

O-11-19

自己免疫性胃炎により亜急性脊髄連合変性症をきたした1例

熊本赤十字病院 脳神経内科¹⁾、内視鏡科²⁾

○富田 真裕¹⁾、黒木 健至¹⁾、和田 邦泰¹⁾、寺崎 修司¹⁾、川口 哲²⁾

【背景】亜急性脊髄連合変性症(以下、SCDC)は、ビタミンB12欠乏により末梢および中枢神経に変性をきたす疾患である。本邦でのビタミンB12欠乏症の多くは胃全摘の数十年経過後に生じるとされているが、稀とされている手術歴のないSCDCを経験したので報告する。【症例】66歳女性、既往歴に特記事項なし、手術歴なし。偏食なし。腹部症状なし。過去に上部消化管内視鏡検査歴なし。【病歴】入院4ヶ月前より右手のしびれ感が出現。次第に増悪し、入院2ヶ月前には左手にもしびれ感が出現。前医MRIでC2-5の両側脊髄後索にT2高信号域を認め当院を紹介受診。【入院時神経学的所見】脳神経：特記異常なし。運動：特記異常なし。感覚：両側手指の痛覚の低下および自発的異常感覚あり。反射：アキレス腱反射の消失を認めたほかは正常。その他：つぎ足歩行で軽度ふらつきあり。【入院後経過】血中ビタミンB12濃度低値(50pg/mL未満)、特異的画像所見、神経学的所見からSCDCと診断した。上部消化管内視鏡検査で萎縮性胃炎の所見があり、抗内因子抗体陽性、血清ガストリン高値も併っていたため自己免疫性胃炎の診断に至った。ビタミンB12の点滴静注および内服による加療を開始した。【考察】自己免疫性胃炎は本邦を含めたアジア諸国では稀な疾患とされてきたが、偏食や腹部手術歴のないビタミンB12欠乏症では鑑別診断として重要である。診断には内視鏡所見から自己免疫性胃炎を疑うことが重要とされており、ビタミンB12欠乏症患者には上部内視鏡検査を考慮する必要がある。自己免疫性胃炎は胃癌や胃神経内分分泌腫瘍の発生母地としても知られており、今後定期的な経過観察を続けていく方針としている。

O-11-21

延髄外側梗塞における末梢性顔面神経麻痺の機序：自験例と文献的考察

静岡赤十字病院 神経内科

○久保田紗英、今井 昇、篠原 慶、中川 裕亮、守屋 麻美、八木 宣泰、小西 高志、芹澤 正博

【目的】延髄外側梗塞における末梢性顔面神経麻痺の機序について自験例を交え文献的考察を行う。【症例】42歳、男性。主訴：嚥下障害。現病歴：ソファで頬に手をつけて右側臥位で横になっていたとき、突然左耳介後部痛が出現し、唾飲の嚥下困難が困難となり入院となった。神経学的には、左縮瞳、左眼裂狭小化、額を含む左顔面筋麻痺、左カーテン徴候、左軟口蓋挙上不良、嚥下障害、顔面を含む右半身温痛覚低下、左膝踵試験拙劣を認めた。MRIで左延髄外側に限局した急性期梗塞像を認めた。その後のMRIでは、梗塞像の拡大や新規の梗塞像は認めなかった。MRAで入院時には明らかな異常は認めなかったが、第6病日には左椎骨動脈解離を認めた。入院後症状の悪化はなく、約1週間後左縮瞳、左眼裂狭小化、左顔面筋麻痺、左膝踵試験拙劣は消失したが、嚥下障害、右感覚解離は残存した。神経学的所見、MRIより、本症例を左延髄外側梗塞と診断した。【考察】延髄外側に限局した梗塞で末梢性顔面神経麻痺を認めた既報例は病巣が延髄上部に位置しており、一過性に橋下部の虚血が生じた可能性が推測されている。本症例の病巣は延髄中部に位置しており、通常は橋延髄移行部に位置する顔面神経核が本症例では延髄上部に存在する可能性、顔面神経核から始まる髄内根のループが延髄にまで至っている可能性などが推測された。

O-11-23

医療類似行為による頸部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¹⁾、
日本赤十字社長崎原爆病院 放射線科²⁾、
日本赤十字社長崎原爆病院 緩和ケア内科³⁾

○木下 郁夫¹⁾、大坪まゆみ²⁾、後藤 慎一³⁾

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に、頭痛とめまいを自覚した。同年10月に近医脳神経外科で両側硬膜下血腫を指摘された。経過観察されるも症状の改善はなく、ミエロMRIでC2/3からの髄液漏出が確認されたため当院に紹介入院となった。C7/Th1よりブラッドパッチを施行し症状は改善した。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に立位、座位での頭痛、嘔気が出現し、体動困難になり近医脳外科へ入院した。脳脊髄液漏出症を疑われ、当院に転院となった。頭部造影MRIで硬膜の造影効果、ミエロMRIで頸椎レベルで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、症状は軽減したが完全ではなかった。再検のミエロMRIで頸椎から胸椎での脊髄漏出の残存が確認され、再度、Th3/4へのブラッドパッチにて症状は改善した。医療類似行為による有害事象の報告はあるがその実態は明らかではなく、正確な疫学データも存在しない。特に骨折や捻挫のような直接的なものではない髄液漏出のような二次的な有害事象は被害を受けた患者も現状の理解や把握が困難である。医療類似行為による頸部の施術の危険性について報告する。

O-11-20

アルツハイマー型認知症の加療中にレビー小体型認知症と最終診断した10例

高松赤十字病院 神経内科¹⁾、高松赤十字病院 看護部²⁾、
高松赤十字病院 事務部³⁾

○峯 秀樹¹⁾、荒木みどり¹⁾、長嶋真祐美²⁾、大西 力²⁾、瀧 裕子³⁾

当院は香川県で最初に認知症ケア加算1を申請し、認知症ケアチームの活動を行い、院内デイケアに取り組み、また病院広報誌でも積極的に認知症の啓蒙活動を行っている。一方、レビー小体型認知症(DLB)はパーキンソンズムや幻視等の多彩な症状を呈し、診断に苦慮することも多い。自験65例のDLB患者では院外紹介が30例あり、そのうちの14例は前医でアルツハイマー型認知症(AD)と診断されていた。また、当院でADとして加療中にDLBと診断した症例は10例ある。DLBの気付きの症状は幻視5例、レム期睡眠行動異常症2例、意識障害2例、パーキンソンズム1例であった。<症例1>86歳、女性。興奮し、辻褄の合わない言動が増えてきたと家人に連れられ受診。長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)13点と低下し、脳血流シンチで頭頂葉・側頭葉の血流低下あり、ADと診断し、ドネペジルを開始した。加療後、穏やかになり、落ち着いて話が聞けるようになり、以前からの幻視の存在が明らかになった。DaTスキャンにて両線状体の集積低下があり、DLBと最終診断した。<症例2>83歳、女性。1年半前から物忘れあり、HDS-R 23点、脳MRIで海馬の萎縮あり、ADと診断した。その2年後に息子と同居するようになり、患者の寝言に気付いた。DaTスキャンにて両側線状体の集積低下があり、DLBと最終診断した。<症例3>85歳、男性。もの忘れがあり、受診した。HDS-R 17点、脳MRIで海馬の萎縮あり、脳血流シンチで頭頂葉・側頭葉の血流低下があり、ADと診断した。2年半後、一過性の意識障害が出現するようになった。DaTスキャンにて両側線状体の集積低下があり、DLBと最終診断した。DLBは症状が多彩で一様でないことから診断に苦慮することがあるが、DaTスキャンはDLBの診断に有用である。

O-11-22

頭痛・発熱を主訴にした石灰沈着性頸長筋腱炎の一例

静岡赤十字病院 医学部

○菊池 恵介、今井 昇、篠原 慶、中川 裕亮、守屋 麻美、八木 宣泰、小西 高志、芹澤 正博

【背景】石灰沈着性頸長筋腱炎は急激な頸部痛・頸部可動域制限・嚥下痛で発症する。椎骨椎動脈解離、髄膜炎、咽後膿瘍、化膿性脊椎炎などが鑑別となり、認知度の低さからこれらへの治療が行われることも多い。今回、頭痛・発熱を主訴にした石灰沈着性頸長筋腱炎の1例を経験したため文献的考察を行う。【症例】26歳、男性。【主訴】頭痛・発熱。【臨床経過】X4日、朝サーフィンを行った。昼よりNumerical Rating Scale(NRS)1-2の右後頭部痛を認め、頭部回旋時に疼痛増強した。徐々に右後頭部痛は増強しX-1日にNRS5-6となり、嚥下時痛が出現した。X日にNRS7-8になり、体位変換時に疼痛増強あり、さらに後頭部痛・発熱が出現したため放射科を受診した。初診時、意識清明、体温37.8度。身体所見は開口制限2横指・右/上頭位回旋にて右後頭部痛増強、Jolt accentuation陽性。血液検査はWBC 9970/ μ L、CRP 3.28mg/dLと炎症上昇を認めたがPCT 0.045ng/mLであった。髄液検査は正常。頸部単純X線で咽頭後間隙肥厚・前方の石灰化を認めた。MRI T2強調画像矢状断でC2-5レベルの頸椎前部軟部組織に高信号を伴う肥厚を認め、脳実質および脳血管には異常所見を認めなかった。画像所見から石灰沈着性頸長筋腱炎と診断した。NSAIDs投与で頭痛・発熱、嚥下時痛は消失し、右後頭部痛は改善した。X+8日に単純頸部X線で咽頭後間隙肥厚・前方の石灰化は消失。MRI T2強調画像は頸椎前部軟部組織の高信号および肥厚は消失していた。【結論】石灰沈着性頸長筋腱炎は急激な頸部痛・頸部可動域制限・嚥下痛を主訴とする疾患であるが本症例のように頭痛(後頭部痛)をきたすことがあり、他の頭痛疾患との鑑別が必要となることがある。

O-11-24

がん診療と救急部門の関わり方に関する考察

さいたま赤十字病院 乳腺外科

○有澤 夫夫

国立がん研究センター・がん情報によれば、日本国民の2人に1人ががんに罹患し、男性の4人に1人、女性の7人に1人ががんで死亡するとされ、国内死亡原因の第1位となっている。がん診療はかつて外科医による手術治療が主体であり、薬物療法や放射線療法は補助的な扱いであった。しかし、抗がん剤・分子標的薬・放射線治療機器が進歩し、がん診療はチーム医療によって行われるようになった。こうして再発リスクが低下したうに、再発したとしても治療を継続することで長期生存が得られるようになり、がんサバイバーが急増している。がんは慢性疾患であるが、特に進行再発病変に対して治療を行っている患者の病態は複雑で、急性の変化をきたす可能性がある。発熱性好中球減少や病的骨折、高カルシウム血症のような代表的なオンコロジエーマージェンシだけでなく、様々な化学療法薬・分子標的薬の副作用まで記憶、理解し対応することは、がん診療医であっても困難である。多くの総合病院が救急体制を内科系、外科系に分離しているため、感染症や中毒への対応を期待されている内科系医師、外傷医学に対する貢献を期待されている外科系医師はがん救急への対応が困難であるばかりか、上記病態が急変されること常態的に経験する。がん治療が多様化している今日、交代制救急当番医ががん救急に対応するのは不可能であるように思える。救急当番医が、急患室に飛び込んだがん患者はまだしも、不調を病院に電話相談したがん患者に適切な指示を出すことはできない。私が考える対処法は1、固定された救急部門メンバーが当院係り付けがん患者を確実に拾い上げる。2、がんオンコールを設置し、がん患者の救急に対応する。3、従来の外科系、内科系当番を見直す。がん診療を多数抱える総合病院における救急体制に関して考察したい。