第38回島根脳血管障害研究会

日　時：令和３年９月18日（土）　15時15分より

会　場：ニューウェルシティ出雲２F「牡丹」
島根県出雲市塩治有原町2-15-1　℡（0853）23－7388

当番世話人：長井 篤（島根大学医学部 内科学講座内科学第三）

共　催：島根脳血管障害研究会
田辺三菱製薬株式会社

１）巨大血栓化椎骨動脈瘤の１症例

松江市立病院脳神経外科
瀧川　晴夫，萩原　伸哉，阿武　雄一
島根大学病院脳神経外科
内村　昌裕

【はじめに】紡錘状脳動脈瘤に対してステントやフロダイバーターを使用して脳血管内手術が可能となってきています。今回，巨大血栓化椎骨動脈瘤に対してステントアシストコイル塞栓術を施行した１例を経験したので報告する。

【症例】65歳，男性。２年前にMRIを行ったところ未破裂の右椎骨動脈瘤と前交通動脈瘤が見つかった。経過観察を希望されてMRIにてフォローされていたが，20XY/11/○△のMRIにて右椎骨動脈瘤の拡大を認めたため脳血管内手術を希望された。エルビスステントアシストコイル塞栓術を施行した。ネック周囲の血流は残存しているが，血栓化脳動脈瘤内への血流は消失して脳動脈瘤の拡大はない。

【結語】フローダイバーション効果を認めたエルビスステントコイル塞栓術は有効と思われた。

２）CA 19-9 高値を呈しトルソー症候群と診断した１例

島根大学医学部　脳神経内科
松本　源樹，加藤　芳恵，三瀧　真悟
長井　　篤
同　高度脳卒中センター
有竹　　洵，安部　哲史，林　健太郎

症例は85歳女性。ADLは自立。心筋梗塞に対しステント留置後でバイアスピリンを内服していた。左同名半盲と地誌失認を認め，当院を受診した。MRIにて症状の責任病巣と考えられる右後頭葉以外に左半球にも散在性の新規脳梗塞巣を認め入院した。両側散在性の梗塞であり大動脈弓部に不安定プラークを認め，心房細動をはじめとした心原性塞栓症の原因が明らかでなかったことから大動脈原性塞栓と考えた。右後頭葉は出血性梗塞であったため急性期は抗血栓薬を使用せず補液のみで治療し，再発予防はバイアスピリン100 mgを継続した。入院後の精査でCA 19-9が1184.7 U/mlと顕著に上昇しており，CTでは原発巣ははっきりしなかったが，頭頸部MRI検査で頚部リンパ節腫大を認めた。その後施行したリンパ節生検では悪性を示唆する所見は得られなかった。大動脈原性塞栓症と鑑別が困難な症例であるが，腫瘍マーカーが異常高値であり，D dimer 1.2 μg/mLと凝固異常も認めたため，最終的にトルソー症候群と診断した。今後も定期的な原発巣の精査が必要と考えられる。

３）脳動脈瘤の血管内治療後に発症した遅発性白質脳症の１例

島根大学医学部脳神経外科
古田　幸也，藤原　勇太，柴田　洋平
山﨑　智博，山本　和博，内村　昌裕
中川　史生，神原　瑞樹，吉金　　努
永井　秀政，秋山　恭彦

【はじめに】

近年，脳動脈瘤の血管内治療後の遅発性白質病変の報告が散見される。今回我々は，ステントアシスト瘤内塞栓術後，３ヶ月を経過後に治療側大脳半球に白質病変が発生した一例を経験したので報告する。

【症例】

50歳代の女性。既往歴：40歳代で潰瘍性大腸炎を発症。直近４年は寛解導入され，維持療法を継続中であった。

【現病歴】

頭痛の精査により，無症候性の左内頚動脈瘤（IC C３portion，５mm径）が診断された。

【治療および経過】

ステントアシスト法（Neuroform Atras + Target

coil 計 53 cm）で瘤内塞栓術を行い，イベントなく退院した。治療 3 月後の定期 MRI 検査で，治療側左大脳半球に白質脳症を疑う FLAIR 高信号病変を認めた。血管内治療関連白質病変を疑い，プレドニゾロン経口投与をおこなったところ，病変消失を認めた。

【考察と結語】

カテーテルの親水コーティング剤や塞栓材料に含有される金属に対する遅発性アレルギーが，遅発性白質脳症の原因と推測されている。非常に稀な病態であるが，啓発を目的として報告した。

Key words: delayed leukoencephalopathy, stent-assist coil embolization, cerebral aneurysm Nickel, polyvinylpyrrolidone

4）悪寒・発熱と顔面痙攣にて発症した両側内頚動脈狭窄を有する高齢脳梗塞の１例

大田市立病院総合診療科
向田　千夏，高　　仁佑
島根大学医学部大田総合医育成センター
山形　真吾，木島　庸貴，高橋　伸幸
濱口　俊一
同　総合医療学
牧石　徹也

症例：95歳，女性。主訴：悪寒・発熱，顔面痙攣。病歴：デイサービス利用中に悪寒と発熱を生じ，夕に顔面痙攣と左上肢の脱力を認め紹介となった。COVID 19抗原陰性。血圧 200/90 mmHg，脈拍 90/分整洞調律。舌咬傷あり。胸腹部に著変なし。項部強直なし。意識は昏迷，顎周囲のけいれんと左上下肢の不全麻痺を認めた。末梢血白血球数 5960/μL，CRP 0.01 mg/dl。頭部 MRI にて右島回から弁蓋部，前頭葉皮質，右視床，右後頭葉白質に DWI 高信号を認め，両側内頚動脈サイフォン部に高度狭窄あり。アテローム血栓性梗塞，脳梗塞後けいれんの初診時診断にて治療を開始。第 4 病日の頭部 MRI-ASL では病巣部に過灌流所見を認め，脳波では右側で多棘波の出現あり。入院後，一過性心房細動が出現，３ヶ月の経過中に急速に増大する右後頭葉血管性腫瘍も認めた。脳梗塞後てんかんと脳腫瘍による ASL 過灌流所見を伴う高齢多重病態で，複合的な病態の把握と経過観察が重要と思われた。

5）くも膜下出血の退院時危険因子の検討
－BMI に関する文献的考察－

The risk factor for poor outcome of aneurysmal subarachnoid hemorrhage at discharge and literature review regarding BMI

島根県立中央病院　脳神経外科
奥　真一朗，井川　房夫，日高　敏和
松田　真伍，大園　伊織

【目的】

くも膜下出血（SAH）の転帰と Body Mass Index（BMI）の関係性に関して，BMI を含めた退院時転帰不良因子について解析し，文献的に考察した。

【対象と方法】

2000年－2018年の SAH 860例のうち，成人，発症前 modified Rankin scale（mRS）2 以下，Day 4 までに破裂嚢状動脈瘤の根治術を行った513例を対象とした。患者背景，SAH に関する基本的情報，退院時 mRS について後方視的に解析を行った。退院時 mRS 3 以上の転帰不良因子について年齢で分けて多変量解析でオッズ比（OR）と 95%信頼区間（CI）を求めた。

【結果】

(1) 全体の平均年齢:66.3±13.7 歳，男性:30.2%，開頭術:77.4%，転帰不良:43.3%，BMI underweight（U）: 12.3%，BMI normal:48.7%，BMI overweight（O）: 16.0%であった。

(2) 65 歳以上群について BMI（U）（OR:2.78, 95%CI: 1.04-7.44）および BMI（O）（OR:3.95, 95%CI:1.35-11.58）は退院時転不良の有意な危険因子であった。

(3) 今回渉猟し得た文献中 2 つの文献（25%）において，BMI と SAH 患者の転帰に関する相関性が報告されていた。

【結論】

特に 65 歳以上の高齢者破裂嚢状動脈瘤患者では，BMI underweight および overweight が転帰不良因子であった。高齢者では至適体重維持の重要性が示唆された。

【教育講演】

当院での筋萎縮性側索硬化症（ALS）に対するエダラボンによる治療

島根大学医学部附属病院
内科学講座内科学第三
加藤　芳恵，安部　哲史、三瀧　真悟
長井　　篤

ALS は，主に中年以降に発症し，上位および下位運動ニューロンが選択的にかつ進行性に変性・消失していく原因不明の疾患である。現在もなお根本的治療はなく，代表的な神経難病である。近年進行抑制薬が開発され，1999年にリルゾール，2015年６月にエダラボンが日本で認可されている。また，近年国内では ALS に対する５つの医師主導治験（肝細胞増殖因子，ペランパネル，ロピニロール，ボスチニブ，メチルコバラミン）が実施された。

エダラボンは，酸化的障害からの保護作用を有すると考えられている。現在確認できているのは，投与開始６か月時点での機能障害の進行抑制効果であるが，今後 SUNRISE　Japan 研究を通して生存期間への影響が明らかになると思われる。エダラボンは，投与期と休薬期を組み合わせた28日間１クールのうち10日間（初回は14日間）に，１日１回60分かけて点滴静注を行い，これを繰り返す。点滴のための頻回の通院が難しいケースもあるが，当院では ALS 患者の定期入院にて，病状評価・リハビリテーションに加えて，エダラボン点滴を施行している。

エダラボンの認可された2015年６月以降の６年間に，当院にて ALS と診断した症例は27例であった。全国的には男性が約1.3倍多い傾向にあるが，当院では女性が16例（59%）と多い傾向にあった。平均年齢は，70.9歳（41～89歳）であった。病型は，球型13例，下肢型８例，上肢型６例であり，国内のデータと比較して，球型が多い傾向にあった。エダラボンは21例で使用され，当院での初回導入後の治療は，地域病院８例，在宅６例，当院＋在宅３例，当院＋地域病院２例，初回導入のみ２例であった。

患者さんには積極的に治療情報を提供し治療の機会を逃さないようにすること，さらに，患者さんの状態や希望に寄り添って治療を検討していくことが大切である。

【特別講演】

頚部頚動脈狭窄の治療
～本邦での歴史的背景を踏まえて～

島根大学医学部附属病院高度脳卒中センター
林　健太郎

頚動脈狭窄症は高齢化や食生活の欧米化に伴い，増加してきている。外科的治療は頚動脈内膜剥離術と頚動脈ステント留置術があげられるが，本邦では 1970 年ごろに頚動脈内膜剥離術がはじめられ，一部の施設で行われてきた。2000年ごろより血管内治療が進歩し，頚動脈ステント留置術が off label 下に行われるようになった。頚動脈ステント留置術は2008年に保険収載され，その後急速に普及したが，術中のデブリスによる脳梗塞がみられ，protection system が発展する一方，頚動脈内膜剥離術が見直されるようになった。また，近年は抗血栓薬やスタチンなどの薬剤も頚動脈プラークの安定化に効果があることがわかり，特に無症候性頚動脈狭窄に対しては内科治療が第一に選択されるようになっている。本邦における頚動脈狭窄に対する治療を歴史的観点からレビューし，それぞれの特徴について検討する。