

時間	質問		回答内容
1. 勝野雅央先生 患者さんとの出会いが医学を変える：神経難病の早期診断と治療法開発			
13:31	貴重なお話しありがとうございました。PSPに関してですが、FLNAが関与しているとのことでしたがこれを抑制する薬というのは実現できそうなのでしょうか？	回答済み	FLNAの発現や機能を抑える薬剤の開発を進めています。
13:32	貴重なお話しありがとうございます。一つ質問失礼致します。フィラミンAの強制発現ではPSPの臨床所見(運動症状)などは動物で見られたのでしょうか。	回答済み	運動症状は見られていません。タウの凝集が症状を起こすほど多くないと、観察期間がまだ短いからだと考えています。
13:32	フィラミンAとタウタンパクに関する貴重なお話しいただき大変ありがとうございました。フィラミンAの異常な発現がタウタンパクの発生に関わることでしたが、これは神経系の細胞だけに見られる現象なのでしょうか。	回答済み	詳細には解析していませんが、FLNAのトランスジェニックマウスでは神経以外に目立った病変はみられていません。
13:32	健診センターなど研究施設ではなく、その施設にメリットがわかりにくい方々に研究のご協力をお願いする具体的な方法も知りたいです。	回答済み	健診施設の責任者やスタッフに研究の意義を説明し、理解していただく必要があります。さらに行政の理解が得られると、連携が進みやすいと思います。
13:34	貴重なお話しありがとうございます。健康診断の技術開発について、嗅覚の測定器を開発されているとのことだったのですが、どのようにして嗅覚を定量的に数値化されているのでしょうか。	回答済み	匂い物質の濃度を段階的に上げていき、どの濃度で検知・認知できたか(閾値)を記録することで、定量的に測定しています。
2. 岩坪威先生 ついにアルツハイマー病が動いた：疾患修飾薬の開発			
14:13	ありがとうございます 同じような質問で申し訳ございません 抗アミロイドβ抗体により、prodromalなアルツハイマー病患者の発症予防も可能な斧化もしれません。 しかしながら、prodromalな方々に、現行で想定されている薬価の薬剤を適応することは、医療保険上、可能なのでしょうか？	未回答	ご質問ありがとうございます。保険のゆくえは予想できませんが、薬事承認され、臨床実用されてゆくからには、必要な画像・CSFなど含め、保険償還が考慮されてゆくものと思います。来月以降中医師などで議論が進むのではないかと。岩坪
14:10	貴重なお話をありがとうございます。 本筋とは少し離れるところで恐縮なのですが、アルツハイマー病患者の脳脊髄液中のAβ42とリン酸化タウ濃度について質問があります。どちらも凝集するのにAβ42は低下しリン酸化タウは増加するところが腑に落ちません。もう少し詳しく教えていただくことは可能でしょうか。	回答済み	液相中ではAβ42は凝集するために溶けているものが減少するのにたいして、リン酸化タウの断片は凝集しないので蓄積するものと思われま
14:10	今後始まる認知症の新規治療法を含めご講演を拝聴でき、大変ありがとうございます。また、バイオマーカーについても今後の早期スクリーニングに活用できることが楽しみになりました。レカネマブによるARIAでは重症例で血管炎の病態も混在し、出血や浮腫に対する対応のほかに免疫学的な治療も必要と聞いております。一度ARIAを起こした患者で、再投与を考慮するケースでは、事前の免疫学的治療の併用について、ご教示をいただけますと幸いです。	回答済み	ARIA時の血管の病理学的状態はまだよくわかりませんのと、多くは自然寛解しますので、事前の免疫抑制治療が有益かはまだ不明なところで
14:10	貴重なお話しありがとうございます。	回答済み	
14:11	MCIやプレクリニカル期ADをひろいあげ治療介入しようとするとうしてもコストがかかりすぎてしまう印象があります。	回答済み	スクリーンの効率を上げコストを下げるのには血液バイオマーカーが鍵になるものと考えられます。またどのような方が最もDMTに反応する

14:12	スクリーニングと治療介入のコスト面についてはどのようにお考えでしょうか？ 連投となってしまい申し訳ありません。	回答済み	かを見極めることも重要と思われます。
3. 西野一三先生 筋病理のABC			
14:47	筋病理の貴重なお話、ありがとうございました。皮膚筋炎について質問です。皮膚筋炎は抗体ごとに臨床像が多少異なりますが、I型インターフェロノパチーという病態や筋線維束辺縁部の萎縮は共通なのでしょうか。抗体ごとに病理上の相違点などがあれば教えていただきたいです。	回答済み	重要なご指摘を有り難うございます。皮膚筋炎は全てI型インターフェロノパチーの病態を有していますが、病理所見は少しずつ異なっています。例えば、抗MDA5抗体陽性例では筋束変異部萎縮が見られることは希であったり、抗NXP-2抗体陽性例では微小梗塞の所見を一定の頻度で認めたりします。もし詳しい所見についてご興味があれば、Neurology. 2022 Feb 15;98(7):e739-e749をご覧ください。
14:51	貴重なお話ありがとうございました。筋疾患として遺伝子解析を行っても変異が見つからなかった場合、エピジェネティックな病態を持つケースは先生のご経験の中でどの程度の割合あるとお感じになりますでしょうか。	未回答	筋疾患でエピジェネティックな病態が明らかとなっているものは顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー2型のみです。ただしご指摘のようにまだ原因が明らかでない筋疾患もありますので、その一部にはエピジェネティックな病態がある可能性はあると思いますが、全体としてはそれほど頻度は高くないのではないかと思います。
14:54	ご講演ありがとうございました。SLONM-MGUSについてです。臨床像からはALSと鑑別が問題になりそうだと思いますがALSでは筋生検を行わないので鑑別が難しいと思います。M蛋白や筋電図以外で両者を鑑別する方法は何かあるでしょうか。	回答済み	ご指摘の通りSLONMはALS様の臨床所見を呈することがあります。ただし原則として電気生理学的に鑑別が可能と考えています。SLONMの診断には筋生検が必要ですので、もし電気生理学的検査を実施しても何らかの筋原性疾患の可能性が残るようであれば、迷わず筋生検を実施して頂ければと思います。
4. 辻野彰先生 どうする脳卒中			
15:19	貴重な講演ありがとうございました。stroke mimicsについてです。ちょうど数日前に一過性の左半身麻痺を伴う“高血糖”(血糖500台)を経験しました。そこで低血糖ではなく高血糖で脳卒中様の巣症状をきたすことはあるのでしょうか。また具体的にはどれくらいの高血糖で巣症状をきたすのでしょうか。	回答済み	一般的に高血糖で脳卒中が疑われるような巣症状を来すことはありません。一方で、基底核が障害され、発作性に舞蹈病のような不随意運動を来すことがあります。
15:26	貴重なお話をありがとうございました。脳卒中の場合は最終的にMRIが必要になることが多いと思うのですが、脳卒中が疑われる場合のCTの撮影の意義はどのようなところにあるのでしょうか。	回答済み	すぐに撮像できるので、全身状態が悪い患者には有用です。また、出血の診断はMRより判断しやすいです。
15:28	貴重なお話ありがとうございました。tpa適応時間内の脳卒中に対しての大動脈解離の除外はどのような割合で、またどのような状況で行いますでしょうか？	回答済み	低血圧や血圧の左右差など、何らかの循環不全が疑われる場合、レントゲンで縦隔拡大が認められる場合、血液検査でDダイマー高値が認められる場合など、胸部CTで大動脈解離を確認します。