH+SAH で発症。同側 A1 に起始し, M1 欠損部を後上方へ迂回した後 T-MCA を介して M2 へ連続する順行性の側副血行路 (T-NACA) が存在し, その起始部に破裂脳動脈瘤 (AN) が発生。急性期コイル塞栓術施行。(2nd attack): 4 年後, 同側前頭葉底部/基底核部 ICH+IVH で再発。出血源は TNACA 内に新生した AN。亜急性期に STA-MCA bypass+clipping 術施行。術中低形成の M1 と T-NACA を確認。【考察/結語】同様病態と考えられる報告は 80 例近く渉猟されるが, 術中観察や剖検所見から M1 形成不全と診断された報告は少ない。近年, 本病態を発生過程における原始網状血管系の癒合/退縮障害として捉える考え方が注目されている。虚血発症 20%, 無症候性 10% であり, 出血発症が 60% 以上を占める。出血源の約半数が破裂動脈瘤であり, 発生部位は 1) 側副血行起始部動脈瘤 2) twigs 内動脈瘤 3) その他の部位に分けられる。本症例は twigs 内に新生動脈瘤を認めた最初の報告である。機序として血行動態的負荷が示唆され, 血行再建術の併用が出血予防に奏効する可能性も推察される。

B-14 椎骨動脈解離の精査で発見された上行咽頭動脈頸静脈孔枝から起始する後

下小脳動脈の 1 例

¹済生会唐津病院 脳神経外科, ²福岡大学医学部 脳神経外科

藤原 史明¹, 勝田 俊郎¹, 井上 亨²

後下小脳動脈 (Posterior inferior cerebellar artery PICA) は通常, 頭蓋内の椎骨動脈より起始しているが, 後頭蓋窩の動脈の中で最も多くの破格を持つことが知られている。PICA が舌下動脈, 前環椎動脈, 後硬膜動脈, 頭蓋外椎骨動脈から起始する症例報告は散見される。症例は 50 歳男性。前医にて頭痛の精査で右椎骨動脈解離が見つかり当院に紹介となった。解離腔による狭窄の所見は PICA 近傍から遠位側にあり PICA の描出は不鮮明であったが急性期脳梗塞は認めなかった。精査で右上行咽頭動脈の頸静脈孔枝からも PICA が起始しており, 右側の PICA 領域は椎骨動脈と上行咽頭動脈の 2 重支配になっており今回の症例が重症化しなかった要因の一つと考えられた。また対側の左 PICA は上行咽頭動脈頸静脈孔枝からの灌流のみであった。この破格は非常に稀であり治療方針を左右することもあると思われるので文献的考察を加えて報告する。

B-15 dorsal arachnoid web の画像診断

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

内田 晋¹, 川崎 ゆかり¹, 札幌 博貴¹, 豊国 公子¹, 大西 晃平¹, 森重 真毅¹, 松田 浩幸¹, 下村 剛², 藤木 稔¹

脊髄症や脊髄空洞症の病態は単純でない場合が多く、臨床の現場で診断手順ならびに治療方針の決定に悩むことが少なくない。今まで特発性と考えられていたものの中に、dorsalarachnoid web という疾患概念が空洞形成や脊髄症に関与するとの報告が近年報告されている。web そのものの切離する事のみでその治療成績は極めて良好である。症状が軽いうちに的確な診断、手術で良くなる病態として、脳神経外科のみならず脊髄疾患に携わる医療関係者への啓蒙が重要と考えている。通常の MRI の撮影シークエンスやミエロ CT 検査では、web そのものの同定は病変の小ささがゆえに確定診断は困難である。脊髄腹側への偏位 (Scarpel sign) や空洞病変を手がかりとして web の存在を疑い、外科的介入を検討する事が一般的である。今回自験例においては web そのものを確実に同定する事を目的として、Siemens 社製 3T MRI を用いて病変部位の同定を thin slice 撮影 (SPACE ; sampling perfection with application-optimized contrasts using different flip angle evolutions) を行った。病変部位の描出として比較的簡便な検査法であり、有益な撮影方法と考えている。3 例の自験例の臨床症状の特徴及び手術症例 (1 例) の術中動画を供覧する。また主に画像診断については文献的考察を踏まえ報告する。

B-16 高齢者に生じた Pott's puffy tumor の一例

¹北九州総合病院 脳神経外科, ²北九州総合病院 耳鼻咽喉科

出井 勝¹, 高松 聖史郎¹, 外尾 要¹, 呉島 誠¹, 野上 健一郎¹, 上田 成久²

【はじめに】Pott's puffy tumor は、1768 年 Sir Percival Pott が提唱した疾患概念で、前頭骨骨髓炎が原因で、骨外に 1 つ以上の膿瘍を形成した状態をいう。思春期から青年期の男性に多い疾患であるが、今回われわれは高齢女性に生じた Pott's puffy tumor の一例を経験し報告する。【症例】症例は 83 歳の女性。約一か月の経過で増大する右前頭部の腫脹を主訴に他院皮膚科を受診。穿刺され膿汁流出。精査にて副鼻腔炎からの感染波及による皮下膿瘍を疑われ当院耳鼻咽喉科紹介後、当科へ入院となる。既往歴は特記なし。神経学的異常なし。右前頭部の著しい腫脹と前医で穿刺された瘻孔を認めた。CT の骨条件では、前頭骨板間層に空洞形成と皮質骨の瘻孔を認め、MRI 所見とあわせ前頭洞の炎症とそこから連続する前頭骨骨髓炎、皮下膿瘍が疑われた。

【手術所見】皮弁を翻転すると膿瘍被膜を認め穿刺すると膿汁の流出がみられた。瘻孔、骨髄炎をともなった感染骨を除去しドレナージを留置し閉創した。術後抗生剤点滴とともに感染は改善された。【結語】抗生剤の普及にともない稀になった疾患ではあるが、治療の遅れが頭蓋内感染とともに重篤な神経症状をもたらす。脳神経外科診療においても遭遇する疾患であり早期診断治療が必要であり、まず本疾患を疑うことが重要である。

B-17 Exoscope を用いた隔壁を有する慢性硬膜下血腫手術の初期使用経験

¹長崎大学 初期臨床研修医, ²長崎大学医学部 脳神経外科

高平 良太郎¹, 出雲 剛², 藤本 隆史², 諸藤 陽一², 松尾 孝之²

【はじめに】当施設では2016年4月よりExoscopeを導入しており、今回穿頭のみでは治療困難であった隔壁を有する再発性慢性硬膜下血腫に対し、小開頭下にExoscopeを用いて血腫を除去した症例を経験した。その初期使用経験について報告する。【症例】症例は83歳男性。意識障害、左上下肢不全麻痺にて発症、頭部CTにて典型的な慢性硬膜下血腫認め穿頭洗浄術施行した。術後約1か月に再発認め洗浄術施行。症状は改善認めたが、さらに術後2か月で再発認め当院搬送となった。来院時GCS:4/4/6、左上肢MMT:2/5、下肢3/5の麻痺を認め、頭部CTでは隔壁を有した慢性硬膜下血腫を認めた。同日洗浄術施行するも血腫の排出は不良であり、CTでも圧排改善認めないため、小開頭下にExoscopeを用いた血腫除去術を施行した。Exoscopeシステムは第2世代VITOM telescope 90°を用い、VITOM MechanicalHolding Systemにて固定して使用した。術後CTでは血腫の圧排は改善し、左不全麻痺も改善を認めた。【考察】Exoscopeシステムを用いることにより鮮明な画像を得る事ができ、小開頭下でも安全な手術を行うことが可能である。操作野に対する角度や高さの調整が可能であったが、ネジによるアーム関節の固定により若干円滑さに欠ける印象であった。また2次元画像であるために、手術操作においては慣れが必要とされた。【結論】いまだ初期使用経験ではあるが、小開頭下の血腫の観察においてExoscopeの有用性が示唆された。

B-18 重症低体温症を合併した慢性硬膜下血腫

産業医科大学 脳神経外科

宮地 裕士, 近藤 弘久, 梅村 武部, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 植田 邦裕, 鈴木 恒平, 長坂 昌平, 西澤 茂

症例は78歳男性。2016年12月自宅の浴室で倒れ下肢にシャワーがかかっている状態で発見され、当院救急外来へ搬送された。来院時意識障害（JCS-2-10）を認めており、直腸温24度と重症低体温の状態であり、血液検査上、高度脱水、腎前性腎不全を認め、頭部CTで正中偏位を伴う右慢性硬膜下血腫を認めた。瞳孔不同、左上下肢麻痺の出現認めておらず、意識障害の原因として、慢性硬膜下血腫によるものよりも、重症低体温によるものと考えられた。重症低体温症の状態での慢性硬膜下血腫に対する緊急手術は、術中に心室性不整脈など致死的な問題を起こす可能性があるため、状態の改善を待ち手術を行う方針とした。ICU入室後胃管挿入し、内部より復温および、補液による脱水の改善を試みた。入院翌日には35度まで復温し、意識障害もJCS-1-2まで改善をみとめた。また尿量も確保され、血液データ上での改善も認めた。入院3日目にJCS-2-30の意識障害の増悪を認め、頭部CT再検したところ、正中偏位、脳幹圧迫の増悪を認めた。循環、呼吸状態が改善していたため、局所麻酔で緊急穿頭血腫洗浄ドレナージ術を施行。術後、意識障害は改善し、認知機能もMMSE 25/30と良好となり、独歩可能であるが、臥床に伴う下肢廃用改善目的に、入院22日目にリハビリテーション病院へ転院。低体温療法は脳代謝の低下、興奮性アミノ酸放出抑制、活性酸素の低下により、頭蓋内圧の低下を認め脳保護に働く。しかしながら、30度以下の低体温では、心室性不整脈などの致死的な問題が出現する可能性が高く、偶発的低体温症の死亡率は29%と高い。本症例のように、重症低体温を合併する頭蓋内病変は、全身管理を行うとともに手術時期に関しては慎重に検討する必要がある。

B-19 片側巨脳症を伴う難治性てんかんに対する外科治療

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小児科, ³ 藤元総合病院脳神経外科

細山 浩史¹, 花谷 亮典¹, 檜田 祐美¹, 丸山 慎介², 大坪 俊昭³, 有田 和徳¹

【はじめに】片側巨脳症は形成異常に伴い生じる小児てんかんの原因の一つであり、薬物治療に対してしばしば難治性に経過し、こうした難治例に対しては外科治療が検討される。当院で半球離断術を施行した、片側巨脳症を伴う難治性てんかん症例について報告する。【症例】生後5か月に突然夜39.9℃の発熱があり、全身けいれんを生じた。近医へ入院となるも、発作を繰り返し、カルバマゼピンの内服が開始となった。退院後間もなく、無熱性全身けいれんを生じたために、再度近医でMRIを施行。脳の形成異常を指摘された。その後、転院先で複数の抗てんかん薬を使用されるが発作は継続し、片側巨脳症との診断を得た後に1歳時に鹿児島大学小児科に転院となった。発作は難治に経過し、2歳時にてんかん外科に向けた精査となった。発作は右上肢が屈曲した状態で肩関節を支点に間代けいれんを起こしながら徐々に挙上する症状が日に数十回生じ、時に全身痙攣への移行を伴った。発作間歇期の脳波では左半球が右半球に比し、明らかな徐波傾向を示し、C3とP3に鋭波の混入が観察されることもあった。発作時にも同様な状態が続き、明確な発作時変化はみられなかった。MRIで左片側巨脳症が認められ、ECD-SPECTとFDG-PETでは左前頭葉を中心に集積低下を伴った。また、精神発達には遅延がみられた。片側巨脳症に伴う難治性てんかん発作に対して、左大脳半球離断術を施行した。術後2年以上にわたりてんかん発作は消失しており、術後に生じた右片麻痺のリハビリを継続している。【考察】片側巨脳症を伴う難治性てんかんでは、てんかん発作の抑制のためにも、また脳の可塑性による術後の機能獲得のためにも、早期の外科治療の適応について検討されることが望ましいと考えられた。

B-20 両側外転神経麻痺を来した脳室腹腔シャント機能不全の一例

佐世保市総合医療センター

林之 茂, 松永 裕希, 林 健太郎, 白川 靖, 岩永 充人

症例は8才男児。出生時に側脳室拡大、小脳低形成、後頭蓋窩嚢胞等を指摘され、DandyWalker症候群と診断された。その後水頭症増悪を認めたため、出生5ヶ月後に脳室腹腔シャント術を施行も、感染合併で抜去した。出生6ヶ月後にストラータ圧可変式バルブシステムを用いてシャント再建を行った。以後、Evans Index (EI) 40%前後で推移し、発育や発達ほぼ正常だったが、2才6ヶ月頃に頭囲の増大傾向が顕著となった。シャント圧を逐次下げたが、脳室は縮小せずEI 40%台前半で推移した。3才0ヶ月頃にシャント再建を検討していたが、同時期に兄弟が他疾患の術翌日に急変したこともあり、家族が全身麻酔を希望せず、経過観察となった。その後も発育や発達はほぼ正常で、頭囲は60cm程で推移していた。しかし8才9ヶ月頃に頭痛と嘔吐があり、頭部CTでは著明な脳室拡大はなく、経過を観察した。症状が持続したため、当科入院後にシャント造影を行ったが、脳室側、腹腔側共に閉塞していた。入院8日目に両側外転神経麻痺と軽度の項部硬直が出現した。頭部造影MRIで蝶形骨洞炎を認めたため、当初蝶形骨洞炎からの硬膜炎合併等を疑って蝶形骨洞開放術を施行して抗生剤を投与したが、症状は改善しなかった。眼底検査では著明なうっ血乳頭は無かったが、1週間後の再検で浮腫と血管蛇行の増悪傾向を認めたため、頭蓋内圧亢進による症状と考え、対側に新たな脳室腹腔シャントを留置した。術後より頭痛や嘔気は改善、術翌日より右外転神経麻痺に軽度の改善傾向を認めた。両側外転神経麻痺は斜台部～海綿静脈洞部の炎症や腫瘍、急激な髄液排出、後頭蓋窩嚢胞の急激な減圧等で合併したとの報告はあるが、シャント機能不全による合併の報告は殆ど無かった。慢性的な頭蓋内圧亢進とその増悪により両側外転神経麻痺を呈したと考えられた症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

B-21 LP シャント術が著効した突発性頭蓋内圧亢進症の 1 例

¹九州大学大学院医学研究院 脳神経外科, ²九州大学大学院医学研究院 小児科

春山 裕典¹, 山上 敬太郎¹, 空閑 太亮¹, 鳥尾 倫子², 赤木 洋二郎¹, 迎 伸孝¹, 西村 中¹, 有村 公一¹, 橋口 公章¹, 吉本 幸司¹, 佐山 徹郎¹, 飯原 弘二¹

【背景】特発性頭蓋内圧亢進症は明らかな器質的病変なしに頭蓋内圧亢進症状を呈する稀な病態である。今回我々は LP シャント術により症状及び画像所見の改善を認めた、特発性頭蓋内圧亢進症の一例を経験したため報告する。【症例】12 歳女児。頭痛、嘔気、四肢の痺れを主訴に前医を受診した。腰椎穿刺にて著明な髄液圧の亢進 (60cmH₂O) を認め、髄液排除を行ったところ、症状は速やかに改善した。約 2 週間後も同様の症状が出現し、その際は髄液圧が 78cmH₂O にまで上昇していたが、髄液排除により再度症状は改善した。その後も同様のエピソードを繰り返したため精査加療目的で当院紹介受診した。頭部 MRI では両視神経周囲のくも膜下腔の拡大及び両視神経の蛇行、トルコ鞍前方の空洞化、両側横静脈洞の狭小化を認めた。髄液圧の著明な上昇及び画像所見から特発性頭蓋内圧亢進症と診断した。頭痛、嘔気に加えて、意識混濁や複視も出現したため、緊急で LP シャント術を施行した。術直後より症状は改善し、術 1 週間後に撮像した MRI では前述した所見の改善を認めた。術後経過は良好であり、神経学的異常なく自宅退院となった。【考察】特発性頭蓋内圧亢進症は頭痛や嘔気、視力障害など多彩な臨床症状を呈する非常に稀な疾患である。特に意識障害や視機能異常を伴う症例では速やかな治療が必要であり、シャント術が有効であるとの報告が多い。今回、我々は急速に症状が進行し、LP シャント術が著効した特発性頭蓋内圧亢進症の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

B-22 iNPH 症状で発症した晩発性膜性閉塞症 (LAMO:Late-onset aquaductal membranous occlusion) の 1 例

¹佐賀大学医学部 脳神経外科, ²佐賀大学医学部 神経内科, ³小柳記念病院 脳神経外科

下川 尚子¹, 福地 絢子¹, 吉川 正章², 江橋 諒¹, 劉 軒¹, 高口 素史¹, 吉岡 史隆³, 緒方 敦之¹, 井上 浩平¹, 中原 由紀子¹, 高瀬 幸徳¹, 増岡 淳¹, 原 英夫², 阿部 竜也¹

【症例】69 歳男性。アルコール依存症にて前医で入院加療中に高次機能障害・歩行障害・尿失禁を発症した。頭部 CT で異常を指摘され当院紹介となった。MMSE22/30 点、幅広小刻み歩行であった。頭部 CT では側脳室が両側性に拡大していたが第四脳室は拡大していなかった。頭部 MR では同所見に加え DESH (Disproportionately enlarged subarachnoid-space hydrocephalus) はなく、CISS 画像で中脳水道に膜様物があり同部より上流の拡大が見られた。CT cisternography では膜様部で造影剤の逆流現象が停止する aquaductal block であった。第三脳室底のバルーニングには乏しかったが閉塞性機序が強く疑われる所見だったため内視鏡的第三脳室開窓術を施行した。術中は中脳水道内に膜様物が観察された。術後、高次機能・歩行は著明改善し、術後 9 カ月経過した現在も維持できている。【考察】本症例の病態は晩発性膜性閉塞症 (LAMO:Late-onset aquaductal membranous occlusion) と分類できる。髄液循環障害が緩徐進行型のため頭痛ではなく iNPH 症状で発症したと推定する。本症例では術前に膜様物が明らかだったので ETV を選択したが、術前画像では中脳水道部の異常がなく内視鏡下観察ではじめて膜様物が診断された例も報告されており注意が必要である。膜様物の発生機序については、LOVA (longstanding overt ventriculomegaly in adult) の可能性もあるが、本症例はアルコール依存症の既往を考慮すると頭部外傷による微少出血から反応性膜を形成したと類推する。このような例では不可逆な神経損傷 (変性) に陥る前に治療介入することが重要である。【結論】iNPH 症状を呈する例の中に閉塞性機序を伴う症例があるため、慎重な病態診断と治療戦略が必要である。

B-23 延髄背側に発生した yolk sac tumor の一例

¹福岡大学医学部 脳神経外科, ²福岡大学医学部 病理部

入江 由希乃¹, 小林 広昌¹, 榎本 年孝², 武村 有祐¹, 安部 洋¹, 鍋島 一樹¹, 井上 亨¹

原発性脳腫瘍の中で胚細胞腫瘍は比較的稀である。好発部位として松果体部、鞍上部、基底核部が報告されているが、後頭蓋窩の症例は少ない。今回、延髄背側より発生した yolk sac tumor の一例を経験したので報告する。症例は、26 歳女性、1 年前より全身倦怠感、体重減少を認めていた。症状の増悪みられ、頭部精査にて延髄背側に腫瘍性病変を認めたため当科紹介となった。来院時、頭痛、嘔気、嚥下障害、左顔面神経麻痺がみられた。MRI にて、延髄背側から第四脳室内に、比較的境界明瞭な腫瘍性病変を認め、T1WI で低信号、T2WI で高信号を呈し、造影 GdT1WI で増強効果を伴っていた。また、左内耳道内から CPA にかけて同様の結節状病変がみられた。血液検査では、血清 AFP が 22976ng/ml と高値であった。延髄背側の病変に対して、正中後頭下開頭で腫瘍摘出を行った。腫瘍は赤褐色で柔らかく、易出血性で、明瞭な境界を有していた。腫瘍は、第 4 脳室底筆尖部に強く癒着しており、発生母地と考えられた。病理所見では、Schiller-Duval-like Body や Hyaline globules 等がみられ、yolk sac tumor の診断であった。術後は、化学療法と放射線治療で病変の縮小がみられた。後頭蓋窩の yolk sac tumor は稀であり、文献的考察を加え報告する。

B-24 中枢神経原発悪性リンパ腫 (Intermediate DLBCL/BL) の一例

宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経科学分野

山下 真治, 横山 貴裕, 牟田 淳一郎, 齋藤 清貴, 松元 文孝, 新甫 武也, 武石 剛, 山崎 浩司, 横上 聖貴, 上原 久生, 竹島 秀雄

症例は 16 歳、男性。7 日前より出現した頭痛を主訴に近医脳神経外科を受診。頭蓋内腫瘍性病変を認め、当院緊急搬送となった。来院時、中等度の頭痛以外明らかな神経症状は無かった。頭部 MRI にて左頭頂葉深部に主座を有する 4×3cm 大の T1WI : 低信号、T2WI : 淡い高信号、リング状の造影増強効果を有する腫瘍性病変として描出され、左側脳室体部後方の圧排により isolate された下角の拡大が認められた。左頭頂開頭 high parietal approach による腫瘍摘出術を施行。病理組織診断は悪性リンパ腫 (Intermediate DLBCL/BL) であった。なお、FDG-PET 検査にて他臓器の病変は存在せず、脳原発病変の診断に至った。Intermediate DLBCL/BL とは B 細胞リンパ腫であり、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫とバーキットリンパ腫との中間型と定義され、2008 年の WHO 分類で初めて記載された entity である。治療抵抗性で、予後不良である特徴を示し、中枢神経原発のものは渉猟しうる限り 1 例と非常に稀である。本症例につき若干の文献的考察を含めて報告する。

B-25 頸髄硬膜内髄外に発生した Multiple Meningeal Melanocytoma の一例

¹久留米大学医学部 脳神経外科, ²久留米大学医学部 病理学講座

牧園 剛大¹, 音琴 哲也¹, 服部 剛典¹, 三好 淳子², 小牧 哲², 山本 真文¹, 中島 慎治¹, 宮城 尚久¹, 杉田 保雄², 森岡 基浩¹

【目的】今回我々は、頸髄硬膜内髄外に発生した稀な Multiple Meningeal Melanocytoma の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】73 歳女性。進行する四肢麻痺、感覚障害を主訴に近医受診、MRI にて C2 及び C3-5 レベルに T1WI:高信号、T2WI:低信号、Gd 造影で不均一な増強効果を呈する多発性脊髄硬膜内髄外腫瘍を指摘され、当科へ紹介された。腫瘍摘出術を施行したところ、皮膚、皮下組織、項靱帯、硬膜に黒色の色素沈着を認めた。腫瘍の表面は平滑で被膜を伴っており、弾性硬、均一な黒色を呈していた。腫瘍は一部硬膜や神経根と癒着しており、メラニン色素沈着を伴う meningioma や schwannoma も否定できず、発生母地の同定は困難であった。病理組織は、好酸性の細胞質を示す類上皮性から紡錘形の腫瘍細胞を含み、メラニン色素の沈着を伴う一方、核分裂像、壊死や出血性変化は認めなかった。免疫染色では、HMB-45 及び Melan-A にて細胞質に陽性反応を示した。以上の所見より、meningealmelanocytoma と診断された。【結語】Melanocytoma は、緩徐に成長する良性腫瘍で、脊髄では、硬膜内髄外腫瘍として認められることが多いが、稀に髄内にも発生する。Diffuse melanocytosis, melanomatosis, malignant melanoma,メラニン色素沈着を伴う meningioma, schwannoma, neurofibroma など、中枢神経メラニン産生腫瘍との鑑別が必要で、免疫染色が有用である。多発発生の機序として、原発性多発、硬膜内転移、髄膜播種が考えられるが、本症例では、皮膚から皮下組織、項靱帯、硬膜に連続性を持ってメラニン色素の沈着を伴っており、胎生期に迷入した melanocyte が腫瘍化したものと考えられた。

B-26 Epidermoid と類似した画像所見を呈した ecchordosis physaliphora の一例

¹九州大学大学院医学研究院脳神経外科, ²九州大学大学院医学研究院基礎医学部門病態制御学講座

三木 健嗣¹, 西村 中¹, 鈴木 諭², 赤木 洋二郎¹, 迎 伸孝¹, 有村 公一¹, 空閑 太亮¹, 橋口 公章¹, 吉本 幸司¹, 佐山 徹郎¹, 飯原 弘二¹

【目的】Ecchordosis physaliphora は斜台背側に存在する胎生期の遺残物であり、剖検例の 0.5-5% に認められる良性の腫瘍である。一般に腫瘍は小さく無症候性であることが多く、文献では画像上増強効果を認めないことで chordoma と鑑別されている。今回我々は右三叉神経症状を呈した ecchordosis physaliphora を経験し、画像所見が epidermoid と類似していた。過去に同様の報告はなく文献的考察を踏まえて報告する。【症例】44 歳、女性。10 年前から認めていた右顔面の知覚障害と頭痛が増悪したため近医を受診し、画像所見から脳幹部 epidermoid が疑われ当科紹介となった。入院時意識清明で、右顔面知覚異常を認めた。画像上 3cm 大の腫瘍は prepontine cistern に位置し、MRI T1 強調画像で低信号、T2 強調画像で高信号、拡散強調画像で高信号を呈していた。また造影では増強効果に乏しかった。所見から epidermoid が疑われた。症候性であり右 anterior transpetrosal approach で腫瘍摘出術を施行し、術中所見と病理組織診断から ecchordosis physaliphora と診断した。腫瘍はほぼ摘出でき、術後右三叉神経症状は改善し、経過良好で術後 13 日目に自宅退院となった。【考察】症候性の ecchordosis の報告は少なく、画像所見についても知られていないことは多い。過去の文献では chordoma との鑑別で増強域の有無について述べているものは散見されたが拡散強調画像について言及しているものは認めなかった。本症例では拡散強調画像で高信号であり epidermoid と類似していた。Ecchordosis physaliphora は chordoma のみならず epidermoid を含め様々な腫瘍と鑑別が必要である。

B-27 てんかん発作で発症したテント上 endodermal cyst の一例

¹福岡市民病院 脳神経外科, ²福岡大学医学部 病理学講座, ³福岡大学医学部 脳神経外科
高木 友博¹, 榎本 年孝², 福島 浩¹, 吉野 慎一郎¹, 平川 勝之¹, 鍋島 一樹², 井上 亨³

【症例】60 歳男性。X0 年 1 月けいれん発作で緊急搬送。左上肢、顔面を中心とする部分発作があり、頭部 CT 上、右頭頂部に長径約 58mm 大の嚢胞性病変を認めた。約 10 年前より他院でこの嚢胞性病変は指摘されていたが、外科的治療の希望はなく保存的に抗てんかん剤を投与して外来 follow up となっていた。X1 年 10 月に顔面及び左上肢の部分発作が重積し再度救急搬送となった。CT 上、嚢胞性病変は増大傾向を認め、外科的治療の方針とした。MRI 上、この嚢胞性病変は T1 低信号、T2 高信号に描出され、FLAIR で内部に一部高信号を伴っていた。Gd-DTDA による明らかな増強効果は認めなかった。鑑別診断としてくも膜嚢胞、low grade glioma、嚢胞性髄膜腫を考えた。術中所見で、この嚢胞性病変の被膜は肉眼的に正常くも膜とは異なった性状をしており、内容液は混濁していた。病理学的には endodermal cyst と診断した。テント上に発生する endodermal cyst は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

B-28 巨大嚢胞性変化を伴う成人膠肉腫

産業医科大学 脳神経外科

長坂 昌平, 鈴木 恒平, 山本 淳考, 高橋 麻由, 中野 良昭, 植田 邦裕, 梅村 武部, 近藤 弘久, 宮地 裕士, 西澤 茂

症例は 67 歳男性。1 ヶ月前から計算ができない、物の場所が分からない等の高次脳機能障害を認め、2 週間前から右上下肢脱力が出現、頭蓋内病変を指摘され当科紹介となった。当科初診時、MMT4/5 程度の右片麻痺と Gerstmann 症候群、認知機能低下（HDS-R 19 点）を認めた。頭部 MRI では左頭頂葉に T1、T2 等信号、Gd 造影で比較的均一造影される充実成分を伴う腫瘍と、周囲に 4cm 大の増強効果を示す嚢胞からなる病変を認めた。腫瘍は一部大脳鎌への付着を認め、腫瘍周囲の浮腫性変化は軽微であった。術前診断は Glioblastoma (GBM) や Pilocyticastrocytoma、Ganglioglioma、嚢胞を伴う髄膜腫等を考え、開頭腫瘍摘出術を施行した。手術では、嚢胞を開放すると内部に漿液性の内容液を認め、内側には腫瘍充実成分を認めた。充実成分を大脳鎌から剥離し、腫瘍を摘出した。病理では腫瘍は強い異型性を示し、線維束を示す肉腫様成分と異型グリアが増殖する膠腫部分の混在を認めた。免疫染色では IDH-1 (-)、p53 (-)、ATRX (-) であり、最終病理診断は Gliosarcoma : GSM (WHO grade IV) となった。術後、TMZ 併用放射線療法を導入している。GSM は GBM のうち 1.4~2.0%程度にみられ、全脳腫瘍の 0.1%と非常に稀な疾患である。組織学的にはグリア系と間葉系の悪性腫瘍細胞が混在し、両腫瘍成分が近年の分子遺伝的検索により同一の起源からなる事が明らかになりつつある。GSM の画像的特徴についての報告は少ないが、過去には腫瘍組織の多様性を反映し、腫瘍の膠腫成分は GBM に近い像を示す一方で、肉腫成分は髄膜腫に近い像を示すとの報告もある。しかし、本例の様に、充実成分に巨大な嚢胞性変化を伴う GSM の報告はさらに稀であり、これまで数例の報告を認めるのみである。そのために、嚢胞性病変の鑑別として GSM を念頭に置くことが重要である。

B-29 発症時 高血圧性脳出血と診断された膠芽腫の一例

¹ 地方独立行政法人大牟田市立病院 脳神経外科, ² 医療法人高邦会高木病院 脳神経外科, ³ 地方独立行政法人大牟田市立病院 病理診断科, ⁴ 久留米大学医学部 脳神経外科

江藤 朋子¹, 藤森 香奈², 西島 至令¹, 山下 伸¹, 倉本 晃一¹, 島松 一秀³, 森岡 基浩⁴

【はじめに】出血性血管障害において高血圧が原因となることが多い。その他 出血性梗塞、血管奇形、薬剤性によるものなどが挙げられ、その中で脳腫瘍が原因となることは比較的稀だが重要な病態である。画像診断でも、脳出血を来せば脳腫瘍の存在が不明瞭となり脳卒中と鑑別が困難になる。我々は発症時に被殻出血と診断した膠芽腫の一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。【症例】62 歳、男性。体動困難となり救急搬入となった。搬入時意識レベル JCS 一桁、失語症、左不全片麻痺を認め、頭部 CT にて左被殻出血を認めた。血圧を管理にて加療を行い、後日定位的血腫吸引術を行った。術後は麻痺や失語症は残存するも ADL は軽快傾向にあり、転院した。しかし発症から約 2 ヶ月後転倒し、嘔吐を認めたため頭部 CT を施行したところ、異常所見を認め当院紹介となった。CT 上 左被殻から大脳半球にかけて著名な浮腫性病変を認めた。MRI で同部位に嚢胞性成分を伴う腫瘍性病変を認めた。嚢胞成分の減圧目的に緊急でオンマイヤーリザーバーを留置した。後日再評価のため MRI を施行し、脳室内にも造影される腫瘍性病変を認め、内視鏡下腫瘍生検術を施行した。病理診断にて膠芽腫と診断し、初期療法を行った。治療後 MRI で腫瘍は消失し、転院となった。【考察】脳腫瘍に起因した脳出血の頻度は 2-5%、何の兆候もなく突然の脳卒中で発症する頻度は 0.6%程度と報告されている。また脳卒中様症状で発症した脳腫瘍症例の中にはくも膜下出血や脳梗塞を呈することもある。本症例のように出血による脳圧迫所見が改善後萎縮に転ずる状況下で、病巣が拡大傾向を示したり、変化せずに残存する場合は腫瘍性病変も疑うべきと考えられる。【結語】臨床経過と画像診断で典型的な血腫の吸収過程を認めない症例に関しては脳卒中と鑑別が困難な神経膠腫症例が存在する場合もある。早期に診断するためには、腫瘍の可能性も考慮して慎重な経過観察を行うことが重要であると考えられる。

B-30 当院における悪性神経膠腫に対する光線力学療法

琉球大学医学部 脳神経外科

小林 繁貴, 菅原 健一, 金城 雄生, 外間 洋平, 宮城 智央, 渡邊 孝, 石内 勝吾

光線力学療法は腫瘍親和性光感受性物質とレーザー光との光化学反応で発生した一重項酸素を利用して腫瘍細胞を変性壊死させる治療法である。悪性脳腫瘍では摘出術に併用して行う局所療法として 2013 年にタラポルフインナトリウム（レザフィリン）を用いた光線力学療法が認可され、その併用効果が期待されている。我々は昨年度、レーザー発生装置である PD レーザーBT を導入し、悪性神経膠腫に対して治療を開始した。レーザー光の切除断端への透過深度は 5mm 程度であることから光線力学療法の効果を最大限に得るためには最大限の摘出を行うことが求められるが、5-アミノレブリン酸による光線力学診断は安全性が確立されていないため併用できないという問題点がある。この問題を克服するため当院では術中 MRI とナビゲーションを併用した画像誘導手術と光線力学療法とを組み合わせる手術を行っている。症例を提示し、その有用性について報告する。症例は 61 歳、男性。右側頭葉の再発膠芽腫症例である。光線力学療法の施行 24 時間前にレザフィリン 40mg/m²を投与。ナビゲーションと術中 MRI を併用した画像誘導手術により造影領域を全摘出後、光線力学療法として切除断端に対してレーザー照射を 8 か所に施した。追跡期間はまだ短い、術中 MRI とナビゲーションによる画像誘導手術の併用は光線力学療法の最大限の効果をj得るために有用ではないかと考えられる。

B-31 視床・視床下部から発生したと考えられる atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) の一例

¹熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学分野, ²熊本大学医学部附属病院 脳神経外科・機能神経外科 先端医療寄附講座, ³熊本大学医学部附属病院 病理診断科, ⁴群馬大学大学院医学系研究科 病態病理学分野, ⁵宮崎大学医学部生殖発達医学講座 小児科学分野, ⁶宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野, ⁷熊本大学附属病院 小児科学分野

天達 俊博¹, 篠島 直樹², 三上 芳喜³, 横尾 英明⁴, 盛武 浩⁵, 竹島 秀雄⁶, 阿南 正⁷, 矢野 茂敏¹

症例は2歳5か月の男児。生来健康。2016年8月から不明熱が続いていたが、精査したが原因がわからなかった。8月下旬から頭痛、嘔吐出現し近医小児科受診。8月30日頭部精査で右側脳室から第3脳室内に及ぶ脳室内腫瘍が認められ入院。その後水頭症が進行し同院で脳室ドレナージ施行。9月1日鎮静・人工呼吸器管理下で当院に搬送された。痛み刺激に対して四肢運動がみられるが、明らかな麻痺はなかった。9月5日硬性内視鏡下で右側脳室モンロー孔経由にて腫瘍摘出術施行。腫瘍は軟らかく易出血性だった。迅速病理診断では、細胞密度の高い核異型の強い、また核分裂像も多数散見され悪性腫瘍とのコメントだった。可及的に側脳室内の部分の腫瘍を摘出後、第三脳室内の腫瘍を摘出した。腫瘍は右外側の視床並びに前外側の視床下部と癒着が非常に強く、癒着の強い部分は残存させた。術後は神経脱落症状の合併は無かったが中枢性発熱と考えられる40度前後の高熱がしばらく続いた。一度熱性けいれんを起こしたが、徐々に解熱した。また電解質の異常は特に認められなかった。病理組織はPNET様の組織像に加え、rhabdoid cellsが認められ、INI1免疫染色で腫瘍細胞は陰性、最終診断はAT/RTだった。後療法のため9月23日宮崎大学医学部附属病院小児科に転院となり11月現在、腫瘍の再増大は認めていない。テント上AT/RTで脳室内伸展例は比較的稀であり、内視鏡下手術の報告はない。文献的考察を加え報告したい。

B-32 傍矢状静脈洞髄膜腫に対する塞栓術で良好な腫瘍縮小を認めた1例

佐賀大学医学部 脳神経外科

岩下 英紀, 高瀬 幸徳, 緒方 敦之, 江橋 諒, 増岡 淳, 下川 尚子, 中原 由紀子, 井上 浩平, 高口 素史, 劉 軒, 上床 希久, 阿部 竜也

【はじめに】症候性の髄膜腫に対する治療は開頭腫瘍摘出術が標準的であり、腫瘍栄養血管塞栓術が補助的に行われることがある。しかし、高齢者等、全身状態によっては開頭腫瘍摘出術はリスクが高くなる場合があり、保存的加療を選択せざるを得ないこともある。今回、我々は症候性傍矢状静脈洞髄膜腫に対し粒状塞栓物質による腫瘍塞栓を行い、良好な経過が得られた1例を経験したので報告する。【症例】90歳 女性【現病歴】20XX年8月、起床時より左下肢の脱力を自覚した。数日で症状は増悪し、転倒すると自力で立ち上がることが出来なくなり、当院へ救急搬送された。当初は脳卒中を疑われたが、頭部CTで頭頂部大脳鎌から両側に突出する腫瘍を認め、髄膜腫疑いで当科入院となった。【入院時現症】左上肢MMT:5/5、左下肢MMT:5/4、明らかな感覚低下や失語症、嚥下障害は認めなかった。頭部CTでは頭頂部大脳鎌より両側に腫瘍を認め、左側縁には石灰化を認めた。頭部MRIでは腫瘍は上矢状静脈洞内や両側側頭骨にまで進展しており、右側では中心前回を含む隣接する脳実質に浮腫を認めた。髄膜腫を疑い、脳血管造影を施行。腫瘍左側の主要栄養血管は浅側頭動脈、右側は後頭動脈であった。両側に広がる上矢状静脈洞への進展を伴う髄膜腫であり、高齢であることから症候性ではあるものの開頭腫瘍摘出術は困難であると判断し、腫瘍縮小を目的に腫瘍塞栓術を行うこととした。塞栓物質にはEmbosphereを選択し、右後頭動脈および中硬膜動脈からの塞栓を行った。術翌日の頭部MRIでは、拡散強調像で腫瘍右側が高信号を呈していた。術後は著変なく経過し、徐々に左上下肢脱力も改善、外来でのフォローMRIでも腫瘍の再増大は認めていない。【結語】根治的ではないものの、脳実質の圧排を伴う髄膜腫に対する治療として、Embosphereを用いた塞栓術は有効と考えられた。

B-33 内耳道内に進展を伴った Crebello-pontine Angle Hemangioblastoma

宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野

新甫 武也, 山崎 浩司, 山下 真治, 上原 久夫, 横上 聖貴, 松元 文孝, 横山 貴裕, 竹島 秀雄

Crebello-pontine angle (CPA)に発生した Hemangioblastoma (HBL)はまれな病態である。術前画像では発生中心がわかりにくいため確定診断が困難である。また、腫瘍摘出においても血管豊富な腫瘍で en-lock に摘出することが望ましいが狭い術野であることから困難なこともある。症例は 68 歳、男性、3 年前に歩行時のふらつきが出現し近医を受診した。左 CPA から左小脳脚の出血を指摘され保存的加療を受けた。その後、左聴力低下が緩徐に進行するため施行した。follow-up MRI では左 CPA に 3cm 大、不均一な増強効果を有する腫瘍性病変を認め、内耳道内への進展及び錐体骨に dural tail sign を認めた。CT では石灰化の所見はなく、内耳道の拡大および骨肥厚・破壊は認められなかった。脳血管撮影では superior cerebellar artery および Anterior-inferior cerebellar artery (AICA) からの栄養血管が認められた。Meningioma または Hemangiopericytoma の術前診断で左後頭下開頭腫瘍摘出術を施行した。術中所見として腫瘍は硬膜への attachment はなく、易出血性で AICA を巻き込んでいたが、剥離したうえで piece by piece に摘出した。病理診断は HBL であった。CPA HBL の報告は渉猟しうるかぎり英語論文では 11 例の報告しかなく、これまでに内耳道内進展例の報告はない。我々は内耳道内に進展を伴った CPA-HBL を経験したので報告する。

B-34 頭蓋外に進展した前頭蓋底嗅神経芽腫に対して経頭蓋および経鼻内視鏡ア

プローチが有効であった一例

¹新古賀病院脳卒中脳神経センター 脳神経外科, ²古賀病院 21 耳鼻咽喉科

秋山 智明¹, 石堂 克哉¹, 伊藤 理¹, 御厨 剛史², 一ツ松 勤¹, 佐々木 富男¹

【背景】嗅神経芽腫は鼻腔に発生する稀な悪性腫瘍であり、治療の中心は手術と放射線療法の併用が一般的とされる。開頭手術に加え、近年経鼻内視鏡アプローチによる手術も増えてきている。今回、我々は前頭蓋底から副鼻腔内、さらには眼窩内に広範に進展する嗅神経芽腫に対して、経頭蓋頭微鏡下および経鼻内視鏡下で手術を行い、良好な結果を得た。具体的な治療戦略とその有効性を報告する。【症例】67 歳男性。左眼球突出を契機に、頭部 MRI で前頭蓋底から副鼻腔内、さらには左眼窩内に広がる腫瘍性病変を指摘された。前医にて経鼻的に生検術が企図されたが易出血性のため、十分な組織が採取できずに確定診断には至らず、精査加療目的に当科紹介となった。画像上、腫瘍は篩骨洞、蝶形骨道内に充満し、更に前頭洞内・左上顎洞内や前頭蓋底へ進展していた。左眼窩外側壁の骨破壊を認め、眼窩内への進展も認めた。耳鼻咽喉科と合同にて腫瘍摘出術を施行した。開頭術にて前頭蓋底に広がる硬膜と一体化した腫瘍ならびに眼窩内腫瘍を摘出した。篩骨洞内ならびに蝶形骨洞内の腫瘍に関しては、経鼻的内視鏡下に摘出した。最終的に全摘出し、頭蓋内と鼻腔が解放された。骨膜フラップならびに大腿筋膜を用いて頭蓋底を再建した。術後の病理診断では、嗅神経芽腫の診断で、他院にて術後放射線療法が施行された。合併症なく術後 8 ヶ月が経過し、再発なく経過している。【考察】嗅神経芽腫において、手術による全摘出と術後放射線療法が治療の主体となるため、手術での摘出率向上が重要となる。特に嗅神経芽腫は篩板を挟み、鼻腔内から頭蓋内に進展する傾向にあるため、経頭蓋頭微鏡下および経鼻内視鏡下併用手術は摘出率の向上および再建において有効と考えられる。

B-35 症候性出血性延髄海綿状血管腫の一手術例

¹九州医療センター 脳神経外科, ²(株)麻生飯塚病院 脳神経外科
道脇 悠平¹, 中溝 玲¹, 川野 陽祐¹, 秦 暢宏¹, 森 恩²

【症例報告】79歳男性。2016年8月末より歩行時に左に傾くようになり、次第に複視・吃逆が出現した。当科を紹介受診となり、CT/MRIにて延髄髄内出血性病変を認め、延髄海綿状血管腫による出血と診断した。初回出血でかつ症状が軽微であることから経過観察とし、再出血を来した場合には手術を検討することとしていた。11月下旬より右不全片麻痺が出現したため、当科を再診した。MMT4/5程度の右不全麻痺、顔面神経麻痺、嚥下障害を認め、CT/MRIで延髄海綿状血管腫に再出血による増大が見られ、血腫の一部が第四脳室底に近接していた。入院後麻痺は一旦増悪し、その後やや改善傾向が見られたため、再出血後約2週間の時点で摘出術を行った。経皮ペーシングの準備を行い、MEP、SEP、顔面神経、下位脳神経、外眼筋、ABRモニタリングを行いながら腫瘍を全摘出した。術後は、右不全麻痺、顔面神経麻痺、下位脳神経麻痺ともに改善した。比較的高齢であったが、2回目の症候性出血をきたし、two point methodが可能であり、各種のモニタリングを行うことにより合併症なく全摘出できた延髄海綿状血管腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

B-36 成人女性の大脳半球に発生した pilocytic astrocytoma の一例

¹九州医療センター 脳神経外科, ²九州医療センター 臨床研修医, ³九州医療センター 病理部, ⁴九州大学大学院医学研究院 神経病理学
川野 陽祐¹, 道脇 悠平¹, 秦 暢宏¹, 菅野 貴洋², 桃崎 征也³, 鈴木 諭⁴, 中溝 玲¹

51歳、女性。3年前に偶発的に頭部MRIで右前頭葉に長径35mm大の嚢胞を伴い、15mm大の壁在結節を伴う脳腫瘍を指摘された。腫瘍の壁在結節は頭部MRI T1W1でhypo intensity, T2W1でhyper intensity, Gd造影で均一に増強されていた。無症状であり、経過観察の方針とされていた。造影される腫瘍に変化はなかったが、嚢胞が3mm程度増大し、周囲の脳実質にFLAIR高信号域が出現した。精査加療目的に当科を紹介となり、摘出術を施行した。造影で増強される壁在結節をすべて摘出し、嚢胞壁を可及的に除去して、摘出腔内にオンマイヤーリザーバーチューブを留置し手術を終了した。病理診断はpilocytic astrocytomaであり、BRAF遺伝子の変異は検出されなかった。pilocytic astrocytomaは小児例が多く、小脳、視神経・視交叉部、視床下部、脳幹などが好発部位といわれている。今回、成人女性の大脳半球に発生したpilocytic astrocytomaを経験したので、文献的考察を加えて報告する。

B-37 画像診断に苦慮したトルコ鞍を主座とする pilocytic astrocytoma の一例

長崎大学病院 脳神経外科

郡家 克旭, 藤本 隆史, 梅野 哲也, 馬場 史郎, 氏福 健太, 吉田 光一, 鎌田 健作, 松尾 孝之

【症例】11歳男児。口渇、多飲を認めていた。検診にて低色素尿、低尿比重、低身長を指摘されMRIを施行。トルコ鞍部に腫瘍病変を指摘された。【現症】身長131.8cm(-2SD)、体重39.9kg(0SD)。GHは完全欠損。LH、FSHは思春期前反応。TSH、ACTH-Cortisol系の分泌は保たれていた。AFP0.9、HCGβ(-)。中枢性尿崩症を認めた。【画像所見】MRIではトルコ鞍内から鞍上部に進展する2cm程度の多房性嚢胞性病変を認め、嚢胞壁と共に後方に不均一に造影される部分がみられた。stalkは前方に圧排されていた。石灰化は認めなかった。Germinoma、pituitary adenomaなどが鑑別に挙げられた。【治療経過】経蝶形骨洞的に腫瘍摘出を施行した。嚢胞内に緑色調のfluidを伴うelastic softな腫瘍で、可及的に摘出を行った。病理診断はpilocytic astrocytomaであった。【考察】当症例は鞍内を主座として下垂体柄に沿って進展する小児例であり、術前診断に苦慮した。画像所見を中心に文献的考察を加え報告を行う。

B-38 下垂体腺腫術後に生じたトルコ鞍内血腫（鞍底硬膜下血腫）の一例

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, ³佐世保中央病院 病理部, ⁴福岡赤十字病院 脳神経外科

河野 大¹, 古賀 嵩久², 堀尾 欣伸¹, 保田 宗紀¹, 阪元 政三郎¹, 米満 伸久³, 継 仁⁴, 井上 亨²

[目的]トルコ鞍部発生の血腫には下垂体卒中やラトケ嚢胞内の出血がある。今回我々は下垂体腺腫摘出術後に徐々に増大したトルコ鞍底硬膜下血腫の稀な一例を経験したので報告する。[症例]43歳女性。某年3月より視野障害を自覚、視野検査で両耳側半盲があり、脳MRIで鞍上進展のある下垂体腺腫がみつかった。内視鏡下経鼻経蝶形骨洞的下垂体腫瘍摘出術を指摘された。病理診断は非機能性腺腫で、術後MRIで鞍上部に腫瘍の残存がみられた。翌年5月MRIでトルコ鞍内に占拠性病変が再出現した。8月頭痛と視野障害が出現し、MRIで残存腫瘍の増大がみられた。その翌年1月のMRIで占拠性病変がさらに増大して視神経を圧迫していた。T2-WIで鏡面形成があり、一部が不均一に淡く造強された。腺腫の再発を疑い、再手術を行った。鞍底硬膜を切開すると暗赤色の液状血腫に続き、褐色の漿液性の液体が流出した。血腫流出後の鞍内は空洞化し、正常下垂体は鞍背側に圧迫されていた。鞍結節部の残存腫瘍を摘出した。病理診断は前回同様であった。術後経過は良好で視野障害も改善した。[結語]下垂体腺腫術後にトルコ鞍内血腫（鞍底硬膜下血腫）の一例を経験した。出血の機序は残存腫瘍からの出血もしくは前回手術に伴う硬膜新生微小血管からの出血が考えられた。

B-39 当院で経験した Pituicytoma の一例

¹久留米大学医学部 脳神経外科, ²済生会八幡総合病院 脳神経外科センター, ³済生会八幡総合病院 病理診断科

吉武 秀展¹, 駒谷 英基², 大久保 卓¹, 岡田 洋介¹, 岡本 右滋², 原武 譲二³, 梶原 収功²

Pituicytoma はこれまで約 80 例の症例報告があり非常に稀な脳腫瘍である。下垂体後葉原発でしばしば下垂体腺腫との鑑別を要する。今回我々は Pituicytoma の 1 手術例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。【症例】70 歳女性。数年前からの視力・視野障害があり頭蓋内精査したところ、鞍内から鞍上部にかける腫瘍を認め治療目的に入院となった。初診時に視力（右：0.1 左：0.01）で両耳側半盲を来していた。頭部 MRI では T1 high intensity/ T2 isohigh intensity を有する 38x43x35mm 大の腫瘍で著明な造影効果を示した。一部腫瘍内に flowvoid を認めた。腎機能障害のため脳血管撮影検査は行えなかった。術前診断は下垂体腺腫と考え、経蝶形骨洞法による腫瘍摘出術を行った。術中所見は境界明瞭で吸引不可能な硬い腫瘍であった。また血行が豊富で摘出の際、止血に難渋した。術中 3400ml の大量出血を来したため輸血を行い、部分摘出術に終わった。術後の経過は左眼の視力視野改善が認められたが、右眼に関しては視力改善認めなかった。術後 MRA にて左内頸動脈の描出が欠損しており、術中、腫瘍近傍の内頸動脈が熱凝固で血栓化したと考えられた。神経学的には明らかな脳梗塞症状は生じなかった。病理組織は双極性の紡錘形細胞が束状に配列し、核異型や分裂像は乏しい所見であった。免疫染色にて TTF-1 陽性であり pituicytoma の診断に至った。【考察】Pituicytoma は WHO Grade 1 に分類され良性の腫瘍であるが、画像診断では下垂体腺腫との鑑別困難である。腫瘍は組織学的にも血行が豊富で、今回の症例のように大量出血を来すことがある。本症例では事前に血管精査が行えなかったが、腎機能が許容されれば術前塞栓術も有効であると考えられた。全摘出後は再発・悪性化の可能性は低いとされるが、残存腫瘍に対して経時的観察が必要であると考えられた。

合同-1 Current steering DBS が有用であった難治性パーキンソン病振戦の 1 例

医療法人相生会 福岡みらい病院 機能神経外科

宮城 靖

65 歳男性。2006 年右下肢のふるえで発症、四肢に拡大し、徐々に動作緩慢・拙劣も加わりパーキンソン病と診断された。振戦は治療抵抗性で 2016 年 3 月 STN-DBS を開始し、最腹側の電極で単極刺激を開始し四肢振戦は完全に消失した。術後 4 ヶ月目に四肢振戦が再発し、書字・箸操作が困難となり、すくみ足・前方突進・後方突進が再発した。さらに「自分が怒りっぽくなり我慢が効かなくなっている」「運転中、前の車列に割り込んでくる車が許せない」と易怒性を自覚し不安を訴えた。外来の DBS 調整で current steering 機能を用い、刺激電流を背側に配分すると振戦は完全に消失した。また易怒性は腹側電極への電流配分を減らすことにより消失したため、STN 辺縁系領域への電流拡散で生じていたと考えられた。従来の DBS では刺激範囲が電極位置により規定されるため、副作用の出現が調整の終点となることが多かった。Current steering DBS は刺激範囲の微調整に優れ、より高い満足度が得られると考えられた。

合同-2 繰り返す脳塞栓症の塞栓源となった腕頭動脈の狭窄症に対してステント留置術を施行した 1 例

¹熊本赤十字病院 神経内科, ²熊本大学大学院生命科学研究部 神経内科学分野

長尾 洋一郎¹, 進藤 誠悟¹, 波止 聡司¹, 和田 邦泰¹, 寺崎 修司¹, 安東 由喜雄²

症例は 62 歳男性。2016 年 4 月某日起床時からのふらつきにて翌日、当院外来受診した。来院時、一過性の記憶障害、構音障害を認めた。頭部 MRI の拡散強調画像で両側小脳、橋左側、両側頭頂葉に散在性に脳梗塞巣を認めた。塞栓源検索を施行し、胸部造影 CT で腕頭動脈起始部に潰瘍伴う粥腫を認め、その他の塞栓源は認めなかった。腕頭動脈起始部の潰瘍を伴う粥腫を塞栓源とした artery to artery embolism と診断し、クロピドグレルやロスバスタチンカルシウムなどの best medical treatment を行った。その後、リハビリテーション病院を経て自宅退院となったが、同年 12 月某日に新たな脳梗塞を再発した。再入院後もアスピリン、シロスタゾール、ヘパリン持続静注を行ったが脳梗塞の再発を繰り返したため、腕頭動脈の粥腫に対してステント留置術を行った。塞栓源の粥腫に対するステント療法について考察する。

合同-3 頸部血管エコーで診断しえた頭蓋外椎骨動脈解離の1例

国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 脳血管センター 脳血管神経内科

柴田 曜, 中西 泰之, 高口 剛, 中村 麻子, 後藤 聖司, 桑城 貴弘, 矢坂 正弘, 岡田 靖

動脈硬化リスクのない52歳女性。入院7日前より頭痛、浮動性眩暈が出現し、改善しないため近医脳神経外科を受診した。頭部MRIで後方循環系に多発する急性期脳梗塞巣を認めたため当院紹介、入院となった。塞栓源検索を行ったが塞栓源を同定できず、頭部MRIを再検したところ無症候性に脳梗塞巣の増加を認めた。いずれの病変も右椎骨動脈の灌流領域であったため頭頸部造影CTを撮影したところ右椎骨動脈のC2-3レベルでintimal flapを認め、椎骨動脈解離と診断した。頸部血管エコーを再検したところ、セクタ型プローブを用いることでC3-4レベルに可動性のintimal flapおよびdouble lumenを認めた。入院時の頸部血管エコーで椎骨動脈を遠位部まで詳細に観察するなら早期診断に至ったかもしれない。文献的考察を交えて報告する。

合同-4 バクロフェン髄腔内投与が有効であった右下肢ミオクローヌスの1例

福岡山王病院 脳・神経機能センター

桑原 和久, 大原 信司, 河井 伸一, 松島 俊夫, 茶谷 裕, 重藤 寛史

症例は58歳女性。55歳時にインフルエンザ罹患による意識混濁で倒れていた際に右下肢外側に褥創を形成し、足趾背側にかけての感覚障害および下垂足を来した。その半年後より右下肢の不随意運動と疼痛が出現するようになり、他院を受診した。右股関節と膝関節が屈曲進展し、下腿末梢が振戦様に内外旋を繰り返す動きを認め、末梢神経誘発性あるいは脊髄性のミオクローヌスが疑われ、抗てんかん薬などの内服が行われたが、明らかな効果を認めなかった。ペインクリニックにて施行された腰部硬膜外ブロックは、ミオクローヌスおよび疼痛を消失させたが、その効果は一過性であった。当院受診時には、右腓骨神経麻痺、右下肢から右側腰部の広い範囲でのミオクローヌス、を認め、特に痛みのため日常生活に支障をきたす状況であったため、バクロフェン髄腔内投与を検討した。スクリーニングテストとしてバクロフェン0.05mgの髄腔内投与を行ったところ、投与1時間後より不随意運動が減少し始め、24時間以内には一次的に完全消失を認め、それに伴い疼痛も改善を認めた。バクロフェン髄腔内投与が有効であると判断し、体内植込型ポンプ留置術を施行しバクロフェンの調整を行ったところ症状、ADLの改善を認めた。一般的にバクロフェン髄腔内投与は痙性に対して有効とされている。今回われわれはバクロフェン髄腔投与により劇的に改善した下肢ミオクローヌスの一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

合同-5 ジストニアにて発症した基底核部胚細胞腫瘍の1例

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経外科学分野

舎川 健史, 黒田 順一郎, 中村 英夫, 中川 隆志, 山田 和慶, 矢野 茂敏

基底核部に発生する胚細胞腫は5-10%とまれである。臨床徴候が非定型なため早期の診断は困難である。今回、片側のジストニアにて発症し、基底核胚細胞腫の診断に至った症例を経験したので報告する。症例は6歳の女兒。20XX年4月頃に左上肢のこわばりと痛みが出現した。近医小児科にて血液検査、頭部CT検査が施行されたが明らかな異常は認めず、経過観察がなされていた。同年7月には頭痛と食思不振が出現し、当院小児科へ紹介となった。脳MRI検査が施行され右基底核部腫瘍を認めた。同部位はFLAIRにて高信号、造影剤による増強効果は無かった。また、患側半球萎縮は認めなかった。胚細胞腫を疑い、12月に同病変の定位針生検を行い、germinoma の確定診断を得て、加療中である。