

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 $\theta$ 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

できた。

#### 4 カルバマゼピンの中止により一過性脳梁膨大部病変を呈した1例

高須 庸平・信田 慶太・菊地 佑  
渡部雄一郎

魚沼基幹病院精神科

カルバマゼピンは1966年に本邦で抗てんかん薬、三叉神経治療薬として発売され、精神科領域では双極性障害の躁状態や、統合失調症の興奮状態での適応があり、現在でも使用されることの多い薬剤である。今回、カルバマゼピン投与中止後に一過性脳梁膨大部病変を呈した症例を経験した。一過性脳梁膨大部病変は脳梁膨大部中間層にT2強調像および拡散強調像で卵円形の高信号を呈する病変である。

症例は50歳代男性で28歳ごろに不安や抑うつ症状などが出現し、X-20年には車の排気ガスで自殺企図した。X-18年から精神科病院に通院するようになり、X-14年に気分の高揚した期間があり、その後、多くは抑うつ状態で引きこもる生活が続いていた。X-8年に軽躁状態を呈して以降は再び抑うつ状態が持続し、X年7月14日に修正型電気けいれん療法を目的として当院を受診した。双極II型障害と診断し、カルバマゼピン400mg/day、炭酸リチウム400mg/day、ハロキセチン40mg/day、ミルタザピン45mg/day、デュロキセチン60mg/dayを内服していたため、電気けいれん療法に向け外来で漸減・中止を進めることとした。パロキセチンをまずは漸減中止とし、カルバマゼピンを7月24日に中止とした後、8月11日に施行した頭部MRIにて拡散強調画像、T2強調画像ともに脳梁膨大部に卵円形の高信号領域を認めた。臨床症状は全くないため、頭部MRIは再検査を予定し、薬剤の漸減・中止を継続した。その後、デュロキセチン、ミルタザピン・炭酸リチウムと順次漸減中止し、10月14日に電気けいれん療法を目的の入院となった。10月15日に頭部MRIを施行し、拡散強調画像、T2強調画像ともに

脳梁膨大部の高信号領域が消失していた。その間、気分症状以外には身体兆候、神経所見はなく経過していた。

一過性脳梁膨大部病変は感染性や薬剤性などの脳炎脳症、アルコール中毒・低栄養（Wernicke脳症）や低血糖などの代謝異常、SLEなどの血管炎、腎不全、電解質異常（浸透圧性脳症）、外傷、高地脳浮腫、高血圧や、痙攣重積など様々な病態に付随して出現する。あらゆる脳炎や脳症で起こる可能性があり、予後の良い疾患群を形成し、clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion (MERS)と命名されている。薬剤性では化学療法薬1クール目直後や抗けいれん薬（フェニトイン、カルバマゼピンなど）減量後に生じることが多いとされる。臨床像は発熱、頭痛、せん妄、意識障害などが生じることがあるが、無症状のことも多く、ほとんどが1か月以内に消失すると言われている。発生機序は特定されていない。

一過性脳梁膨大部病変はさまざまな病態に付随して発生し、精神科領域においても痙攣や抗けいれん薬の減量中止などに伴い遭遇する可能性がある。予後の良い可逆性の病変であるため、臨床医はその病態を認識し、不必要もしくは侵襲的な検査や治療は可能な限り避ける必要があると思われる。

#### 5 総合病院身体科病棟から精神科へ紹介される患者さんについて

～実際の症例件数より～

金安 亨太・松浦 友輝・岡田奈緒子  
直井 孝二・内田 訓・鈴木 康一  
松田ひろし\*

立川総合病院  
柏崎厚生病院\*

【目的】立川総合病院は病床数481床を有する総合病院で、24科ある身体科の病棟は11棟に分かれている。新潟県中越地区においては二次救急医療機関の役割を担う。その中で精神科は、医師は非常勤で、交代制で「ストレス外来」と院内標榜