診断から経過観察まで

医知創造ラボ

GFAP アストロサイトパチー

髄液・MRI・鑑別と治療後の評価

髄液・MRI
鑑別と治療
回復後の評価

抗体・画像・臨床経過を合わせる

Kimura et al. Eur J Neurol 2026;33:e70489 ／ Arzalluz-Luque et al. J Neurol 2025;272:421

髄膜・脳・脊髄の症状に気づく

髄膜症状

発熱・頭痛

髄膜刺激徴候

脳の症状

意識障害・振戦

失調・精神症状

脊髄・自律神経

運動・感覚の障害

排尿障害

症状がすべてそろう前から考える

GFAP-IgGは病態の手掛かり

GFAP

アストロサイトの
細胞内タンパク質

GFAP-IgG

免疫性の炎症を考える
バイオマーカー

抗体の検出と、直接的な傷害機序を区別する

髄液GFAP-IgGを臨床像に照らす

髄液

検体の種類を確認

→

TBA・CBA

測定法と
確認検査の有無

→

臨床像

症候と炎症所見の
対応を確認

血清の結果だけで診断を固定しない

抗体陽性と最終診断を同一視しない

診断を支える情報

適合する症候

髄液・MRIの炎症所見

髄液GFAP-IgG

並行して確かめること

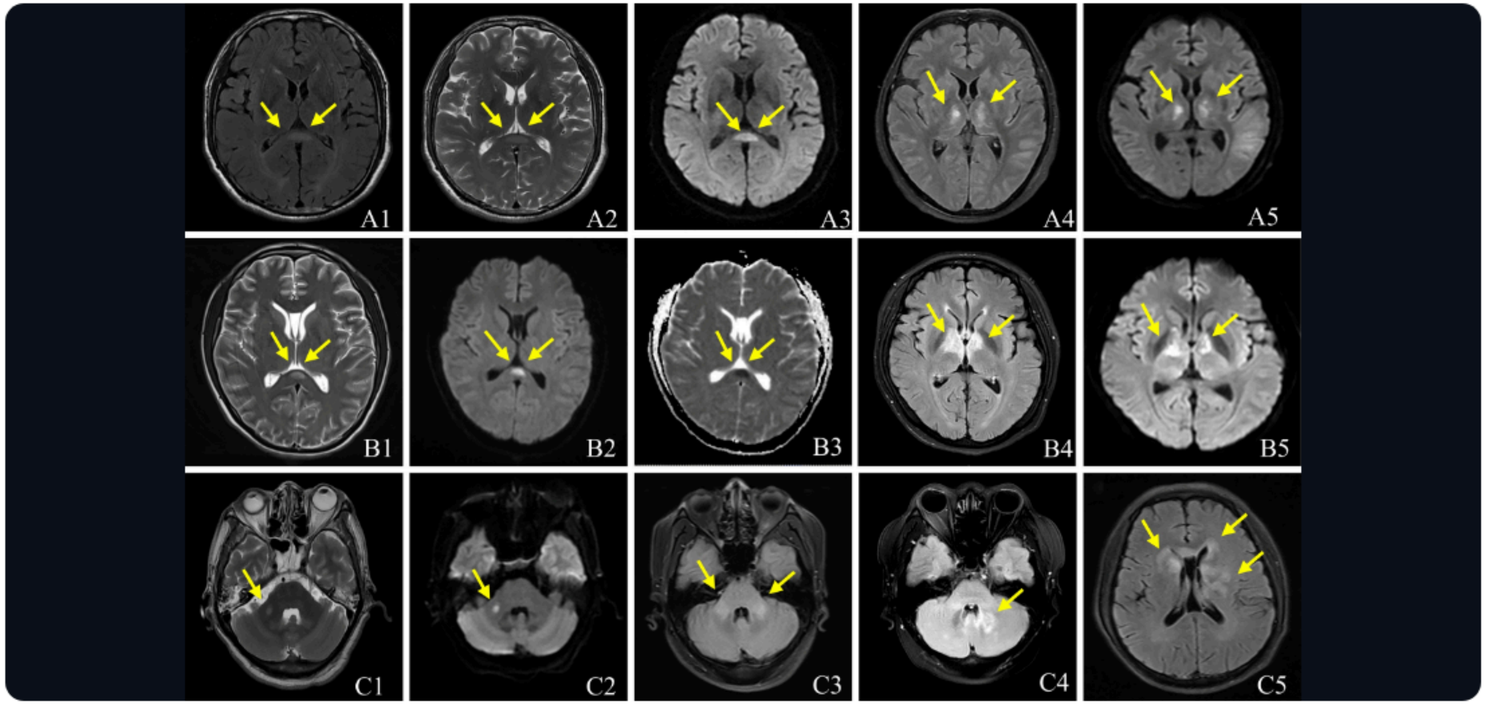
感染症

腫瘍

他の免疫性疾患

検査結果・治療反応・代替診断を総合する

異常信号の分布と症候を対応させる



脳MRIの例

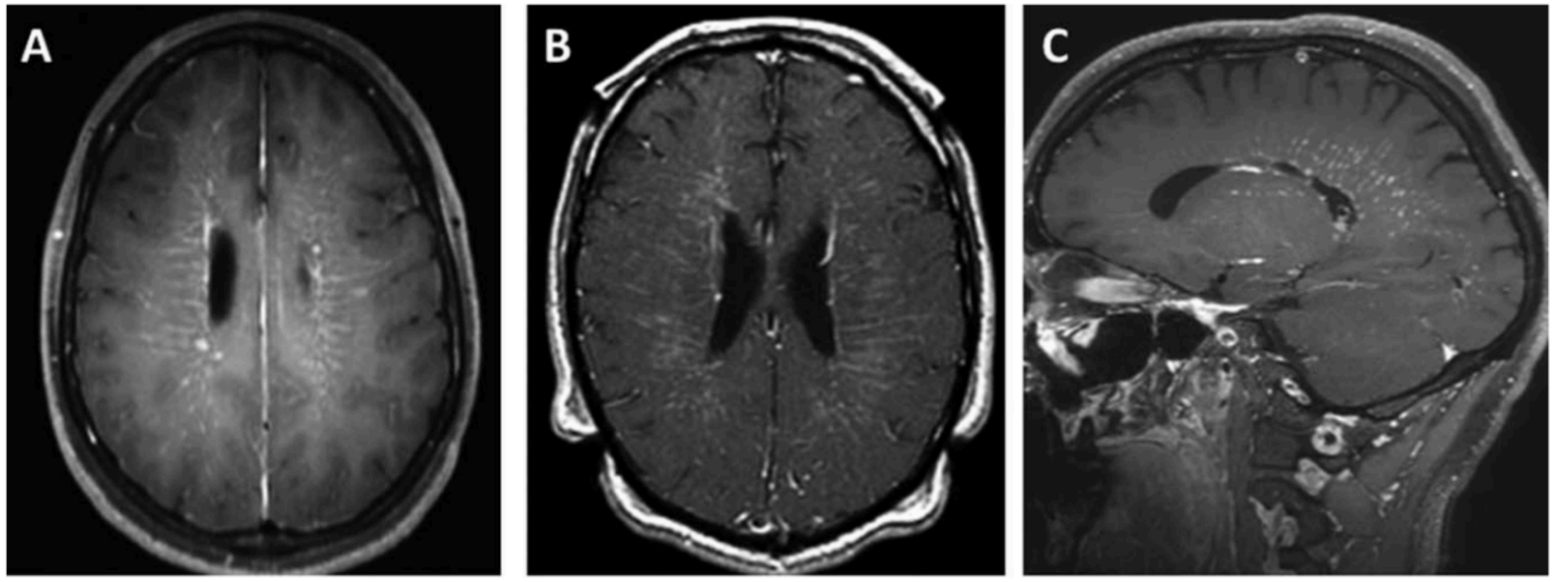
脳梁膨大部
両側視床など

評価の視点

T2・FLAIR・拡散強調画像
症候と病変分布

掲載例の画像から、診断性能は決められない

脳室から外向きに延びる放射状造影



Gd造影T1強調像｜A・B：軸位　C：矢状断
原著図3の上段A–Cを表示

頻度は別の研究

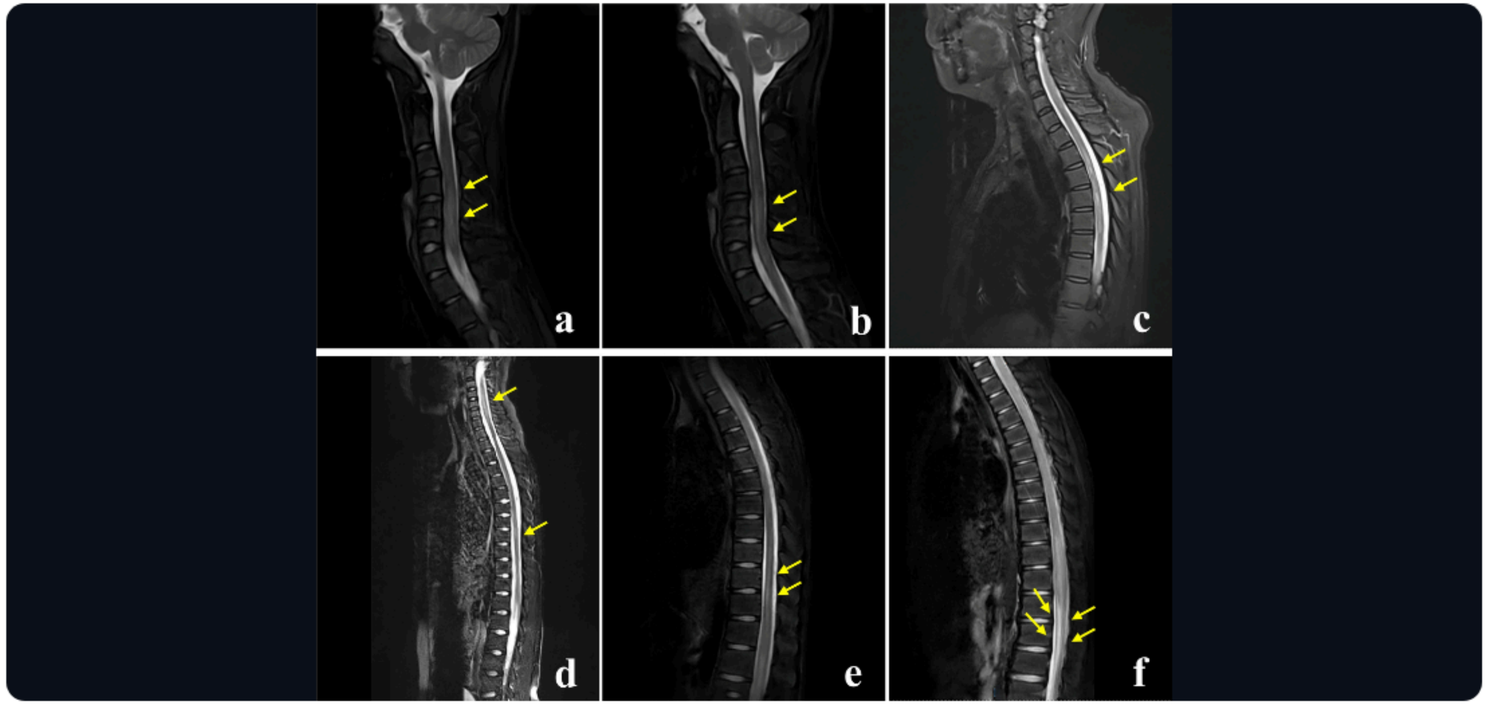
44.8%

95/212例
日本・造影MRI実施例

画像は2017年の掲載例
頻度は2026年の日本の研究
所見の欠如だけで否定しない

特徴的な所見だが、所見の欠如だけで否定できない

脊髄病変は長大病変に限られない



原著の掲載例

長い斑状病変
短い病変・線状病変
円錐部の病変

臨床との対応

運動・感覚の障害
排尿障害

脳だけでなく、必要な脊髄の評価も検討する

Zhu et al. Front Immunol 2023;14:1106490 Fig 4｜CC BY 4.0｜形式変換のみ

低糖・ADA上昇を単独で判断しない

結核性髄膜炎との類似

GFAP関連の病態でも

髄液糖低下・ADA上昇

病原体検査の解釈

背景・経過・採取時期

早期の陰性結果にも注意

感染症の評価と必要な対応を並行して進める

Nakamura et al. Intern Med 2021;60:3031–3036 ／ Graus et al. Lancet Neurol 2016;15:391–404

治療反応だけでは鑑別できない

中枢神経系リンパ腫

免疫療法に
反応しうる

他の抗体が共陽性

AQP4-IgG・MOG-IgG
症候・画像との対応を確認

非典型な経過では、病名の見直しも必要

Graus et al. Lancet Neurol 2016;15:391–404 ／ Li & Chen. Front Immunol 2025;16:1610486

全身管理と免疫治療を並行する

1,000 mg/日

3〜5日

成人中心の中国107例の研究
メチルプレドニゾロンの実施例

最初に守る機能

意識・呼吸・嚥下
発作・排尿への対応

用量の位置づけ

最適用量の比較試験ではない
国内の適応・扱いを確認

研究での実施例を、一律の標準処方と読み替えない

追加治療と病因の再評価を考える

追加治療の報告

IVIG

血漿交換

同時に見直すこと

感染症・腫瘍

他の免疫性疾患

抗体結果の解釈

治療の使用実績だけでは、優劣を結論づけられない

経過と治療負担から個別に判断する

再発

繰り返す症状を再評価

減量時の変化

再燃と残存障害を区別

併存病態

腫瘍・他の抗体関連疾患

治療負担

副作用や生活への影響

脊髄病変だけで、長期免疫抑制を一律に決めない

Kimura et al. Eur J Neurol 2026;33:e70489 ／ Arzalluz-Luque et al. J Neurol 2025;272:421

自立度の改善と、症状の消失は別

60.5%

141/233例

日本の研究：後遺症または死亡
死亡7例を含む



歩行・認知機能・排尿

患者に残る困りごとを
具体的に確認

歩行・認知機能・排尿・社会復帰を確認する

Kimura et al. Eur J Neurol 2026;33:e70489 ／ Arzalluz-Luque et al. J Neurol 2025;272:421

回復後も認知機能を確認する

37/198例

治療開始後6か月以上の追跡情報
最終時点で認知機能障害が残存

生活への影響

注意・記憶・遂行機能
本人と周囲の気づき

研究の限界

統一した神経心理検査による
全例評価ではない

身体機能やMRIの改善だけで評価を終えない

観察期間と定義を添えて考える

フランスの生存者

10/71例で再発

追跡期間中央値28か月

中国の単施設研究

35/156例で再発

初回入院後1年以内

割合の大小を、治療成績の直接比較に使わない

Arzalluz-Luque et al. J Neurol 2025;272:421 ／ Hong et al. Ann Clin Transl Neurol 2026; doi:10.1002/acn3.70535

検査と診療を並行して進める

症候・緊急性 → 感染症などの評価 → 髄液・MRI・抗体

治療と診断の再検討 → 生活機能の経過観察

重症患者の全身管理は、病名の確定を待たない

診断から、回復後の暮らしまで

症候と検査

髄液・MRI・抗体の対応

鑑別と治療

感染症・腫瘍の
評価を継続

回復後

歩行・認知機能・排尿
再発・社会復帰

抗体や画像を過大解釈せず、経過を総合して判断する

Kimura et al. Eur J Neurol 2026;33:e70489 ／ Arzalluz-Luque et al. J Neurol 2025;272:421

GFAPアストロサイトパチー

チャンネル登録、高評価をよろしくお願いします。

医知創造ラボ