

## 第46回東京女子医科大学・神経懇話会

日 時：2015年7月6日（月）18:00~20:00

場 所：東京女子医科大学 臨床講堂2

## 一般演題 18:15~19:00

座長（整形外科）村田泰章

## 1. 特発性側彎症に脳深部刺激は有効か？

（東京女子医科大学脳神経外科）堀澤士朗，平 孝臣，光山哲滝，佐々木寿之，川俣貴一

## 2. CT perfusion により虚血性病変との鑑別が可能であった急性期疾患の2例

（東京女子医科大学<sup>1</sup>画像診断・核医学科，<sup>2</sup>神経内科）鈴木一史<sup>1</sup>，阿部香代子<sup>1</sup>，吉澤浩志<sup>2</sup>，長尾毅彦<sup>2</sup>，飯嶋 睦<sup>2</sup>，北川一夫<sup>2</sup>，坂井修二<sup>1</sup>

## 3. 透析患者の上位頸椎病変

（東京女子医科大学整形外科）和田圭司，村田泰章，玉木 亮，沼口大輔，加藤義治

## 4. Ankle brachial index と脳梗塞急性期の症状増悪との関連

（<sup>1</sup>東京女子医科大学神経内科，<sup>2</sup>国際医療福祉大学臨床医学研究センター/山王病院・山王メディカルセンター脳血管センター）石塚健太郎<sup>1</sup>，星野岳郎<sup>1</sup>，内山真一郎<sup>2</sup>，北川一夫<sup>1</sup>

## 特別講演 19:00~20:00

座長（整形外科）加藤義治

## 脊髄再生医療の実現にむけて

（慶應義塾大学医学部整形外科教室教授）中村雅也

当番世話人：（東京女子医科大学整形外科）加藤義治

共 催：東京女子医科大学・エーザイ（株）

## 1. 特発性側彎症に脳深部刺激は有効か？

（東京女子医科大学脳神経外科）

堀澤士朗・平 孝臣・

光山哲滝・佐々木寿之・川俣貴一

特発性側彎症は小児思春期に好発する原因不明の疾患である。治療は装具，理学療法，脊椎固定術など様々な治療が行われるが，原因不明なこともあり，未だに对症的な治療法しか行われていない。動物実験レベルでは，中枢神経系を改変することで側彎症を誘導できることが明らかとなっており，とくに感覚入力系統の改変により，側彎症が誘導される傾向がある。このような背景のもと，神経生理学的検査の発達に伴い，特発性側彎症が中枢神経系の異常を多く有することが明らかとなってきた。特発性側彎症患者に対する様々な研究において，運動皮質の過興奮性や補足運動野の活性異常などの神経生理学的異常が，不随意運動疾患であるジストニアと共通する病態を有するとの指摘がなされている。本発表では，他院で特発性側彎症と診断され脊椎固定術を予定していた症例に対して，当院にて体幹部ジストニアの診断のもと，脳深部刺激術を施行し，側彎が劇的に改善された1例を経験した。特発性側彎症の新たな治療方法としての

脳深部刺激術の可能性を検討する。

## 2. CT perfusion により虚血性病変との鑑別が可能であった急性期疾患の2例

（東京女子医科大学<sup>1</sup>画像診断・核医学科，<sup>2</sup>神経内科）鈴木一史<sup>1</sup>阿部香代子<sup>1</sup>・吉澤浩志<sup>2</sup>・長尾毅彦<sup>2</sup>・飯嶋 睦<sup>2</sup>・北川一夫<sup>2</sup>・坂井修二<sup>1</sup>

〔背景と目的〕臨床症状とMR画像からは虚血性ペナンプラを含む急性虚血性脳血管障害（AIS）が疑われたが，CT perfusion（CTP）によりAISと鑑別が可能であった症例を考察とともに供覧する。〔症例1〕70歳代，男性。右片麻痺，左共同偏視，意識障害にて救急搬送された。梗塞に至っていないペナンプラを含むAISの疑いにて血栓溶解療法が検討されたが，CTPにおいて左大脳半球の脳血流量（CBF）と脳血液量（CBV）の低下があることからAISではなくTodd麻痺などの神経活動の低下を来す疾患と推定された。〔症例2〕80歳代，女性。独語，会話困難，右片麻痺にて救急搬送された。AISとして治療が開始されたが，入院後のCTPにおいて左大脳半球のCBFとCBVの増大があり，ウイルス性脳炎と診

断された。〔結論〕短時間で脳血液灌流の状態を確認することができるCTP検査は、CBFやCBVなど複数の指標による脳血液灌流の評価が可能であるため、AISと類似した臨床像を呈する急性期疾患との鑑別に有用な診断学的情報を提供すると考えられる。

### 3. 透析患者の上位頸椎病変

(東京女子医科大学整形外科)

和田圭司・村田泰章・

玉木 亮・沼口大輔・加藤義治

〔目的〕透析患者の上位頸椎の手術成績を調査したので報告する。〔対象および方法〕対象は、透析患者で上位頸椎に対して手術を施行した9例であり、上位頸椎DSA (destructive spondyloarthropathy) が7例、偽腫瘍2例であった。上記に対して、術前透析期間、術式、術前後JOA score、周術期合併症、術後X線につき検討した。〔結果〕術式はDSA群には、Magerl and Brooks (MB) 法3例、後頭骨 (Oc) から下位頸椎固定術4例が施行された。偽腫瘍は2例共にC1後弓切除が施行された。JOA scoreは術前平均3.7点、術後平均6.5点であった。周術期合併症の1例は、腹膜炎により術後2ヵ月で死亡した。X線上、死亡例1例を除き全例で骨癒合が得られた。〔考察〕DSA群では、Oc/C1の可動性を温存するMB法が基本である。しかしOc/C1関節の亜脱臼を伴った例ではOcからの固定を要する。偽腫瘍群は、C1の後弓切除のみで長期経過は良い。

### 4. Ankle brachial index と脳梗塞急性期の症状増悪との関連

(<sup>1</sup>東京女子医科大学神経内科、<sup>2</sup>国際医療福祉大学臨床医学研究センター/山王病院・山王メディカルセンター脳血管センター)

石塚健太郎<sup>1</sup>、星野岳郎<sup>1</sup>、内山真一郎<sup>2</sup>、北川一夫<sup>1</sup>

〔背景〕Ankle brachial index (ABI) は動脈硬化の指標として広く用いられており、ABI $\leq$ 0.9は血管イベントの発症リスクとなることが報告されている。本研究ではABIと脳梗塞急性期の症状増悪との関連について検討した。〔方法〕2009年5月～2012年12月に当科で入院加療を行った急性期脳梗塞患者のうち、ABIを測定しえた連続209例(平均年齢67.7歳、男性129例)を対象とした。ABIは左右の測定値のうち低値である方の値を採用し、片肢切断術後の場合は非切断側の値を採用した。1週間以内にNational Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) が2点以上増加したものを急性期症状増悪と定義した。ABI $\leq$ 0.9、 $>$ 0.9の2群に分類し、両群の背景因子について比較した。またABIのカットオフ値を0.9、1.0、1.1に設定し、それぞれ2群間での症状増悪の割合を検討した。さらに症状増悪をアウトカムとして、多重ロジスティック回帰分析を行った。〔結果〕全209例のうちABI $\leq$ 0.9群は24例(11.4%)、 $>$ 0.9群は185例(88.6%)であり、2群間で年齢、性別に差はなかった。ABI $\leq$ 0.9群の患者では、 $>$ 0.9群に比べて、冠動脈疾患の既往(29.2% vs. 19.1%,  $p=0.008$ )、主幹動脈狭窄病変(70.1% vs. 33.5%,  $p<0.001$ )、脳梗塞発症前の抗血小板薬使用(58.3% vs. 29.2%,  $p=0.006$ )の割合が有意に高かった。症状増悪の割合は、ABI $\leq$ 0.9群で $>$ 0.9群より有意に高く(37.5% vs. 14.1%,  $p=0.0038$ )、さらにABI $\leq$ 1.0群においても $>$ 1.0群よりも有意に高かったが(31.7% vs. 13.1%,  $p=0.0042$ )、ABI $\leq$ 1.1、 $>$ 1.1の2群間では差がなかった(20.8% vs. 13.3%,  $p=0.14$ )。多変量解析では、ABI $\leq$ 1.0の症状増悪に対するオッズ比は1.70(95%信頼区間1.12-2.22,  $p=0.011$ )であった。〔結論〕急性期脳梗塞患者において、ABI低下例は症状増悪を生じやすいと考えられた。