

第 246 回 日本神経学会 九州地方会プログラム・抄録集

日 時:2024 年 12 月 14 日(土)午前 8 時 30 分～午後 15 時 51 分
受付開始: 午前 8 時 00 分
会 場:長崎大学医学部 良順会館 ボードインホール
当 番:長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻
脳神経内科学 教授 辻野 彰
会 費:当日会員 2,000 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 Power Point2010 以降)
4. 対応メディア: USB メモリーのみ
(USB メモリーには演題番号、演題名のラベルをつけ、ファイル名は演題番号-演題名.拡張子(例:21-長崎太郎.ppt)として下さい。
5. ビ デ オ: PowerPoint を使用した動画のみとします。
(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:全プログラム終了後、16 時 00 分より、長崎大学医学部 良順会館 ボードインホールにて開催いたします。

モーニングセミナーのご案内

会場 長崎大学医学部 良順会館 ボードインホール

講演 1 (8:30-9:00)

座長 佐世保市総合医療センター 脳神経内科 部長 藤本 武士

『NMOSD 診療の実際』

演者 長崎大学病院 脳神経内科 助教 吉村 俊祐

講演 2 (9:00-9:30)

座長 長崎大学病院 脳神経内科 助教 吉村 俊祐

『妊娠・出産における視神経脊髄炎関連疾患(NMOSD)の病態と治療』

演者 佐世保市総合医療センター 脳神経内科 部長 藤本 武士

ランチオンセミナーのご案内(12:15-13:15)

講演 1

会場 長崎大学医学部 良順会館 ボードインホール

座長 長崎大学病院 脳神経内科 助教 宮崎 禎一郎

『gMGにおける個別化アプローチ ～ヒフデュラの特性を活かした臨床応用～』

演者 獨協医科大学埼玉医療センター 脳神経内科 准教授 尾上 祐行

講演 2

会場 長崎大学医学部 記念講堂

座長 長崎大学病院 脳神経内科 教授 辻野 彰

『認知症予防を目指した臼杵コホート研究から新規治療薬導入に向けた試みまで』

演者 大分大学医学部 神経内科学講座 准教授 木村 成志

座長一覧

セッション	時間	演題	氏名	所属
	8:30~9:30	モーニングセミナー		
1	9:35~10:23	1~6	立石 洋平	長崎大学
2	10:28~11:16	7~12	杉山 崇史	宮崎大学
3	11:21~12:01	13~17	白石 渉	小倉記念病院
	12:15~13:15	ランチオンセミナー		
4	13:25~14:05	18~22	高瀬 敬一郎	飯塚病院
5	14:10~14:58	23~28	福留 隆泰	長崎川棚医療センター
6	15:03~15:51	29~34	長岡 篤志	佐世保中央病院
	16:00~16:30	世話人会		

第 246 回 日本神経学会九州地方会 プログラム
会場:長崎大学医学部 良順会館 ボードインホール

モーニングセミナー

会場 長崎大学医学部 良順会館 ボードインホール

講演 1(8:30-9:00)

座長 佐世保市総合医療センター 脳神経内科 部長 藤本 武士 先生

『NMOSD 診療の実際』

演者 長崎大学病院 脳神経内科 助教 吉村 俊祐

講演 2(9:00-9:30)

座長 長崎大学病院 脳神経内科 助教 吉村 俊祐

『妊娠・出産における視神経脊髄炎関連疾患(NMOSD)の病態と治療』

演者 佐世保市総合医療センター 脳神経内科 部長 藤本 武士 先生

セッション 1 (9:35-10:23)

座長:立石 洋平 (長崎大学)

1. Carotid web に付着した可動性血栓による急性期脳梗塞の 1 例
九州医療センター 脳血管・神経内科 木村 俊介 他
2. 頸部骨嚢胞の影響で頸部回旋時に椎骨動脈閉塞による脳梗塞を発症した 1 例
琉球大学病院 第三内科 玉城 浩平 他
3. 両側内頸静脈閉塞を認めた動静脈シャントからの脳出血の一例
佐世保市総合医療センター 脳神経内科 松岡 隆太郎 他
4. 潜因性脳梗塞の原因精査中に診断に至った platypnea-orthodeoxia 症候群の一例
佐賀県医療センター好生館 脳神経内科 古賀 多門 他
5. 心房細動と抗リン脂質抗体症候群(APS)を合併した脳梗塞の 1 例
九州医療センター 脳血管・神経内科 田川 直樹 他
6. 好酸球増多症が発症に関与したと考えられる多発性脳梗塞の一例
福岡大学 神経内科 仲田 周平 他

7. 未治療の成人 T 細胞白血病(ATL)に併発した HHV-6 脳炎に対して抗ウイルス薬 2 剤併用療法が奏効した一例
宮崎大学 脳神経内科 正入木 幹也 他
8. 血清学的検査によりダニ媒介脳炎が疑われた一例
大分県立病院 脳血管内科 麻生 泰弘 他
9. ショットガンメタゲノム解析で起因菌同定に至った *Cladophiala bantiana* による真菌性脳膿瘍の 1 例
鹿児島大学病院 脳神経内科 足立 拓馬 他
10. 肥厚性硬膜炎との鑑別に苦慮した侵襲型アスペルギルス症の 1 例
久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科 継 晋一 他
11. 臨床症状に遅れて特徴的な画像所見を認めた孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病の 1 例
福岡中央病院 脳卒中センター 脳神経内科 横手 顕 他
12. 発症時から痙縮を欠き、自律神経症状が顕著であった HTLV-1 関連脊髄症の 1 例
大分大学 脳神経内科 鈴木 皓介 他

13. 衝動制御障害(ICD)を合併したパーキンソン病の薬物調整に麦角系ドパミン作動薬が有効であった一例
高邦会 高木病院 脳神経内科 美奈川 拓 他
14. レカネマブの投与後に Amyloid-related imaging abnormalities に伴う脳浮腫と微小出血を併発した 1 例
九州大学病院 脳神経内科 水谷 佳祐 他
15. NOTCH3 変異と HTRA 変異が併存した脳小血管病の一例
NHO 沖縄病院 脳神経内科 山城 正喬 他

16. MELAS 患者の脳卒中様発作急性期に L-アルギニン静注療法を行った一例
JCHO 諫早総合病院 脳神経内科 松本 圭祐 他

17. 多彩な臨床像を呈した高齢発症 VCP 遺伝子関連多系統蛋白質症の二例
佐賀大学医学部内科学講座 脳神経内科 江里口 紀子 他

ランチオンセミナー (12:15-13:15)

講演 1 会場 長崎大学医学部 良順会館 ボードインホール

座長 長崎大学病院 脳神経内科 助教 宮崎 禎一郎

『gMG における個別化アプローチ ～ヒフデュラの特性を活かした臨床応用～』

演者 獨協医科大学埼玉医療センター 脳神経内科 准教授 尾上 祐行 先生

講演 2 会場 長崎大学医学部 記念講堂

座長 長崎大学病院 脳神経内科 教授 辻野 彰

『認知症予防を目指した臼杵コホート研究から新規治療薬導入に向けた試みまで』

演者 大分大学医学部 神経内科学講座 准教授 木村 成志 先生

セッション 4 (13:25-14:05) 座長:高瀬 敬一郎 (飯塚病院)

18. rhythmic γ から始まる発作時脳波を呈したてんかん合併妊娠の一例
NHO 長崎医療センター 脳神経内科 中島 健翔 他

19. 多腺性自己免疫症候群を背景にけいれん発作と免疫性血小板減少性紫斑病を
同時期に発症した一例
福岡赤十字病院 脳神経内科 池田 綾子 他

20. 意識障害と大脳辺縁系病変を呈し、脳炎との鑑別を要した膠芽腫の一例
熊本大学 脳神経内科 本多 直喜 他

21. 髄膜炎様 MRI 病変を呈した血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫 (IVLBCL) の一例
鹿児島大学病院 脳神経内科 鶴園 尚史 他

22. CADASIL と鑑別を要した悪性リンパ腫の一例
鹿児島市立病院 脳神経内科 河合 りら 他

セッション 5 (14:10-14:58) 座長:福留 隆泰 (長崎川棚医療センター)

23. 胸腺腫に関連した傍腫瘍性自己免疫性脳炎が疑われた 1 例
久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科 浅田 不二子 他
24. 徐脈性不整脈を呈した LGI1 抗体脳炎の 1 例
産業医科大学 脳神経内科 古谷 由佳 他
25. ナタリズマブ投与中に帯状疱疹ウイルス性髄膜炎を発症した多発性硬化症の 1 例
九州大学病院 脳神経内科 篠原 葉瑠希 他
26. 胸部痛ならびに吃逆で発症し一時ペーシングを要する洞停止を来した視神経脊髄炎スペクトラム障害(NMOSD)の 1 例
鹿児島市医師会病院 脳神経内科 中江 健太郎 他
27. CLIPPERS 症候群に類似した自己免疫性 GFAP アストロサイトパチーの 1 例
いまきいれ総合病院 脳神経内科 児島 朋史 他
28. 臨床診断から 4 年半後に死亡し、剖検を行った CLIPPERS の 1 例
小倉記念病院 脳神経内科 白石 渉 他

セッション 6 (15:03-15:51) 座長:長岡 篤志 (佐世保中央病院)

29. MPO-ANCA 陽性および IgG4 高値を呈した肥厚性硬膜炎の一例
熊本大学 脳神経内科 岩田 紳吾 他
30. 早期からIVIg、メポリズマブを投与した難治性 EGPA の一例
長門記念病院 脳神経内科 藤岡 秀康 他
31. 仮面尿崩症を呈した神経サルコイドーシスの一例
福岡市民病院 脳神経内科 大石 麻琴 他
32. irAE-筋炎・重症筋無力症・心筋炎に対して FcRn 阻害薬を使用した 3 症例
関門医療センター 脳神経内科 池川 眞之 他

33. 腹膜偽粘液腫摘出術 13 年後に発症した脚気の 1 例

宮崎県済生会日向病院 脳神経内科

法化 岡 陽一 他

34. 緑茶 3L 連日飲用により低カリウム血性ミオパチーを来した一例

恒心会おぐら病院 脳神経内科

池之上 博任 他

世話人会 (16:00-16:30)

ボードインホール

1

Carotid web に付着した可動性血栓による急性期脳梗塞の 1 例

木村俊介 1), 田川直樹 1), 中村瑤子 1), 林田寛之 1), 今村裕佑 1),
溝口忠孝 1), 森興太 1), 徳永聡 2), 桑城貴弘 1), 杉森宏 1), 岡田靖 1)

(1)九州医療センター 脳血管・神経内科, (2)同 脳血管内治療科

症例は 48 歳男性。X-1 日に意識障害を認め X 日に当院に救急搬送された。失語、構音障害を認め、頭部 MRI で左側頭葉～頭頂葉に急性期脳梗塞を認めた。頸部エコー検査で左内頸動脈起始部に可動性構造物を認め、脳梗塞の原因と考えてアスピリン、クロピドグレルを併用した。頸部 MRI T1 脂肪抑制画像では左内頸動脈起始部に等信号の構造物、連続して頭側に伸展する高信号の構造物を認めた。血管造影検査では同部位に carotid web を疑う所見として血流の停滞を認めたが、可動性構造物は確認できず、可動性血栓遊離後の状態と考えた。入院中に頸動脈ステント留置術を施行し、血流の停滞は改善した。carotid web は脳梗塞の原因として認知されつつあるが依然として誤診や見落としは稀ではない。複数の画像検査により診断に至った carotid web による急性期脳梗塞の 1 例を、文献的報告を加えて報告する。

2

頸部骨嚢胞の影響で頸部回旋時に椎骨動脈閉塞による脳梗塞を発症した 1 例

○玉城浩平, 國場和仁, 山田義貴, 渡慶次裕也, 宮城 朋, 波平幸裕, 金城よしの, 石原 聡, 崎間洋邦, 楠瀬賢也

琉球大学病院第三内科

症例は頸部骨嚢胞を有する 50 代男性。X 月 Y-7 日一過性左上下肢の異常感覚が出現。Y 日に右視野障害が出現し、救急搬送となった。頭部 MRI で両 PCA 領域, 両 PICA 領域に発症時期の異なる急性期脳梗塞を認めた。CTA 撮影で左 VA は骨嚢胞のある C4 で狭窄を認めた。頸部回旋を加えた脳血管造影検査では、左 VA の狭窄部は左回旋時に血流が途絶し、造影剤のうっ滞を認めた。本例は頸部骨嚢胞に伴う骨変形の影響で頸部回旋時に血管が閉塞し、血流うっ滞によるフィブリン血栓形成で塞栓性脳梗塞が起こったと判断し、ワルファリンによる抗凝固療法を選択した。骨嚢胞の影響による血管閉塞の報告はなく、治療についても確立したものはない。文献的考察を踏まえて報告する。

3

両側内頸静脈閉塞を認めた動静脈シャントからの脳出血の一例

松岡隆太郎¹⁾, 原田優花¹⁾, 前川隆太¹⁾, 前田泰宏¹⁾, 藤本武士¹⁾, 岡村宗晃²⁾, 藤本隆史²⁾, 岩永充人²⁾

佐世保市総合医療センター 1)脳神経内科, 2)脳神経外科

症例は 15 歳男性. 突然の頭痛, 嘔吐後, 意識障害を来したため 当院へ搬送された. 来院時バイタルに異常なく, 意識レベルは JCS 20-R, 明らかな四肢麻痺なし. 頭部 CT では左頭頂葉深部白質に約 3ml の脳出血, 脳室内穿破を認めた. 造影 CT で血腫近傍の 異常血管と両側内頸静脈狭窄が疑われた. 第 3 病日に施行した脳血管撮影検査では左中大脳動脈末梢枝を feeder とする動静脈シャントを認め, 出血源と考えられた. また両側内頸静脈が茎状突起と環椎横突起により閉塞しており後方への側副血行路が発達していた. 両病態が併存している症例は希少であり, 今回の発症機序について文献的考察を交えて報告する.

4

潜因性脳梗塞の原因精査中に診断に至った platypnea-orthodeoxia 症候群の一例

古賀 多門¹⁾, 江里口 誠¹⁾, 兼田 浩平²⁾, 鈴山 寛人³⁾, 坂井 隆博³⁾, 兒玉 和久³⁾, 田中 淳⁴⁾, 溝口 詩乃¹⁾, 井上 裕香子¹⁾, 盛満 真人¹⁾, 田中 宏弥¹⁾, 坂本 知浩³⁾, 高島 洋¹⁾ 佐賀県医療センター好生館 脳神経内科¹⁾, 同循環器内科²⁾, 済生会熊本病院 循環器内科³⁾ サンテ溝上病院 脳神経内科⁴⁾

72 歳男性, COPD の既往あり. X-1 年の椎体骨折後より歩行障害が出現し, X 年 5 月に当院受診. 診察上, 左上下肢麻痺, 構音障害あり, NIHSS 3 であった. 頭部 MRI では両側大脳半球皮質に時相の異なる脳梗塞を認め, 経食道心エコーでは Grade 3 の卵円孔開存と心房中隔瘤を認めた. RoPE スコア 2, PASCAL 分類で possible の奇異性脳塞栓症と診断した. 経過中に立位時に悪化する SpO₂ 低下を認めた. 亀背の悪化が立位時の右心系圧上昇の誘因となり, POS を発症したと考えた. POS は稀であるが潜因性脳梗塞患者に合併する可能性があり, 特に安静度拡大時の低酸素血症に注目することで早期診断に至る可能性がある.

5

心房細動と抗リン脂質抗体症候群（APS）を合併した脳梗塞の1例

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

症例は64歳男性。X-4年に心房細動に対してエドキサバンの内服を開始され、開始後よりAPTTが延長していた。X-2年にカテーテルアブレーションを受けたが、以降も心房細動を認めた。X年1月中旬に右手の麻痺が出現し、1月下旬に当科を受診した。頭部MRIで両側大脳半球に多発する亜急性期梗塞を認めた。抗凝固薬をアピキサバンに変更したが、無症候性脳梗塞が再発した。抗リン脂質抗体が高力価で陽性であることが判明し、原因となる基礎疾患がないことから原発性APSと診断した。ワルファリンを導入し、以降は脳梗塞の再発なく経過した。心房細動とAPSを合併した症例では、個々の病態に応じた抗凝固薬の選択が必要である。

6

好酸球増多症が発症に関与したと考えられる多発性脳梗塞の一例

仲田周平¹、立石雄嗣¹、井上賢一¹、津川潤¹、馬場康彦¹

1)福岡大学脳神経内科

症例は48歳男性。X-5年に潰瘍性大腸炎と診断されたが治療を自己中断していた。X-1年に気管支喘息を発症し短時間作用性 β_2 刺激剤を開始した。X年某日、注意障害、失行、左上肢麻痺が出現し、数日後に喘息発作を来し近医を受診した。血液検査で好酸球増多とIgE高値を認め、頭部MRIで分水嶺域を中心とした両側テント上下に多発する急性期脳梗塞所見を認め当科に入院した。病型精査では原因を同定できず、抗血栓薬に加えて経口ステロイド、アザチオプリンを投与したところ、好酸球数は正常化し、以後、脳梗塞の再発はなく、好酸球増多症に起因した脳梗塞と診断した。好酸球増多症は多彩な臓器障害を合併することが知られているが、とりわけ脳血管障害による後遺症は日常生活に強く影響するため、早期から積極的な免疫治療が必要と考えられた。本症例の病態・治療方針について考察を交えて報告する。

7

未治療の成人 T 細胞白血病 (ATL) に併発した HHV-6 脳炎に対して抗ウイルス薬 2 剤併用療法が奏効した一例

正入木幹也¹⁾、酒井克也¹⁾、梅北佳子²⁾、佐藤勇一郎²⁾、塩見一剛¹⁾ / 1) 宮崎大 脳神経内科、2) 腫瘍形態病態学分野

55 歳女性。X-1 月より物忘れ、倦怠感、食思不振があり、MRI で両側側頭葉内側を中心とした異常信号を認め、X 月に当科入院。入院後より意識障害が進行。髄液 HHV-6 DNA 陽性より、HHV-6 脳炎と診断。可溶性 IL-2 受容体高値、HTLV-1 キャリアであり、腋窩リンパ節生検で T 細胞性リンパ腫細胞を認めるも、末血での異常リンパ球には乏しく、血清 Ca と LDH も基準値内で推移。ATL の治療に先行してホスカルネットとガンシクロビルを開始。X+2 月、MRI の異常信号は消褪傾向、髄液 HHV-6 は陰性化、意識水準は改善した。ATL は依然として活動性に乏しく、経過観察している。未治療の ATL に併発した HHV-6 脳炎に対して抗ウイルス薬の 2 剤併用療法が有効だった症例について文献的考察を加え報告する。

8

血清学的検査によりダニ媒介脳炎が疑われた一例

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

関節リウマチに対してトシリズマブとプレドニゾロンが投与されている 61 歳女性。X-2 日に左足関節周囲の疼痛を自覚するようになった。X 日に発熱・意識障害を発症。血液検査で白血球 1.24 万/ μ L、CRP5.0mg/dL と高値であり、細菌感染を疑われ MEPM の投与が開始された。その後も改善しないため、X+2 日に当院へ搬送。髄液検査では細胞数 297/ μ L (単核球 77%)、糖 22mg/dl (同時血糖 131mg/dl)、頭部造影 MRI で広範な髄膜造影効果が認められ、髄膜脳炎と診断した。感染症や自己免疫性脳炎の可能性を疑い、抗ウイルス薬や抗真菌薬投与、IVMP 療法が行われた。X+10 日ころから徐々に意識状態が改善し、全身状態も徐々に改善。X+51 日目にリハビリ病院へ転院した。2 年後、保存検体でダニ媒介脳炎 (TBE) ウイルス抗体を測定したところ、IgM 抗体および TBEV 中和抗体が陽性であった。本症例は北海道以外での TBE 症例である可能性があり、考察を加えて報告する。

9

ショットガンメタゲノム解析で起因菌同定に至った *Cladophialophora bantiana* による真菌性脳膿瘍の 1 例

1) 鹿児島大学病院 脳神経内科, 2) 同脳神経外科, 3) 同病理部

○足立拓馬¹⁾, 森 拓馬¹⁾, 神田佳樹¹⁾, 児島史一¹⁾, 竹内美佳¹⁾, 大山 賢¹⁾, 樋口雄二郎¹⁾, 崎山佑介¹⁾, 牧野隆太郎²⁾, 花谷亮典²⁾, 北菌育美³⁾, 高嶋 博¹⁾

83 歳男性. 胃癌や大腸癌, 肺癌の既往があるが, ADL は自立していた. X 年 6 月に頭部打撲した際の脳 MRI 検査にて, 脳梁膝部に FLAIR 高信号の病変を認めた. 時折出現する頭痛以外は無症候であったが, 脳腫瘍も疑われ, 当院脳神経外科で内視鏡下脳生検が行われた. 術中, 暗緑色で苔状の占拠性病変を認め, 迅速病理検査で真菌感染を疑われ, 当科紹介となった. 脳検体を用いたショットガンメタゲノム解析で, *Cladophialophora bantiana* を起因菌とする脳膿瘍と診断し, イサブコナゾール投与を開始した. ショットガンメタゲノム解析では, 採取した検体から遺伝子検査を用いて網羅的な起因菌検索が可能であり, 本症例において, 速やかな起因菌の同定に繋がった. 同真菌による脳膿瘍は死亡率が 60%強と予後不良であり, 治療に難渋するケースが多い. ショットガンメタゲノム解析の有用性に加え, 本症例の治療経過も含めて報告する.

10

肥厚性硬膜炎との鑑別に難渋した侵襲型アスペルギルス症の 1 例.

継晋一、入江研一、浅田不二子、古賀真彦、今居達也、森慎一郎、

立石貴久 (久留米大学医学部内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科)

76 歳男性. 約 2 か月前より誘因なく頭痛が出現し, 徐々に右視力低下, 嘔気, 味覚異常も伴ったため前医を受診した. その後, 頭痛の増悪, 急激な左視力低下と複視が生じ, 髄液検査で細胞数増加と蛋白の上昇が認められた. 頭部造影 MRI にて硬膜肥厚が見られ, 肥厚性硬膜炎と診断され IVMP が行われた. 症状は一時的に改善したが, 眼痛と左視力低下が見られ当院へ転院した. 転院時, 両眼の視力は光覚弁程度, 眼球運動障害も認め, 髄液細胞数は $553/\text{mm}^3$ と増加し, 造影 CT では蝶形骨洞の骨破壊像が確認された. 抗生剤と抗真菌薬を開始したが, 視力低下は進行したため, 視神経管開放術を実施した. 蝶形骨洞に菌塊を認め, 髄液中のアスペルギルス抗原陽性を確認し侵襲型アスペルギルス症と診断した. しかし, 入院 7 日目に感染性脳動脈瘤破裂を発症し, 血管内治療を行なった. 診断と治療に難渋した症例であり, 文献的考察を踏まえて報告する.

11

臨床症状に遅れて特徴的な画像所見を認めた孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病の1例

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

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

症例は60歳女性。X年春頃より物忘れと歩きにくさが出現。X年11月に当院を受診。神経学的所見で、軽度認知障害、水平性注視方向性眼振、左上下肢・体幹の運動失調、四肢の腱反射亢進、両上肢のミオクローヌスを認めた。血液検査、脳波検査、脳MRIで異常所見はみられなかった。髄液中のタウ蛋白、14-3-3蛋白、RT-QUIC法は陰性で、プリオン蛋白遺伝子に特異的な変異は認めなかった。症状は進行性で、X+1年6月に脳MRI拡散強調像で右頭頂葉と前頭葉の皮質に帯状の高信号域を認めた。脳波検査では、前頭部の徐波化が顕著となり、その後右側一側性に周期性放電を認めたことから、孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病(Creutzfeldt-Jakob disease: CJD)と診断した。その後も進行し、X+1年9月に死亡した。本症例は、CJDで臨床症状に遅れて特徴的な画像所見を呈することへの注意を促すとともに、脳波検査で発症早期の経時的な変化を観察した貴重な症例であり、報告する。

12

発症時から痙縮を欠き、自律神経症状が顕著であったHTLV-1関連脊髄症の1例

鈴木 皓介、水上 健、竹内 陽介、木村 成志(大分大脳神経内科)

症例は76歳男性。2013年より膀胱直腸障害、勃起障害、起立性低血圧が進行し、2018年に当科へ入院した。四肢腱反射亢進、髄液抗HTLV-1抗体陽性から、HTLV-1関連脊髄症(HAM)と診断し、ステロイド治療が開始された。効果は限定的であり、以降も起立性低血圧が増悪し立位困難となったため、2024年7月に再度入院した。神経学的には節前性自律神経障害、上肢腱反射亢進、バビンスキー反射陽性を認める一方で、四肢に痙縮はなく下肢近位筋の萎縮と筋力低下を認めた。髄液中のCXCL-10は著明高値であり、高活動性と考えステロイド治療を強化したが、神経症状は改善しなかった。本例はHAMで主症状となる痙縮を欠き、顕著な自律神経症状を呈した点が特徴的であった。病巣として脊髄側索に加え、中間質外側核や前角細胞の障害が高度であったと考えた。

13

衝動制御障害（ICD）を合併したパーキンソン病（PD）の薬物調整に麦角系ドパミン作動薬が有効であった一例

美奈川 拓、上床 希久、永石 友公子、藤岡 伸助、雪竹 基弘

高邦会 高木病院 脳神経内科

症例は 62 歳男性。202X-9 年に安静時振戦で発症、202X-5 年にパーキンソン病と診断された。202X-1 年に投資で多額の損失を出し、3 ヶ月前より自転車で転倒を繰り返すが乗り続ける、家族が止めるも釣りに毎日でかけるといった行動が多くなった。ICD が疑われ、内服中の非麦角系ドパミン作動薬の減量・中止を試みるが自己判断で再開した。そのため、同薬剤を減量しながら、麦角系ドパミン作動薬であるカベルゴリンを開始・増量した。最終的に ADL は自立し、頻回な外出や衝動買い、自転車乗車は見られなくなった。D3 受容体に親和性がある非麦角系ドパミン作動薬は、ICD の発症で薬物調整が困難となることがある。麦角系ドパミン作動薬は、心弁膜症発症の報告があつて以降、新規導入は稀になったが、ICD 合併の PD に対する薬物調整の際に選択肢の一つとなりうる。

14

レカネマブの投与後に Amyloid-related imaging abnormalities に伴う脳浮腫と微小出血を併発した 1 例

○水谷佳祐¹、山崎亮¹、井浦とも¹、前田泰宏¹、中澤太郎²、小原知之²、中尾智博²、磯部紀子¹（1 九州大学病院脳神経内科、2 同精神科神経科）

症例は 71 歳代男性。X 年 2 月頃より仕事のミスが増え、ものわすれの精査目的に同年 4 月に当院を受診した。来院時、MMSE25 点、CDR0.5 点、見当識や短期記憶の障害を認めた。頭部 MRI や髄液所見の結果からアルツハイマー病と判断しレカネマブの投与を開始した。投与開始後から中性脂肪レベル上昇を認めた。投与 7 週目の定期 MRI 検査で両側後頭部の脳浮腫と微小出血を認め、Amyloid-related imaging abnormalities (ARIA)-E と ARIA-H 併発と判断しレカネマブの投与を中止した。幸い無症候で経過したため追加治療を行わず、脳浮腫も ARIA の発症 8 週時点ではほぼ消失した。ARIA は AD 抗体療法における最大の副作用であるが、予見するためのバイオマーカーは少ない。ARIA の危険因子等について考察を加え報告する。

15

NOTCH3 変異と HTRA1 変異が併存した脳小血管病の一例

山城正喬¹⁾，安富大悟¹⁾，渡嘉敷崇¹⁾，平良克哉¹⁾，山城志織¹⁾，
大屋祐一郎¹⁾，妹尾洋¹⁾，藤原善寿¹⁾，藤崎なつみ¹⁾，城戸美和子¹⁾，諏訪園秀吾¹⁾，
大山賢²⁾，高嶋博²⁾

1) NHO 沖縄病院 脳神経内科，2) 鹿児島大学 脳神経内科

55 歳女性。出生・発達に異常なし。幼少期より勉学と運動は苦手だった。父が 40 代で脳卒中が原因で死去している。X-10 年から小走りが出来なくなり，X-5 年からは長距離歩行困難になり，右手の細かい動作もしづらくなった。X-2 年からは歩行困難が増悪し，外出しなくなった。X-1 年に痙性歩行で頸椎症性脊髄症が疑われ椎弓形成術を受けたが症状不変であった。術後も症状進行し，X 年に当院初診となった。神経所見は，認知機能低下，両側錐体路障害，小脳性運動失調を認めた。頭部 MRI では両大脳白質，放線冠，基底核，中脳，橋に FLAIR 高信号が大脳皮質，視床，中脳，橋に T2*低信号が散在していた。遺伝子検査で NOTCH3 R75P，HTRA1 R166L に変異があり，脳小血管病にいずれの遺伝子も関与が疑われた。文献的考察も踏まえて報告する。

16

MELAS 患者の脳卒中様発作急性期に L-アルギニン静注療法を行った一例

松本圭祐¹⁾，辻野耕平¹⁾，番園隆浩¹⁾，山下彩^{1,2)}，溝田貴光¹⁾，長郷国彦¹⁾

¹⁾JCHO 諫早総合病院脳神経内科，²⁾長崎大脳神経内科

【症例】60 代、女性【主訴】疎通困難【現病歴】ミトコンドリア糖尿病治療中の患者で、2024 年 1 月末より頭痛症状が出現し、2 月初旬に意味不明な言動が見られ、意思疎通困難で救急搬送された。MELAS 疑いで入院加療を開始し、入院 3 日目より L-アルギニン 20 g×2 回/日の静脈投与を行った。徐々に症状改善したが、入院 13 日目に同剤投与を終了した後、発作が再燃した。入院 18 日目より同剤投与を再開し、症状改善傾向となり、入院 45 日目にリハビリ継続目的に転院した。【考察】脳卒中様発作急性期における L-アルギニン静脈投与の中止は発作再燃の契機になる可能性があり、同剤投与は少なくとも 2 週間程度継続する必要があると考えられた。

17

多彩な臨床像を呈した高齢発症 VCP 遺伝子関連多系統蛋白質症の二例

江里口紀子, 井手俊宏, 井上裕香子, 後藤悠太, 津村圭亮, 七條千佳, 吉川正章, 鈴山耕平, 小池春樹

佐賀大学医学部内科学講座 脳神経内科

症例①は 73 歳女性で、4 年前から歩行障害を認めていた。症例②は 75 歳男性で、15 年前から歩行障害を認めていた。いずれの症例も血液検査で CK 値の上昇はなかったが、針筋電図で筋原性変化を認めたため、筋生検を実施した。筋病理では HE 染色で筋の大小不同と、免疫染色で p62、TDP-43 の細胞内凝集体を伴う筋線維を認めた。遺伝子変異の検索を行ったところ、VCP 遺伝子に既知の病因となるヘテロ接合性バリエントを認め、VCP 遺伝子関連多系統蛋白質症と診断した。症例①は上下肢近位筋優位の筋力低下と錐体路徴候を有する点を、症例②は上下肢遠位筋優位の筋力低下と筋萎縮の顕著な左右差を認める点を臨床的な特徴とした。また二例ともに既報に比べて高齢発症であり、高齢者の筋力低下で筋疾患が疑われる場合においても、VCP 遺伝子関連多系統蛋白質症を鑑別に挙げることは重要である。

18

rhythmic γ から始まる発作時脳波を呈したてんかん合併妊娠の一例

中島健翔¹⁾, 足利裕哉²⁾, 山下魁理²⁾, 佐藤和明²⁾, 徳田昌紘²⁾, 岩永洋²⁾

1) NHO 長崎医療センター 研修医 2) 同脳神経内科

症例は、25 歳女性。24 歳時に、意識消失発作が出現し、脳波検査で、てんかん性異常があり、また脳波変化を伴わない過換気も認め、てんかん+PNES と診断し、レベチラセタムを開始し、発作は消失した。26 歳時、妊娠 6 週目に全身強直間代性痙攣が出現し、当院に紹介入院。入院後、全身痙攣はなかったが、過呼吸発作・30 分以上持続する意識消失発作を頻回に認めた。長時間ビデオモニタリング脳波では、通常の time scale、referential montage では、一見筋電図に見える波形を全般性に認めたが、time scale、montage を変更したところ、右後側頭部から出現する 40Hz 程度の rhythmic γ と、その後速やかに対側に広がり周波数の evolution を認めた。側頭部の rhythmic γ から開始する発作時脳波は、通常スケールでは筋電図のように見え、time scale の変更・複数の montage での評価が重要であった。

多腺性自己免疫症候群を背景にけいれん発作と免疫性血小板減少性紫斑病を同時期に発症した一例

池田綾子、岡田卓也、金沢信、中島弘淳、緒方利安、北山次郎
福岡赤十字病院 脳神経内科

症例は30歳女性。29歳時1型糖尿病とBasedow病を発症し多腺性自己免疫症候群(以下APS)と診断、30歳時全身けいれん発作を発症し繰り返した。発作の再発を契機に当院に入院。意識清明、精神症状なく神経学的異常はなかったが頭部MRIで側頭葉内側にFLAIR高信号病変があり、抗神経抗体は抗glutamic acid decarboxylase抗体が血清及び髄液の両者で高力価陽性であった。随伴していた著明な血小板減少は免疫性血小板減少性紫斑病(ITP)の診断に至った。経口ステロイド治療(PSL)の開始後、ITPだけでなくけいれん発作も速やかに改善した。PSLを5か月間で漸減中止すると両者とも再燃した。PSLと免疫グロブリン大量療法を開始すると両者とも再び速やかに改善した。APSでは多彩な自己免疫疾患の合併が特徴である。本例のけいれん発作の発症には抗GAD抗体が関連した可能性とITPと類似の臨床経過を示した点からITPと何らかの共通の免疫学的機序が推定された。

意識障害と大脳辺縁系病変を呈し、脳炎との鑑別を要した膠芽腫の一例

本多直喜 池ノ下侑 松原崇一朗 植田光晴

熊本大 脳神経内科

78歳女性。起床時からの意識障害があり救急搬送。初診時にはJCSⅡ-10、髄膜刺激症状を認めた。頭部MRI検査で右側頭葉内側を中心に、前頭葉、島皮質、脳梁膨大部にFLAIR高信号を認めたが、造影効果を認めなかった。髄液検査は細胞数、蛋白正常であった。辺縁系脳炎を疑い、アシクロビル投与、ステロイドパルス療法を実施した。ステロイドパルス2クール後にMMSE14点から26点へ改善した。しかし、第31病日には再度MMSE21点と低下を認め、第37病日の頭部造影MRI検査で病巣の拡大、脳梁膨大部での造影効果を認めた。腫瘍性病変が疑われ、脳生検を経て膠芽腫の診断に至った。当初辺縁系脳炎が疑われ、後に神経膠腫の診断に至る症例があり、文献的検討を加えて報告する。

21

髄膜炎様 MRI 病変を呈した血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫 (IVLBCL) の一例

●鶴園 尚史¹⁾, 竹歳 卓人¹⁾, 平方 翔太¹⁾, 穂原 貴裕¹⁾, 村上 未樹²⁾, 大山 賢¹⁾, 樋口 雄二郎¹⁾, 梅原 藤雄³⁾, 高嶋 博¹⁾

1) 鹿児島大学病院 脳神経内科, 2) 同病理部・病理診断科, 3) 南風病院 脳神経内科

71歳男性. 2ヶ月で亜急性に進行する意識障害や前頭葉機能障害を認めた. 血清LDHやフェリチン, 血清・髄液sIL-2Rが高値を示し, CTでは脾腫を認めた. 頭部MRIでは, 側脳室周囲白質病変および散在性の脳梗塞様病変に加えて, 両側大脳皮質や軟膜に沿って造影効果を伴う髄膜炎様の病変を広範に認め, 経時的に拡大した. ステロイドパルスに反応性せず, ランダム皮膚生検は陰性であったが, 脳生検で脳実質・くも膜の血管内に異型細胞が充満し, 免疫染色でIVLBCLと診断した. IVLBCLは臨床像が多様で頭部MRIでも多彩な病変を呈し, しばしば診断に難渋する. 本症例のように髄膜炎様の画像を呈することもあり, 治療抵抗性の髄膜炎様のMRI病変では, IVLBCLを鑑別に挙げる必要がある.

22

CADASIL と鑑別を要した悪性リンパ腫の一例

河合 りら, 山下 悠亮, 久保 純平, 石川 文, 平嶺 敬人, 岡田 敬史, 牧 美充, 宮下 史生, 渡邊 修 鹿児島市立病院 脳神経内科

症例は81歳男性. 半年前から出現した意欲低下や倦怠感を主訴に当科初診となった. 診察上はHDS-R 16点, MMSE 23点と認知機能低下を認め, 頭部MRIで両側側頭極や前頭部に対称性の白質病変を認めた. 側頭葉病変からCADASILを疑い, 白質脳症の遺伝子検査を提出した. 髄液検査では細胞数やIL-2Rの軽度上昇を認め, 脳炎などの可能性も考えた. 自宅で不穏や異常行動が出現したため, 1か月後に入院した. 頭部MRI再検では前頭部正中に造影効果を認め, 周囲に浮腫状変化も認めた. 髄液IL-2Rの上昇もあわせて悪性リンパ腫の可能性を考え, 他院脳外科へ生検を依頼した. 病理診断で悪性リンパ腫の診断となった. 本症例では両側側頭極にFLAIR高信号を認め, CADASILを強く疑ったが, その後の画像変化や髄液所見から悪性リンパ腫の確定診断に至った. このような画像所見を示す悪性リンパ腫の周知は重要であると考え報告する.

23

胸腺腫に関連した傍腫瘍性自己免疫性脳炎が疑われた 1 例

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

48 歳の女性。X-1 年に脱毛が生じ、毛囊炎と診断されていた。X 年 3 月に全身倦怠感、見当識障害、易怒性が出現し、急性発症の認知機能低下が出現した。入院時、MMSE は 26/30、FAB は 15/18 と低下していたが、他に特筆すべき神経学的所見はなかった。頭部 MRI では器質的異常は認められなかったが、脳血流 SPECT において左側頭回および小脳半球の血流低下が確認された。脳波検査では突発性異常波を認めなかったが、優位律動の出現が乏しく、脳機能低下が示唆された。髄液検査では異常所見は認められず、各種自己免疫性脳炎抗体および傍腫瘍性神経症候群抗体は陰性であったが、胸腺腫を認め、抗アセチルコリン受容体抗体が陽性であった。このことから thymoma paraneoplastic autoimmune encephalitis を疑い、IVIg 療法を実施したところ、認知機能障害と脱毛が改善した。その後、拡大胸腺摘出術を施行し、再発は認められていない。文献的考察を含めて報告する。

24

徐脈性不整脈を呈した LGI1 抗体脳炎の 1 例

古谷由佳、橋本智代、岩中行己男、大成圭子、岡田和将
産業医大 脳神経内科

68 歳男性。心疾患の既往なし。X-1 年 11 月に全身痙攣発作を生じ前医に入院。低 Na 血症が認められたが心電図は正常洞調律であった。レベチラセタム開始後も発作を繰り返すため X 年 3 月からラコサミドが追加された。同年 8 月の当科入院時には認知機能低下、心電図で洞徐脈、頭部 MRI で両側扁桃体・海馬と左線条体の腫脹と信号異常、脳波で左側頭部の間欠性徐波を認めた。血清 Na は正常であったが、抗 LGI1 抗体陽性と脳脊髄液で蛋白の軽度上昇を認めた。第 4 病日に完全房室ブロックが出現し、ラコサミド中止後に回復した。その後に痙攣重積状態となったが抗けいれん薬調整と IVMP、IVIg で発作と洞徐脈は消失した。LGI1 抗体脳炎では徐脈性不整脈を呈することがあり、徐脈性不整脈のリスクがあるラコサミドの使用は高度房室ブロックを誘発する可能性があり注意が必要である。

25

ナタリズマブ投与中に帯状疱疹ウイルス性髄膜炎を発症した多発性硬化症の1例

○篠原葉瑠希，江千里，渡邊充，眞崎勝久，山崎亮，磯部紀子

九州大学病院脳神経内科

症例は20歳代女性。X-7年に多発性硬化症と診断，フィンゴリモドやフマル酸ジメチルを使用するも画像上再発を繰り返したため，X-3年にナタリズマブを導入，以後再発なく経過していた。X年に右三叉神経V1領域の帯状疱疹を発症し，近医皮膚科でアメナメビルを処方されたが，3日後に眠れない程の頭痛が生じ当科緊急入院となった。右V1領域の異常感覚を認めたが髄膜刺激徴候はなく，髄液検査で単核球優位の細胞数増多（206個/ μ L）を認め，さらに髄液 multiplex PCR で水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）が陽性でVZV髄膜炎と診断，アシクロビル点滴静注投与を14日間行った。治療後の髄液検査で細胞数低下（11個/ μ L）とVZV-DNAの陰転化が確認され，後遺症なく寛解を得た。本邦においてナタリズマブ投与中にVZVによる髄膜炎を発症した報告はこれまでになく，貴重な症例と考え報告する。

26

胸部痛ならびに吃逆で発症し一時ペーシングを要する洞停止を来した視神経脊髄炎スペクトラム障害（NMOSD）の1例

○中江健太郎¹⁾，中川広人¹⁾，内村謙吾¹⁾，西萌生¹⁾，濱田一正¹⁾，徳永紘康¹⁾，能勢裕久¹⁾，山口剛司²⁾，園田健¹⁾

1)鹿児島市医師会病院 脳神経内科，2)同院 循環器内科

症例は67歳男性。X年11月頃より難治性の吃逆が出現した。近医で治療をされるも改善なく，数日後から8秒程度の洞停止に引き続き強直性の痙攣きたす発作を繰り返すようになった。頭部MRIで最後野にT2延長を認め，当科へ紹介となった。洞停止による致死的风险があり，循環器内科で一時ペーシングを導入した。髄液細胞・蛋白の上昇や吃逆・自律神経が起因と思われる症状から，延髄を中心とする脳脊髄炎，特にNMOSDを想定して治療を行ない，後に抗AQP4抗体陽性が判明した。治療としてはステロイドパルス療法が奏効し，いずれの症状も消失した。NMOSDは多彩な症状をきたすが，中には本症例のように致死的な病態も起こりうる。臨床経過や病態について考察を踏まえて報告を行う。

27

CLIPPERS 症候群に類似した自己免疫性 GFAP アストロサイトパチーの 1 例

兒島 朋史, 甲斐 太, 川野 紘平, 小田 健太郎, 吉村 道由

いまきいれ総合病院 脳神経内科

43 歳, 女性, X-38 日から発熱, X-16 日連日 10 秒間程度の左一過性黒内障を生じ, X 日複視も生じたため当院受診. 頭部 MRI-FLAIR で左側頭葉から後頭葉深部白質にびまん性に高信号域を認め脳外科入院. 髄液検査で単核球の細胞上昇を認めた. X+7 日頭部造影 MRI で前回病変の一部に pepper 様の造影効果あり, 延髄の一部や右側脳室後方にも同様の所見を認めた. 明らかな眼球運動制限は認めなかったが, 全方向の複視, 四肢・体幹の失調, 両上肢姿勢時振戦, 四肢腱反射亢進, 両上肢病的反射を認め, 当科転科し各種自己抗体や腫瘍検索など施行. 造影 MRI を再検し, 橋を含む脳幹病変の増強あり. 脳生検施行後, ステロイドパルス及び経口プレドニゾン療法を施行し, 臨床症状及び画像所見は改善したことより, CLIPPERS 症候群疑いとしたが, 後日髄液 GFAP 抗体が陽性と判明し, 自己免疫性 GFAP アストロサイトパチーと診断した. 病理学的には, CD20 陽性リンパ球の浸潤を血管周囲腔に認めた点が CLIPPERS としては非典型例であった.

28

臨床診断から 4 年半後に死亡し, 剖検を行った CLIPPERS の 1 例

白石 渉¹, 曾根崎雄介², 木下伊寿美³, 稲森有貴子¹, 中澤祐介¹, 本田裕之⁴

¹小倉記念病院脳神経内科, ²同 腎臓内科, ³同 病理科, ⁴国立病院機構大牟田病院 神経病理センター

症例は初診時 72 歳の男性. 小脳症状と複視が出現, 徐々に増悪し, 右下肢の脱力も出現した. 頭部 MRI で点状の造影効果を伴う多発脳幹病変を認め, 当科紹介となった. 画像所見から CLIPPERS を疑いステロイド治療を導入した所, 症状と画像所見が改善した. ステロイド治療を継続していたが, 発症から 4 年半後, 患者は COVID-19 肺炎を生じ, 4 週間の集中治療にも関わらず死亡した. 死後の脳病理にて, 血管周囲に CD3 陽性, CD20 陰性のリンパ球が集簇しているほか, 過去の造影病変部位に一致したミエリン脱落を複数認めた. 悪性所見は無かった. CLIPPERS には脱髄は少ないとされるものの, 長期経過した病理所見の報告はほとんど存在しない. CLIPPERS の長期的な病態を知るうえで重要な症例と考えられる.

MPO-ANCA 陽性および IgG4 高値を呈した肥厚性硬膜炎の一例

岩田紳吾 池ノ下侑 松原崇一朗 三隅洋平 植田光晴

(熊本大学 脳神経内科)

57 歳男性。左眼窩部痛、左側方視時の複視を自覚し、1 か月の経過で増悪したため当科入院となった。左眼窩部を中心する著明な頭痛、左外転神経および左舌下神経障害を認め、頭部 MRI で左小脳テントの硬膜肥厚を認め、左海綿静脈洞、Meckel 腔-卵円孔、内耳孔などに Gd 増強効果を認めた。血液検査にて MPO-ANCA 陽性、IgG4 高値(195 mg/dL)、髄液検査では細胞数 23/ μ L、タンパク 97.8 mg/dL、糖 58 mg/dL、髄液 IgG4 高値(11.8 mg/dL)であった。全身検索では ANCA 関連血管炎を示唆する所見はなく、PET-CT では大動脈弓部および鼻中隔部に集積があり、鼻中隔部の生検で IgG4 陽性形質細胞の浸潤を認めた。IgG4 関連の肥厚性硬膜炎が疑われたため、ステロイド単独療法を行い、臨床所見、画像所見は改善した。MPO-ANCA 陽性かつ IgG4 高値を伴う肥厚性硬膜炎の症例は稀であり、両者の病因的関与について検討と治療・経過観察を慎重に行う必要があると考えられる。

早期から IVIg, メポリズマブを投与した難治性 EGPA の一例

藤岡秀康, 内田大達, 三宮邦裕 (長門記念病院脳神経内科)

症例は 70 歳女性。両下肢のしびれを主訴に来院。アレルギー性鼻炎, 慢性副鼻腔炎の既往。入院 1 か月前より気管支喘息、入院 1 週間前から両足のしびれ、全身の浮腫、その後四肢に紫斑が出た。多発単神経炎を疑い、好酸球、CRP の著明な上昇を認めたため、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断。ステロイドパルス加療で筋力低下は軽減、好酸球も低下したが、PSL 内服では好酸球が再度上昇した。この頃から腹部違和感、下痢があった。IVIg 加療追加でしびれは軽減したが、好酸球は高値が持続、ステロイドパルスを再度施行後、メポリズマブを開始し、著明に減少した。ステロイド抵抗性の症例であり、上部消化管内視鏡検査は実施できなかったが、好酸球性胃腸炎合併は予後不良であり、腹部症状がある場合早期からメポリズマブの投与が好ましい可能性が考えられた。

仮面尿崩症を呈した神経サルコイドーシスの一例

大石麻琴、向井達也、柴田憲一、中垣英明、長野祐久／福岡市民病院脳神経内科
症例は 31 歳男性。両眼ブドウ膜炎の既往あり。3 分間の全身痙攣が出現し、当院に救急搬送された。来院時、JCS 20、37.9℃、後部硬直、頸部・兎径のリンパ節腫脹、顔面・右上肢・背部の皮疹を認めた。頭部造影 MRI では両側側頭葉・前頭葉の FLAIR 高信号域と軟膜に沿った結節上の Gd 増強効果を認めた。入院後、痙攣重積状態となり、抗てんかん薬とステロイド加療を開始した。sIL2-R 高値、ACE 高値、リンパ節と皮膚の生検から類上皮細胞肉芽腫病変を認めたことから、サルコイドーシスと診断した。ステロイド加療開始後、治療前にはみられなかった尿崩症が出現した。血液検査から下垂体機能低下も認めた。神経サルコイドーシスによる仮面尿崩症がステロイド加療されたことで顕在化したと考えられ、文献的考察を含めて報告をする。

irAE-筋炎・重症筋無力症・心筋炎に対して FcRn 阻害薬を使用した 3 症例

池川眞之¹⁾、富田周作¹⁾、押部奈美子¹⁾、田中信一郎¹⁾

1) 関門医療センター脳神経内科

症例 1 は 82 歳男性。胸部食道癌に対して抗 PD-1 抗体/抗 CTLA-4 抗体を使用後に首下がりがり、右眼瞼下垂、下肢筋力低下を生じた。症例 2 は 76 歳男性。悪性中皮腫に対して抗 PD-1 抗体/抗 CTLA-4 抗体を使用後に複視・下肢のだるさを生じた。症例 3 は胸腺腫合併重症筋無力症の 69 歳女性。肝門部胆管癌に対して抗 PD-L1 抗体を使用後に眼瞼下垂、複視、四肢筋力低下、呼吸困難を呈した。前 2 症例は反復神経刺激試験陽性であり症状も合わせ irAE による新規の重症筋無力症と診断した。3 症例とも筋原性酵素・心筋逸脱酵素は上昇、心電図変化を呈し、irAE-筋炎・心筋炎と診断した。治療はグルココルチコイドに FcRn 阻害薬を併用した。症例 1・2 は良好な転帰を得た。症例 3 は重篤な心筋炎で死亡した。irAE-筋炎・重症筋無力症・心筋炎は予後不良の病態とされ、これまで IVIg や血漿交換が選択されたが、新規の FcRn 阻害薬の使用経験は貴重と考え報告する。

33

腹膜偽粘膜腫摘出術 13 年後に発症した脚気の 1 例

1) 法化図陽一、末原雅人、川崎渉一郎、2) 中平孝明

1)宮崎県済生会日向病院脳神経内科、2.同外科

症例は、61 歳、女性。2011 年 4 月、腹膜偽粘膜腫の手術を受け、胃再建術が Roux-Y 法（胃 4/5 切除）でなされた。202X 年 8 月某日運転中に物が 2 重に見え、両下肢の浮腫、しびれあり、当科を受診した。神経学的には、意識は、清明、眼球運動は、full。水平注視方向性眼振を認めた。運動系では、下肢に 3～4 の筋力低下を認め、感覚系では触覚は保たれていたが、振動覚の軽度低下を認めた。腱反射は、総じて減弱、歩行は、歩幅狭く慎重に歩く。検査では、一般血液検査、一般生化学検査では異常を認めなかったが、ビタミン B1 が 15.3ng/dl と低値を示した。脚気と診断し、ビタミン B 1 補充療法を行ったところ速やかに症状の消退を認めた。脚気を生じた原因検索を行ったが 13 年前に行った手術の影響が考えられ、貴重な症例と考え、報告する。

34

緑茶 3L 連日飲用により低カリウム血症性ミオパチーをきたした一例

池之上博任¹⁾、橋元 彩¹⁾、尾山琴海¹⁾、武井 潤¹⁾

1) 恒心会おぐら病院脳神経内科

27 歳フィリピン人男性. X 年 8 月某日にふらつき, 2 日後に下肢の疼痛を認め, 発症 5 日後に歩行困難となり当院緊急搬送. 搬送時, 近位筋優位に四肢筋力低下を認め, 血清 K 1.9 mmol/L, 血清 CK 5282 U/L と横紋筋融解を認めた. 神経伝導検査では異常を認めず, 低カリウム血症性ミオパチーと診断した. 血清 CK 29422 U/L まで上昇したが, カリウムの補充と補液で四肢筋力も改善した. 尿中カリウムは排泄亢進しており, 原因検索を行ったが異常を認めなかった. 再度聴取した病歴にて, 緑茶抽出飲料の過剰摂取が判明し, 原因と考えられた. カフェイン摂取による低カリウム血症の報告は散見されるため, 文献的考察を加えて報告する.

会場案内

長崎大学医学部(坂本キャンパス 1)へのアクセス(JR 長崎駅から)

路面電車:

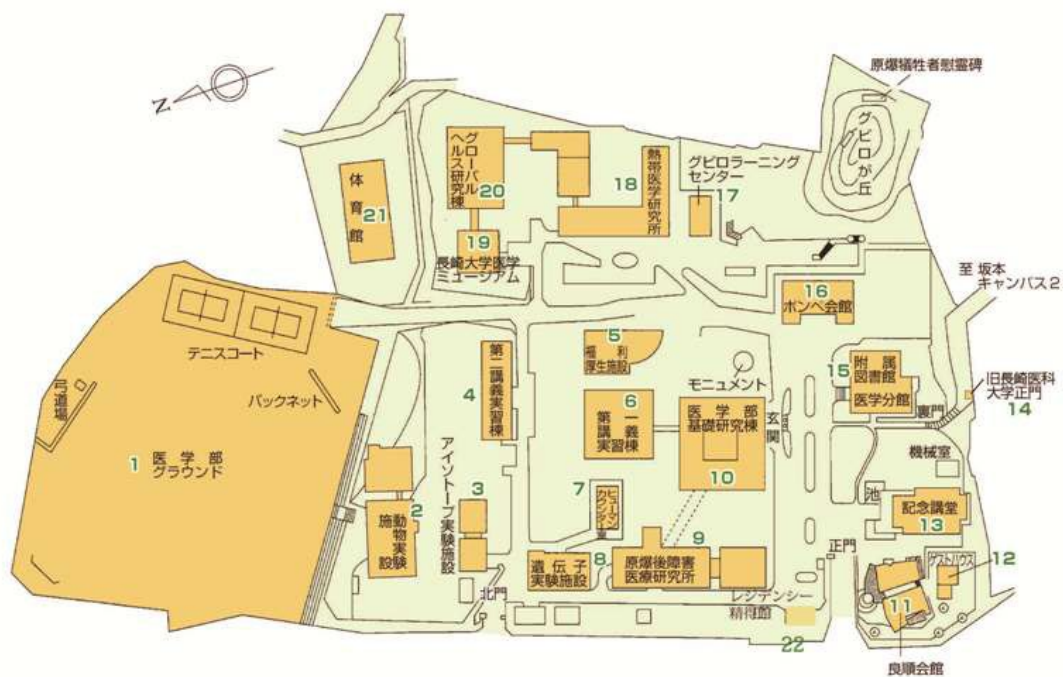
「長崎駅前」電停から、「赤迫」行き1番・3番系統の路面電車で「原爆資料館」下車、徒歩約10分

長崎バス:

「長崎駅前」バス停から「下大橋」「三川町」行き8番系統(医学部経由)の長崎バスで「医学部前」下車、徒歩すぐ



会場までの案内



会場はいずれも正門横(図では右下)

- 11. 良順会館
- 13. 記念講堂



～自家用車で来られる先生へ～

当日、医学部内には駐車できません。近隣の駐車場をご利用ください。

※可能な限り公共交通機関をご利用の上ご来場くださいますよう、よろしくお願いいたします。

argenx

抗FcRn抗体フラグメント・ヒアルロン酸分解酵素配合製剤

エフガルチギモド アルファ(遺伝子組換え)・
ボルヒアルロニダーゼ アルファ(遺伝子組換え)皮下注製剤 薬価基準収載

新発売



ヒフデュラ® 配合皮下注

VYVDURA® Combination Subcutaneous Injection

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品[※] 注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

抗FcRn抗体フラグメント製剤

エフガルチギモド アルファ(遺伝子組換え)点滴静注製剤 薬価基準収載



ウィフガート® 点滴静注 400mg

VYVGART® for Intravenous Infusion 400mg

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品[※] 注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む
注意事項等情報等については電子化された
添付文書をご参照ください。

製造販売元
アルジェニクスジャパン株式会社
東京都港区赤坂二丁目5番8号

【文献請求先及び問い合わせ先】
アルジェニクスジャパン株式会社
TEL : 0120-174-103 (フリーダイヤル)
<https://www.vyvgart.jp/>

詳しくは
製品サイトを
ご覧ください

ウィフガート・&ヒフデュラ・jp
<https://www.vyvgart.jp/>



JP-VJMG-24-00063
(2024年4月作成)



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、
事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



直接作用型第Xa因子阻害剤中和剤

薬価基準収載

オンデキサ[®] 静注用 200mg

(アンデキサネット アルファ)

アンデキサネット アルファ (遺伝子組換え) 製剤

生物由来製品、処方箋医薬品 (注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

「効能又は効果」「用法及び用量」「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

製造販売・文献請求先・製品情報お問い合わせ先

アストラゼネカ株式会社

メディカルインフォメーションセンター

〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号

TEL:0120-189-115 <https://www.astrazeneca.co.jp>

2024年5月作成



抗CD19モノクローナル抗体製剤
イネピリズマブ (遺伝子組換え) 製剤

ユプリズナ[®] 点滴静注100mg

UPLIZNA[®] for Intravenous Infusion 一般名: イネピリズマブ (遺伝子組換え)
生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品^(注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること 薬価基準収載

本剤の効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については、製品電子添文をご参照ください。

製造販売元 (文献請求先及び問い合わせ先) **田辺三菱製薬株式会社**
大阪市中央区道修町3-2-10

製品情報に関するお問い合わせ
TEL: 0120-753-280 (くすり相談センター)
販売情報提供活動に関するご意見
TEL: 0120-268-571

2022年5月作成
(審)22V075

パーキンソン病治療剤（選択的 MAO-B 阻害剤）

薬価基準収載


エフピーOD[®]錠2.5

FP-OD[®] TABLETS （セレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠）

劇薬 覚醒剤原料 処方箋医薬品

（注意—医師等の処方箋により使用すること）

●効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

 藤本製薬グループ

〔製造販売元（文献請求先及びお問い合わせ先）〕

エフピー株式会社

〒580-0011 大阪府松原市西大塚1丁目3番40号

TEL:0120-545-427 FAX:0120-116-026

URL:<http://www.fp-pharm.co.jp/>

® 登録商標



ヒト化抗 CGRP モノクローナル抗体製剤

生物由来製品 処方箋医薬品注 薬価基準収載

アジョビ[®]皮下注 225^{mg} シリンジ 皮下注 225^{mg} オートインジェクター

AJOVY[®] Syringes/Autoinjectors for S.C. Injection 225^{mg} フレマnezマブ（遺伝子組換え）注射液

注）注意—医師等の処方箋により使用すること

◇効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意事項等情報については、電子添文をご参照ください。

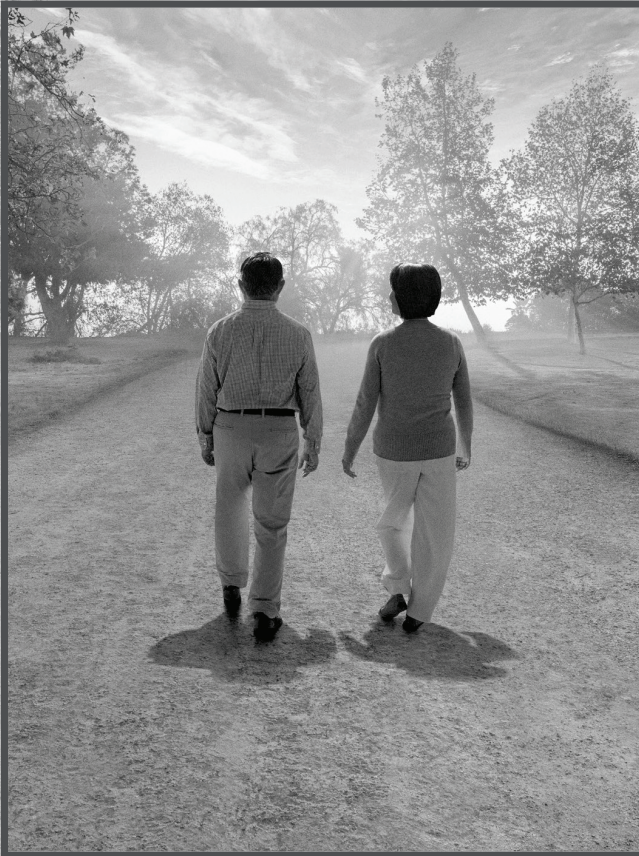



製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町 2-9

文献請求先及び問い合わせ先
大塚製薬株式会社 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー

提携
teva Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

◇ 22.11 作成




 処方箋医薬品中
 抗パーキンソン剤
ヴィアレブ® 配合持続皮下注
 ホスレボドバ・ホスカルビドパ水和物配合剤
VYALEV® combination subcutaneous infusion 薬価基準収載
注）注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については、電子化された添付文書（電子添文）をご参照ください。

製造販売元
アッヴィ合同会社 （文献請求先及び問い合わせ先）
くすり相談室
 東京都港区芝浦3-1-21 フリーダイヤル 0120-587-874

2024年5月作成
 JP-VYAL-220031-3.0

abbvie


 NOVARTIS



**「効能又は効果」、「用法及び用量」、
 「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等
 については電子添文をご参照ください。**

製造販売（輸入） （文献請求先及び問い合わせ先）
ノバルティス ファーマ株式会社
 東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

ノバルティスダイレクト 販売情報提供法に基づきご用意
TEL: 0120-003-293 TEL: 0120-907-026
受付時間：月～金 9:00～17:30（祝日及び当社休日を除く）

多発性硬化症治療剤/ヒト型抗CD20モノクローナル抗体 薬価基準収載

ケシンプタ® 皮下注
20mg ペン

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

Kesimpta® for s.c.injection オファツムマブ（遺伝子組換え）製剤

2021年3月作成
 2023年4月改訂

たった一度の
いのちと
歩く。



KYOWA KIRIN

私たちの志

2019年7月作成

日本標準商品分類番号 876399

pH依存的結合性ヒト化抗IL-6レセプターモノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^注

薬価基準収載

エンズプリング[®] 皮下注120mg シリンジ

ENSPRYNG[®]
satralizumab

サトラリズマブ(遺伝子組換え)注
注)注意-医師等の処方箋により使用すること

製造販売元



中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュグループ

〔文献請求先及び問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

〔販売情報提供活動に関する問い合わせ先〕
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>



2022年6月作成

※ 効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

薬価基準収載

ヒト化抗CGRPモノクローナル抗体製剤

エムガルティ®

皮下注120mg オートインジェクター
皮下注120mg シリンジ

ガルカネズマブ(遺伝子組換え)注射液
Emgality® Subcutaneous Injection Autoinjectors,
Emgality® Subcutaneous Injection Syringes

生物由来製品 処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)



効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報については、電子添文をご参照ください。



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号



販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含まず)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

PP-GZ-JP-1393
2022年6月改訂



アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載



アリドネ®

パッチ 27.5mg
55mg

ALLYDONE® Patches

ドネペジル経皮吸収型製剤 劇薬、処方箋医薬品：注意-医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。



製造販売元

帝國製薬株式会社
香川県東かがわ市三本松567番地



販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

興和株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2023年12月作成

