

第 224 回 日本神経学会 九州地方会プログラム・抄録集

日 時:平成 30 年 12 月 22 日(土)午前 9 時 00 分～午後 4 時 00 分
受付開始: 午前 8 時 30 分
会 場:熊本大学医学部 総合研究棟 3 階 講習室
当 番:熊本大学大学院生命科学研究部脳神経内科学分野 安東由喜雄
会 費:当日会員 1,000 円

開催要項:

1. 講演時間: 6 分
2. 質 疑: 2 分以内
3. 発表形式: PC、液晶プロジェクタ1台
(OS: Windows のみ アプリケーション PowerPoint)
4. 対応メディア: USB メモリーのみ
(USB メモリーに演題番号、演題名のラベルをつけ、ファイル名は演題番号-演者名.拡張子(例:21-熊大太郎.pptx)として下さい。)
5. ビ デ オ: PowerPoint を使用した動画のみとします。(要連絡)
6. 抄 録: 神経学会所定の用紙に作成の上、学会当日のスライド受付時に必ずご提出ください。

(注)発表者の方は、遅くとも発表の 30 分前にメディアをご提出ください。

世話人会:ランチョンセミナー終了後、13 時より、図書棟 4 階第 3 講義室にて開催いたします。

セミナーのご案内

日 時:平成 30 年 12 月 22 日(土) 12:00～13:00

場 所:熊本大学医学部 総合研究棟 3 階 講習室

座 長:熊本大学医学部附属病院脳神経内科

神経難病診療体制構築事業/アミロイドーシス診療センター

特任教授 山下太郎

講 演:「アミロイドーシスが引き起こす様々なニューロパチーの最新の知見」

演 者:熊本大学大学院生命科学研究部脳神経内科学分野 教授 安東由喜雄

共 催:第 224 回日本神経学会九州地方会、ファイザー株式会社

座長一覧

セッション	時間	演題	氏名	所属
1	9:00～9:50	1～6	中島 誠	熊本大学
2	9:50～10:30	7～11	桑城 貴弘	九州医療センター
3	10:30～11:10	12～16	渡邊 修	鹿児島市立病院
4	11:10～12:00	17～22	雪竹 基弘	高木病院
	12:00～13:00	ランチオンセミナー		
	13:00～13:30	世話人会、昼休み		
5	13:30～14:20	23～28	小川 剛	宮崎大学
6	14:20～15:10	29～34	山崎 亮	九州大学
7	15:10～16:00	35～40	前田 寧	熊本再春荘病院

第 224 回 日本神経学会九州地方会 プログラム

会場:熊本大学医学部 総合研究棟 3 階 講習室

セッション 1 (9:00-9:50) 座長:中島 誠 (熊本大学)

1. 脳血管造影検査で一過性の皮質盲を呈し、造影剤脳症と考えた 1 例
熊本赤十字病院 神経内科 竹熊梨祐 他
2. 髄液ミエリン塩基性蛋白高値を示した多発性脳梗塞の 1 例
独立行政法人国立病院機構熊本南病院 神経内科 阪本徹郎 他
3. 脳梗塞を発症した後下小脳動脈単独解離の 2 例
福岡市民病院 神経内科 中垣英明 他
4. Stanford A 偽腔開存型大動脈解離の偽腔内血栓が塞栓源として考えられた脳梗塞の一例
国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科 森田隆雄 他
5. 一過性の精神運動興奮を契機に診断に至ったもやもや病の一例
国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科 船水央 他
6. 血栓性微小血管障害を合併した脳幹型 posterior reversible encephalopathy syndrome の一例
福岡赤十字病院 脳神経内科 大津雅広 他

セッション 2 (9:50-10:30) 座長:桑城 貴弘 (九州医療センター)

7. 乳頭状線維弾性腫に伴う脳梗塞の 1 例
大分大学医学部 神経内科学講座 上杉聡平 他
8. 肺腫瘍術後に脳梗塞を発症した 1 例
長崎大学病院 脳神経内科 山中萌奈美 他
9. 回転性めまい、難聴を来した脳梗塞の一例
JCHO 諫早総合病院 神経内科 日高悠希 他
10. 症候性てんかんで顕在化した硬膜動静脈瘻の一例
宮崎大学医学部 神経呼吸内分泌代謝学分野 柿沼裕樹 他

11. 全身性塞栓症を契機に診断した老人性全身性アミロイドーシスの1例

熊本大学 脳神経内科

杉村勇輔 他

セッション 3 (10:30-11:10)

座長: 渡邊 修 (鹿児島市立病院)

12. 抗 GAD 抗体陽性自己免疫性小脳失調症症例に対する免疫治療の試み

国立病院機構熊本再春荘病院 神経内科

永利知佳子 他

13. 健忘症候群を呈した抗 SOX1 抗体陽性の傍腫瘍性辺縁系脳炎

福岡大学 神経内科

土井まいこ 他

14. 難治性のもてんかん重積状態を呈した SOX-1 抗体陽性傍腫瘍性辺縁系脳炎の一例

飯塚病院 脳神経内科

進村光規 他

15. 抗 NMDA 受容体抗体脳炎を続発した単純ヘルペス脳炎の一例

福岡東医療センター 脳神経内科

村谷陽平 他

16. 橋中心髄鞘崩壊症を契機にラスマッセン脳炎様病態を呈した1例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

劉景晨 他

セッション 4 (11:10-12:00)

座長: 雪竹 基弘 (高木病院)

17. 可逆的な脳血管狭窄を経時的に観察し得た肺炎球菌性髄膜炎の1例

雪の聖母会聖マリア病院 脳血管内科

木附信二 他

18. 頭蓋内出血を合併した嫌気性菌による髄膜脳炎の剖検例

佐世保市総合医療センター 神経内科

坂口恭平 他

19. 多発脳梗塞および脊髄神経根炎を併発した結核性髄膜脳炎の一例

熊本総合病院 脳神経内科

永利聡仁 他

20. 特徴的な MRI 画像を呈したクリプトコッカス髄膜脳炎の一例

飯塚病院 脳神経内科

前田教寿 他

21. インフルエンザワクチン接種後に水痘・帯状疱疹ウイルスを原因とする急性小脳炎を発症したと考えられる 1 例

雪の聖母会聖マリア病院 内科, 脳血管内科, 神経内科 山本竜太 他

22. 髄膜炎, 感染性心内膜炎, 脊髄硬膜外膿瘍を合併した一例

琉球大学医学部附属病院 第三内科 循環器・腎臓・神経内科学

金城史彦 他

ランチョンセミナー (12:00-13:00)

座長 熊本大学医学部附属病院 脳神経内科

神経難病診療体制構築事業/アミロイドーシス診療センター

特任教授 山下太郎

『アミロイドーシスが引き起こす様々なニューロパチーの最新の知見』

熊本大学大学院生命科学研究部 脳神経内科学分野 安東由喜雄

世話人会 (13:00-13:30) 図書棟 4 階第 3 講義室

セッション 5 (13:30-14:20) 座長: 小川 剛 (宮崎大学)

23. 馬尾症候群を呈した抗セントロメア抗体陽性不全型 CREST 症候群の一例

済生会福岡総合病院 脳神経内科

梅谷啓太 他

24. 脊髄炎と多発神経炎を併発した抗中性糖脂質抗体陽性の一例

鹿児島市医師会病院 脳神経内科

森山宏遠 他

25. 医療類似行為による頸部への施術で発症した脳脊髄液漏出症の 2 例

日本赤十字社長崎原爆病院 神経内科

原川さゆみ 他

26. Rossolimo 反射の臨床的意義の検討

高知大学 神経内科

大津留翔 他

27. 視神経炎との鑑別が困難であった Optic Nerve Schwannoma の一例

鹿児島大学病院 脳神経内科

小田健太郎 他

28. 臨床的に CJD との鑑別に苦慮した DLB の 1 剖検例

熊本医療センター 脳神経内科

小阪崇幸 他

セッション 6 (14:20-15:10)	座長:山崎 亮 (九州大学)
-----------------------	----------------

29. 腱反射亢進、感覚障害を伴い多種類の糖脂質抗体陽性を示した Fisher 症候群不全型の 1 例

藤元総合病院 神経内科

吉田崇志 他

30. 著明な握力低下以外の自覚症状を欠いた acute motor axonal neuropathy(AMAN)の一例

高邦会 高木病院 神経内科

末次南月 他

31. 抗 neurofascin155(以下 NF155)抗体関連ニューロパチーの一例

大分県立病院 神経内科

法化図陽一 他

32. パーキンソン病の経過中に心房粗動をきっかけに遺伝性 ATTR アミロイドーシスの診断に至った 1 例

NHO 大牟田病院 脳神経内科

河野祐治 他

33. 1-ブロモプロパン中毒により歩行障害を呈した 1 例

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科

上床希久 他

34. 鎮痛薬乱用によると考えられた急性小脳失調の一例

産業医大 神経内科

先成裕介 他

セッション 7 (15:10-16:00)	座長:前田 寧 (熊本再春荘病院)
-----------------------	-------------------

35. 成人発症の肢体型筋ジストロフィー2M(LGMD2M)の一例

長崎大学病院 脳神経内科

宮崎禎一郎 他

36. 間質性肺炎と筋力低下を併発した抗 EJ 抗体陽性の一例

NHO 沖縄病院 神経内科

立田直久 他

37. 顔面肩甲上腕型筋ジストロフィーが疑われた免疫介在性壊死性ミオパチーの 1 例

柳川リハビリテーション病院 神経内科

井下恒平 他

38. 肺癌加療中に発症したリウマチ性多発筋痛症の2例

鹿児島市立病院 神経内科

原口昌明 他

39. 家族性滲出性硝子体網膜症を合併した Möbius 症候群の 1 例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

日高響子 他

40. 巨舌を呈し免疫治療が奏功した封入体筋炎疑いの 1 例

熊本大学 脳神経内科

山崎義宗 他

1. 脳血管造影検査で一過性の皮質盲を呈し、造影剤脳症と考えた1例

熊本赤十字病院 神経内科

竹熊梨祐、波止聡司、三浦正智、進藤誠悟、和田邦泰、寺崎修司

症例は65歳男性。X年某日に突然めまいが出現し、救急外来を受診。初診時、めまいに加えて構音障害を認めた。頭部MRIではDWIで左後下小脳動脈領域に高信号を認め、MRAでは左後下小脳動脈の描出が不良であった。塞栓性脳梗塞を推定したが、各種検査にて明らかな塞栓源の特定には至らず、更なる精査目的で脳血管造影検査を行った。左椎骨動脈の選択的造影を行ったところ、左後下小脳動脈に異常は認めなかったが、その後不穏状態となり、全盲および記憶障害を認めた。ただちに施行した頭部CT、MRIで出血、空気塞栓症をはじめ新たな異常所見を認めず、5時間後の再検でも脳梗塞は指摘できなかったが、arterial spin labelingでは両側後頭葉の血流低下を認めた。造影剤脳症を疑いmPSL、エダラボン、レベチラセタムを開始した。症状は改善を認め、脳血管造影検査から5日目には完全に消失した。20ml程度しか造影剤を使用していなかったが、皮質盲、記憶障害などの後方循環系に起因する症状を呈した後に完全に回復し、造影剤脳症に矛盾しない経過であった。

2. 髄液ミエリン塩基性蛋白高値を示した多発性脳梗塞の1例

独立行政法人国立病院機構熊本南病院 神経内科¹⁾、熊本大学 脳神経内科²⁾

阪本徹郎¹⁾、水谷浩徳²⁾、山下哲司¹⁾、倉富晶¹⁾、堀寛子¹⁾、中島誠²⁾、安東由喜雄²⁾

症例は56歳女性。特記すべき既往歴なし。2018年7月X-3日頭痛、悪心、嘔吐が出現。X-2日に近医受診しロキソプロフェンの処方を受けるなどしたが改善せず、X日には経口摂取困難、歩行困難となり当院に救急搬入。搬入時、意識レベルJCS 1、両眼で左向き眼振あり、軽度構音障害あり。明らかな麻痺・感覚障害無し。脳MRIにて両側前頭葉を中心に、一部頭頂葉や後頭葉にも広がる多発性脳梗塞と考えられる所見を認め、緊急入院とした。入院時高度貧血を認め、上部消化管内視鏡検査にて出血性胃潰瘍所見があり、抗血栓療法を使用せず一連の精査加療を行った。脳脊髄液検査にて細胞数 $3/\text{mm}^3$ 、蛋白 97.0 mg/dL と蛋白細胞解離を呈しており、ミエリン塩基性蛋白(MBP)は 493.5 pg/mL であった。経過中、心房細動等の塞栓源となりうる異常所見を検出できなかったが、最終的には塞栓源不明の脳塞栓症と判断した。脳梗塞と臨床診断した例で髄液検査を行うことは実臨床の現場では少なく、MBPの値に関する報告例も稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

3. 脳梗塞を発症した後下小脳動脈単独解離の2例

福岡市民病院 神経内科

中垣英明、山元伸昭、柴田憲一、長野祐久

症例1は54歳男性。臥床中、左後頭部痛が出現。嘔吐、ふらつきがあり救急要請し当院搬送。初診時は末梢性めまいと診断され経過観察のために入院。翌日、左縮瞳、左眼瞼下垂、右半身温痛覚低下、左上下肢の失調を認めた。MRIで左延髄外側に新鮮梗塞を認めた。DSAで左後下小脳動脈(PICA) anterior medullary segmentにpearl and string signを認めPICA解離と診断した。症例2は56歳女性。臥床中、急に左頸部痛が出現。嘔気、歩行時ふらつきあり。頸部痛は改善したがふらつきが持続するため2日後に脳外科クリニック受診。MRIで左小脳半球に新鮮梗塞を認め当院に救急搬送。来院時体幹失調を認めた。DSAでは左PICAは起始部から閉塞し側副血行を介しposterior medullary segment以遠が描出され口径不整を認めた。入院9日後のMRIでは閉塞したPICAがT1強調画像で高信号でありPICA解離と診断した。PICA単独解離は比較的稀でくも膜下出血をきたすことが多い。考察を加え報告する。

4. Stanford A 偽腔開存型大動脈解離の偽腔内血栓が塞栓源として考えられた脳梗塞の一例

国立病院機構 九州医療センター 脳血管・神経内科

森田隆雄、桑城貴弘、森興太、船水章央、徳永敬介、後藤聖司、矢坂正弘、岡田靖

【症例】78歳、女性【主訴】左手の動かしにくさ【現病歴】X月Y日午前1時頃、左手の動かしにくさを自覚した。翌朝も症状の改善なく、当科を受診した。左手指の巧緻運動障害を認めた。頭部MRI拡散強調画像で右中心前回に急性期脳梗塞病変を認め、塞栓源不明塞栓症に対してヘパリンの持続静注を開始した。経胸壁心臓超音波検査で大動脈解離が疑われ、造影CTでStanford A 偽腔開存型大動脈解離の診断に至った。偽腔内に巨大な血栓を認めたため、今回の塞栓源と判断した。下肢静脈血栓の合併もあり、二次予防はエドキサバンを選択した。脳梗塞の再発なく経過し、第5病日に当院心臓血管外科に転科した。【考察】大動脈解離後の偽腔内血栓を塞栓源とする脳梗塞の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

5. 一過性の精神運動興奮を契機に診断に至ったもやもや病の一例

国立病院機構九州医療センター 脳血管・神経内科¹⁾，同院精神科²⁾

船水章央¹⁾，森興太¹⁾，徳永敬介¹⁾，後藤聖司¹⁾，桑城貴弘¹⁾，矢坂正弘，岡田靖¹⁾，竹田章吾²⁾，石川謙介²⁾

症例は 35 歳女性．生来健康で精神疾患の既往なし．急に大声で泣き叫び，死後の世界にいるなどの幻覚妄想状態を示唆する言動，希死念慮を認めたため近医を介して当院精神科に入院となった．入院 3 日目に撮像した頭部 MRI で両側中大脳動脈に散在性の急性期脳梗塞を認めたため当科へ紹介となった．当科初診時はすでに精神興奮は消失し明らかな神経脱落症状を認めなかった．血管造影では左内頸動脈，両側中大脳動脈，左後大脳動脈の狭窄ともやもや血管を認め鈴木分類では第 4 期であった．抗血栓療法を開始しその後は精神興奮，神経脱落症状なく経過している．精神運動興奮を契機に診断に至ったもやもや病の報告は稀であり，文献的考察を加えて報告する．

6. 血栓性微小血管障害を合併した脳幹型 posterior reversible encephalopathy syndrome の一例

福岡赤十字病院 脳神経内科

大津雅広，岡田卓也，北村泰佑，三本木良紀，北山次郎

【緒言】Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) は多彩な病態を背景に可逆性の神経学的症状および頭部画像所見を呈する疾患である．高血圧緊急症では急性臓器障害として他臓器障害とともに出現するが，血栓性微小血管障害 (TMA) の合併は稀である．【症例】高血圧を有する 72 歳男性．1 週間前から食欲不振が出現し意識障害と全身性けいれんを生じた．頭部 MRI で橋を含む脳幹，小脳，視床に広汎な浮腫性変化を認めた．血液検査では高度腎機能障害，血小板減少，破碎赤血球及びハプトグロビン著減を伴う溶血性貧血を認め，ADAMTS13 活性正常かつ感染症や膠原病などは否定的であり高血圧に合併した TMA と診断した．降圧療法後，全身倦怠感と食欲不振は残存したが MRI 所見は速やかに改善し，腎機能・貧血・血小板減少も緩徐に改善した．【考察】高血圧以外の誘因なく TMA を合併した脳幹型 PRES を発症した貴重な一例を経験したので報告する．

7. 乳頭状線維弾性腫に伴う脳梗塞の1例

大分大学医学部 神経内科学講座

上杉聡平、石橋正人、佐藤龍一、中道淳仁、堀大滋、木村成志、松原悦朗

症例は71歳女性。X年7月26日就寝時には異常なかった。27日4時頃後頭部痛と嘔気のため覚醒した。その後も症状は持続し、28日テレビの右下の画面が見づらいことに気付いた。30日になっても改善ないためかかりつけ医を受診し、頭部MRIで左後頭葉に拡散制限域を認めたため精査加療目的に同日当科紹介入院となった。入院時、神経学的には明らかな異常所見はなく、対座法で明らかな視野異常は認めなかったが、眼科的診察で右上四分盲を認めた。塞栓性機序の急性期脳梗塞と診断しヘパリン持続静注療法を開始した。頭部MRAでは主幹動脈の狭窄は認めず、心電図で不整脈はなく、頸部血管エコーで頸動脈の狭窄も認めなかった。経食道心エコーで大動脈弁にランブル疣贅あるいは乳頭状線維弾性腫と考えられる構造物を認めた。可動性に富む病変であり塞栓症の原因である可能性が高いと判断し、心臓腫瘍摘出術を行った。病理結果は乳頭状線維弾性腫の診断であった。乳頭状線維弾性腫に伴う脳梗塞は非常に稀であり貴重な症例と考えた。文献的考察を加えて報告する。

8. 肺腫瘍術後に脳梗塞を発症した1例

長崎大学病院 脳神経内科

山中萌奈美、金本正、立石洋平、中岡賢治朗、福島かほり、北之園寛子、太田理恵、島智秋、長岡篤志、吉村俊祐、宮崎禎一郎、白石裕一、辻野彰

症例は73歳男性。左下葉肺癌に対して完全胸腔鏡下左下肺葉切除術を施行されていた。手術後13日目に右同名半盲、右感覚障害が出現し当院へ入院した。頭部MRIを施行し、左後大脳動脈領域に脳梗塞があった。造影CTで左下肺動脈断端に血栓があった。経食道心エコーでは肺内シャントの所見があった。下肢静脈エコーで静脈血栓はなかった。心房細動は検出されなかった。肺動脈断端の血栓が肺内シャントを介して塞栓症を発症し得ると考え、抗凝固療法を開始した。第21病日にmodified Rankin Scale 4で転院した。肺癌術後の脳梗塞は稀だが重篤な合併症であり、当院で過去経験した症例をまとめ、発症機序について考察し、報告する。

9. 回転性めまい、難聴を来した脳梗塞の一例

JCHO 諫早総合病院 神経内科

日高悠希、溝田貴光、平山拓朗、長郷国彦

症例は 81 歳男性。X 年 8 月 22 日回転性めまいが出現し、翌日左難聴が出現した。近医で対症療法施行されていたが、改善なく、9 月 11 日当院耳鼻咽喉科紹介となった。当初、突発性難聴と疑われたが、9 月 20 日左末梢性顔面神経麻痺も出現し、頭部 MRI で、左小脳半球に脳梗塞を指摘され、当科紹介入院となった。診察上、注視方向性眼振、左感音性難聴、左末梢性顔面神経麻痺の所見を呈しており、頭部 MRI にて、左前下小脳動脈領域に、急性及び亜急性期の脳梗塞を認めた。内耳疾患以外に、めまい、難聴で発症する中枢神経疾患もあり、常に鑑別に入れる必要がある。今回、臨床経過、神経学的所見を提示し、鑑別点を含め、文献的考察を加えて報告する。

10. 症候性てんかんで顕在化した硬膜動静脈瘻の一例

宮崎大学医学部 神経呼吸内分泌代謝学分野¹⁾ 脳神経外科学分野²⁾

柿沼裕樹¹⁾、酒井克也¹⁾、鈴木あい¹⁾、金丸和樹¹⁾、小川剛¹⁾、望月仁志¹⁾、塩見一剛¹⁾、中里雅光¹⁾、田村充²⁾、齋藤清貴²⁾、竹島秀雄²⁾

症例は 68 歳男性、意識減損を伴う全身性のけいれんを初発、意識障害が遷延し、当科に入院した。入院後も発作を反復した。脳波では左前頭部を焦点とする局在性の律動性徐波を認めた。頭部 MRI では左前頭蓋底の左篩板付近から脳底部、上矢状洞へ向かう硬膜動静脈瘻 (dAVF) を認め、左側頭葉内側は腫大し、両側側頭葉内側は FLAIR 高信号を呈していた。これらは ASL で高灌流域として描出された。dAVF をてんかん原性とした両側側頭葉内側へのてんかん性活動の拡張と考えた。開頭流出静脈結紮術を施行後、発作はなく経過し、意識レベルは改善傾向となった。脳波異常や ASL での血流分布異常は消失し、両側側頭葉内側の信号は減弱した。dAVF に伴う症候性てんかんで梗塞や出血を伴わないものは稀であり、また本例では側頭葉内側の高信号は辺縁系脳炎を鑑別する必要もあった。今回、文献的考察を加え発表する。

11. 全身性塞栓症を契機に診断した老人性全身性アミロイドーシスの1例

熊本大学 脳神経内科¹⁾、熊本総合病院 脳神経内科²⁾

杉村勇輔¹⁾、増田曜章¹⁾、植田光晴¹⁾、永利聡仁²⁾、野村隼也¹⁾、三隅洋平¹⁾、中島誠¹⁾、山下太郎¹⁾、安東由喜雄¹⁾

症例は82歳男性。X年1月に失語、腹痛にて前医入院し、急性期脳梗塞及び左腎梗塞と診断、塞栓源不明の脳塞栓症としてワルファリン導入され退院となった。4月より下肢浮腫を認め、心室壁肥厚、拡張型心不全の存在から全身性アミロイドーシスが疑われ当院入院となった。神経学的に軽度の運動性失語、臍周囲の温覚低下、膝下の温痛覚低下、下肢腱反射減弱を認めた。神経伝導検査で手根管症候群を認め、下肢温痛覚閾値上昇、表皮内神経線維密度減少から小径線維ニューロパチーの存在が示唆された。ピロリン酸心筋シンチにて心筋異常集積、経食道心臓エコー検査にて左房内にもやもやエコーを認めた。消化管生検にてアミロイド沈着を認め、TTR 遺伝子変異はなく、老人性全身性アミロイドーシス (SSA) の診断となった。高齢社会の到来に伴い、多彩な神経合併症を有する SSA は神経内科医にとって注意すべき疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

12. 抗 GAD 抗体陽性自己免疫性小脳失調症症例に対する免疫治療の試み

国立病院機構熊本再春荘病院 神経内科¹⁾、熊本大学 脳神経内科²⁾、

熊本労災病院 神経内科³⁾、国立病院機構熊本南病院 神経内科⁴⁾

永利知佳子¹⁾、岡田匡充²⁾、村端秀映³⁾、水谷浩徳⁴⁾、西田泰斗¹⁾、中根俊成²⁾、前田寧¹⁾、安東由喜雄²⁾、上山秀嗣¹⁾

症例は77歳男性。70歳時に口喝を自覚し、1型糖尿病と診断された。75歳時に呂律不良と歩行障害を自覚し、当科受診。構音障害、四肢・体幹失調、深部腱反射消失、失調性歩行を認めた。家族歴はなく、頭部MRI、脳血流SPECTでは明らかな異常所見を認めなかった。血清ならびに髄液において抗GAD抗体が高力価であり、他の小脳疾患を除外し、抗GAD抗体陽性小脳失調症の診断に至った。治療としてステロイドパルス療法を行ったが症状の改善は認めず、次に免疫グロブリン大量療法を行った。以降免疫グロブリン大量療法を反復し、歩行障害の軽度改善を認めた。さらなる効果発現を期待して、一定期間を空けて血漿交換療法を行うも明確な効果はなかった。治療に難渋した本症例を通して、抗GAD抗体が関連する神経疾患の病態、臨床症状、治療等について考察する。

13. 健忘症候群を呈した抗 SOX1 抗体陽性の傍腫瘍性辺縁系脳炎

福岡大学 神経内科

土井まいこ、藤岡伸助、川平悠人、吉村郁弘、三嶋崇靖

山下眞一、岩崎昭憲、坪井義夫

症例は 69 歳女性。家族に健忘症状を指摘され近医を受診。頭部 MRI FLAIR 画像で両側側頭葉内側に高信号域を指摘され、当科外来を紹介受診した。神経学的所見として前向性および逆行性健忘のみを認め、一般血液学的検査および髄液検査で異常はなかったが、傍腫瘍神経症候群関連マーカーである抗 SOX1 抗体が陽性であった。非ヘルペス性辺縁系脳炎と診断し、ステロイドパルス療法を行った。健忘症候群は徐々に軽快し、MMSE も 18 点から 22 点に改善した。PET-CT 画像で傍大動脈リンパ節腫脹と同部位への集積を認め、組織生検で肺小細胞癌と診断された。健忘症候群のみを呈した抗 SOX1 抗体陽性傍腫瘍性辺縁系脳炎の報告はなく、文献的検討を含め報告する。

14. 難治性のでんかん重積状態を呈した SOX-1 抗体陽性傍腫瘍性辺縁系脳炎の一例

飯塚病院 脳神経内科

進村光規、前田泰宏、宇根隼人、前田教寿、中村憲道、高瀬敬一郎

症例は左肺腫瘍を指摘されていた 81 歳男性。X 年 6 月 15 日発熱し、睡眠導入剤を過量内服する行動異常あり。16 日朝より無言となり当院へ救急搬送となった。神経学的には全失語、項部硬直、右上肢脱力、右病的反射陽性、頭部 MRI で左側頭葉に DWI 高信号を認めた。入院後、口部自動症、右共同偏視、右顔面を含む上下肢の痙攣が出現し、脳波で左半球に周期性一側性てんかん型放電を認めた。髄液細胞数 65/3 mm³ (単核球 82%)、蛋白 45mg/dl と軽度上昇しており、ヘルペス脳炎を疑い、抗ウイルス薬、ステロイド、抗てんかん薬で加療を開始した。しかし、その後も発作が持続するため 26 日より免疫グロブリン大量静注療法を追加したところ意識状態と脳波異常の改善を認めた。髄液 HSV DNA は陰性。肺腫瘍生検結果より肺小細胞癌の診断が確定し、血清学的に SOX-1 抗体が陽性であった。その他の自己抗体は全て陰性であった。SOX-1 抗体陽性の傍腫瘍性辺縁系脳炎について、文献的考察を含めて報告する。

15. 抗 NMDA 受容体抗体脳炎を続発した単純ヘルペス脳炎の一例

福岡東医療センター 脳神経内科¹⁾ 神経内科²⁾

村谷陽平¹⁾、立花正輝¹⁾、陣内重郎¹⁾、黒田淳哉¹⁾、中根博¹⁾、田中恵理²⁾

症例は 61 歳男性。発熱、意識障害を主訴に前医へ救急搬送。髄液検査にて単球優位の細胞数上昇を認めたため、髄膜脳炎疑いで当院へ紹介となった。髄液所見と経過からウイルス性髄膜脳炎としてアシクロビル、デキサメサゾン投与を開始した。初回の髄液 HSV-DNA は陰性であったが、再検にて陽性となり、単純ヘルペス脳炎と診断した。症状改善傾向であったが、第 7 病日、第 16 病日と髄液細胞数の上昇を認め、微熱と随意性の低下が持続した。第 23 および第 30 病日にステロイドパルスを施行したところ改善を認めた。第 47 病日に抗 NMDA 受容体抗体陽性が判明し、後療法としてステロイド低用量の内服を開始し、第 67 病日にリハビリ目的に転院となった。近年単純ヘルペス脳炎後に自己抗体が検出されることが知られており、診察上注意を要すると考えられたため報告する。

16. 橋中心髄鞘崩壊症を契機にラスムッセン脳炎様病態を呈した 1 例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学

劉景晨、雑賀徹、松下拓也、山崎亮、吉良潤一

症例は 36 歳女性。28 歳時に低 Na 血症の治療中に全身けいれんを認めた。約 1 ヶ月後の頭部 MRI 検査では T2WI で橋中心部・両側視床内側に高信号、DWI で右島皮質・頭頂葉に高信号を認めた。その後症状なく経過したが、35 歳時より左半側視野異常を前兆とする全身強直間代性発作を繰り返した。頭部 MRI 検査で右半球性脳萎縮を認め、精査目的に当科に入院した。入院時、軽度認知機能障害を認めたが、その他の神経学的異常はなかった。頭部 MRI 検査では 1 年前と比べて右半球脳萎縮に進行はなく、脳血流シンチグラフィーで頭頂葉優位の右大脳半球血流低下、覚醒時脳波で右側頭領域に局限するてんかん性異常を認めた。血液・髄液検査では特記すべき異常はなかった。経過と画像所見より橋中心髄鞘崩壊症を契機にラスムッセン脳炎様病態を来したと考えた。本症例の病態について、文献的考察を加えて報告する。

17. 可逆的な脳血管狭窄を経時的に観察し得た肺炎球菌性髄膜炎の1例

雪の聖母会聖マリア病院 脳血管内科

木附信二、福田賢治、木村俊介、古賀統之、金沢信、松木孝之、松下知永、福
嶋由尚

要旨：症例は72歳男性。慢性副鼻腔炎のため2018年某日に近医耳鼻科で拡大前頭洞術を施行され、退院2日後に自宅近くで体動困難となり当院へ救急搬送された。来院時はJCS I-3の意識障害と項部硬直を認め、髄液検査の結果より肺炎球菌性髄膜炎と診断してCTRの投与を開始した。第5病日にJCS II-20まで意識レベルが低下し、造影MRIで両側小脳半球に梗塞巣を認め、MRAでは主幹動脈狭窄が多発していた。ステロイドパルス療法を実施したが、第12病日の造影CTでは血管狭窄は進行し、両側大脳半球に梗塞巣が広がっていた。その後定期的に造影CT検査を施行したところ第25病日には脳底動脈狭窄の改善を認め、第39病日にはびまん性の主幹動脈狭窄病変はほぼ正常に復していた。本症例は肺炎球菌性髄膜炎に合併した可逆的な脳血管狭窄の変化を経時的に観察し得た稀な1例と思われ、文献的な考察を加えて報告する。

18. 頭蓋内出血を合併した嫌気性菌による髄膜脳炎の剖検例

佐世保市総合医療センター 神経内科¹⁾ 病理診断科²⁾

坂口恭平¹⁾、福元尚子¹⁾、林信孝¹⁾、藤本武士¹⁾、岩崎啓介²⁾

症例は28歳男性。主訴は意識障害、発熱、けいれん。既往歴に未治療の副鼻腔炎あり。現病歴はX年12月中旬より全身倦怠感あり。数日後、右上下肢優位の強直性けいれんを繰り返すため救急搬送された。来院時40℃を超える発熱、意識障害（JCS 200）あり。末梢血での著明な炎症所見の他、髄液で多形核球優位の細胞増多と糖低下を認め、髄液塗抹検査ではグラム陰性桿菌を認めたため細菌性髄膜脳炎と診断したが、2日後も髄液培養で菌の発育がなく、嫌気性の血液培養からのみ菌を検出したため、嫌気性菌による髄膜脳炎を考えた。同日、呼吸・循環動態が悪化し、頭部CTで硬膜下血腫、クモ膜下出血を認めた。全身管理を行うも、入院27日目に永眠された。剖検を行い大脳～小脳～脊髄に至るまで、膿瘍と血腫を認めた。嫌気性菌による髄膜脳炎は非常に稀な疾患であり、本症例での臨床的特徴と剖検所見に関して、文献的考察を加えて報告する。

19. 多発脳梗塞および脊髄神経根炎を併発した結核性髄膜脳炎の一例

熊本総合病院 脳神経内科¹⁾、熊本大学 脳神経内科²⁾

永利聡仁¹⁾、中瀬卓¹⁾、井上泰輝²⁾、増田曜章²⁾、安東由喜雄²⁾

症例は30歳男性。拡張型心筋症、慢性心房細動、糖尿病の既往あり。X年8月より発熱、咳嗽、胸水貯留、9月より頭痛出現し、当院入院。髄膜刺激徴候に加え、髄液検査でリンパ球優位の細胞数増加、蛋白上昇、糖低下、脳造影MRIにて左頭頂葉皮質下に急性期脳梗塞、脳表の結節性病変、脳軟膜の増強効果を認めたため、髄膜脳炎の診断で経験的治療を開始した。髄液培養で結核菌群が陽性となり結核性髄膜脳炎の確定診断に至った。抗結核薬およびステロイド治療にもかかわらず、経過中に多発脳梗塞を繰り返し、病態として続発性血管炎が考えられた。さらに、両下肢麻痺、両下肢感覚障害、神経根痛、尿閉が出現し、脊髄造影MRIにて、右L5神経根中心に増強効果を認め、神経生理検査から、脊髄神経根炎と診断した。結核は、様々な症状を呈することが知られているが、本症は、髄膜脳炎、多発脳梗塞、脊髄神経根炎と多彩な神経合併症が認められ、興味深い症例のため、文献的考察をふまえて報告する。

20. 特徴的なMRI画像を呈したクリプトкокカス髄膜脳炎の一例

飯塚病院 脳神経内科

前田教寿、進村光規、中村憲道、高瀬敬一郎

症例はIgA腎症による慢性腎不全に対してステロイド持続内服中のADL自立した83歳女性。X年7月末に37度台の発熱と全身倦怠感のため近医入院し保存的加療が行われていた。入院後徐々に覚醒不良となり、8月10日に高度の意識障害に至ったため精査加療目的に当院搬送となった。当科紹介時項部硬直を認め、JCSⅢ-200、右共同偏倚、MMT1レベルの高度左片麻痺、両側病的反射陽性の所見であった。髄液検査では髄液蛋白が上昇し頭部MRIでは両側側頭葉を中心に脳表から実質にかけてDWI、FLAIR高信号病変を認めた。細菌検査、墨汁染色や結核菌PCR検は陰性であり自己免疫性脳炎を疑いステロイドパルス療法を行った。初期は治療に反応あるもその後再び意識障害が悪化。第7病日に髄液検査を再検し墨汁染色にてクリプトкокカス菌体を同定した。最終的にクリプトкокカス髄膜脳炎と診断。その後は治療反応なく第8病日に死亡した。クリプトкокカス髄膜脳炎としては非典型的な画像所見を呈した1例であり、文献的考察を含めて報告する。

21. インフルエンザワクチン接種後に水痘・帯状疱疹ウイルスを原因とする急性小脳炎を発症したと考えられる 1 例

雪の聖母会 聖マリア病院 内科, 脳血管内科, 神経内科

山本竜太, 福田賢治, 木附信二, 木村俊介, 古賀統之, 金沢信, 松木孝之, 松下知永, 福嶋由尚, 庄司紘史

要旨：70 歳女性. 20XX 年某日にインフルエンザワクチン接種を受けた. 3 日後より車庫入れが困難となり, 頭痛, 発熱, 食欲低下, 書字不能も徐々に出現し, 自動車運転が不能となって当院へ紹介された. 経過中に臀部に皮疹も認め, 帯状疱疹の診断で近医よりバラシクロビルの内服が開始されていた. 来院時は, 指鼻試験, 回内回外試験, 膝踵試験は両側とも拙劣で, 両上肢に姿勢時振戦と企画振戦を認めて, 髄液検査の結果と合わせ急性小脳炎と診断した. 髄液 PCR 検査にて水痘・帯状疱疹ウイルスの DNA が検出され, アシクロビルの投与を行い軽快した. 本症例は, インフルエンザワクチン接種後に水痘・帯状疱疹ウイルスを原因とする急性小脳炎を発症したと考えられる稀な 1 例で, 文献的な考察を加えて報告する.

22. 髄膜炎, 感染性心内膜炎, 脊髄硬膜外膿瘍を合併した一例

琉球大学医学部附属病院 第三内科 循環器・腎臓・神経内科学

金城史彦, 山城貴之, 谷川健祐, 當銘大吾郎, 名嘉太郎, 波平幸裕, 城間加奈子, 石原 聡, 崎間洋邦, 大屋祐輔

症例は 63 歳男性. X-14 日に庭仕事中に右手掌の擦過傷を受傷した. X-5 日に腰痛, X-2 日に吃逆, X-1 日からは発熱, 頭頸部痛および意識障害が出現した. X 日に近医受診後, 緊急入院となった. 髄液細胞数と髄液蛋白の上昇を認め, 血液培養から MSSA が検出され, 心エコーで大動脈弁に疣贅を認めたことから, 髄膜炎, 菌血症, 感染性心内膜炎と診断された. 抗菌薬投与により解熱し, 炎症所見は改善したが, 徐々に四肢筋力低下, 膀胱直腸障害が出現した. X+20 日に MRI で頸胸髄に T2 高信号病変を認めたため, 脊髄炎が疑われ当院に転院となった. 脊髄造影 MRI 所見から脊髄硬膜外膿瘍と診断した. 抗菌薬治療を継続し, 炎症反応の改善および四肢筋力と排尿機能の改善を認めた.

脊髄硬膜外膿瘍は稀な疾患である. 付近感染巣からの波及や局所感染の血行性感染が報告されているが感染源不明例も多い. 神経症状は神経圧迫や血栓性静脈炎, 動脈血流遮断, 局所血管炎等によると考えられている. 本症例について脊髄硬膜外膿瘍の一般知見や文献的考察を加えて報告する.

23. 馬尾症候群を呈した抗セントロメア抗体陽性不全型 CREST 症候群の一例

済生会福岡総合病院 脳神経内科

梅谷啓太, 中澤祐介, 高下純平, 橋本哲也, 田中正人, 川尻真和, 山田猛

症例は 68 歳女性. X 年某日, 両下肢の脱力と感覚鈍麻が出現し歩行困難となった. 翌日, 排尿不能となり下腹部痛が増悪して入院した. 両手指, 下肢に皮膚硬化と皮疹あり, レイノー現象認めた. 脳神経頸部上肢に異常なし. 両側腸腰筋以下 MMT3 の筋力低下, アキレス腱反射消失, 臀部陰部に至る両側 L3 以下の温痛覚触覚低下および左優位の深部知覚低下, 排尿困難, 横溢性尿失禁 (膀胱感覚あり) を認めた. 抗核抗体 320 倍, 抗セントロメア抗体 105 倍, 抗 SS-A, B 抗体と抗 AQP4 抗体は陰性. 髄液細胞数 $2/\text{mm}^3$, 髄液蛋白 46 mg/dl, MBP 476 pg/ml. 脳脊髄 MRI に著変なし. 皮膚生検で膠原繊維の肥厚あり. 上部消化管内視鏡検査でバレット食道, 食道蠕動低下あり. 唾液腺生検で軽度のリンパ球浸潤あり. 不全型 CREST 症候群に伴う馬尾症候群と診断し, ステロイドパルス療法と IVIG を行い, 症状は改善し, 独歩可能となった. 本例は抗セントロメア抗体に関連した馬尾障害の可能性がある.

24. 脊髄炎と多発神経炎を併発した抗中性糖脂質抗体陽性の一例

鹿児島市医師会病院 脳神経内科

森山宏遠, 中川広人, 穂原貴裕, 高口剛, 武井藍, 園田健

症例は 69 歳男性. X 年 5 月急激に四肢の脱力出現し立位不能となり頭部 MRI で新規病変なく当院紹介となった. 来院時, 意識清明, 脳神経は異常なし, MMT で上腕三頭筋以下の著明な筋力低下, 四肢体幹の感覚低下, 膀胱直腸障害認め, C5 における横断性脊髄障害の臨床症状を呈していた. 反射は上腕二頭筋反射のみ保たれ他は低下していた. 脊髄 MRI では頸髄から上部胸髄に長大病変認め, 髄液検査では蛋白細胞解離を認めた. 神経伝導検査では運動神経優位の重度の軸索障害を認めた. 脊髄炎と多発末梢神経障害を併発したと考えられ, ステロイドパルス 3 回, 免疫グロブリン大量療法 2 回施行したが改善は乏しかった. 血液浄化療法を施行したところ, 左手の痺れが消失し手指が動かせるようになるなど改善を認めた. 後に抗中性糖脂質抗体が陽性と判明し脳脊髄根末梢神経炎に近い病態と考えられた. 文献的考察を含め報告する.

25. 医療類似行為による頸部への施術で発症した脳脊髄液漏出症の2例

日本赤十字社長崎原爆病院 研修医¹⁾、神経内科²⁾、緩和ケア内科³⁾、放射線科⁴⁾

原川さゆみ¹⁾、木下郁夫²⁾、濱崎真二²⁾、後藤慎一³⁾、大坪まゆみ⁴⁾

症例1：43歳女性、X年8月に整骨院で頸部の施術を受けた後、頭痛とめまいが出現した。10月に近医脳神経外科で両側硬膜下血腫を指摘された。経過観察されるも改善なく、ミエロMRIでC2/3からの髄液漏出が確認された。C7/Th1よりブラッドパッチを施行し軽快した。症例2：37歳女性、Y年7月に整骨院で頸部の施術を受けた後、座位で頭痛、嘔気が出た。造影CTで硬膜の軽度肥厚、ミエロMRIで頸椎レベルの髄液漏出を確認した。C7/Th1よりブラッドパッチを施行し、症状は軽減したが残存あり。再検のミエロMRIでは腰椎レベルでは髄液漏出の軽減が示唆されるも、頸椎から胸椎レベルで漏出の残存が確認された。再度Th3/4よりブラッドパッチ施行したところ、症状は軽快した。医療類似行為による頸部施術の危険性を認識する必要があると考え報告する。

26. Rossolimo 反射の臨床的意義の検討

高知大学 神経内科¹⁾、NH0大牟田病院 神経内科²⁾

大津留翔¹⁾、永松秀一¹⁾、宮本由賀¹⁾、古島朋美¹⁾、森田ゆかり¹⁾、大崎康史¹⁾、古谷博和¹⁾、笹ヶ迫直一²⁾

【目的】Rossolimo 反射(RMR)の臨床的意義について検討した。【方法】NH0大牟田病院および高知大学脳神経内科を受診しRLRを含む全神経所見をとったのべ1,440名の症例について、RMRが明らかな左右差を呈して出現した症例と、両側に明らかに出現する症例、計152名(10.6%)を異常として、最終臨床診断との関連を χ^2 検定を用いて検討した。【結果】RMRの左右差を明らかに認めた症例は91例(59.9%)で、両側に明らかに出現した症例は61例(40.1%)であった。RMRの異常が有意($p<.05$)に出現する疾患は、認知症を呈する多発性脳梗塞(DMCI)(3例)、脳症(21例)、FTD/ALS(4例)、パーキンソン病(27例)、多系統脳萎縮症(MSA-P)(10例)、前頭葉側頭葉変性症(FTLD)(5例)であった。RMRの左右差が有意($p<.05$)に出現する疾患としては、DMCI、脳症、FTLDがあり、RMRが両側に明らかに出現する疾患としては、脳症、FTD/ALS、パーキンソン病、MSA-Pが有意であった($p<.05$)。【考察】左右差の強い場合と明らかに両側に出現する場合を異常としてとらえると、PMRは感度は低いが特異度が高く、パーキンソン病およびその関連疾患で陽性になる率が高く、Babinski反射やChaddock反射と違った情報を得ることが可能な反射であることが判明した。

27. 視神経炎との鑑別が困難であった Optic Nerve Schwannoma の一例

鹿児島大学病院 脳神経内科¹⁾、鹿児島大学病院 脳神経外科²⁾

小田健太郎¹⁾、金子浩之¹⁾、樋口雄二郎¹⁾、吉村道由¹⁾、荒田仁¹⁾、藤尾信吾²⁾、高嶋博¹⁾

症例は 39 歳男性。X 年 4 月初旬に左眼の視力低下が出現し進行してきたため近医受診。眼窩部 MRI 検査にて左視神経管付近の視神経に T2 延長および造影効果を指摘され 5 月末に精査目的に当科入院。神経学的には左眼の視力低下、中心暗点、相対的瞳孔求心路障害 (RAPD) を認めた。特発性視神経炎や視神経脊髄炎などの炎症性疾患を疑いステロイドパルス療法 (計 3kur)、免疫吸着療法を行ったが視力低下が進行した。腫瘍性病変の可能性も疑われたため、X 年 8 月に内視鏡下にて経篩骨洞経由で左眼窩内壁解放による減圧を行い、視神経病変の一部を切除した。術後、視力は改善傾向である。病理所見では紡錘形腫瘍細胞の増殖を認め視神経鞘腫 (Optic Nerve Schwannoma) の診断となった。Schwannoma は末梢神経の Schwann 細胞由来の良性腫瘍であるが、視神経に発生する Schwannoma は極めて稀で、過去に病理組織診断がついた症例は 1 例のみであり、貴重な症例と考えられ報告する。

28. 臨床的に CJD との鑑別に苦慮した DLB の 1 剖検例

熊本医療センター 脳神経内科¹⁾、熊本大学 機能病理学分野²⁾、熊本大学 脳神経内科分野³⁾

小阪崇幸¹⁾、西晋輔¹⁾、天野朋子¹⁾、幸崎弥之助¹⁾、伊藤隆明²⁾、安東由喜雄³⁾

症例は死亡時 85 才、男性。X 年に物忘れにて発症。その後、妄想、徘徊といった精神症状や頻回の意識消失発作などを呈するようになった。X+2 年 9 月に精神科病院に入院となり、11 月には栄養状態不良のため経管栄養開始。X+3 年 2 月に全身けいれんを認めたため当院神経内科に精査加療目的に入院。入院時にはすでに無動性無言のような状態でコミュニケーションは全く取れなかった。髄液検査では細胞数 $2 /\text{mm}^3$ 、蛋白 68 mg/dl、T-tau 蛋白 $>2400 \text{ pg/ml}$ 、14-3-3 蛋白 $778 \mu\text{g/ml}$ 、頭部 MRI 拡散強調画像では皮質に沿った高信号領域を認めた。codon129 は Val/Met の遺伝子多型であった。X+3 年 6 月に全経過 3 年で永眠。病理解剖時に採取した凍結脳組織の Western blot では異常プリオン蛋白は検出されず、病理学的には Dementia with Lewy Bodies (DLB) に矛盾しない所見であった。頭部 MRI 拡散強調画像における皮質高信号や髄液中 14-3-3 蛋白高値などはいずれも Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) に特異的な所見というわけではなく、臨床的に CJD との鑑別に苦慮するような症例においては病理学的な確定診断が必須と考えられた。

29. 腱反射亢進、感覚障害を伴い多種類の糖脂質抗体陽性を示した Fisher 症候群不全型の 1 例

藤元総合病院 神経内科

吉田崇志、大窪隆一、末原雅人

症例は33歳男性。感冒症状の約2週間後に呂律難、歩行困難を自覚し当科受診。上方視時の複視、両眼の外転制限、軽度の構音・嚥下障害、両手掌の異常感覚、四肢振動覚低下、協調運動障害、失調歩行を認めたが、腱反射は明らかに亢進。頭部 MRI や末梢神経伝導検査に異常を認めず、髄液では蛋白正常で軽度の細胞増多($10/\mu\text{L}$)のみ。小脳～脳幹の広範な障害が示唆され、NMOSD や ADEM の可能性から IVMP および PSL 後療法実施。併行するように症状は軽減し、発症後1ヵ月で退院～復職したが、後に判明した抗 AQP4、抗 MOG 抗体は陰性、糖脂質抗体は抗 GM1/GD1b/GD3/GQ1b 抗体(3+)、抗 GT1a 抗体(4+)、抗 GM2/GM3/GD1a/GT1b 抗体(+)であった。不全かつ非典型例であるが総合的に Fisher 症候群と診断した。明らかな感覚障害の存在と腱反射消失を認めず逆に亢進を示した点等は、抗 GQ1b 抗体以外の多くの糖脂質抗体が関与した可能性を推定したが、全体として良好な経過が印象的であった。

30. 著明な握力低下以外の自覚症状を欠いた acute motor axonal neuropathy (AMAN) の一例

高邦会 高木病院 神経内科

末次南月、森法道、雪竹基弘

症例は77歳男性。腹部症状の10日後頃より両手に力が入らないことを主訴に当院を受診した。初診時、握力右5kg、左4kg、四肢筋力の一部MMT4+だったがほぼ保たれていた。両下肢に軽度の振動覚低下を認めた。つぎ足歩行で軽度の動揺を認めた。腱反射は保たれていた。髄液蛋白は47mg/dlであった。神経伝導検査で運動神経の振幅低下を認めるも、伝導速度は正常。遠位潜時も遅延はなく、刺激点間での波形変化も乏しく、distal axonal neuropathy の所見であった。AMAN と診断し、免疫グロブリン大量療法(IVIg)を施行した。経過を通じて筋力低下の分布に進展はみられず、IVIg3日目より筋力の改善を認めた。抗ガングリオシド抗体は抗 GM1 抗体と抗 GalNAc-GD1a 抗体が強陽性であった。3ヵ月後の神経伝導検査では振幅の改善を認めた。下肢振動覚とつぎ足歩行の所見は年齢の許容内と考えた。ほぼ著明な握力低下のみで、予後良好な AMAN の一例を経験したので報告する。

31. 抗 neurofascin155(以下 NF155)抗体関連ニューロパチーの一例

大分県立病院 神経内科¹⁾、九州大学医学部 神経内科²⁾

法化図陽一¹⁾、臼元亜可理¹⁾、武井潤¹⁾、花岡拓哉¹⁾、緒方英紀²⁾

症例は、19 歳、男性。2017 年 3 月頃より両手の振え、両足趾のしびれが出現し、症状持続するため当科を受診した。

神経学的には、意識は、清明、脳神経では、両耳の耳鳴（聴力は、正常）を認める以外異常所見を認めない。筋トーンスは、正常で、MMT は、full。両指先に 7～8/10、両足底に 2/10 の感覚低下と振動覚の低下を認めた。腱反射は、消失し、病的反射は陰性。歩行は、不安定歩行で、Romberg' s sign(+)。

検査では、一般血液学的検査では、CK359U/L と軽度高値以外、異常を認めなかったが、髄液検査で、細胞数 6 個（全て単核球）、蛋白 334 mg/dl と髄液蛋白の異常高値を認めた。電気生理検査では、感覚優位の多発ニューロパチーの所見。その後の精査で、抗 NF155 抗体が陽性であることが判明したため、抗 NF155 抗体関連ニューロパチーと診断した。

副腎皮質ホルモン剤の内服により症状の軽度改善を認めたが、ステロイドパルス療法や IVIG 療法では、改善を認めなかった。文献的考察を加え、報告する。

32. パーキンソン病の経過中に心房粗動をきっかけに遺伝性 ATTR アミロイドーシスの診断に至った 1 例

NHO 大牟田病院 脳神経内科¹⁾、福岡山王病院 神経内科²⁾、熊本大学 脳神経内科³⁾

河野祐治¹⁾、笹ヶ迫直一¹⁾、山本明史¹⁾、荒畑創¹⁾、渡邊暁博¹⁾、三好絢子²⁾、山下太郎³⁾、安東由喜雄³⁾

父親にペースメーカー植え込み、弟に不整脈があり、65 歳頃右下肢振戦にてパーキンソン病を発症した女性。発症 9 年で Yahr II 度であった。71 歳時の健診にて心肥大を指摘。74 歳時に下肢異常感覚があり、NCS にて下肢優位、感覚優位に振幅の低下が見られた。さらに心電図で心房粗動を認め、紹介先の循環器内科での心エコーにて心肥大、拡張障害、granular sparkling sign から心アミロイドーシスが疑われ、心筋生検にてトランスサイレチンによるアミロイドーシスと判明した。その後失神を頻発し、ペースメーカー挿入され、以後は失神なし。TTR 遺伝子には c. 148G>A, p. V50M の変異があり、多発神経障害と心不全といった非集積地高齢発症 V30M 型の特徴を持った遺伝性 ATTR アミロイドーシスと診断でき、Tafamidis 内服が開始された。通常診療におけるありふれた症状所見の重要性を再認識させられた症例であった。

33. 1-ブロモプロパン中毒により歩行障害を呈した1例

佐賀大学医学部内科学講座 神経内科¹⁾、国立病院機構大牟田病院 神経内科²⁾
上床希久¹⁾、江里口誠¹⁾、荒畑創²⁾、薬師寺祐介¹⁾、原英夫¹⁾

症例は55歳、男性。2ヶ月の経過で亜急性に進行する下肢筋力低下と感覚障害を呈し紹介受診となった。来院時、徒手筋力テストで腸腰筋と大腿屈筋群は1、前脛骨筋0で両下肢の異常感覚を認め、振動覚と位置覚は低下していた。膝蓋腱反射は亢進、アキレス腱反射は低下しており、両側バビンスキー徴候陽性であった。髄液細胞数・蛋白は正常であった。詳細な病歴聴取により発症4か月前より1-ブロモプロパン(1-BP)を含む有機溶剤を使用する業務へ配置転換となっていたことが判明し、前医受診時の血清を用いてブロム濃度を測定したところ、527.2mg/lと著明に上昇していた。腓腹神経生検では大径有髄線維優位の軸索変性、亜急性から慢性期の所見を得た。臨床症候と合わせ1-BP中毒による神経障害と診断した。我が国での報告例は少なく、病理所見と臨床経過について報告する。

34. 鎮痛薬乱用によると考えられた急性小脳失調の一例

産業医大 神経内科

先成裕介，橋本智代，岡田和将，足立弘明

症例は46歳の女性。家族歴なし。大酒家。生来健康であったが、16歳頃より鎮痛薬を内服するようになり、その後も様々な鎮痛薬を常用していた。最近では鎮痛薬の使用量が増え様々な鎮痛薬を1日20錠以上内服するようになっていた。ふらつき、嘔気嘔吐が出現したため、第3病日に前医に入院し補液治療（ビタミン剤併用）を受けていた。症状が増悪し、構音障害も出現したため、第13病日に当科に転院した。神経学的には下向き眼振，失調性構音障害，小脳性運動失調，四肢で腱反射亢進を認めた。血液検査は正常，脳脊髄液検査では軽度蛋白上昇を認めた。頭部造影MRIでは両側歯状核中心にT2WIで増強効果を伴う異常信号域を認めた。第30病日には無治療で症状はほぼ消失し，画像所見も改善を認めた。後日血中ブロム増加を確認した。本例は鎮痛薬の乱用が原因と考えられ文献的考察を加えて報告する。

35. 成人発症の肢体型筋ジストロフィー2M(LGMD2M)の一例

長崎大学病院 脳神経内科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³⁾

宮崎禎一郎¹⁾、向野晃弘²⁾、中岡賢治朗¹⁾、北之園寛子¹⁾、金本正¹⁾、太田理恵¹⁾、島智秋¹⁾、長岡篤志¹⁾、吉村俊祐¹⁾、立石洋平¹⁾、白石裕一¹⁾、西野一三³⁾、辻野彰¹⁾

症例は52歳女性。30代から時に下腿や足指の筋痙攣が生じ、38歳時にはAST、ALTの軽度上昇あり。X-9年(38歳時)バスのステップを昇ることが困難となり、その後も筋力は低下し登攀性起立を呈するようになった。X-4年に精査目的に当科へ入院した。下肢近位筋の筋力低下を認め、MRI(STIR)で高信号を認めた右外側広筋より筋生検を行ったが、10~80 μ mの筋線維の大小不同と筋周膜のわずかな間質増生は認めたものの、著明な炎症細胞浸潤や群萎縮は認めず、確定診断には至らなかった。経過観察となったがさらに筋力低下は進行し、X年再精査目的に当科へ入院した。下肢優位の近位筋筋力低下を認め、腱反射減弱、CK上昇を認めたが、心不全症状はなく心電図上も異常を認めなかった。遺伝子検査でFKTN遺伝子に3kb挿入変異とミスセンス点変異(c. 536 G>C, p. Arg 179 Thr)のヘテロ接合を認め、LGMD2Mと診断した。同異常による肢体型筋ジストロフィーは本邦からもすでに少数の報告があるが、稀な症例と考え報告する。

36. 間質性肺炎と筋力低下を併発した抗EJ抗体陽性の一例

NHO 沖縄病院 神経内科

立田直久、中地亮、赤嶺博行、妹尾洋、城戸美和子、藤原善寿、藤崎なつみ、渡嘉敷崇、諏訪園秀吾

症例は68歳男性。X-6月から四肢近位筋の筋力低下を自覚した。前医は腎機能の低下などで受診となったが、CT検査で間質性肺炎を認めたためステロイドパルスが施行された。X-2月より食思が急激に低下しX-1月になると構音障害、嚥下障害が出現した。X月に離床不能となり筋力低下に対する精査目的で当院に転院となった。電気生理学的検査などで筋炎が疑われたが、先に間質性肺炎に対し呼吸器内科でIVMP250mg $\times$ 3daysが施行され、声量や四肢の筋力が改善した。ステロイド投与後も嚥下障害は残存したため免疫グロブリン大量療法を開始し、退院時には常食の摂取が可能となった。過去の報告で抗EJ抗体陽性例では97%で間質性肺炎を来すと報告はあるが筋力低下をきたす報告は少ない。今回の我々の症例では抗EJ抗体陽性で、筋力低下と嚥下障害を認めた点が貴重と思われ報告する。

37. 顔面肩甲上腕型筋ジストロフィーが疑われた免疫介在性壊死性ミオパチーの1例

柳川リハビリテーション病院 神経内科¹⁾、国立病院機構大牟田病院 神経内科²⁾

井下恒平¹⁾、荒畑創²⁾、有田行正¹⁾、小池文彦¹⁾

症例は40歳代女性。X-8年頃から左上下肢の筋力低下を自覚。X-6年当科初診。頸部、左上下肢の筋力低下、左上下肢、肩甲骨周囲、傍脊柱筋の筋萎縮を認めた。顔面肩甲上腕型筋ジストロフィーが疑われ4q35-FSHDの遺伝子検査を提出したが短縮を認めなかった。X年8月頃から左上下肢の筋力低下の進行が加速し、難治性の手指の皮疹が出現したため同年11月に当科を再診。左優位、上肢優位、近位優位の両上下肢の筋力低下・筋萎縮を認め、血清CPK 500 U/Lと上昇。皮膚筋炎等を疑い同年12月に筋生検を施行。その後ステロイドや免疫抑制剤による治療を開始。経過中、心嚢液貯留や間質性肺炎などが出現したが、症状の改善を認めた。X+1年、免疫介在性壊死性ミオパチーの病理診断が確定。文献的考察を含め報告する。

38. 肺癌加療中に発症したリウマチ性多発筋痛症の2例

鹿児島市立病院 神経内科¹⁾ 同 呼吸器内科²⁾

原口昌明¹⁾、牧美充¹⁾、野口悠¹⁾、野村美和¹⁾、池田賢一¹⁾、渡邊修¹⁾、谷川健吾²⁾、東元一晃²⁾

【背景】免疫チェックポイント阻害薬(ICI)は、副作用として自己免疫疾患の発症が知られているが、本薬剤使用中に2例のリウマチ性多発筋痛症(PMR)を認めたため、報告する。【症例】1例目は74歳女性。肺腺癌に対してペムブロリズマブ(抗PD-1抗体)が使用されていた。使用4か月目に四肢近位部の痛みでPMR発症。2例目は75歳女性。肺腺癌に対してアテトリズマブ(抗PD-L1抗体)の使用12日目に両大腿を中心とした痛みでPMRを発症した。【考察】ICIは抗PD-1抗体、抗PD-L1抗体、抗CTLA-4抗体に大別される。ICI使用中のPMR発症報告は9例あった。その内訳は、抗PD-1抗体単剤投与8例、抗CTLA-4抗体+抗PD-1抗体併用投与1例だった。抗PD-L1抗体投与中のPMR発症の報告は本症例が初めてである。ICIの種類によらずPMRは発症していることになり、今後更なるICI使用患者の増加が予想されるなか、自己免疫疾患の副作用の中にPMRも忘れてはならない。

39. 家族性滲出性硝子体網膜症を合併した Möbius 症候群の 1 例

九州大学大学院医学研究院 神経内科学¹⁾、神経病理学²⁾、国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第一部³⁾

日高響子¹⁾、吉村基²⁾、雑賀徹¹⁾、稲水佐江子¹⁾、山下謙一郎¹⁾、松下拓也¹⁾、山崎亮¹⁾、小笠原真志³⁾、西野一三³⁾、岩城徹²⁾、吉良潤一¹⁾

症例は 34 歳女性。生後間もなくより舌低形成と鼻声あり、幼少期より上肢の軽度筋力低下を自覚していたが、いずれの症状も非進行性であった。18 歳より頸部に安静時疼痛あり、精査加療目的に入院となった。入院時は両側性に脳神経Ⅲ～Ⅻ障害と四肢のびまん性の軽度筋力低下を認めた。上肢 MRI では上肢筋、体幹筋に筋萎縮や増強効果は認めず、頭部 MRI では舌の低形成、脳幹背側、特に橋～延髄の低形成を認めた。筋生検で FSHD は否定され、Möbius 症候群と診断した。また本症例では家族性滲出性硝子体網膜症を合併しており、遺伝的変異を共有している可能性もある。文献的考察を加えて報告する。

40. 巨舌を呈し免疫治療が奏功した封入体筋炎疑いの 1 例

熊本大学 脳神経内科¹⁾、NH0 熊本再春荘病院 脳神経内科²⁾

山崎義宗¹⁾、向野晃弘¹⁾、竹内陽介¹⁾、俵望¹⁾、山下賢¹⁾、山下太郎¹⁾、長尾麻子²⁾、上山秀嗣²⁾、安東由喜雄¹⁾

症例は 77 歳女性。X-3 年より進行する嚥下困難と左下肢から始まる筋力低下が出現し、嚥下障害も加わり X-1 年に流動食が開始された。その後、閉瞼不可能となり、X 年 2 月、前医を経て 3 月上旬に当院へ転院した。巨舌、顔面筋力低下、四肢遠位筋優位の筋力低下を認め、針筋電図、筋生検所見より封入体筋炎と診断した。さらに涙液・唾液分泌能検査と口唇腺生検の結果、Sjögren 症候群と診断した。ステロイドパルス療法、免疫グロブリン大量静注療法、経口プレドニゾロン 30mg/日内服などを行い、筋力改善を認めた。通常、封入体筋炎は免疫療法の効果に乏しいが、Sjögren 症候群合併例では有効な症例がある。臨床像の特徴を呈示しながら文献的考察を加えて報告する。

会場案内図



熊本大学医学部総合研究棟 3F 講習室 〒860-8556 熊本市中央区本荘 1-1-1

JR 熊本駅から

- ・熊本都市バス 第一環状線(駅2)、中央環状線(駅3)に乗車、「大学病院前」で下車
- ・タクシー 約8分

交通センターから

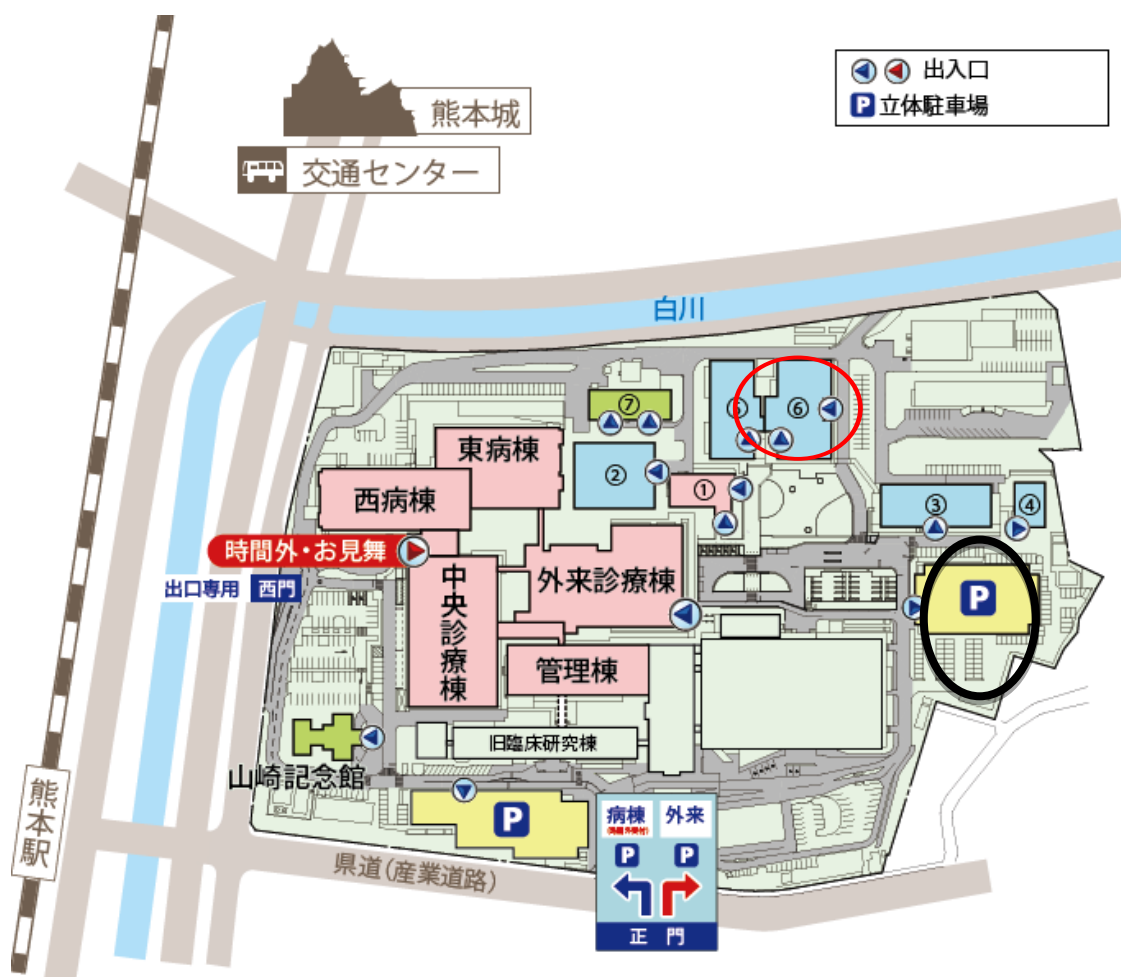
- ・熊本都市バス 八王子環状線(南1)、野越団地(南4)に乗車、「大学病院前」で下車
- ・タクシー 約8分

熊本空港から

- ・バス リムジンバス(県庁経由)に乗車、交通センター下車、交通センターから八王子環状線(南1)、野越団地(南4)に乗車、「大学病院前」で下車

・タクシー 約 40 分

会場までのご案内



- ① 福利厚生棟
- ② 臨床医学研究棟
- ③ 基礎医学研究棟
- ④ 臨床医学教育研究センター
- ⑤ 医学教育図書棟
- ⑥ 医学総合研究棟
- ⑦ 設備管理棟

～自家用車で来られる先生へ～

- ・立体駐車場は正門から入って右折、ゲートを通り、道なりにすすみ、右手側です。
- ・駐車場をご利用の場合、駐車券をお渡ししますので、当日に受付でお申し出ください。

※数に限りがありますので、できるだけ公共交通機関でご来場くださいますよう、よろしくお願いいたします。