

ついて一定の見解はない。本症例では、MS寛解期にうつ病を発症したことから、MSの活動性とうつ病の出現時期は必ずしも一致しないと推察される。一方、未治療期間が長く、脳萎縮や認知機能低下が既に進行していることが、うつ病発症に影響した可能性は十分あると思われる。うつ病はMSの治療アドヒアランス低下の原因となり、MSの予後に大きく影響するため、早期の適切な治療が重要だが、MSによるうつ病に対する治療法は確立されていない。MSによるうつ病の薬物療法について、有効性を示したRCT（パロキセチン、セルトラリン、デシプラミン）とオープンラベル試験があるが、エビデンスは不十分とされている。MSによる精神病性うつ病の既報は少ない。一般に精神病性うつ病には抗うつ薬と第二世代抗精神病薬の併用が推奨され、本症例では、セルトラリンとアリピプラゾールの併用が奏効し、貴重な症例と考えられた。今後の症例蓄積と治療ガイドラインの作成が望まれる。

## 6 アルツハイマー型認知症との鑑別を要した Down症候群の急性退行の1例

松木 晴香・折目 直樹・渡部 雄一郎  
森川 亮・須貝 拓朗・染矢 俊幸  
新潟大学医歯学総合病院精神科

【はじめに】ダウン症候群（DS）患者では20歳前後に動作緩慢や会話の減少などが急激に出現し、ADLが低下する急性退行を呈することが知られている。また、DS患者ではアルツハイマー型認知症（AD）の有病率が高く、30代以降の若年発症例が散見される。我々は22歳頃より退行様症状を呈し、30代前半でADL低下が顕著となり、急性退行とADとの鑑別に苦慮した症例を経験したので報告する。本発表に際し家人より文書による同意を得た。

【症例】35歳、女性。生来DSの診断。元々活発でADLは自立しており、X-17年（18歳）に養護学校を卒業後は軽作業に従事した。X-13年（22歳）より動作が緩慢となり、仕事についていけず退職した。次第に表情や発語量が減少し、反

応が乏しくなり対人関係が減少した。X-7年4月（27歳）にA病院精神科を受診し、スルピリド、アマンタジンで加療され、動作の緩慢さは若干軽減したが症状は残存した。X-2年3月（32歳）に父と死別してから動作の緩慢さが増悪し、独語や空笑も認めた。X年4月（34歳）にB病院精神科を受診し、中等度知的障害、特定不能の軽度認知障害と診断され、精査目的に10月に同院に入院した。血液検査で脂質異常症、潜在性甲状腺機能低下症、高プロラクチン血症を認めたが、脳波、頭部MRIでは異常なく、DSの急性退行と診断しドネペジルを開始した。同5mgまで増量したところ発語量が若干増加し動作の緩慢さが軽減したため、11月退院した。

【考察】本症例では22歳頃に急性退行様症状を呈し、32歳時にさらに日常生活機能障害が悪化したことから若年発症のADの可能性も考えられたが、発症経過が急性であることや検査所見からはADは否定的と考え急性退行と診断した。急性退行の確立した治療法はないが、ドネペジルが有効であるという報告があり、本症例においても部分的に症状の改善が得られた。DSにおける急性退行とADの鑑別点としては、発症年齢や発症様式が有用と考えられた。

## 7 レム睡眠行動障害とてんかんの鑑別を要した 1例

森川 亮・大竹 将貴・三上 剛明  
須貝 拓朗・小出 眞悟\*・上村 昌寛\*  
小野寺 理\*・染矢 俊幸

新潟大学医歯学総合病院精神科  
同 神経内科\*

【はじめに】睡眠中の異常行動の原因は多様であり、病態によって治療法も大きく異なってくる。今回われわれは、レム睡眠行動障害とてんかんの鑑別を要した症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性。19歳で全身性エリテマトーデスを発症し、プレドニゾロン（PSL）の長期内服中。現在は独居、無職である。

X-1年1月、起床時に出血と骨折、打撲を認め、