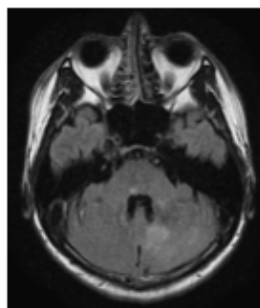


【背景】 進行性多巣性白質脳症 (PML) は、免疫抑制患者に発症する予後不良の中枢神経脱髄性疾患である。テント上病変を中心に、脳の様々な部位に脱髄が起こるため多彩な神経症状を呈するが、振戦は稀である (PML の 2% 程度で振戦を呈する)。

【症例】 全身倦怠感、左上肢の間欠的な振戦、両上肢の異常感覚を呈し、その後徐々に全身の倦怠感が強くなり、体動困難となったため入院となった。頭部 MRI で延髄右側、橋背側、両側小脳、左中小脳脚、右視床、右頭頂葉、右後頭葉皮質に多発する病変を認めた (図 1)。神経学的所見として、左上肢遠位部に安静時および動作時・姿勢時振戦 (速い、振幅の大きな振戦。動画あり) が認められた。その他、四肢深部腱反射の亢進、右手の異常感覚、左上肢失調、歩行障害が認められた。血液検査上、WBC は $6131/\mu\text{L}$ (リンパ球 $717/\mu\text{L}$)、CD4+リンパ球数は $117/\mu\text{L}$ と低下していた。髄液検査では、細胞数 1.7 個/ μL 、蛋白 46 mg/dL と正常、IgG index は 0.6 であった。髄液 JC ウイルスコピー数 (リアルタイム PCR) が 170 コピー/mL であり PML と診断した。表面筋電図では、左尺側手根屈筋 (FCU) と短橈側手根伸筋 (ECR) 間で相反性を示す、規則的な 3 Hz 程度の群化放電が認められた (図 2)。振幅は FCU で 80 μV 程度、ECR で 140 μV 程度であり、Holmes 振戦に合致する所見であった。治療としてピクタルビ、ミルタザピンを開始したが、その後も神経症状は進行性の経過を示した。経過中、Holmes 振戦は徐々に軽減した。これまでに PML 患者で Holmes 振戦を呈した 9 例の症例報告がみつかった。

【結論】 Holmes 振戦を呈した PML 症例について報告した。PML 患者における振戦は稀であるが、振戦を呈する場合は Holmes 振戦であることが少なくないようである。多発脳病変を有する患者が Holmes 振戦を呈した場合、PML を念頭に置く必要がある。



(図 1: 頭部 MRI、FLAIR)



(図 2: 表面筋電図)