

第 18 回新潟総合病院精神医学研究会

日 時 平成 28 年 2 月 13 日 (土)
午後 3 時 40 分より
会 場 ANA クラウンプラザホテル新潟
2 階 芙蓉

I. 一 般 演 題

1 抗うつ薬投与中に不随意性発声が出現した高齢発症うつ病の 1 症例

坪谷 隆介・横山 裕一・鈴木雄太郎
染矢 俊幸

新潟大学医歯学総合病院精神科

【背景】不随意性発声を呈する病態として、抗精神病薬長期投与や抗コリン薬中断後に運動性チックと音声チックが出現する遅発性トゥレット症候群が主に統合失調症の症例で報告されてきた。我々は抗うつ薬投与中に不随意性発声が出現した高齢期うつ病症例を経験したので報告する。

症例は 77 歳、男性。X-1 年 2 月頃 (76 歳) から抑うつ気分、不眠、意欲低下、集中力低下、罪責感、希死念慮が出現し、10 月に A 病院精神科を受診した。うつ病と診断され、フルボキサミン 50mg、セルトラリン 100mg で加療されたが効果に乏しく、12 月に B 病院精神科を紹介され初診した。X 年 1 月 (77 歳) にミルタザピン 30mg に置換されると焦燥が強まり、「ウンウン」と唸り声を出すようになった。2 月からデュロキセチンへの変更が開始されると、唸り声や焦燥が悪化した。4 月 8 日に同剤 60mg にアリピプラゾール (ARP) 6mg の併用が開始され、同月 13 日に同科へ医療保護入院した。入院時には唸り声は消失していたが、抑うつ症状が持続したため 7 月にエスシタロプラム 30mg と ARP 24mg に変更された。8 月から筋強剛と歩行障害が出現し ARP を中止された。9 月にミルナシプラン 100mg に変更されたが無効であった。11 月にデュロキセチン 40mg

に再置換すると意欲や食欲は改善傾向となったが、「ウンウン」という唸り声と首を前後に揺する動作が出現した。発声は律動的で長時間持続し、話しかけると一次的に中断するが、本人の意思で止めることは困難であった。X+1 年 1 月に ARP 3mg を再開すると不随意性発声は速やかに消失した。

【考察】トゥレット症候群は多系統の運動性チックと音声チックがみられる疾患で、ドパミン神経系過活動が発症に関与する。一方で、遅発性トゥレット症候群は抗精神病薬やドパミン作動薬の投与中に錐体外路症状として同様の症状が出現する病態であるが、パーキンソン病や認知症との関連も指摘されている。発症機序としてドパミン受容体過感受性が推測されている。本例はミルタザピンおよびデュロキセチン投与下で不随意性発声と頸部の不随意運動が出現し、ARP 投与で消失した。ミルタザピンやデュロキセチンは直接ドパミン神経系に作用しないが、いずれもラットへの経口投与により前頭葉皮質で細胞外ドパミン濃度が上昇するという報告がある。本例ではこれらの薬剤によりドパミン神経系活動が賦活され、不随意性発声が出現したと推測された。ARP により同症状が消失したことは本例の症状出現にドパミン神経系が関与したことを支持する所見であった。

これまでに抗うつ薬によりトゥレット症候群が出現したという報告はないが、高齢期うつ病では病態へのドパミン関与がより強く、認知症疾患が背景に存在することも多いことから、錐体外路系有害事象のリスクが高いと考えられ注意が必要である。

2 幻視、幻聴および被害妄想を認めた前頭蓋底髄膜腫の 1 例

渡邊 晴香・常山 暢人・須田 寛子
福井 直樹・小倉 良介・染矢 俊幸

新潟大学医歯学総合病院精神科

【はじめに】髄膜腫は原発性脳腫瘍の中で最も頻

度が高く、大部分は良性である。発生部位や大きさにより、局所症状としての神経症状や頭痛、けいれん発作などがみられる。精神症状としては認知症様症状やアパシーなどの症例報告が多い。今回我々は、幻視、幻聴および被害妄想といった精神病症状を認めた髄膜腫の1症例を経験したので報告する。

症例は70歳、女性。55歳で退職するまでタイピストとして働く傍ら、日本舞踊を学び名取を取得した。独居で生活は自立していた。50歳代から「隣人がビーム(緑色の光線)を出す」という幻視、「子供の歌声が聞こえる」という幻聴、「人が侵入してきて物を盗る」等の被害妄想が出現した。入浴をせず、部屋はゴミだらけになり、別人のようにだらしなく聞き分けがなくなった。X-2年、難聴、視力低下、嗅覚障害が出現した。家賃の支払いが滞り、家族との約束も忘れるようになった。X年5月11日、転倒することが増えたため眼科を受診し、視力低下を指摘された。5月20日、A病院精神科を受診し入院予約をされた。5月28日、B神経内科クリニックで頭部MRI検査を施行され、前頭蓋底髄膜腫(蝶形骨平面から両側前頭蓋底、鞍結節に広く隣接して頭蓋内に膨隆し、下垂体柄や視交叉、両側視神経は固定不能。57×49×40mm)を指摘された。6月1日に当院脳神経外科を初診し、6月4日同科に入院した。6月16日、脳腫瘍摘出術が施行された(病理組織診断:髄膜皮性髄膜腫 Grade I)。7月22日当科を初診し、髄膜腫による認知症 重度 行動障害を伴う、特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害と診断された。バルプロ酸やアリピプラゾールを使用して夜間の不穏はやや改善し、8月20日転院した。

【考察】本例では、明らかな神経学的兆候の出現より前に、幻覚・妄想といった精神症状を認めた。良性髄膜腫を有する患者の21%では、発症時に神経学的徴候がなく、精神症状のみが存在するという報告がある。精神疾患が疑われる患者に遭遇した際にも、常に器質性疾患の可能性を念頭に置いて検査や診断を行うことが重要である。

3 初期病像が昇進うつ病であったクロイツフェルト・ヤコブ病の1症例

—精神疾患との早期鑑別に脳波検査が有用であった—

田中 晋・田中 弘・田中 政春

三島病院

クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)の初期には焦燥・不安・抑うつなどの症状の頻度が高く、精神科を受診することが多い。ミオクローヌス、脳波上の周期性同期性放電などはCJDで有名であるが、それらを呈する頃には進行している。CJDは稀であるがその進行の速さから初期段階で速やかに専門医へ紹介することが重要である。

今回報告する症例は、初期病像が昇進うつ病に近似し、うつ病に対する治療が行われていた。発病直後の頭部MRIでは異常所見はなかったが、その3ヵ月後のMRIと脳波検査で異常所見が認められたことで、早期に神経内科へ連携できた。その経過について報告する。

症例は40代前半、男性。父親はアルコール依存症で通院中。酒は晩酌程度。手術歴なし。X年4月、勤務先の高校で進路指導の役職についた後、不眠、抑うつ気分、易疲労感、集中力低下が出現した。脳外科で撮像した頭部MRIは正常といわれ、6月に精神科クリニック受診。うつ病と診断されカウンセリングと抗うつ薬の内服が開始された。9月、物忘れの自覚あり当院受診。当院での頭部MRI拡散強調画像で後頭葉、前頭葉の皮質に沿って信号異常が疑われたが、アーチファクトとの鑑別が困難であった。脳波は7Hzの θ が右優位に連続して出現。脳波検査が明らかに異常所見であったため、神経内科に紹介した。その後、HDS-Rは9月で14点、11月で3点と急速に認知機能低下。経過と画像所見から転院先で最終的にCJDと診断された。

本症例はCJDとしては比較的若年発症で、発症時の頭部CT、MRIが正常であったこと、昇進した直後に症状が出現し昇進うつ病として典型的な経過であったことなどが精神科で治療が開始された原因と考えられた。脳波で徐波が観察されたことで器質因が示唆され、早い段階で神経内科に紹介