

症例要約 記載例

掲載にあたり、個人情報保護のために ID、年齢、性別、病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください

提出 No. 1 専門分野名 神経内科 病院名 獨協医科大学病院
患者 ID: _____ 入院日(初診日) _____ 年 月 日
患者年齢 〇〇 歳 性別 △ 退院日(診断確定日) _____ 年 月 日
受持期間 自 _____ 年 月 日
至 _____ 年 月 日

転帰: 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)
フォローアップ: 外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名(主病名および副病名)

#1. Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy (ICHD-3 beta code 13.9)

【主訴】頭痛，物が二重に見える

【既往歴】50歳代 下垂体腺腫，高血圧，脂質異常症，境界型糖尿病。【家族歴】なし 【生活歴】飲酒・喫煙なし

【現病歴】30歳頃から左眼の上奥から左側頭部に拍動性頭痛が3日程度持続した後に，物が二重に見えることが月に一度あった。複視は3日間で自然軽快していた。6年前からは頭痛後の複視が1か月しても完全に改善しなくなり，左眼の内転位を指摘されるようになった。X年Y月下旬に38℃の発熱，感冒症状があり，近医で抗生剤を処方され6日間で解熱した。Y+1月初旬に左眼の奥の痛みにつき，右眼の奥の痛みと複視が出現した。頭痛は約2日で消失したが，複視が残存するため当院当科に紹介受診となった。

【主な入院時現症・検査所見】血圧 132/87 mmHg，体温 37.2℃，脈拍 90/分・整。胸腹部異常なし。

神経学的所見：対光反射は両側迅速，眼球運動において両側外転制限があり，眼振はなく，輻輳障害なし。眼瞼下垂なし。

頭部 MRI 検査：拡散強調画像では異常信号なし。海綿静脈洞部の異常なし。T2 強調画像では両側深部白質に虚血性変化を認めた。外眼筋の肥厚はなかった。MR angiography では主幹動脈の狭窄や動脈瘤はなかった。

Constructive interference in steady state (CISS) 法では右外転神経と右前下小脳動脈との接触を認めた。

頭部 MRI (造影) では右外転神経の造影効果はなかった。胸部 X 線：異常なし。血液検査：血算異常なし。一般生化学は異常なし。抗 Ach R 抗体は陰性。ACE，甲状腺ホルモンは正常。凝固系は異常なかった。髄液検査：性状は無色透明，初圧 17.5 cmH₂O，細胞 3/mm³，蛋白 18 mg/dL

入院時(初診時)プロブレムリスト

#1. Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy (ICHD-3 beta code 13.9)

【経過】本症例において脳血管障害，脳動脈瘤，Tolosa-Hunt 症候群，サルコイドーシス，甲状腺眼症，髄膜炎，外眼筋炎，重症筋無力症などが鑑別となったが，画像及び髄液・血液検査結果からそれらの疾患は否定的であった。頭痛後の左外転神経麻痺の病歴から，recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy (ICHD-3 beta) に伴う右外転神経麻痺と診断した。第 6 病日からプレドニゾン 70mg/日を開始したが，副作用(動悸，興奮)の出現があり7日間で漸減中止とした。第 14 病日より右眼外転制限が改善し，興奮状態も消失したため第 18 病日に退院とした。3か月後の外来診察では右眼外転制限は完全に消失していた。

【退院時(確定診断時)の主な処方】なし

【考察】本症例は 30 歳代から 20 年以上と長期にわたる頭痛発作に続く左外転神経麻痺から新たに右外転神経麻痺を生じた recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy の成人例と考えられた(沼尾文香ら，臨床神経 2012;52:239-244)。Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy は 100 万人に 1 人未満と稀な疾患であり，多くは小児で発症し，動眼神経の障害が最も多い(Hansen SL, et al, Acta Neurol Scand 1990;81:54-60)。本症例のように両側障害は稀である。本疾患は国際頭痛分類 ICHD-1 では片頭痛に含まれていたが，ICHD-2 では ophthalmoplegic migraine として頭部神経痛および中枢性顔面痛に移行し，ICHD-3 beta では migraine という範疇からも外れている。本症例は神経血管圧迫機序が推定されたが，他に炎症性血管反応，ウイルスや非ウイルス性炎症なども推定されている。

記載者：病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 講師 鈴木圭輔 [Ⓔ]

現病院教育責任者または頭痛専門医：病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 教授 平田幸一 [Ⓔ]

症例要約 記載例

掲載にあたり、個人情報保護のために ID、年齢、性別、病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください

提出 No. 4 専門分野名 神経内科 病院名 獨協医科大学病院
患者 ID: 入院日 (初診日) 年 月 日
患者年齢 〇〇 歳 性別 △ 退院日 (診断確定日) 年 月 日
受持期間 自 年 月 日 至 年 月 日

転帰: 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)
フォローアップ: 外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名 (主病名および副病名)

- #1. Headache attributed to viral meningitis (ICHD-3 beta code 9.1.2.1)
- #2. リンパ球性下垂体炎

【主訴】頭痛、発熱、全身倦怠感
【既往歴】50歳代 アルコール依存症、30歳代 胃癌にて胃全摘出術
【家族歴】なし
【生活歴】喫煙 20本/日、ビール 3~4 缶/日。
【現病歴】X年Y月から多飲・多尿が出現、Y+3 月頃から全身倦怠感、筋痛、頭痛、発熱が出現した。X年Y+3 月精査目的に当院へ入院となった。
【主な入院時現症・検査所見】身長 164cm、体重 49kg、体温 37.7°C、血圧 84/58 mmHg、脈拍 58/分・整
胸腹部 異常なし 四肢 浮腫なし
神経学的所見: 意識障害 JCS 1-3、脳神経領域 瞳孔 4mm/4mm 左右同大、対光反射迅速、眼球運動正常、顔面神経麻痺なし、運動系 異常なし、腱反射 四肢で消失 Babinski 徴候陰性、感覚系 他覚的に異常なし
髄膜刺激症候 項部硬直陽性、Kernig 徴候陰性
血液検査: 血算異常なし、CRP 3.5 mg/dL、CK 953 U/L (50-170)、ミオグロビン 167 ng/mL (11-73)。
内分泌検査: ACTH 5 pg/mL 以下、Cortisol 1.2 μg/dL、TSH 0.06 μIU/mL (0.35-4.94)、F-T₄ 0.7ng/dL (0.7-1.5)、F-T₃ 1.4pg/mL (1.7-3.7)、GH 2.4 ng/mL (2.1 以下)、PRL 20.8ng/mL、AVP 0.59pg/mL (0.3-4.2)、Intact PTH 9.1pg/mL (8.7-79.6)、髄液検査: 初圧 150mmH₂O、無色透明、細胞 40/mm³ (全てリンパ球)、蛋白 56mg/dL、糖 45mg/dL (同時血糖 139 mg/dL, 32%)、墨汁染色陰性、グラム染色陰性、単純ヘルペスウイルス (HSV) PCR 陰性、CEA 1.0 ng/mL 以下
心電図所見: 洞調律、頭部 MRI: 明らかな異常なし、髄膜増強効果なし
下垂体 MRI: T1 強調画像にて下垂体後葉の高信号消失、Gd 造影 T1 強調画像にて下垂体柄の腫大・造影効果あり。
胸部 CT: 肺門部リンパ節腫脹なし、肺炎なし
心エコー検査: 左室駆出率 72%、壁運動異常なし

(初診時) プロブレムリスト

- #1. Headache attributed to viral meningitis (ICHD-3 beta code 9.1.2.1)
- #2. リンパ球性下垂体炎

【経過】

#1 頭痛、発熱、単核球優位の細胞増多があり、髄液糖の減少はみられたが、細菌培養や真菌培養は陰性、HSV PCR 陰性であり、ウイルス性髄膜炎と診断した。治療としてグリセロールを投与し、頭痛は徐々に改善した。意識障害は下垂体機能不全の影響が考えられた。
#2. 本症例では髄膜刺激症候の他に入院時より血圧低下、多飲多尿があり、採血より TSH 分泌障害がみられた。さらに負荷試験により FSH、TSH、PRL 分泌不全があり、下垂体 MRI にて下垂体炎による汎下垂体機能低下症をきたしていた。下垂体炎の鑑別としてサルコイドーシスや悪性腫瘍、膠原病関連疾患も否定的であり、リンパ球性下垂体炎と診断した。治療として hydrocortisone 200mg/日から開始し、漸減を行い、多尿に関してはデスマプレッシンの投与を行った。下垂体腫大は経過とともに軽減がみられた。生検は施行しなかった。臨床症状および内分泌ホルモン値の改善がみられ第 61 病日に軽快退院した。
【退院時の主な処方】①プレドニゾロン 10mg/日、②デスマプレッシン 5μg/日
【考察】本症例では発熱に伴う頭痛と診察上項部硬直、髄膜刺激症候がみられ、リンパ球性下垂体炎に併発したウイルス性髄膜炎であった (Suzuki K, et al, Intern Med 2011; 50:2025-2030)。本症例の頭痛は headache attributed to viral meningitis と診断した。本症例のようにリンパ球性下垂体炎に髄膜炎を併発した症例も報告されている (Matta MP, et al, Pituitary 2002; 5:37-44)。髄膜炎では髄膜刺激症候の他に血圧低下、徐脈などにも留意する必要があると考えられた。

記載者: 病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 講師 鈴木圭輔 (E)

現病院教育責任者または頭痛専門医: 病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 教授 平田幸一 (E)

症例要約 記載例

掲載にあたり、個人情報保護のために ID、年齢、性別、病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください

提出 No. 6 専門分野名 神経内科 病院名 獨協医科大学病院
患者 ID: _____ (初診日) _____ 年 月 日
患者年齢 〇〇 歳 性別 △ (診断確定日) _____ 年 月 日
受持期間 自 _____ 年 月 日
至 _____ 年 月 日

転帰: 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)
フォローアップ: 外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名 (主病名および副病名)

#1. Migraine without aura (ICHD-3 beta code 1.1)

【主訴】右側の拍動性頭痛 【既往歴】特記事項なし 【家族歴】妹に頭痛あり 【生活歴】喫煙・飲酒なし。

【現病歴】高校生時より年に数回の頭痛が出現するようになった。6年前より月に1, 2回の頭痛となり、市販薬(イブプロフェン)で対応していた。X年Y月Z日より頭痛・嘔吐が出現し、翌日に当院当科を受診した。

【主な入院時現症・検査所見】一般理学的・神経学的所見: 明らかな異常なし。身長156cm, 体重53kg。

脈拍62/分・整。血圧103/64mmHg。体温36.2°C。頭痛時の症状: 視覚・感覚前兆なし。頭痛の持続は4時間以上右側側頭部に拍動性の頭痛。肩こりなし。アロディニアなし。体動により頭痛は増悪し、ひどい時は寝込んでしまう。日常生活への支障もあり。頭痛は平日より休日に多い。悪心・嘔吐あり、光・音過敏あり、また香水での臭い過敏あり。味覚異常なし。月経との関連はみられない。

血液検査: 異常なし。頭部MRI/MR angiography 異常なし。

脳波: 背景活動 後頭優位11Hz, てんかん波や徐波異常はなし。

入院時(初診時)プロブレムリスト

#1. Migraine without aura (ICHD-3 beta code 1.1)

【経過】#1. リザトリプタン10mgを処方したところ、頭痛の改善がみられた。休日に頭痛発作が多く、休日は平日よりも約2時間睡眠時間が長いことから、平日の睡眠不足の存在が考えられた。睡眠時間を一定にするように指導した。また、人混みを避け、光過敏に対してサングラスの着用を指導した。

【退院時(確定診断時)の主な処方】① リザトリプタン10mg 頭痛時頓用

【考察】本症例は高校生時発症の前兆を伴わない片頭痛であった。前兆を伴う片頭痛では脳局所の神経細胞に脱分極が生じ広がっていく、大脳皮質拡延性抑制(cortical spreading depression)と視覚性前兆との関連がfunctional MRIにて報告されている(Hadjikhani N, et al, Proc Natl Acad Sci USA 2001; 98:4687-4692)。一方、前兆を伴わない片頭痛では、CSDの関与は明らかではないが、脳幹の血流変化に続く痛みによる二次的な皮質血流の変化が生じる可能性が考えられている。本例は若年発症であり、頭痛の性状は片頭痛に合致し、二次性頭痛も否定的であったことから、典型的な前兆を伴わない片頭痛と診断した。若年発症の二次性頭痛の鑑別としてもやもや病、脳動静脈奇形、脳静脈血栓症やてんかんなどは重要である。片頭痛の病態には一酸化窒素、calcitonin gene-related peptide (CGRP)、セロトニン(5-HT)の関与が考えられており、急性期治療として5-HT_{1B/1D}受容体作動薬であるトリプタン製剤が有効である。しかし、発作時の内服連用により、薬剤の使用過多による頭痛へ移行する場合一あり、早期診断・治療や患者教育は重要である。本症例ではトリプタン製剤の内服により頭痛の改善が得られた。睡眠不足または睡眠過多は片頭痛発作の誘発とも関連がみられ、本症例では平日の睡眠不足が頭痛を増悪させていた可能性があり(Jennum P and Jensen R, Sleep Med Rev 2002; 6:471-479)、睡眠衛生指導も同時に施行した。頭痛と睡眠は密接に関連しており、睡眠状態の問診も重要であると考えられた。

記載者: 病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 講師 鈴木 圭輔 ㊞

現病院教育責任者または頭痛専門医: 病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 教授 平田 幸一 ㊞

症例要約 記載例

掲載にあたり、個人情報保護のために ID、年齢、性別、病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください

提出 No. 9 専門分野名 神経内科 病院名 獨協医科大学病院
患者 ID: _____ (初診日) _____ 年 月 日
患者年齢 〇〇 歳 性別 △ (診断確定日) _____ 年 月 日
受持期間 自 _____ 年 月 日
至 _____ 年 月 日

転帰: 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)
フォローアップ: 外来にて 他医へ依頼 転院

確定診断名(主病名および副病名)

#1. Episodic cluster headache (ICHD-3 beta code 3.1.1)

【主訴】左眼の奥がえぐられるような激しい痛み 【既往歴】特記事項なし 【家族歴】特記事項なし

【生活歴】喫煙歴 10本/日, 26年, 飲酒歴 焼酎 350mL/日.

【現病歴】X年に左眼の奥がえぐられ、転げまわるような激しい痛みが出現し、深夜～早朝に1時間続く頭痛が、2週間続いた。その後、約数週間から1か月間持続する頭痛が年に1、2回の頻度で出現していた。近医を受診し、群発頭痛の診断で発作時にスマトリプタン点鼻を処方されていた。X+7年Y月Z日通常と同様の頭痛が出現し、スマトリプタン点鼻を使用した^が、1か月以上経過しても頭痛発作が消失しないため、当院当科に紹介受診となった。

【主な入院時現症・検査所見】 一般内科学のおよび神経学的所見: 左眼充血あり。胸腹部異常なし。対光反射は正常。眼球運動障害なし。身長165cm, 体重71kg, 脈拍62/分・整。血圧138/72mmHg。体温36.0°C。

頭痛時の症状: 左眼の奥がえぐられるような激痛あり。発作時には restlessness を認める。持続時間は数時間であり、頭痛の起こる時間帯は、深夜から早朝。日中に発作はなし。発作時には、左眼から流涙あり。鼻汁あり。視覚・感覚前兆なし。アロペイニアなし。飲酒により頭痛の悪化がみられる。悪心・嘔吐なし。光・音過敏なし。味覚異常なし。

血液検査: 炎症反応なし。甲状腺ホルモン正常。他明らかな異常なし

頭部 MRI/MR angiography: 異常所見なし。脳波: 背景活動はα波であり、明らかな異常なし。

入院時(初診時)プロブレムリスト

#1. Episodic cluster headache (ICHD-3 beta code 3.1.1)

【経過】#1. 群発頭痛の発作期と診断し、頭痛発作にはスマトリプタン 3mg 皮下注の自己注射、塩酸ロメリジン内服を開始した。発作期には飲酒を控えるよう指導した。その後約2週間で頭痛は消失した。

【退院時(確定診断時)の主な処方】①リザトリプタン 10mg 頭痛時頓用、②塩酸ロメリジン 10mg/日、③ロキソプロフェン ナトリウム 60mg 頭痛時頓用

【考察】本症例は、頭痛の性状とパターン(約1か月持続する発作が1か月以上の寛解期をはさんで2回以上ある)から episodic cluster headache と診断した。過去の研究では頭痛発作時には視床下部後部灰白質の活性化が示唆されている(May A, et al, Nat Med 1999; 5:836-838)。治療としては発作時にはスマトリプタン皮下注射および酸素投与が、予防療法ではカルシウム拮抗薬(ベラパミル等)が使用される。薬物療法が効かない症例に対しては神経ブロックが施行される場合もある。本例は発作時にスマトリプタン皮下注射、予防療法にカルシウム拮抗薬により、頭痛は改善した。群発頭痛の診断基準に関して ICHD-2, 3 beta とともに code 3.1 に分類され、診断基準自体に大きな変更点は見られていない。ICHD-3 beta では code 3 が三叉神経・自律神経性頭痛 Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs) のみに変更となっている。男性の繰り返す頭痛で自律神経症状を伴う場合には群発頭痛を考慮する必要がある。

記載者: 病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 講師 鈴木圭輔 (印)

現病院教育責任者または頭痛専門医: 病院名・所属科・役職・氏名

獨協医科大学病院 神経内科 教授 平田幸一 (印)