

声で叫ぶ、手で払いのけるような動作、ベッド周囲を歩き回るなどの行動が出現し、「刃物を持った強盗から身を守ろうとした」などと夢の内容を生々しく想起した。かかりつけ医より処方されていた etizolam 0.5mg を内服して眠ると、悪夢と睡眠時行動異常の頻度は減少したが、十分な効果はなかった。X年9月に当科を初診し、X年10月に精査加療目的に当科へ任意入院した。意識は清明であり認知機能の低下は認めず、臨床的にRBDと診断し、clonazepam 0.5mg の就寝前投与を開始したところ、悪夢と睡眠時の異常行動は消失し、同月末に退院した。

【考察】本症例はRBD症状の他にも嗅覚低下所見や¹²³I-MIBG心筋シンチで高度の集積低下所見が認められ、 α -synucleinopathyの病理が存在すると考えられた。さらに、本症例の頭部MRI画像を、白質に注目してVBMによる解析を行ったところ、REM睡眠の開始と筋弛緩に関与していると考えられる、脳幹白質の体積減少が認められ、本症例において脳幹白質体積の減少と、REM睡眠時における異常運動行動との関連性が強く示唆された。

3 長期の治療中断中に悪性黒色腫が進行した統合失調症の1例

熊田 智・小泉暢大栄・三井田 博*
澤村 一司

県立新発田病院精神科
同 皮膚科*

【はじめに】一般的に、悪性腫瘍の治療においては、患者の状態を十分に評価した上で、手術、化学療法、放射線療法などの治療法を検討する必要がある。統合失調症の患者に悪性腫瘍が合併した際、その診断や治療に困難を生じることがある。今回、我々は、統合失調症に対する治療を中断し、自覚症状出現後も身体科受診を拒否していた結果、進行し巨大化した悪性黒色腫の症例を経験したので報告する。

症例は42歳の女性。家族歴、既往歴に特記すべきことなし。X-23年4月頃発症。同年5月17日にA精神病院を初診、統合失調症の診断で治療

開始された。独語や被害関係妄想が増悪し、X-18年3月3日～同年11月15日同院で入院加療を受け、以後は同院外来にて治療継続されていた。Haloperidol 3 mg/日、zotepine 25 mg/日、levomepromazine 5 mg/日などで加療されたが、幻覚妄想が持続しており引きこもりの状態であった。X-13年3月頃より受診拒否が出現。X年5月頃以降、服薬中断に至った。X年7月以降は食事摂取不良となり、終日臥床、尿便失禁により清潔保持困難となった。るいそう、腹部膨満、下腿浮腫、仙骨部褥瘡、下半身の皮膚びらんが顕著となった。同年11月21日B総合病院内科を受診、精神症状のため対応困難とのことで当院に依頼された。

11月22日当院受診。幻覚妄想顕著、身体状態不良で精査加療のため入院を要するが、病識欠如のため医療保護入院となった。内科医が診察後、婦人科、皮膚科にコンサルトされ精査の結果、膣の悪性黒色腫および両側卵巣転移と診断されたが、婦人科、皮膚科の間で検討された結果、手術適応なしと判断された。化学療法に関して本人の同意が得られない上、効果が期待できず侵襲も少なくないことから行わず、対症療法を行う方針となった。薬剤調整(haloperidol, zotepine → aripiprazole max 24 mg/日, blonanserin max 16 mg/日)を行ったが、病状は不変であった。終末期医療のC病院への転院予定となり、待機状態であったが、12月18日頃より呼吸状態が悪化、12月21日心肺停止状態となり、死亡が確認された。

【まとめ】本症例では腫瘍が巨大化しても、患者が身体的異常の重大さに対する自覚に乏しく、引きこもりを続けたことが、受診が遅れた一因であったと思われる。精神保健福祉法第22条では、保護者が精神障害者に治療を受けさせる義務があるとされているが、これは精神症状に対しての規定であり、身体的治療については言及されていない。苦痛軽減のための緩和医療に対して、患者本人が強い拒否を示したため、治療的介入の範囲を決定することに難渋した症例であった。