

抄 録

第124回 信州脳神経外科集談会

日 時：令和元年6月29日（土）午後3時

場 所：信州大学医学部附属病院外来診療棟4階中会議室

当 番：長野県立こども病院 重田 裕明

1 Endoscopic endonasal odontoidectomy for basilar invagination in the hybrid operating room

(ハイブリッド手術室での内視鏡下経鼻環椎歯突起前方除圧術の手術経験)

信州大学医学部脳神経外科

○山崎 大介, 萩原 利浩, 中村 卓也

宮岡 嘉就, 伊東 清志, 堀内 哲吉

伊那中央病院

本郷 一博

近年の神経内視鏡手術の進歩に伴い、頭蓋頸椎移行部病変に対して経鼻内視鏡アプローチが採用されるようになった。今回我々は、頭蓋底陥入症に対し、ハイブリッド手術室（hOR）で内視鏡下経鼻環椎歯突起前方除圧術を経験したので、その有用性を含め報告する。症例は70歳男性。進行性の歩行障害と嚥下障害で発症し、CT/MRIで頭蓋底陥入症と診断した。後方固定術を施行後、hORで経鼻内視鏡的に環椎歯突起の切除を行った。術後十分な除圧が確認され、症状の改善も認めた。経鼻内視鏡手術は、従来の経口顕微鏡下手術と比較して様々な利点がある一方で、手術手技の煩雑さや立体視ができないことなどが欠点として挙げられる。hORを使用することで、これらの欠点を補いながら、より安全かつ確実に手術を遂行することが可能となる本術式は、今後の頭蓋頸椎移行部病変に対する gold standard な術式になり得るだろう。

3 Non-Functioning Pituitary Adenoma in a Patient Witness of Jehova

一之瀬脳神経外科病院

○長谷川貴俊, 小林 秀企, 小林 辰也

信州大学医学部脳神経外科

萩原 利浩

内視鏡手術、機器の発達に伴い、下垂体腫瘍に対する経鼻内視鏡手術は確立された治療法となりましたが、

合併症なく、かつ無輸血でいかに低侵襲に治療を行うかは洗練された執刀医でさえも時にチャレンジングになります。下垂体腫瘍の大きさ、硬さ、また diaphragm による notch 形成、lateral extension や cavernous sinus 内への伸展などは術中出血が増えることが予想されます。症例は28歳、男性。エホバの証人。両耳側半盲を眼科で指摘され見つかった、トルコ鞍から鞍上部にかけて存在する35 mm 大の非機能性下垂体腺腫。症候性で症状の悪化傾向もあり、手術適応は問題なかった。エホバの証人の無輸血治療の考えは尊重されるべきであり、われわれは輸血しないことを前提に治療計画をたてる必要があります。そのため、今回エホバの証人の患者に経鼻内視鏡手術を行うにあたり、術前インフォームドコンセント、術前戦略などの内容、工夫したことについて報告する。

4 開頭時にくも膜下出血を認めた未破裂 de novo 中大脳動脈の1例

(Preoperative rupture of unruptured de novo middle cerebral artery aneurysm : A Case report)

相澤病院脳神経外科

○窪田 雄樹, 千葉 晃裕, 西川 明宏

佐藤 大輔, 北澤 和夫, 小林 茂昭

【はじめに】麻酔導入直前まで神経学的所見を認めなかったが、開頭時にくも膜下出血を認めた症例を経験したので報告する。【症例】46歳女性、2011年に右内頸動脈—後交通動脈瘤の破裂によるくも膜下出血に対してクリッピングが行われた。以後毎年MRAで経過を観察していたが今年のMRAで右中大脳動脈に動脈瘤を認め、既往歴を考慮しクリッピング術を行う方針とした。麻酔導入直前まで神経学的所見の出現を認めなかったが開頭を行うとくも膜下出血を認めた。動脈瘤周囲に血腫を認めたため可及的に除去した後にクリップで血流を完全閉塞した。術後のCTではくも膜

下出血を認めた。術後よりスパズム治療を行い、神経学的所見は出現せず経過良好にて独歩で退院となった。**【考察・結語】** de novo 動脈瘤は小さいサイズでも破裂する可能性がありかつ年間破裂率も高いため発見次第積極的な加療が必要である。また周術期の高血圧は動脈瘤破裂のリスクである。

5 ワルファリン内服中の脳内出血に対する乾燥濃縮人プロトロンビン複合体（ケイセントラ®）の使用経験

諏訪赤十字病院脳神経外科

○内山 俊哉, 和田 直道, 柿澤 幸成
同 脳神経内科

安出 卓司, 木下 通亨, 上野 晃弘

ワルファリンの中和には従来ビタミンK製剤もしくはFFPが使用されてきた。しかし、ビタミンK製剤は効果の発現までに時間がかかること、FFPは濃縮されておらず十分な効果を得るには大量投与が必要であることなどの欠点があった。ケイセントラは凝固因子II, VII, IX, XとプロテインS, プロテインCの複合濃縮製剤であり、短時間かつ少量でINRを正常化する効果を発揮する。当院で加療を行った138例の脳内出血のうち15例がワルファリン内服中であった。軽症もしくは重症例、INR<2.0を除外しケイセントラを使用したのは4例であった。4例中3例でINR<1.3とすみやかな補正が得られ血腫増量もなかった。1例はINR1.39まで下がったものの血腫増量を認めた。血腫増量に関する因子としては迅速なINRと血圧の補正が血腫増量に関与していると報告されている。また正常化したINRの維持のためビタミンK製剤の併用が推奨される。

6 急性期に血管内治療を行った破裂A1解離性動脈瘤の1例

長野赤十字病院脳神経外科

○土屋 尚人, 藤原 秀元, 齋藤 大希
吉村 淳一

51歳, 女性。左片麻痺TIAで発症し当院神経内科に入院。翌日に左片麻痺と頭痛・嘔吐を来し, CTでも膜下出血を認めた。右A1に解離性動脈瘤を認めしたがAcomを介したcross flowは乏しく, A1を温存するためstent assisted coil embolizationを行った。確実な止血と再増大を防ぐためにSTENTは2つ重ねて留置し解離腔をコイルで塞栓した。翌日MRIで

は前大脳動脈領域に多発梗塞を認め解離に伴う虚血、操作による遠位塞栓の可能性が考えられた。左片麻痺と高次機能障害は術後も持続していたが徐々に改善。リハビリ転院ののち、ほぼ無症状で自宅退院した。文献上は出血発症のACA解離の報告は少ないが、解離血管の温存を要する例で慢性期にbypass+trapping, stent assisted coil embolizationを行った報告がある。Single stent+coilでは再増大が報告されており、解離の場合は複数のstentの使用が望ましいように思われた。

7 心血管イベントを繰り返した弾性線維性仮性黄色腫の1例

長野市民病院脳神経外科

○横田 陽史, 平山 周一, 草野 義和
同 神経内科

田澤 浩一

【症例】 両親ともに50歳代で脳梗塞の既往がある60歳女性。X-13年に心筋梗塞に対して他院で経皮的冠動脈形成術を施行された。X-3年6月めまいと左麻痺で搬送された。頭部MRIで右放線冠にラクナ梗塞を認め入院した。入院中に左眼の違和感があり、眼科受診したところ網膜血管線条を指摘された。また後頸部に黄色丘疹を認め、生検を行い、弾性線維性仮性黄色腫(PXE)と診断した。X年4月19日に構音障害と左下肢麻痺で搬送された。頭部MRIで両側放線冠にラクナ梗塞を認めた。構音障害は残存したが麻痺は改善し、第28病日に自宅退院した。**【考察】** PXEは種々の症状を呈するABCC6遺伝子を原因遺伝子とする常染色体劣性遺伝性疾患である。診断は皮膚病変、弾性線維の石灰化をともなう変性、網膜血管線条、ABCC6遺伝子で診断される。心・血管に関しては、動脈硬化が多発し虚血性疾患を来すため、脳血管を含めた全身の心血管病変に対して注意深く経過観察する必要がある。

8 小児における軽微な頭部外傷後の脳虚血病態

(Brain ischemic attack after mild head trauma in children)

長野県立こども病院脳神経外科

○縣 正大, 宮入 洋祐, 重田 裕明

小児の頭部外傷は日常診療でよく遭遇するが、外傷後に脳虚血病態を呈した3例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例1: 3歳男児。転倒し後

頭部を打撲、3時間後に全身痙攣を発症した。左片麻痺 (MMT3/5) を呈し、MRI で右頭頂葉に ivy sign, MRA で右中大脳動脈狭窄を認めた。2日後に麻痺は完全回復し、5日後のMRI で ivy sign と動脈狭窄も消失した。症例2: 1歳男児。階段から転落直後に右片麻痺 (MMT1/5) が出現、MRI で左被殻梗塞を認めた。約10か月で麻痺は消失した。症例3: 7歳女児。跳び箱から飛び降り30分後に頭痛と嘔吐、歩行障害が出現した。MRI で左小脳梗塞を認め、脳血管撮影で上小脳動脈と後大脳動脈の描出不良あり。約3か月で小脳失調症状は消失した。小児では軽微な頭部外傷後に脳虚血病態を呈することがある。受傷後30分以内の発症が半数だが72時間を越える例もある。病変は基底核が8割を占め、多くは予後良好だが稀に重症化する。正確な診断に基づく治療が重要である。

9 A Case of Tethered Cord Syndrome without Low Set Conus

信州大学医学部脳神経外科

○長峰 広平, 宮岡 嘉就, 伊東 清志
堀内 哲吉, 本郷 一博

Tethered cord syndrome は脊髄円錐が L2以下に位置し (低位脊髄円錐), 脊髄が牽引され下肢痛や膀胱直腸障害を起こす症候群と定義されている。一方 Occult tethered cord syndrome は低位脊髄円錐を伴わず Tethered cord syndrome と同じ症状を起こす症

候群をいう。

症例は16歳女性、2年前からの腰痛を主訴に当科紹介受診。腰部MRI で明らかな腰椎ヘルニアや腫瘍性病変なく、低位脊髄円錐も認めなかった。誘発テスト陽性で Occult tethered cord syndrome を疑い Prone position にて腰部MRI を施行、馬尾神経が脊柱管腹側を走行する一方で、脊髄終糸は背側を走行していた。Tethered cord syndrome では脊髄終糸が緊張する一方で馬尾神経は解剖学的に通常よりも弛緩すると言われており (中西ら2013), Prone MRI 所見は脊髄終糸の緊張が関与すると考えられた。本症例は低位脊髄円錐を認めないため Occult tethered cord syndrome と診断、症状改善目的に手術施行。L4/5レベルで開窓術施行、終糸切除して係留解除術を施行。術後は症状改善し、術後8日目で退院した。

Prone MRI は Occult tethered cord syndrome の診断に有用であると考えられた。

特別講演

座長: 本郷 一博 (伊那中央病院脳神経外科)

『Pathogenesis of the brain arteriovenous malformations

～てんかん発作等から発見された症例を踏まえて～』

大阪市立総合医療センター

脳血管内治療科主任部長

小宮山雅樹

第125回 信州脳神経外科集談会

日時: 令和元年12月7日 (土) 午後3時

場所: JA 長野県ビル12F 「C会議室」

当番: 長野市民病院 草野 義和

1 神経膠芽腫との鑑別に苦慮したトキソプラズマ脳症の1例

(A Case of Toxoplasma Encephalopathy Difficult to Differentiate from Glioblastoma)

相澤病院脳神経外科

○窪田 雄樹, 船戸 光平, 荻原 直樹
佐藤 大輔, 北澤 和夫, 小林 茂昭
長野県立こども病院

千葉 晃裕

悪性神経膠腫と初回に診断され、経過中トキソプラズマ脳症の診断に至った1例を経験したので報告する。50歳台女性。在日ブラジル人。3か月前に出現した右不全麻痺が進行し、MRI で内包後脚に信号変化を認めた。定位脳生検術を行い、病理診断で Granular cell astrocytoma/Glioblastoma の診断となり後療法を開始した。免疫染色では神経膠腫を疑う初見に乏しく、組織学的検査にてトキソプラズマ抗体が陽性となった。生検組織のPCR でトキソプラズマのDNA が検出さ

れ最終診断はトキソプラズマ脳症となった。トキソプラズマ感染は我が国での頻度はそれほど高くはないが、世界的には一般的な感染症である。免疫機能が正常な患者ではトキソプラズマ脳症の発症頻度は0.018%と非常に低い。確定診断には病理組織学的な評価が必須で脳深部病変に対しては Leksell stereotactic system を用いた生検術は診断に有用である。トキソプラズマの流行地出身の患者では、免疫機能が正常であってもトキソプラズマ脳症の可能性を考慮する必要がある。

2 Primary Orbital Dedifferentiated Liposarcoma: A Case Report

(眼窩内原発の脱分化型脂肪肉腫の1例)

信州大学医学部脳神経外科

○山崎 大介, 荻原 直樹, 堀内 哲吉

脂肪肉腫は悪性間葉系腫瘍の1つであり、眼窩内原発の脱分化型脂肪肉腫はきわめて稀である。今回われわれは眼窩内原発の脱分化型脂肪肉腫の1例を経験し、文献的考察を加えて報告する。症例は41歳男性。右眼球突出と眼痛、複視を認め、CT/MRIで右眼窩内に20mm大の円形結節を認めた。右前頭開頭で眼窩内腫瘍摘出術を施行した。組織学的には、紡錘形細胞の増殖像を認め、免疫染色およびFISH検査でMDM2増幅シグナル陽性であったことから、脱分化型脂肪肉腫と診断した。眼窩内原発の脂肪肉腫は特異的症状に乏しく、mass effectによる眼球突出(90%)、複視(40%)などが主である。診断確定には組織学的検査が有用であり、特に12q14-15染色体上のMDM2とCDK4遺伝子の増幅が高頻度に見られ、自験例でも陽性であった。治療は外科的切除が基本となるが40%以上に局所再発を認めるとされ、完全摘出が達成されたとしても、注意深い経過観察と補助療法を含めた包括的な治療を検討する必要がある。

3 低侵襲手術を行った頭蓋咽頭腫の1例 (A case of craniopharyngioma treated with minimally invasive surgery)

長野松代総合病院脳神経外科

○北村 聡, 村岡 尚, 中村 裕一

同 総合・救急科

田中 美佳

信州大学医学部脳神経外科

荻原 利浩

長野松代総合病院病理部門

(信州大学附属病院臨床検査部病理)

上原 剛

症例は51歳、女性。意識消失により救急搬送され、頭部CTにて下垂体部から第三脳室内にかけて石灰化を伴った嚢胞性病変と閉塞性水頭症を認めた。病変の石灰化が強く全摘出では汎下垂体機能低下症のリスクが高いと判断し、確定診断目的の神経内視鏡下生検術とオンマイヤ貯留槽留置術を施行した。病理診断はadamantinomatous craniopharyngiomaであった。頭蓋咽頭腫の治療の基本は完全摘出術であるが、全摘出可能症例は限られ、視床下部や下垂体茎などに癒着・浸潤がある場合、部分摘出に留まることも多い。報告によると完全摘出術例は全体の22.9%に留まり、Shuklaの報告では術後合併症出現率は29.2%と高値であった。近年は低侵襲治療が望まれ、その一つとして神経内視鏡を用いたオンマイヤ貯留槽留置術が挙げられる。部分摘出術に対して放射線治療を加えると、5年生存率は90.5-91.1%に上昇する。オンマイヤ貯留槽留置術とガンマナイフ治療を組み合わせることで、低侵襲で完全摘出術並の治療成績が得られる。

4 神経内視鏡下嚢胞—脳室開窓術が奏功した左前頭葉 neurenteric cyst の1例 テント上神経腸嚢胞の神経内視鏡下開窓症例 (A case of supratentorial intraparenchymal neurenteric cyst treated by neuroendoscopic fenestration -literature review-)

飯田市立病院初期研修医

○小野田 凌

同 脳神経外科

金谷 康平, 木内 貴史, 小林 澄雄

同 病理診断科

佐野 健司, 伊藤 信夫

相澤病院病理診断科

伊藤 信夫

43歳、女性。6か月前より進行する右上下肢麻痺を主訴に当院脳神経内科を受診した。来院時意識清明、右上下肢にMMT4の麻痺を認めた。頭部MRIで左前頭葉に6cm大の巨大な嚢胞性病変を認め当科へ紹介された。頭部CTで嚢胞壁に石灰化を認めた。頭部MRIで嚢胞内部は脳脊髄液と同程度の信号であり、嚢胞により左側脳室は圧排されていた。嚢胞周囲や嚢胞壁に造影効果のある充実性病変を認めなかった。嚢

胞と脳室が近接しているため、神経内視鏡下嚢胞—脳室開窓術及び生検術を施行した。術後嚢胞は縮小し、右上下肢麻痺は消失した。

病理組織診断では線毛上皮の被覆を認め Neurenteric cyst (NC) と診断された。NC は頸髄から胸髄腹側に発生することが多く、テント上脳実質発生は極めて稀な先天性嚢胞性疾患である。根治治療は嚢胞壁の全摘出と言われているが、本症例のように発生部位により開窓が可能であれば、より低侵襲な神経内視鏡下嚢胞開窓術も有用な治療法であると考えられた。

5 低出生体重児脳出血後水頭症に合併した孤立性第四脳室に対する内視鏡治療～症例報告～

(Neuroendoscopic treatment for isolated hydrocephalus complicated with post-hemorrhagic hydrocephalus in the low-birth-weight preterm neonate, a case report)

長野県立こども病院

○千葉 晃裕, 宮入 洋祐, 重田 裕明

【緒言】孤立性第四脳室 isolated fourth ventricle (IFV) に対して内視鏡下開窓術を行った症例を経験したので報告する。

【症例と結果】日齢13の早産超低出生体重児で、日齢2に脳室内出血を発症。Ommaya reservoir を留置し、連日髄液を排液し体重増加後の V-P shunt を計画した。ところが日齢89のエコーで第四脳室の拡大を認め、MRI 精査で IFV と診断した。右 V-P シヤントに加えて、右頭頂部から側脳室経由で内視鏡下側脳室第四脳室間開窓を施行。術後全脳室は縮小し進行性頭囲拡大は停止した。

【考察】IFV に対する治療法の中で、内視鏡下脳室間開窓は、第四脳室シヤントや内視鏡下中脳水道形成に比べ合併症の報告は少ない。

【結語】IFV に対する内視鏡下側脳室第四脳室間開窓は、症例選択を適切に行えば安全で有効な治療法である。開窓部の開存性については更なる追跡が必要である。

6 治療戦略に悩んだ髄液鼻漏で発症の浸潤性マクロプロラクチノーマの1例

(A Complicated Case of Invasive Macroprolactinoma with Spontaneous CSF Rhinorrhea and its Treatment Strategy)

信州大学医学部脳神経外科

○阿部大志郎, 荻原 利浩, 一之瀬峻輔
堀内 哲吉

【はじめに】未治療の下垂体腺腫が髄液鼻漏を発症することはまれである。今回、髄液鼻漏で発症した浸潤性プロラクチノーマの1例を経験したので、その治療戦略も含め報告する。【症例】39歳男性。1年前より間欠的な鼻汁、時に頭痛や嘔吐が出現したため、当科紹介受診。広範囲頭蓋底骨破壊を伴う頭蓋底病変を認めた。PRL2040 ng/ml で浸潤性プロラクチノーマと診断した。ドパミン作動薬での治療を開始したところ、髄液鼻漏が悪化した。一方で、腫瘍の縮小は軽度であった。髄膜炎の併発が危惧されたため、内視鏡下経鼻腫瘍部分摘出術及び頭蓋底再建術を行った。術後、髄膜炎を併発したが軽快し、髄液鼻漏も消失したが、腫瘍は残存した。【考察】髄液鼻漏で発症の浸潤性巨大プロラクチノーマに対し、治療戦略に悩んだ1例。このような症例はまれで、治療戦略も未だ確立していない。術前薬物治療の是非、手術適応とタイミング、手術方法、術後管理などについて検討する。

7 STA-MCA バイパス術における硬膜形成の工夫

(A newly-devised dural plasty on extra-intracranial anastomosis surgery. -“chimney” dural plasty-)

小林脳神経外科病院

○小林 秀企, 児玉 邦彦, 新田 純平
小林 總

STA-MCA バイパス術は脳虚血に対する外科手術として多くの施設で行われている一般的な手術手技である。coss study では薬物療法に対する優位性は認められなかったが、この原因の1つとして、周術期合併症がバイパス術施行群において多かったことが挙げられる。海外での結果も合わせて鑑みると、周術期合併症を減少させるために安全かつ確実な手術を行うことが必要不可欠であると考えられる。

今回我々は STA-MCA バイパス術の硬膜形成時に当院で行っている工夫について図を用いて報告する。

バイパス後、多めに採取した筋膜をベース側が基部になるよう切開した硬膜切開箇所にて、前後から挟むように立体縫合する。筋膜と硬膜で挟み込んだ煙突状の立体構造の中に血管を通し、硬膜外の血腫が硬膜下に流れ込むのを予防する。

“chimney” dural plasty は術後の硬膜外から硬膜下への血液の垂れ込みによる合併症を予防できる可能性がある。

8 MCA M2閉塞におけるステントリトリバー使用時の課題と対処法

(Experimental study of problem and solution method by stent retriever in MCA M2 occlusion)

伊那中央病院脳神経外科

○神谷 圭祐, 佐々木哲郎, 佐藤 篤
本郷 一博

【背景】中大脳動脈 M2閉塞における機械的脳血栓回収療法は再開通率が低い。その原因を M2から M1に至る過程で血栓を取り逃がしていると推定し、その検証と対処法について報告する。【方法】内頸動脈 C2から中大脳動脈 M2までで、M1-2の角度が30~110度までの5種類の弾性樹脂製血管モデルを3Dプリンターで作成する。TrevoXP 4×20 mm を使用し M1-2の角度によるステントの変形と疑似血栓との相関関係を X線透視で撮影する。【結果】血管の分岐角度が急で、牽引が強くなるほどステントのメッシュが細く引き伸ばされる“closing”が生じた。この closing によって血栓は血管の大彎側に絞り出され、血栓を取り逃がしてしまうことを確認した。対処法として、closing が起きた際にステントを屈曲部付近までリシースし、system push 後再度展開することで血栓を再捕捉することができた。【結語】血管分岐角度によるステントリトリバーの変形は再開通率低下の原因の一つと思われ、本法で再開通率の改善が期待できる。

9 脳動脈瘤クリッピング後減圧の意義

(Benefits of Decompression for Obstructed Cerebral Aneurysm)

厚生連上越総合病院脳神経外科

○江塚 勇, 荒川 泰明, 近藤 優美

2006年4月から2019年10月までにネッククリッピングを施行した症例は未破裂動脈瘤145例、破裂動脈瘤

98例計243例である。このうち閉鎖後ドームを穿刺減圧した症例は未破裂動脈瘤例31例、破裂動脈瘤例15例であった。穿刺には26Gのシリンジを使用した。不完全閉鎖例でも穿刺孔からの出血は数分以内に止血し、catastrophe に至った症例はなかった。穿刺したドームは圧力が抜けシワの膜様物になってしまう。既知のことであるが圧迫していた神経への減圧になり、自由に動かすことができるのでブレードの先端まで観察可能になる。したがって穿通枝など重要な血管を犠牲にすることはなくなり、完全なネッククリッピング、血管形成性クリッピングも容易になる。大型の VA-PICA 動脈瘤では VA および PICA を遮断したのち瘤穿刺減圧しクリップの入る空間を確保、関係する脳神経損傷なくクリッピングを完了できた。以上のビデオを供覧した。

穿刺せずにクリッピングの状況を観察しているうちにドームが破れた症例は未破裂動脈瘤例で3例、破裂動脈瘤例で19例であった。すでにネッククリッピングされているので不完全な閉鎖状況でも大事に至ることはなかったが、クリーンな術野を維持するためには穿刺した方がスマートであると思われた。

本題の目的ではないが参考までに以下のビデオを追加した。クリップのブレードを徐々に閉じていく途中で破裂点あるいは癒着点で破れるケースがあり、ネック損傷ではないのでそのまま閉じるべきである。なおネック損傷例はなかった。

10 Efficacy and safety of pemafibrate in patients with acute stroke and dyslipidemia

(脂質異常症を有する急性期脳卒中患者に対するペマフィブラートの使用経験)

長野市民病院脳神経外科

○横田 陽史, 平山 周一, 草野 義和

【背景】脂質異常症の治療薬として、LDL コレステロール高値にはスタチンが、中性脂肪 (TG) 高値にはフィブラートが使用されるが、副作用やスタチンとの併用禁忌の点で治療対象は限られていた。従来のフィブラートとは異なり、Peroxisome proliferator-activated receptor α に対してより高い選択性、安全性を有するペマフィブラートの急性期脳卒中患者での使用経験について報告する。【方法】2019年6月から11月に脳卒中で入院した患者の内、TG>200 (mg/dL) でペマフィブラートを導入された8症例が対象

で、中央値19日後の血液検査を比較検討した。【結果】TGは63%低下 ($p < 0.05$) し、肝機能の改善を認めた。血清クレアチニン値は上昇傾向を認め、血清カリウム値は有意差をもって上昇 ($p = 0.005$) したが、いずれも臨床的に問題となることはなかった。【結語】

急性期脳卒中患者の脂質異常症へのペマフィブラートの導入で、著明なTG値の改善を認めた。今後はスタチン併用例などさらなる症例の積み重ねと検証が必要である。