## P4-31
# Vogt-小柳-原田病の診断から 6 年後に神経サルコイドーシスを合併した一例

芳賀赤十字病院　医局研修医[1]、芳賀赤十字病院神経内科[2]、
芳賀赤十字病院眼科[3]

○大塚（おおつか）　英明（ひであき）[1]、瀬原　吉英[2]、坂本　晋一[3]、安藤　喜仁[2]、
澤田　幹雄[2]

【症例】50歳　女性
【主訴】顔面左半分の異常感覚，左手のしびれ
【既往歴】Vogt-小柳-原田病(X-6年)
【現病歴・臨床経過】X-6年，充血・眼痛・視力低下が出現し，前医眼科を受診した．漿液性網膜剥離と両視神経乳頭腫脹を呈しており，Vogt - 小柳 - 原田病の診断でステロイド療法が行われた．X年Y月，顔面左半分と左手の「麻酔がかかったような」異常感覚で当院を受診した．身体所見では，左三叉神経領域および左尺骨神経領域の異常感覚と多発皮下結節を認めた．血液検査ではACE 43.7U/L，リゾチーム25.4 μg/mL，可溶性IL-2受容体4380 U/L，胸部X線では両側肺門部リンパ節腫脹を認め，サルコイドーシスを疑った．皮下結節生検を行ったところ多核巨細胞を認め，サルコイドーシスと確定診断した．ステロイドパルス療法に続いてプレドニゾロン0.8 mg/kg/day経口投与を開始し，現在は外来通院で漸減中である．
【考察】Vogt-小柳-原田病はサルコイドーシスと並びブドウ膜炎の原因疾患として重要であるが，その病態は異なると考えられており，両者を併発することは非常に稀である．本例では，サルコイドーシス，原田病発症の内的要因，外的要因を偶然，持ち合わせた可能性があり，そのために両者の併発につながった可能性があると考えた．
【結語】Vogt-小柳-原田病を発症し，6年後にサルコイドーシスを合併した1例を経験した．

## P4-32
# 無呼吸発作を生じた側頭葉てんかんの 2 例

高松赤十字病院　卒後臨床研修センター[1]、高松赤十字病院　神経内科[2]

○千葉（ちば）　雄太（ゆうた）[1]、峯　　秀樹[2]、荒木みどり[2]

<はじめに>てんかんの単独症状としての無呼吸発作は新生児ではよく知られている。今回、成人の側頭葉てんかんで無呼吸発作を生じた2例を経験したので報告する。
<症例1>20歳代、男性。周産期異常なし。当院受診の3カ月前から1日数回の発作性の呼吸困難があり、近医にて過換気症候群と診断された。その後も症状が改善せず、当院受診した。来院中の待合室で発作を生じ、一過性の無呼吸を認めたが、意識清明で神経学的に異常を認めなかった。発作直後の血液ガスではpH 7.342、$PaCO_2$ 49.5mmHg、$PaO_2$ 76.7mmHgと呼吸性アシドーシスを認めた。頭部MRIでは異常なし。脳波では発作間欠期に左側頭葉を中心に棘波が散見された。また、アプノモニターで発作中の無呼吸を認め、低酸素血症を生じていた。以上より側頭葉てんかんによる無呼吸と診断し、カルバマゼピンを投与すると、無呼吸発作は消失し脳波所見も正常になった。<症例2>70歳代、女性。糖尿病、高血圧あり。当院受診の1週間前から高熱があり、痙攣、意識障害が出現したため当院受診。脳MRIで左側頭葉内側に異常信号を認め、単純ヘルペス脳炎および痙攣重積発作と考えた。ICUに入室し、鎮静、人工呼吸管理下にアシクロビル、レベチラセタムを投与した。状態は安定したが、無呼吸発作が頻発し、ウィーニングに難渋した。第15病日に気管切開術を行った。無呼吸発作が側頭葉てんかんによると考え、ラコサミドを追加したところ、発作は改善しウィーニングを進められた。第24病日には人工呼吸器から離脱し第37病日に抜管できた。3カ月後にリハビリテーション目的に転院した。<結語>側頭葉てんかんでは成人においても無呼吸発作を生じることがある。無呼吸発作の鑑別診断にてんかんを挙げ、適切な薬物治療へとつなげることが重要である。

## P4-33
# ビタミンE欠乏症による小脳失調および感覚障害をきたした 79 歳男性の 1 例

秋田赤十字病院　臨床研修センター[1]、秋田赤十字病院 神経内科[2]

○加澤（かざわ）　隆康（たかやす）[1]、井上　佳奈[2]、大内　東香[2]、柴野　　健[2]、
原　　賢寿[2]

症例はC型肝炎による肝硬変にて消化器内科でフォローされていた79歳男性。ふらつきと四肢のしびれを主訴に近医内科を受診し、小脳梗塞疑いとして当院神経内科紹介となった。体幹失調、glove and stocking型のしびれ、上肢運動失調および四肢腱反射消失が見られた。末梢神経伝導検査では尺骨神経での感覚神経活動電位の低下が見られたが、頭部CT・MRIともに有意な異常所見を認めず、血液検査にてビタミンE低値を認めたため、ビタミンE欠乏症による症状と考えられた。ビタミンE欠乏症による小脳失調および感覚障害は報告されているが発症年齢としてはほとんどが若年者である。今回我々は極めて稀なビタミンE欠乏症の高齢発症例を経験したため報告する。

## P4-34
# たこつぼ型心筋症（TC）を合併した筋萎縮性側索硬化症（ALS）の 1 例

秋田赤十字病院　研修センター[1]、秋田赤十字病院　神経内科[2]

○池上（いけがみ）いちこ[1]、山岸　拓磨[2]、井上　佳奈[2]、大内　東香[2]、
柴野　　健[2]、原　　賢寿[2]

【背景】TCは急性心筋梗塞類似の症状と心電図変化を呈し，冠動脈異常を伴わない心尖部主体の一過性収縮低下を認める疾患で，原因としてカテコラミン毒性が考えられている．神経疾患でTCを合併した報告は複数あるが，ALSでTCを合併した報告は少ない．今回TCを発症したALS症例を経験したので報告する．【症例】76歳女性．X-2年前に構音障害を発症し，X-1年前にALSと診断された．X年6月，呼吸苦を主訴に当科へ入院．酸素1L/分投与で呼吸状態は改善し，今後の呼吸補助療法を検討予定であった．第3病日，呼吸機能検査後より一時的な喀痰増加とSpO2低下があり，酸素増量と喀痰吸引で改善した．同日夕よりモニタ心電図上II，III，aVF，V2－6のST上昇を認めたが，胸痛等の自覚症状やバイタルサインの変化もなく経過観察とした．翌日の心電図でも同部位のST上昇があり，精査にてトロポニンT 0.84 ng/dL，CK-MB 43 U/Lと心筋逸脱酵素の上昇，エコー上心尖部の壁運動低下と駆出率低下を認めた．急性心筋梗塞の疑いで行った心臓カテーテル検査で冠動脈に異常なく，心尖部の壁運動低下を認めTCと診断された．【考察】ALSは自律神経障害を伴わないとされてきたが，長期罹患例では自律神経障害や発作性交感神経亢進を起こすとの報告もあり，交感神経亢進状態を背景に何らかの負荷によりTCを来す可能性がある．TCを合併するALSは球麻痺や頚髄症状での初発例や進行例が多く，症状として胸部不快感や呼吸困難を呈するとの報告もあるが，症例数が少なく詳細不明な点も多い．今回既報例との比較からTC合併ALSの特徴を検討する．

## P4-35
# A型インフルエンザ罹患後の下肢痛で線維筋痛症を疑った 10 歳女児例

長浜赤十字病院　小児科

○大島（おおしま）　真衣（まい）、松川　幸弘、梅原　　弘、林谷　俊和、西野　裕香、
小川　詩季、中辻　恵理、高島　光平、小豆澤敬幸、清水　恭代、
安齋　祐子、山本　正仁、成宮　正朗

【緒言】線維筋痛症は筋・骨格系の疼痛を訴える原因不明の疾患である。小児においては線維筋痛症全体の4．1％とされている。今回、インフルエンザ罹患後に線維筋痛症を疑った1例を経験したので報告する。【症例】10歳女児、既往歴やワクチン接種歴に特記すべき事項なし。A型インフルエンザ罹患第5病日に四肢のだるさを訴え、第11病日に下肢の痛みと認めたため紹介受診となった。外来にて経過観察としたが下肢の疼痛が改善しないため、第26病日に精査加療目的に入院となった。大腿部痛のため歩行障害を認めたが、神経学的所見、MRI検査、神経伝導速度検査、血液検査でも明らかな異常を認めなかった。しかし、全身の圧痛点を18ヵ所認めたため線維筋痛症を疑った。NSAIDs内服を開始したが､症状改善が見られなかったため、代替薬としてワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液の内服を開始し、疼痛の軽快を認めた。しかし、外泊中に疼痛が増悪したため、内服に加えて同薬剤静注を行ったところ症状改善を認めた。1～2回／週の静注によって疼痛コントロール可能であったため、第48病日に退院とし、外来管理とした。【考察】今回の症例はA型インフルエンザ罹患後に症状が出現し、その後持続していた。線維筋痛症の発症機序は明らかではないが、外傷、感染、心因性など何らかのストレッサーが潜んでいるとされる。調べた限りではインフルエンザを起因とした報告はなかったが、本症例ではインフルエンザ罹患を契機に発症した可能性が考えられる。インフルエンザ罹患後に疼痛が持続する際、線維筋痛症も念頭において診療に当たるべきと考えられた。

## P4-36
# インフルエンザワクチン接種後にギラン・バレー症候群を発症した 2 例

高松赤十字病院　卒後臨床研修センター[1]、高松赤十字病院　神経内科[2]

○山本（やまもと）　　燎（りょう）[1]、荒木みどり[2]、峯　　秀樹[2]

【症例1】70歳女性。先行感染は認めない。インフルエンザの予防接種を受けた2日後、下肢のしびれを自覚。4日後歩行困難となり、当院に救急搬送された。両下肢の弛緩性運動麻痺としびれ感、嚥下障害を認め、呼吸不全を呈していた。腱反射低下、神経伝導速度検査ではM波の振幅低下、髄液検査では蛋白細胞解離を認めた。ギラン・バレー症候群（GBS）の診断で、人工呼吸と免疫グロブリン療法開始。3クールのガンマグロブリン療法後、人工呼吸器から離脱、弛緩性運動麻痺も改善し歩行器歩行が可能となった。【症例2】64歳女性。先行感染はない。新型インフルエンザワクチンの接種から11日後、下肢のしびれ感を自覚、次第に歩行困難となり、3週間後に当院外来受診となった。神経伝導検査でM波振幅低下、髄液検査では蛋白細胞解離を認めた。GBSと診断し免疫グロブリン療法開始。運動麻痺は改善傾向を示し、治療開始後6週目にリハビリテーション継続目的に転院となった。【考察】GBSは急速な運動麻痺を主徴とする多発神経障害である。7割に先行感染が認められるが、原因にインフルエンザワクチン接種が疑われる症例も多数報告があり、後者の場合、ワクチン接種数日後から6週間以内の発症が多いとされている。症例1、2ともにワクチン接種2週以内の発症であり、先行感染を疑う病歴がなかったことより、GBSの発症にインフルエンザワクチンの関与が考えられた。【結論】インフルエンザワクチン接種後にGBSを発症した2例を経験した。進行性の両下肢の弛緩性運動麻痺等を認めた場合、先行感染だけでなく数週間以内にワクチン接種歴があれば、GBSを鑑別に挙げることも重要と考えた。