

ワクチン接種後の急性散在性脳脊髄炎(ADEM)が疑われる^{*}症例(重篤)

※抽出基準: 症状名が急性散在性脳脊髄炎として報告された症例。

第81回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和4年度第6回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会	資料2-24
2022(令和4)年7月8日	

期間	評価	No.	ワクチン名	年齢・性別	基礎疾患等	経過	接種後日数	症状名	転帰	フライトン分類レベル	因果関係	専門家の意見
報告対象期間前	再評価	1	おたふくかぜ生ワクチン「第一三共」(ZVA039A) アクトヒブ(T1D15) フレベナー1S(BC9873) ミールピック(MR243) 乾燥弱毒生水痘ワクチン(岡株)*版大研研(VZ318)	1歳・男性	なし	別紙1参照		急性散在性脳脊髄炎	未回復	2	γ	
報告対象期間内		2	ビケンHA(HA208E)	1歳・男性	なし	【接種日】令和3年10月18日 【概要】2021/11/9頃よりおもちゃを手探りで探す様子あり、11/10歩行できず転倒する様子あり急病診療所受診。両側対光反射減弱あり。当院紹介受診。MRIと眼底検査にて視神経炎の診断となり、ステロイドパルス療法3クール行い改善認め退院したが、2022/1/29より右手の振戦・使いづらい様子があり1/31当院救急受診。MRIにて基底核中心にFLAIR高信号認め、ADEMの診断となった。11月時の髄液検査ではMOG抗体陰性であったが、2月の髄液検査にて陽転化した。再度ステロイドパルスやγグロブリン療法施行し、症状は完全には治癒しないものの徐々に改善傾向となっている。 【接種前の体温】36度5分 【出生体重】2978g 【他要因(他の疾患等)の可能性の有無】無 【発生日時】令和3年11月9日 【症状の程度】重い→入院 【症状の転帰】未回復	2021/10/18 接種当日 2021/11/09 接種22日後 2022/01/29 接種103日後 2022/01/31 接種105日後	急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	未回復	2	γ	
報告対象期間前	再評価	3	おたふくかぜ生ワクチン「第一三共」	17歳・男性	陰嚢水腫 精索手術	17歳、男児。 不明年月日(接種当日) 入院10日前に近隣開業医でおたふくかぜ生ワクチンを接種。 不明年月日(接種16日後) 入院2日前に左耳下腺腫脹を自覚。 不明年月日(接種17日後) 入院前日に頭痛、嘔気・嘔吐、発熱、倦怠感あり。 不明年月日(接種18日後) 報告者当院神経内科を紹介受診。 項部硬直、髄液細胞数上昇、頭部MRIで多発の白質病変があり入院。 入院日にはふらつきも見られた。 不明年月日(接種不明日後) 髄液細胞77/dL(単核球57、多核球20)、髄液蛋白5 mg/dLで、頭部MRIでは右脳梁、両側橋、右大脳皮質下白質などにFLAIR高信号を認めた。 ワクチン接種後耳下腺炎に髄膜炎合併、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)合併疑いと診断し、メチルプレドニゾロンパルス療法後、プレドニゾン内服を行った。 血清、髄液ともムンプスIgGは陰性で、IgMは共に陽性であった。 ムンプス感染がワクチン由来なのか、自然感染なのかを知るため、ウイルス分離を行ったところ、ワクチンに使われているウイルスのタイプであることがわかった。 髄髄や副髄炎の合併はみられなかった。 不明年月日(接種20日後) 耳下腺腫脹、髄膜炎症状、ふらつきは改善し8日目に退院。 事象「ワクチン接種後耳下腺炎」「髄膜炎」「急性散在性脳脊髄炎」の転帰: 軽快		耳下腺炎 髄膜炎 急性散在性脳脊髄炎	軽快 軽快	4	γ	
報告対象期間前	再評価	4	シングリックス	50歳・男性	脂質異常症 血小板増加症 脚帯断裂 半月板手術 高脂血症	別紙2参照		急性散在性脳脊髄炎 痙攣発作 意識変容状態 注視麻痺 てんかん 落ち着きのなさ まとまりのない会話	回復 回復 回復 回復 回復 回復	4	γ	

別紙 1

1 歳（12 か月）、男児。

2021 年 10 月 20 日（接種当日）

おたふくかぜ生ワクチン（1 回目）、アクトヒブ（4 回目）、プレベナー13（4 回目）、ミールビック（第 1 期）、乾燥弱毒生水痘ワクチン（1 回目）を接種。

2021 年 10 月（接種不明日後）

接種後、突発性発疹に罹患。

2021 年 11 月 6 日（接種 17 日後）

朝より発熱、活気不良を認め、夜間に報告施設の救急外来を受診した。

受診時より、意識障害を認めていた。

入院し補液するも状態改善なく、翌日まで意識レベル II-30 のまま。

2021 年 11 月 7 日（接種 18 日後）

頭部 MRI を施行し、急性散在性脳脊髄炎の疑いで加療を開始。

ソル・メドロール（300mg、1 日 1 回）によるステロイドパルス、ピクロックス（150mg、1 日 3 回）の投与を開始した。

2021 年 11 月 8 日（接種 19 日後）

免疫グロブリン投与を行ったが、意識レベルの改善なく、瞳孔不同を認めた。

多呼吸、シーソー呼吸をきたし、挿管、集中治療室に入室した。

ステロイドパルス 2 コース目施行したが、頭部 MRI にて、多発白質出血を認め、脳波は平坦化していた。

脳圧亢進著明であり、その後も血圧や心拍数など変動激しく、治療に難渋した。

2021 年 11 月 10 日（接種 21 日後）

意識レベル改善なく、瞳孔不同も認めため頭部 MRI 評価。画像所見やや悪化。

免疫グロブリン（2g/kg）投与追加。

2021 年 11 月 11 日（接種 22 日後）

明け方から多呼吸、シーソー呼吸を認め、ICU 入室。入室後呼吸状態もう一段階悪化し挿管。

夜間頻脈血圧上昇あり、頭蓋内圧亢進懸念されグリセロール開始。

2021年11月12日（接種23日後）

経腸開始。

2021年11月14日～2021年11月16日（接種25～27日後）

パルス2クール目。

2021年11月15日（接種26日後）

MRIで多発白質出血。脳波はほぼ平坦。脳外科相談し神経学的予後改善の見込み少なく開頭減圧は施行せず。

2021年11月16日（接種27日後）

朝瞳孔散大あり緊急頭部CT。粗大な血腫や脳幹出血ないが、脳圧亢進所見あり。グリセロール増量。瞳孔は数時間のうちに正常化。

2021年11月17日（接種28日後）

以降も瞳孔散大、頻脈、血圧上昇、自発消失のエピソード繰り返した。非痙攣性てんかん発作の可能性あり。レベチラセタム開始。夜間血圧上昇のエピソードなし。聴性脳幹反応II波以降確認できず。

2021年11月18日（接種29日後）

自発確認のため鎮静オフ。昼に血圧上昇あり。MDZoffの影響か。鎮静off後も自発はなし。夜からフェンタのみ再開。エンドキサン（80mg、1日1回）静注施行。大きな合併症なし（血漿交換は脳出血のためリスク高い）。

2021年11月21日（接種32日後）

パルス3クール目。夕に褐色前吸引あり。突然の頻脈認め瞳孔散大。CTで脳浮腫進行。胸腹部は軽度誤嚥性肺炎のみのため、パルス終了。栄養中止。

2021年11月22日（接種33日後）

夜から急激に高Na進行。自由水での補正では追いつかず、ピトレスシン（0.3mU/kg/hr）投与開始。ビクロックス、グ

リセロール終了。

2021年11月23日（接種34日後）

尿量減少し、急激にNa低下。ピトレシン漸減中止。頻回採血と低栄養で貧血進行。RCC 2単位輸血。

2021年11月24日（接種35日後）

気管切開し、集中治療室を退室。

自己抗体や各種感染症、代謝疾患や遺伝性疾患など精査を重ねるも、明らかな原因は特定できなかった。専門施設に相談し、劇症型急性散在性脳脊髄炎/出血性白質脳炎の診断に至った。

ピトレシン終了後も尿量低下、低Na認めていたが、夜から尿量増加しNa140 mmol/L前後で安定。CRP上昇ありアンピシリン/スルバクタムからメロペネムに変更。

事象「尿量低下」「低Na」の転帰：回復。

2021年11月25日（接種36日後）

小児科病棟に転床。経腸再開。

2021年11月26日（接種37日後）

やや乏尿で低Na121 mmol/Lまで進行。

2021年11月27日（接種38日後）

尿量増加し夜から希釈尿持続。

2021年11月29日（接種40日後）

Na165 mmol/Lまで上昇あり。希釈尿。尿崩症の状態。ミニリンメルト 30 ug 開始。

以降ミニリンメルト定期投与を施行するも、尿量バランスとれず、1/4錠を頓用へ切り替え。定期内服への切り替えを検討中。

2021年12月1日（接種42日後）

CRP 上昇あり。各種培養やレントゲン施行の結果 CV カテーテル感染が疑われたため、除去。左上肢にPI留置した。

2021年12月2日（接種43日後）

頭部MRIでは、大脳、脳幹、小脳はびまん性に低信号、脳浮腫は著明に改善を認めた。胸部CTでは、両下肺野に浸潤影、誤嚥性肺炎が疑われた。

2021年12月3日（接種44日後）

頭部CT：両側大脳、小脳、脳幹はびまん性に濃度低下。脳腫脹により、脳室の狭小化。
胸部CT：両下葉に浸潤影を認め、誤嚥性肺炎認めた。熱源精査のため、尿バルーン抜去も、無尿となってしまったため、バルーン再留置。

2021年12月5日（接種46日後）

バビンスキー反射が陽性。

2021年12月7日（接種48日後）

プレドニゾロン（1mg/kg）へ減量。

2021年12月8日（接種49日後）

CRP改善傾向、白血球は高値横ばい。

メロペネム投与から二週間経過。誤嚥性肺炎に対して、メロペネム→スルバクタム/アンピシリンへ変更。気管カニューレ交換実施。

2021年12月9日（接種50日後）

持続補液終了、ミニリンメルトを1/4錠、分2定期化。

尿カテーテル閉塞あり、尿カテーテル抜去。自然排尿あり。ケア中に、カニューレ抜けてしまい、全身チアノーゼ、SpO₂は70%台まで低下した。かけつけた医師により再挿入した。事故抜去の際の対応をスタッフ間で確認した。

2021年12月13日（接種54日後）

胃瘻に関して、両親に対してIC。

2021年12月14日（接種55日後）

脳波実施し、平坦化に変化なし。

2021年12月20日（接種61日後）

母に対して、カニューレ挿入指導。

2021年12月21日（接種62日後）

アンピシリン終了。プレドニゾロン（0.5mg/kg）へ減量。

2021年12月22日（接種63日後）

塩化ナトリウム（2g分3）内服開始。体重減少あったため、エネーボ 100 mL から 120 mL へ増量。

2021年12月24日（接種65日後）

胃管入れ替え 胸部 X 線にて、肺野の透過性低下あり。
栄養後の SpO₂ 低下、換気量の低下が目立つようになってきた。

2021年12月25日（接種66日後）

エネーボ 100mL へ減量。尿量多いため、ミニリンメルト 1日3回へ増量。

2021年12月27日（接種68日後）

胸部 CT にて、両側背側肺野の無気肺を認めた。両側の腎結石あり。

2021年12月28日（接種69日後）

去痰剤ムコソルバン追加。腎結石に関して、泌尿器科コンサルし経過観察。
積極的な排痰リハビリ開始。

2021年12月29日（接種70日後）

栄養開始後1時間半後に低血糖をきたしており、後期ダンピングの可能性あり。

2022年1月3日（接種75日後）

父親に付きそい交替。はじめてのお泊り。

2022年1月5日（接種77日後）

ステロイド 0.4 mg/kg へ減量、フロリネフ併用開始。
後期ダンピングに対して、栄養剤をエネーボからイノラスに変更。カロリーも減量した。
朝から、呼気 VT 低下あり、加圧吸引頻回に施行も改善なし。
胸部 CT 施行、無気肺の増悪認めたため、在宅呼吸器中断し吸引、加湿強化。

2022年1月6日（接種78日後）

170 台の高血圧が持続。院内の呼吸器に載せ替えてからは、VT 安定し 70 以上キープできるようになった。
頭部 CT 施行、明らかな変化なし。
CRP 上昇あるため、誤嚥性肺炎を疑い、セフトリアキソン投与開始。
血圧高値持続するため、フロリネフ中止。

2022年1月9日（接種81日後）

後期ダンピングの治療として、コーンスターチ投与開始。

2022年1月11日（接種83日後）

血圧の変動がはげしく、170台まで上がることもあれば、80台まで下がることもあり。

栄養後のSpO₂低下は改善傾向であったが、突然SpO₂が下るエピソードあり。

自然回復する。

2022年不明月日（接種不明日後）

ステロイドパルスなど強度のある治療に対しても反応なく、現在も人工呼吸器管理、経鼻栄養、寝たきりの状態。全身管理による療養中。

後遺症あり（広範な脳機能障害による寝たきり、四肢の弛緩性マヒ）。

事象「劇症型急性散在性脳脊髄炎」の転帰：未回復。

事象「突発性発疹」の転帰：不明。

別紙 2

本例は医師からの報告。情報入手経路は医薬情報担当者。

患者：50歳、男性

被疑製品：乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(チャイニーズハムスター卵巣細胞由来) (シングリックス筋注用) 注射用(水溶液) (使用理由：ウイルス感染予防)

併用製品：ロスバスタチン錠 (ロスバスタチンカルシウム)

既往歴：関節靭帯断裂 (左膝十字靭帯断裂)および半月板手術 (半月板縫合)

過去の関連する副作用：高脂血症 (ロスバスタチン内服中)

現病：脂質異常症および血小板増加症 (血小板増多症(毎年検査で指摘され経過観察中))

2021年07月09日

シングリックス筋注用(筋肉内)(1回目)接種。

かかりつけ医のクリニックで帯状疱疹ワクチン(シングリックス)を接種した(新型コロナウイルスワクチンは未接種)。

以後、特に普段と変わりなく過ごしていた。

2021年07月17日

急性散在性脳脊髄炎(重篤性：入院または入院期間の延長が必要なもの、企業重篤および生命を脅かすもの)を発現、意識障害(重篤性：入院または入院期間の延長が必要なものおよび企業重篤)を発現、てんかん発作(重篤性：入院または入院期間の延長が必要なものおよび企業重篤)を発現、不穏(重篤性：入院または入院期間の延長が必要なもの)を発現、まとまりのない会話(重篤性：入院または入院期間の延長が必要なもの)を発現、体調不良(重篤性：非重篤)を発現、傾眠(重篤性：非重篤)を発現、発熱(重篤性：非重篤)を発現、逆行性健忘(重篤性：非重篤)を発現、無言症(重篤性：非重篤)を発現

朝からA市へ息子のサッカーの試合のため本人の運転で家族で出かけた。

試合後、無口になり体調が悪そうにしていた。

昼食を取ったあと、B市へむかう途中「おれはちょっと運転できない」と話し、妻と運転をかわった。

社内では眠そうに目をつぶっていた。

自宅に着いてからすぐに布団でよこになりずっと寝ていた。

20時になっても寝ているので声をかけておこし、夕食におかゆと梅干しを出したが、少し

だけ食べてすぐに臥床。

頭痛や嘔気は訴えず、とにかく眠そうにしていた。

その後、急に起きだして妻のタンスの引き出しを意味もなく開け閉めしたり、こちらの質問に答えず「調査があるから」等とつじつまのあわないことを独り言のように言ったりした。

2021年07月18日 00:50

眼球挙上(重篤性：企業重篤)を発現、絶叫(重篤性：非重篤)を発現、呼吸異常(重篤性：非重篤)を発現。

0時50分すぎ、就寝中急に「うわー」と大声で叫んだ。

眼球が上転していて、呼吸はぷーぷーと息を吐き出すような呼吸だった。

妻からみて手足はまっすぐで、不随意運動や強直は目撃されていない。

2021年07月18日 01:00

痙攣(重篤性：企業重篤)を発現。

容体が痙攣を伴い急変。

2021年07月18日

誤嚥性肺炎(重篤性：企業重篤)を発現、寝たきり(重篤性：非重篤)を発現。

救急隊が到着後は覚醒していたが、担架にのせられるのを嫌がり抵抗が激しかった。

救急隊接触時のバイタルはHR：131、SpO₂：96、RR：48、BT：36.5。

当院搬送後も暴れるので大人3、4人がかりで押さえ付けられない状態であった。

救急部医師によりホリゾン 5mg 筋注、さらにホリゾン 5mg 静注されるもおさまらず気管挿管の上で鎮静管理、ICU入室となった。

髄液所見は軽度蛋白上昇のみ。

ICU入室後に特続性脳波モニタリングが開始されたが、プロポフォール鎮静化に5Hzのθ波のみで、明らかな突発波、左右差なし。

退院時は微熱であったが、ICU入室後より39.2度まで上昇し遷延した。

循環、呼吸状態は問題なく脳波モニタリング上も発作の再燃、重積の所見なかったため7/18午後、7/19朝にSATをTryしたが、疎通とれず抜管しようとするなど危険な動作がみられ再鎮静された。

眼球挙上の転帰は回復、呼吸異常の転帰は回復。

年月日不明

寝たきり(重篤性：非重篤)を発現

局所症状に乏しい急性の意識障害(意識の変容伴う)、発熱を認めた。

家族や救急隊に目撃されていないが睡眠中の発作であり、乳酸、NH₃↑、翌日のCK上昇

あり(プロラクチン未測定)発作があったことは確からしい。

不穏は Post ictal の症候と考えられた。

これまでてんかんの既往はなく、てんかん初発のほかには、鑑別としてワクチン接種後 ADEM(VZV ワクチンは 10 日前接種)、ウイルス性髄膜脳炎、ADEM 以外の免疫介在性脳症/脳炎(抗 NMDAR 脳炎など)、静脈洞血栓症、アルコールや薬物の離脱など挙げられた。

しかし脳 MRI では ASL を含め異常所見なし。

髄液検査でも軽度の蛋白上昇を認めるのみで髄液細胞増加を認めず、各種脳炎、脳症を示唆する所見に乏しかった。

帯状疱疹ワクチンは 2 種あり(ビケン製の弱毒性ワクチンと GSK 製の表面蛋白を抗原とした組み換えワクチン)、GSK のシングリックスでは AE は 1%未満で傾眠、嗜眠の報告あり(具体的にどのような症例だったか GSK に問い合わせたが症例の詳細は入手困難とのこと)。PubMed 検索では ADEM 様の精神症状・意識障害・発作の報告はなし(GSK でもそのような副作用報告はこれまで 1 例もないとのことだった)。

現病によって沈静されねたきりになった。

2021 年 07 月 19 日

静脈血栓症(重篤性：非重篤)を発現。

翌日午前、救急科より意識障害、てんかん発作疑い精査につき当科コンサルトあり、同日転科となった。

脳波モニタリングは背景波 8-10Hz の α 波に回復していた。頻繁に前頭優位の余波がみられた。同日 14 時に施行したポータブル脳波では、8Hz α 、突発的な Frontal 優位徐波は減っており呼名すると脳波上反応がみられた。

発熱の転帰は回復。

年月日不明

転科後、発作に対する治療として LEV1000mg/日点滴静注を開始し、救急科で開始されたアシクロビルに加えて、ADEM やその他免疫介在性脳症疑いとして診断的治療目的にステロイドパルスも開始した(mPSL1g×3 日)。

2021 年 07 月 20 日

全身 CT 施行されたが抗 NMDAR 脳炎と関連するような腫瘍は指摘できなかった(胸腺腫なし/精巣腫瘍なし)

午前に SAT えお再び行い、指示に応じ握手や追視ができることを確認の上、午後鎮静終了、抜管した。

傾眠ではあるが質問には応じ、意識の変容はなくおちついてきた。

逆行性健忘認めたが(7/17 朝からのことは全く記憶しておらず以後も回復なし)神経診察で

明らかな局所症状を認めなかった。

痙攣の転帰は回復、てんかん発作の転帰は回復。

2021年07月21日

絶叫の転帰は回復、寝たきりの転帰は回復。

2021年07月22日

急性散在性脳脊髄炎の転帰は回復、意識障害の転帰は回復、不穩の転帰は回復、まとまりのない会話の転帰は回復、体調不良の転帰は回復、傾眠の転帰は回復、無言症の転帰は回復。

2021年07月27日

ADEMでは画像所見の感度が高いが白質病変が遅れて出現する可能性もありうるためMRIを再診したが、脳実質の異常信号は指摘されずASLも左右差や局所的な血流増加は認めなかった。

誤嚥性肺炎の転帰は回復、静脈血栓症の転帰は回復。

年月日不明

一般びゅうに移ってからも発作や精神症状の再燃なく経過は良好であった。

急性症候性発作だとして、これまでの検索で原因は明らかではなく(代謝性・中毒性・急性期脳卒中・脳炎や脳症の傍証なし)、脳波上初発の可能性を疑い、抗てんかん薬(LEV1000mg/日)内服をしばらく継続のまま脳波の再検と症状観察を行うこととした。

2021年07月31日

自宅へ退院した。

退院時処方：イーケプラ錠 500MG 2錠 1日2回朝食後夕食後、ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg トーワ 1錠 屯用不眠時 10回分

8/10(火)15時より外来で脳波、血液検査の予定。

年月日不明

中枢神経症状の再発有無：無

退院後、発作の再発や意識障害は認めていない。

神経学的な診察で異常も指摘されていない。

2022年03月15日

逆行性健忘の転帰は未回復。

治療製品：ホリゾン注（ジアゼパム）、イーケプラ（レベチラセタム）、ゾルピデム酒石酸塩錠（ゾルピデム酒石酸塩）およびメチルプレドニゾン

【痙攣】

[事象の詳細]

発作を目撃された方はいるか：いいえ

発作の発言前に前兆や頭痛などあったか：いいえ

全身性発作、局所性発作のいずれだったか：未記載

患者は発作時に意識を失ったか：はい

-意識回復時に失見当識または傾眠状態はあったか：はい

患者は発作のことを覚えているか：いいえ

発作時に尿失禁/便失禁はあったか：いいえ

今回の症状が、アルコールまたは本剤以外の向精神薬を中止したところによる元の考えられるような状況はあるか：いいえ

今後、患者の追跡調査の予定はあるか：はい

患者は運転の制限をうけているか：はい

[診断検査]

今回の発作の原因と考えられる神経学的病変または感染(脳炎、髄膜炎)の所見はあったか：いいえ

血清電解質検査にて異常は認められたか：いいえ

[既往歴]

患者は発作閾値を低下させることが知られている薬剤を服用していたか：いいえ

病歴

-発作(熱性痙攣およびてんかんを含む)：いいえ

-運動障害：いいえ

-頭部の外傷：いいえ

-その他の中枢神経系の症状：いいえ

-脳性麻痺、神経学的障害または先天異常：いいえ

-糖尿病：いいえ

-腎不全：いいえ

-アルコール乱用/薬物乱用：いいえ

【診断に関連する検査及び処置の結果の続き】

2021年07月19日

脳波モニタリング：背景波 8-10Hz の α 波に回復していた。頻繁に前頭優位の余波がみられた。同日 14 時に施行したポータブル脳波では、8Hz α 、突発的な Frontal 優位徐波は減っており呼名すると脳波上反応がみられた。

2021 年 07 月 20 日

全身CT：抗 NMDAR 脳炎と関連するような腫瘍は指摘できなかった(胸腺腫なし/精巣腫瘍なし)

2021 年 07 月 27 日

初回と同様に脳実質の異常信号は指摘されず ASL も左右差や局所的な血流増加は認めなかった。

【急性散在性脳髄炎(ADEM)調査票】

1.組織病理診断：未実施

2.臨床症状

①該当項目をすべて選択

-初めての事象である(先行するワクチン接種の有無を問わない)

-発熱により説明できない脳症(意識の変容や行動変化)

②中枢神経系に帰することのできる限局性または多発性所見について、該当項目をすべて選択

-以下のいずれかの症状が初めて発症した日：令和 3 年 7 月 17 日

-脳症(例：意識レベルの低下または変容、嗜眠、または人格変化が 24 時間以上続く)

-その他(発作)

3.画像検査(電磁気共鳴診断(MRI)撮像)

-検査日：令和 3 年 7 月 18 日

-以下のような所見ある。(認められる所見をすべて選択)

—白質の T1 低信号病変を認めない

-以下の多発性硬化症の MRI 基準の二つとも、もしくはいずれかを満たさない

[MRI による空間的多発の照明]

4 つの中枢神経領域(脳室周囲、皮質直下、テント下、脊髄)のうち少なくとも 2 つの領域に T2 病変が 1 個以上ある(造影病変である必要はない。脳幹あるいは脊髄症候を呈する患者では、それらの症候の責任病巣は除外する。)

[MRI による時間的多発の照明]

無症候性のガドリニウム造影病変と無症候性の非造影病変が同時に存在する(いつの時点で

もよい。)。あるいは基準となる時点の MRI に比べてその後(いつの時点でもよい。)新たに出現した症候性または無症候性の T2 病変および/あるいはガドリニウム造影病変がある。

4.疾患の経過

-発症から最終観察までの期間：2 か月

-疾患の单相パターンを示すには観察機関が不十分である(該当項目を全て選択)

-発症後の観察期間が 3 か月以内である

5.鑑別診断

-MRI の所見や、組織病理のデータが ADEM の診断に合致しない

6.髄液検査

-検査日：令和 3 年 7 月 18 日

-細胞数 $4/\mu\text{l}$ 、糖 75mg/dl、蛋白 51mg/dl

-オリゴクローナルバンド：なし

-IgG インデックスの上昇：なし

7.自己抗体の検査：未実施