

検査案内書【非保険】

全前脳胞症遺伝子検査

K110-189 / Ver 3

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	2025/2/20	細川淳一	糸賀栄
2	表紙の変更	2	2025/4/1	森千恵	糸賀栄
3	様式の変更	3	2026/6/1	石毛崇之	糸賀栄

検査項目: 全前脳胞症

検査名: 全前脳胞症遺伝子検査

1. 概略

全前脳胞症とは、前脳の左右半球・脳室への分離不全による脳の構造異常と様々な頭蓋顔面部の形態異常を特徴とする先天異常症候群である。大脳半球の分葉の程度により無分葉型alobar type、半分葉型、semilobar type、分葉型lobar typeに分類される。

眼間狭小、鼻中隔欠損、唇顎口蓋裂など顔面正中中部異常を伴い、重症例では単眼症や象鼻をきたす。一方、軽症例では、単一切歯のみの例がある。重度の精神運動発達遅滞、知的障害を認め、てんかんも合併例しやすい。視床下部・下垂体・脳幹機能の異常による低体温症、呼吸・循環不全、成長障害・尿崩症・高ナトリウム血症など内分泌異常や電解質異常を認めることがあり、全身管理が重要である。

13トリソミーなどの染色体異常に併発する例が最も多いので、まず染色体検査が必要である。単一遺伝子病として、神経管の腹側化誘導因子(*SHH*, *SIX3*, *TGIF*, *PTCH*など)もしくは背側化因子(*ZIC2*)の遺伝子バリエーションや欠失などがある。Pallister-Hall症候群(*GLI3*変異による先天異常症候群)や(Smith-Lemli-Opitz症候群(*DHCR7*遺伝子のバリエーションによるコレステロール合成障害)など他の先天異常症候群に併発する場合もある。

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1%以下のものを報告対象とする。

報告書対象遺伝子:

SHH, *SIX3*, *TGIF1*, *ZIC2*, *PTCH1*, *GLI3*, *DHCR7*, *GLI2*, *CDON*, *CNOT1*, *STAG2*, *PLCH1*

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、既知の病的バリエーション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。また該当遺伝子がない場合もある。)

[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

測定の委託は行なっていない。

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