

脳脊髄液に好酸球増多を認めた脊髄炎の1症例

上田 雅道¹⁾ 竹内 有子¹⁾ 落合 淳^{1)*}
 馬淵 千之¹⁾ 丹羽 淳一²⁾

要旨：症例は25歳女性である。右側腹部から背部にかけてのしびれを主訴に受診した。タイ、ラオスへの旅行歴があり右第6胸髄から第12胸髄のデルマトームにかけてしびれと温痛覚低下、振動覚低下を認めた。髄液検査で好酸球増多と脊髄MRI T₂強調画像(T₂WI)では第8胸髄から第12胸髄にかけて高信号域を認め好酸球性脊髄炎と診断しステロイドパルス療法を行い臨床症状は軽快した。抗寄生虫特異抗体は陰性であったが、アレルギー疾患、自己免疫性疾患の所見を認めず、病歴、臨床症状と検査所見から寄生虫感染症、特に広東住血線虫による脊髄炎が疑われた。

(臨床神経 2015;55:651-653)

Key words：好酸球性脊髄炎、広東住血線虫、プレドニゾロン

はじめに

脳脊髄液に好酸球増多を認める病態として薬剤性やアトピー性皮膚炎といったアレルギー性疾患、ホジキンリンパ腫や肺癌などの腫瘍、血管炎や視神経脊髄炎といった自己免疫性疾患、寄生虫感染などが報告されている^{1)~3)}。本症例はタイ、ラオスから帰国後2週間で好酸球性脊髄炎を発症しており、アレルギー性疾患や腫瘍、自己免疫性疾患の所見に乏しいことから寄生虫の関与を疑った。好酸球性脊髄炎の原因は確定困難な場合もあるが臨床症状、経過から文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：25歳女性

主訴：右側腹部から背部のしびれ

既往歴：特記事項なし。アトピー性皮膚炎などアレルギー疾患はなし。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：2013年8月下旬、タイとラオスを観光で訪れ、1ヶ月間滞在した。生水や生野菜は摂取しなかったが、果実、氷入りのジュースは摂取していた。現地で流行している寄生虫感染の原因と成り得るナメクジやカタツムリ、魚、肉の生食をしなかったものの、ナメクジを多く目撃した。帰国2週間後の10月上旬、右側腹部にかけてしびれを自覚した。同月下

旬にしびれが強くなり当院を受診した。

入院時現症：体温35.9°C、血圧117/77 mmHg、脈拍88回/分。一般身体所見に皮疹やリンパ節腫脹など異常は認めなかった。意識清明で項部硬直はなく、脳神経に異常は認めなかった。明らかな運動障害はなく、腱反射はアキレス腱反射のみ両側で軽度で亢進していたが病的反射は認めなかった。右第6胸髄から第12胸髄のデルマトームに異常覚、温痛覚低下、振動覚低下を認めた。膀胱直腸障害はなかった。

検査所見：血算、生化学検査で異常なかった。各種腫瘍マーカーは陰性であった。抗核抗体、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体、MPO-ANCA、PR3-ANCAは陰性で、アンギオテンシン変換酵素は13.5 U/mlと上昇を認めなかった。抗HIV抗体、抗HTLV-1抗体は陰性であった。髄液検査では細胞数412/mm³(単核球：多形核球=7:3)で多形核球はほぼ好酸球が占め、全細胞数の30%が好酸球であった(Fig. 1)。蛋白67 mg/dl、糖37 mg/dl(血糖90 mg/dl)であった。オリゴクローナルバンドは陰性、ミエリン塩基性蛋白<31.3 pg/ml、IgG index 0.59、抗アクアポリン4抗体は陰性であった。寄生虫血清免疫学的検査を施行したが、広東住血線虫、顎口虫、イヌ回虫、ブタ回虫、有鉤嚢虫、イヌ糸状虫、アニサキス、糞線虫、ウエステルマン肺吸虫、宮崎肺吸虫、肝吸虫、マンソン弧虫に対する抗体は全て陰性であった。胸部レントゲン写真、腹部CTでは異常所見を認めなかった。頭部MRIでは脳実質病変、髄膜の肥厚はなかった。脊髄MRIではT₂WIで第8胸髄から第12胸髄にかけて高信号域を認め(Fig. 2A, B)、造影効果はなかった。

*Corresponding author: 名古屋掖済会病院神経内科 [〒454-8502 名古屋市中川区松年町4-66]

¹⁾ 名古屋掖済会病院神経内科

²⁾ 愛知医科大学神経内科

(Received January 21, 2015; Accepted May 11, 2015; Published online in J-STAGE on July 11, 2015)

doi: 10.5692/clinicalneuroil.cn-000698

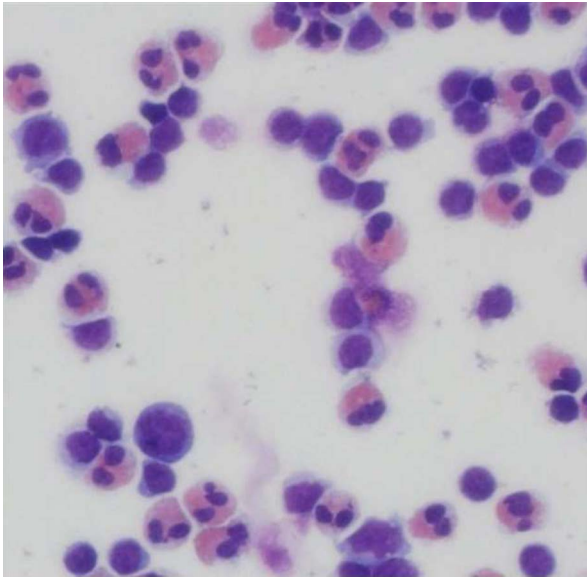


Fig. 1 Cytology of the cerebrospinal fluid (Giemsa stain). Eosinophils and lymphocytes were seen in the cerebrospinal fluid.

臨床経過

臨床所見, 胸髄 MRI 所見, 髄液に好酸球増多を認めることから好酸球性脊髄炎と診断した. 入院第 1 病日からステロイドパルス療法を 3 日間施行し, 第 4 病日からはプレドニゾン 30 mg/日の内服に切り替え 8 日間で漸減中止した. 第 5 病日から異常覚, 温痛覚, 振動覚の改善を認めた. 第 12 病日に施行した髄液検査では細胞数 $76/\text{mm}^3$ (単核球: 多形核球 = 8:2) に改善していた. 第 29 病日に再検査した脊髄 MRI では T_2 WI の高信号域は消失した (Fig. 2C, D).

考 察

好酸球性脊髄炎は頻度の多い疾患ではないが, 原因として薬剤性やアトピー性皮膚炎といったアレルギー性疾患, ホジキンリンパ腫や肺癌などの腫瘍, 血管炎や視神経脊髄炎といった自己免疫性疾患などが知られている^{1)~3)}が, 本症例はこれらを示唆する所見は認めなかった. 抗寄生虫抗体を検出できなかったが, 寄生虫の流行地への渡航歴, 帰国後 2 週間程度で発症したことから寄生虫感染を疑った⁴⁾. 好酸球性脊髄炎を起こす寄生虫は種々挙げられる²⁾が, 本症例は皮膚症状, 呼吸器症状と消化器症状のない好酸球性脊髄炎の臨床像, ステロイド投与のみで症状が軽快した経過から広東住血線虫感染によるアレルギー反応に起因する脊髄炎を疑った. 感染経路については流行地でのナメクジの生食, ナメクジの付着した野菜の接種が一般的である⁴⁾. 本症例の感染経路は現地で水やナメクジが這った可能性のある果実を接種していたことが疑われた.

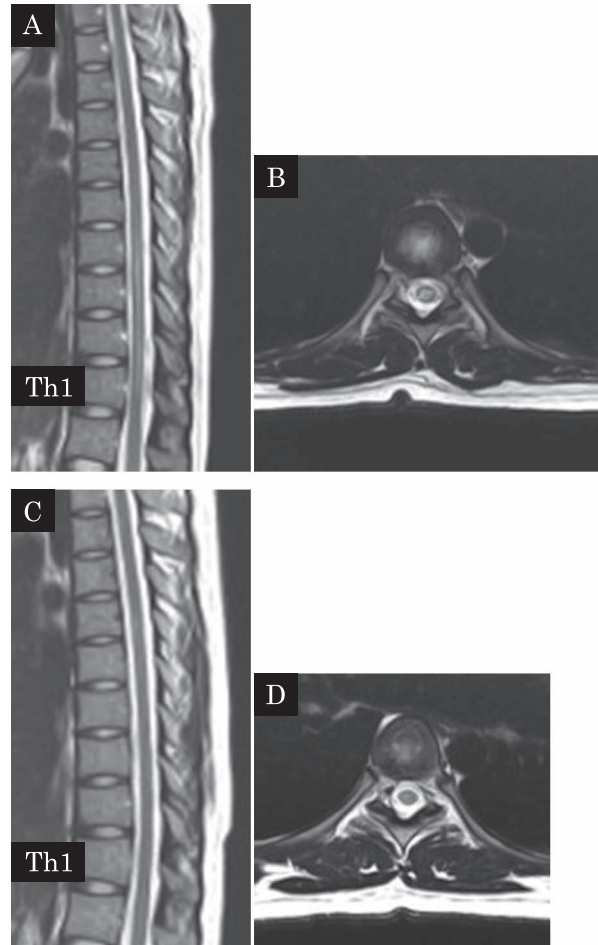


Fig. 2 Spinal cord images. Spinal cord T_2 weighted image (T_2 WI) (1.5 T; TR 11,000 ms, TE 140 ms) on admission showed hyperintensity lesion at Th6 to Th12 spinal level (A), and the Th9-10 spinal level lesion was mainly located at central region (B). In 28 days, the lesion was mostly cured (C) (D).

本症例の MRI では脊髄内の異常信号を認めたが, 錐体路徴候, 膀胱直腸障害, 解離性感覚障害など実質の障害を疑わせる所見には乏しく, 感覚障害は右側胸部の全感覚鈍麻であり対側には感覚障害が認めなかったことから神経根症状が主体と考えた.

東南アジアへの渡航後に発症した好酸球性脊髄炎を呈した症例を報告した. 原因確定困難な例も多いが, 寄生虫感染も念頭においての検索が必要と思われた.

本報告の要旨は, 第 139 回日本神経学会東海・北陸地方会で発表し, 会長推薦演題に選ばれた.

謝辞: 抗寄生虫抗体を測定いただきました宮崎大学医学部感染症学講座寄生虫学分野の丸山治彦先生教授に深謝いたします.

※本論文に関連し, 開示すべき COI 状態にある企業, 組織, 団体はいずれも有りません.

文 献

- 1) 鈴木 潤, 菅野直人, 西山修平ら. 脳脊髄液にのみ好酸球増多をみとめた再発性脳脊髄炎の1例. 臨床神経 2012;52:571-575.
- 2) 奥宮太郎, 末長敏彦. 寄生虫による神経障害—総論. 神経内科 2012;77:223-232.
- 3) Lo Re V 3rd, Gluckman SJ. Eosinophilic meningitis. Am J Med 2003;114:217-223.
- 4) 広東住血線虫症 [Internet]. 東京:国立感染症研究所. [cited 2014 Sep 20]. Available from: <http://www.Nih.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/384-kanton-intro.html>.

Abstract

A case of myelitis with eosinophilia of the cerebrospinal fluid

Masamichi Ueda, M.D.¹⁾, Yuko Takeuchi, M.D., Ph.D.¹⁾, Jun Ochiai, M.D., Ph.D.¹⁾,
Chiyuki Mabuchi, M.D., Ph.D.¹⁾ and Junichi Niwa, M.D., Ph.D.²⁾

¹⁾Department of Neurology, Nagoya Ekisaikai Hospital

²⁾Department of Neurology, Aichi Medical University

A 25-year-old woman developed numbness of the right flank two weeks after a one-month stay in Thailand and Laos, which are known as areas of *angiostrongylus cantonensis* infections. The signs were numbness, pain sense disorder, and vibration sense disorder on the region of the 6th to 12th dermatome. On a MRI T₂ weighted image (T₂WI), signal hyperintensity in a longitudinal spinal lesion was seen. In the cerebrospinal fluid (CSF), eosinophils were detected. The patient was diagnosed with eosinophilic meningitis and myelitis, and then treated with intravenous methylprednisolone. This improved her signs, CSF and MRI findings. She took no drugs, did not have any allergies, any vasculitis, or neuromyelitis optica spectrum disorders. Although anti-parasite antibodies were not identified, she was probably infected by *angiostrongylus cantonensis* from her history and examinations.

(Rinsho Shinkeigaku (Clin Neurol) 2015;55:651-653)

Key words: eosinophilia in the cerebrospinal fluid, *angiostrongylus cantonensis*, methylprednisolone
