O-9-22

Klebsiella pneumoniae 感染に伴う肝膿瘍および細菌性髄膜炎の一例

大分赤十字病院　脳神経内科[1)]、大分赤十字病院　肝胆膵内科[2)]

○中井祐太郎[1)]、岩尾槙太郎[1)]、森　敏雄[1)]、坂東　昌哉[2)]、池見　雅俊[2)]、成田　竜一[2)]

Klebsiella pneumoniae 感染に伴う肝膿瘍および細菌性髄膜炎の一例中井祐太郎1)、岩尾槙太郎1)、森敏雄1)、坂東昌哉2)、池見雅俊2)、成田竜一2) 1)　大分赤十字病院脳神経内科、2) 大分赤十字病院肝胆膵内科【症例】83歳、女性。【主訴】意識障害、低体温。【現病歴】2021年X-4月より肝門部胆管癌で当院通院していた。X月意識障害、低体温を呈し当院に救急搬送された。搬送時、GCS E4V2M5、体温34.7℃で項部硬直を認めた。腹部CTで肝S8に70mm大の新規低吸収腫瘤を認め肝膿瘍と診断。頭部MRI FLAIRでは両側脳室と第3・4脳室内に液面形成、鞍上槽周囲くも膜下腔と脳表に高信号域を認め、髄液検査では細胞数 13525個（多核球優位）、蛋白 1040mg/dl、糖 0mg/dlであり細菌性髄膜炎を疑い入院。第1病日、PTADを開始し、MEPM 2gとVCM 1.5g、デキサメタゾン8.25mgを投与した。第2病日に低体温は改善。第3病日、髄液・膿瘍・血液よりKlebsiella pneumoniae（String test陽性）が培養された。これ以降、抗生剤による有害事象のため適宜抗生剤を変更し、症状と髄液所見の推移を確認した。意識レベルは徐々に改善し、第9病日には発語を認め、第17病日に髄液所見も改善し培養陰性となった。第29病日、USで肝膿瘍縮小を認めPTADチューブを抜去。第133病日、髄液所見が改善したため抗生剤を終了した。以降髄液所見の再増悪なく、意識状態は改善した。第178病日、リハビリテーション目的に転院となった。【考察】String test陽性のK. pneumoniaeは病原性が強く転移病変を伴いやすい。死亡率も3から42%の予後不良な疾患であるが、本症例は迅速な集学的治療を行うことで救命できた貴重な一例と考えられた。

O-9-23

ST合剤による抗生剤関連脳症の１例

熊本赤十字病院　診療部

○植木　理倫

【背景】β-ラクタム系やキノロン系、マクロライド系は抗菌薬関連脳症を引き起こす代表的な抗生剤であるが、ST合剤による抗菌薬関連脳症の症例報告は少ない。【症例】74歳。男性。蝶形骨洞にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）の病変を認め、下垂体への浸潤のため下垂体機能低下しており、プレドニン 7.5mg、チラージン 50μgを内服していた。DLBCLに対してR-CHOP療法の3コース目の施行目的に入院した。第14病日に発熱と酸素化低下を認め、胸部CT検査ですりガラス陰影を認めた。ニューモシスチス肺炎と考え、同日よりST合剤と水溶性プレドニン 80mg/日を開始した。後日ニューモシチス-PCR陽性と判明しニューモシスチス肺炎と診断した。投与開始後は呼吸状態改善し解熱も認めていたが、第18病日より見当識障害、四肢の不随意運動を認めた。ステロイド投与の影響を考慮しステロイドを減量したが症状の改善を認めなかった。髄液検査では細胞数増加を認めず、DLBCLの中枢神経浸潤は否定的であった。第21病日にST合剤による抗菌薬関連脳症を疑い、ST合剤を中止しアトバコンに変更した。翌日より意識レベル改善し不随意運動も消失した。第32病日に治療を終了した。【考察】抗生剤関連脳症はβ-ラクタム系に代表される痙攣やミオクローヌスを発症する型、キノロン系やマクロライド系に代表される痙攣発作が稀な型、メトロニダゾールに代表される小脳性失調などを発症する型があるが、ST合剤による抗生剤関連脳症の報告は少ない。ST合剤はドパミンD2受容体やNMDA受容体を介した効果との類似性が指摘されている。本症例では精神症状の発症を認め、ST合剤の中止後速やかに症状改善しており、抗菌薬関連脳症と考える。【結論】ST合剤は抗菌薬関連脳症を引き起こしうる。ST合剤投与後の神経症状を認める場合には、常に抗菌薬関連脳症を念頭に置かなければならない。

O-9-24

微小血管減圧術により症状が消失した三叉神経・自律神経性頭痛の一例

静岡赤十字病院　脳神経内科

○大河内遼太郎、神村　純、中川　裕亮、篠原　慶、守屋　麻美、八木　宣泰、小西　高志、芹澤　正博、今井　昇

【症例】46歳、女性【主訴】左側頭部痛【現病歴】20代に約1時間持続する左眼窩部を中心とする激痛に同側の流涙、結膜充血、鼻漏、耳閉感を伴う発作が出現した。ベラパミルやトリプタン製剤を長年使用しても効果がなく、X年前に当科を受診した。一側の頭痛に同側の頭部自律神経症状を伴う発作より三叉神経・自律神経性頭痛（TACs）と診断した。頭痛持続時間は約1時間であるが鋸歯状の疼痛パターンであることから頭部自律神経症状を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作（SUNA）と診断しラモトリギン開始後は著明に症状改善した。しかし2か月後に15分程の同様の頭痛が出現した。持続時間より発作性片側頭痛を疑い、インドメタシン開始し増量したが寛解しなかった。SUNA増悪と考え、発作時リドカイン静注をすると発作が消失した。メキシレチンの処方で症状は軽減したが副作用で治療に難渋した。頭部MRI FIESTA撮像で左三叉神経起始部の血管による圧迫を認めためX+6年に微小血管減圧術（MVD）を施行した。その後、症状はほぼ消失し、定時内服は全て中止できた。【考察】難治性のTACsに対し、同側のMVDを行い奏功した1例である。近年、SUNAや結膜充血および流涙を伴う短時間持続性片側神経痛様頭痛発作（SUNCT）に対しMVDが奏功した報告があるが、本症例のように複数のTACsを有している可能性のある場合でも、同側に三叉神経起始部の血管による圧迫を認める症例では外科的治療が奏功する可能性がある。治療に難渋するSUNAや発作性片側頭痛にはFIESTA撮像等を行い三叉神経起始部の血管の圧迫を確認し外科的治療の可能性を考慮すべきである。

O-9-25

直接阻害型経口抗凝固薬（DOAC）服用下発症のTrousseau症候群による脳梗塞の３例

さいたま赤十字病院　脳神経内科

○山村　卓矢、秋山　茂雄、鎌田　隆輔、若生　翔、斉藤　聡志、日野　秀嗣

【背景】Trousseau症候群による脳梗塞でDOACの有効性を検討した報告は少ない。DOAC服用下にTrousseau症候群による脳梗塞を発症した3例について、Trousseau症候群の診断に有用な所見とDOACの有効性を検討した。【症例1】53歳女性。子宮体癌と肺血栓塞栓症の診断で化学療法及びアビキサバン10mg/日の内服中。突然発症の左上下肢の感覚障害で脳梗塞の診断。画像上複数の血管支配領域の脳梗塞巣、D-dimer・CA125の著明上昇からTrousseau症候群と診断。抗凝固療法はヘパリンに変更。脳梗塞の再発なく、化学療法の再開に繋げた。【症例2】71歳男性。X年3月肺癌の疑いで当院紹介。入院時に高度の大動脈弁狭窄症を指摘。同年4月経カテーテル大動脈弁埋め込み術施行。術後構音障害と左不全片麻痺あり。頭部MRIで両大脳半球、小脳半球に梗塞巣あり。ヘパリンを開始し、その後ダビガトラン220mg/日に変更。術後7日目に脳梗塞再発。画像所見とD-dimerの著明な上昇からTrousseau症候群と診断。ヘパリンに変更後再発はない。【症例3】74歳男性。心房細動がありエドキサバン30mg/日内服中。X年4月構音障害、右上肢麻痺あり、頭部MRIで急性期脳梗塞を指摘。入院後ヘパリンに変更、第7病日にエドキサバン60mg/日に変更。第13病日にD-dimerの再上昇あり、同日施行した胸腹部CTで膵癌を指摘、採血でCA19-9の著明高値あり。Trousseau症候群と考え、抗凝固療法は再度ヘパリンへ変更、脳梗塞の再発はない。【考察】Trousseau症候群において、深部静脈血栓症にはDOACの有効性がいわれているが、脳梗塞に対するDOACの有効性の結論は出ていない。Trousseau症候群による脳梗塞の発症を契機に悪性腫瘍の治療機会を失う可能性もあり、特徴的な画像所見やD-dimer、腫瘍マーカーからTrousseau症候群を適切に診断しヘパリンを投与することが重要である。

O-9-26

高度貧血に対する輸血療法後に生じた可逆性脳血管攣縮症候群の１例

熊本赤十字病院　診療部[1)]、熊本赤十字病院　産婦人科[2)]

○坂梨　壱成[1)]、堀　新平[2)]、橋脇　冴弥[2)]、山元真由子[2)]、中山　真恵[2)]、吉松かなえ[2)]、山本　文子[2)]、井手上隆史[2)]、荒金　太[2)]

【緒言】可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS: reversible cerebral vasoconstriction syndrome）は、可逆性の脳血管攣縮により、突然発症の頭痛をはじめとする様々な神経症状を呈する疾患である。近年、高度の慢性貧血補正後のRCVSが報告されているが、婦人科領域ではあまり知られていない。今回、子宮筋腫を原因とする貧血に対する輸血療法がきっかけとなりRCVSを発症した症例を経験したので報告する。【症例】症例は、48歳4妊4産の女性である。2年以上前から健診で高度貧血を指摘されていたが無治療であった。多発子宮筋腫および貧血の治療のため当科紹介となった。受診時、高度貧血（Hb2.9 g/dl）と多発子宮筋腫を認め、貧血の原因としては過多月経、過長月経が考えられた。入院管理とし、入院初日に4単位、2日間に6単位の赤血球濃厚液を輸血し、Hbの上昇（Hb9.1 g/dl）を確認し自宅退院となった。退院後2日目に片頭痛様拍動性頭痛が出現、5日目に突然の雷鳴様頭痛を主訴に救急外来受診した。くも膜下出血の所見を右シルビウス裂周囲に認め、当院脳神経外科へ入院となり、手術を行ったが出血部位は不明。入院10日目に意識レベル低下し、MRI angiography（MRA）で複数の脳動脈の狭小化を認めた。入院18日目のMRAでは狭窄は改善傾向でありRCVSの診断となった。【結語】慢性貧血においてはHb低値としての恒常性が保たれていることがあり、輸血療法を行う際は可能な限り緩徐な補正が必要である。また、輸血療法後に重篤な頭痛や神経症状が出現した場合には、RCVSを念頭に血管攣縮所見の有無や合併症の評価を行う必要があり、患者にも症状出現時の対応など説明を行う必要がある。

O-9-27

治療戦略の検討に 3D実体モデルが有用であった１症例

松山赤十字病院　脳神経外科

○武智　昭彦、梶原　佳則、渡邊　陽祐、林　修平

【はじめに】脳動脈瘤のクリッピング術や塞栓術に際し、3Dプリンタモデルを用いることの有用性が多数報告されている。当科でも血管走行が複雑な症例に関しては、適時3Dプリンタで実体モデルを作成し、治療戦略を検討している。今回、3D実体モデルを用い、カテーテルシェイピングなどを術前に検討し、スムーズな治療に結びついた症例を経験したので報告する。【症例】70歳台女性。12年前に当科で内頚動脈後交通動脈（IC-PC）分岐部破裂脳動脈瘤のコイル塞栓術の治療を受け、以後特に問題なく経過していたが、動脈瘤が再増大し破裂、当院に救急搬送された。意識レベルはJCS 3、Hunt and Hess Grade 3。DSAで動脈瘤は長径12mm、neck 5.4mm、PcomはICから2mm離れたdomeから、ICと180度逆方向に走行していた。Pcomへのステントアシスト無しでは塞栓術は困難と判断し、待機手術とした。Pcomへのマイクロカテーテル（MC）挿入には血管走行に応じた高度なシェーピングが必要と考え、同スケールの3Dモデルを作成し、術前シュミレーションを行った後、day21に塞栓術を施行した。モデルを元にMCがIC内壁に接する支点を考慮して、MCがPcomに向かう形状を針金で作成してシェイピングを行い、ガイドワイヤーと同軸にカテーテルをすすめたところ、容易にPcomに留置することができた。その後、PcomからICにNeuroform Atlas 4.0mmX21mmを留置の後、動脈瘤を塞栓した。【考察】3D Angioのワークステーションでの観察は2D平面でサイズも変化するため、角度や長さが実際と異なることも多く、カテーテルシェイピングに苦労することもある。3D実体モデルを治療に導入することにより、さらに手技の確実性が増すと考えられる。