

検査案内書【保険】

進行性白質脳症遺伝子検査

K010-160 / Ver 4

運用開始日 2026年6月1日

かずさ遺伝子検査室

改訂履歴

No.	改訂内容	Ver.	運用開始日	作成者	承認者
1	新規作成	1	2022/6/21	細川淳一	糸賀 栄
2	(11)検査依頼書の記載項目の変更	2	2023/4/1	森千恵	糸賀栄
3	表紙の変更	3	2025/4/1	森千恵	糸賀栄
4	保険検査への移行に伴い旧K110-140と旧K110-154_皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症遺伝子検査とを統合	4	2026/6/1	糸賀栄	内藤嘉磯

検査項目: 進行性白質脳症

検査名: 進行性白質脳症遺伝子検査

1. 概略

皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症 (Megalencephalic leukoencephalopathy with subcortical cysts) 、白質消失病 (Leukoencephalopathy with vanishing white matter) 、卵巣機能障害を伴う進行性白質脳症 (Leukoencephalopathy, progressive, with ovarian failure) は、一定年齢までは正常に発達するにもかかわらず、その後進行性に大脳白質障害を来し、徐々に退行する進行性白質脳症である。進行性白質脳症では、大脳白質障害が軽度の頭部外傷や感染症に伴う発熱などを契機として階段状に悪化し、てんかん、認知機能低下、四肢麻痺などを来すことから、日常生活能力の低下が徐々に顕著となる。

一部の例外を除き、基本的に常染色体遺伝性疾患である。皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症は、*MLC1*遺伝子の変異による常染色体潜性遺伝(劣性遺伝)を示すものと、*HEPACAM*遺伝子の常染色体顕性(優性)または潜性(劣性)遺伝形式により発症するものがある。また、両遺伝子に変異が認められない原因不明例も存在する。白質消失病は、*EIF2B1*～*EIF2B5*遺伝子のいずれかにおけるホモ接合または複合ヘテロ接合バリエントによる常染色体劣性遺伝を示す。遺伝子異常が同定されない症例も存在する。卵巣機能障害を伴う進行性白質脳症は、*AARS2*遺伝子のホモ接合または複合ヘテロ接合バリエントによる常染色体潜性遺伝(劣性遺伝)を示す。

本検査は、「進行性白質脳症 (指定難病308)」の診断基準に基づき、報告書対象遺伝子を*MLC1*, *HEPACAM*, *EIF2B1*, *EIF2B2*, *EIF2B3*, *EIF2B4*, *EIF2B5*, *AARS2*とし、鑑別診断を目的として鑑別・補助診断用遺伝子として*LAMB1*を解析対象とする。

2. 解析対象遺伝子

解析対象遺伝子は以下の通り。いずれもアレル頻度0.1%以下のものを報告対象とする。

報告書対象遺伝子:

MLC1, *HEPACAM*, *EIF2B1*, *EIF2B2*, *EIF2B3*, *EIF2B4*, *EIF2B5*, *AARS2*

鑑別・補助診断用遺伝子:

LAMB1

3. 検査対象領域

対象遺伝子のタンパク質コード領域 (エクソンおよび近傍のスプライス部位) を解析対象とする。さらに、既知の病的バリエントが報告されている調節領域およびイントロン深部領域 (ディープイントロン領域) については、別表1に示す領域の中から、各対象遺伝子に対応するもののみを解析対象と

する。 ※注. 別表1に示すすべてを一律に対象とするのではない。また該当遺伝子が無い場合もある。)

[別表1\(ここをクリック\)](#)

4. 検査方法

短鎖リード型次世代シーケンサーを用い、ハイブリダイゼーション法あるいはPCR法により対象領域を濃縮・配列決定する。検出対象は塩基置換および短い欠失・挿入バリエーション（アミノ酸置換、終止コドン、フレームシフト、スプライシング異常をきたすもの）とする。必要に応じてサンガー法による確認解析を行う。

5. 報告対象および制限事項

一般集団でのアレル頻度が一定基準を下回るものを報告対象とする。

体細胞モザイクは検出可能な範囲で報告対象に含める。

なお、本法では高精度な検出が困難なため、以下の項目は原則として報告対象外となる。

- ・大規模な欠失・重複等のコピー数変化
- ・大規模な構造異常

6. 検体の種類

原則として血液のみを受け付ける。

※調製済みDNAについては、やむを得ない場合に限り個別に判断し受け入れを検討する。

7. 基準値及び判定基準

国際的に標準とされるヒトゲノムリファレンス配列と比較を行い、低出現頻度バリエーションの有無を判定する。

8. 医療機関に緊急報告を行うこととする検査値の範囲

該当なし（本検査は緊急報告の対象ではない）

9. 検査に要する日数

検体が弊所に到着した日から、60営業日以内とする。

10. 測定を委託する場合にあっては、実際に測定を行う衛生検査所の名称

測定の委託は行っていない。

11. 検体の採取条件

医療機関において、検査の目的や限界について十分に説明し、本検査の申し込みに関する同意を得ること。

12. 検体の採取容器

弊所より発行した「匿名化ID記載ラベル」を貼付した採血管1本
(真空密封型採血管：EDTA-2KまたはEDTA-2Na入り)

13. 検体の採取量

血液を1 mL以上を採取する。

14. 検体の保存条件

採血後は速やかに冷蔵、または凍結にて保管する。

15. 検体の提出条件

上記12～14の条件を満たす検体については、箱に収容し、室温で弊所へ発送する。
なお、必要に応じて保冷剤の同梱も可とする。
原則として、発送日の翌日に到着するよう手配する。

16. 検査依頼書及び検体のラベルの記載項目

検体貼付用ラベルには、匿名化IDおよび検体管理用IDを記載する。
検査依頼書については、当検査室指定の様式を使用する。
主な記載項目は以下の通り。

- ・ 匿名化ID
- ・ 希望する検査項目（疾患名、検査コード番号、検体数）
- ・ 医療機関情報
- ・ ガイドライン遵守の確認
- ・ 請求書送付先情報

17. 検体を医療機関から衛生検査所まで搬送するのに要する時間

発送日の翌日着を原則とする。
土日祝日は受付業務を行っていないため、配送日時に十分注意する。

18. 検査のお申し込み、お問い合わせ

公益財団法人かずさDNA研究所 遺伝子検査室（かずさ遺伝子検査室）

〒292-0818 千葉県木更津市かずさ鎌足2丁目5-23

<https://www.kazusa.or.jp/genetest/index.html>

E-mail: onjk@kazusa.or.jp