

臨床懇話会

第 350 回東京医科大学臨床懇話会

くも膜嚢胞の開放術後に、解離 (転換) 症状を
繰り返した女性の 1 例

A case of conversion disorder after fenestration of arachnoid cyst

日 時: 平成 17 年 4 月 25 日 (月) 17:00~18:00
場 所: 東京医科大学病院 6 階 臨床講堂
担 当: 東京医科大学精神医学講座
関 連 教 室: 東京医科大学脳神経外科学講座
東京医科大学内科学第三講座
司 会 者: 山城 尚人 (精神医学講座助手)
飯森眞喜雄 (精神医学講座主任教授)
発 言 者: 田原 雅士 (精神医学講座)
三木 保 (脳神経外科学講座助教授)
内海 裕也 (内科学第三講座助教授)

はじめに

山城: 今回は、「くも膜嚢胞の開放術後に、解離 (転換) 症状を繰り返した女性の 1 例」ということで行わせていただきたいと思います。

田原: 解離 (転換) 症状は、外傷的な出来事や、本人にとって耐え難い問題に直面した際に生じる、原則として心因性の症状であります。その原因が明確な事件に関連しているような場合は、比較的短期間のうちに寛解することが多いのですが、解決不能な問題や対人関係上の困難と関連している場合や、患者自身がその問題を強く否認しているような場合には、解離 (転換) 症状が長期間にわたり、慢性化することも多いとされています。

今回われわれは、くも膜嚢胞によるけいれん発作のために脳神経外科にて開放術を受けましたが、その後検査所見に反し、むしろけいれん発作が頻発し、解離 (転換) 症状を繰り返し示した症例を経験したので報告いたします。

症 例

田原: 症例は、29 歳 (精神科の初診時)、女性。けい

れんが止まらないを主訴に来院。既往歴に特記事項はありません。

家族歴及び生活歴としては、3 人同胞の末っ子。兄が 2 人います。両親は健在。精神科的遺伝負因はありません。両親は惣菜屋を営み多忙で、小さい頃は下の兄がよく面倒を見てくれていました。中学時代に、一時的に受けていました。高校卒業後、栄養士の専門学校に進学。卒後はケーキ作りのバイトをしていました。20 歳の時にある男性とアルバイト先で知り合い、22 歳時に妊娠してしまい中絶。26 歳で現在の夫と結婚し、バイトもやめ専業主婦となっております。挙子はありません。

現病歴としては、昭和 47 年 (5 歳時) に階段より転落し、前額部切創。その後 5 回ほどけいれんがあり、近医にて脳波検査をしましたが、異常所見はありませんでした。16 歳時には階段から転落し頭部を打撲。その後頭痛を頻回に訴えるようになりました。

昭和 60 年 3 月 (17 歳時) に混合性頭痛にて当院脳神経外科初診。頭痛が続くため、昭和 60 年 10 月より 11 月、当院脳神経外科にて入院精査を行いました。経度の脳波異常と、頭部 CT にて右側頭葉内側部に、くも膜嚢胞を認めました。けいれん

発作等もないため外来で経過観察となりました。しかし、その後、口周囲、下顎、上肢のけいれんを認め、脳神経外科の外来をしばしば受診するようになりました。

平成元年7月、けいれん発作を呈し、意識消失。当院脳神経外科受診。発作重積状態にて、7月一たん他院脳神経外科に入院。くも膜嚢胞手術目的にて平成元年8月当院脳神経外科に転院となりました。8月、くも膜嚢胞の開放術を受けました。術後の入院経過は良好で、けいれん発作も起こらず、画像上も嚢胞は縮小し、くも膜下腔との交通も良好でありました。平成元年9月退院となりました。

しかし、退院後にけいれん重積様の状態を呈することが頻回となり、平成2年8月から9月まで脳神経外科に再入院となりました。平成9年10月(29歳時)にも同様なけいれん発作重積様状態となり、再び脳神経外科に入院となりました。その入院中に、けいれん発作後、意識回復後に一時、高校生にまで退行するというエピソードがあり、発作と検査所見と一致しないことも多く、精神的ストレスにより発作が誘発されている可能性も考えられたため、脳神経外科入院中の平成9年10月精神科に紹介され、10月退院後、精神科外来通院開始となりました。

山城：ありがとうございます。ここまでの経過で何かご質問等ありますでしょうか。

それでは、精神科受診まで脳外科でフォローされていた(昭和60年～平成9年)わけですが、脳外科の三

木先生、くも膜嚢胞についてこの方の脳外科的な所見や、手術の適応について解説をお願いいたします。

くも膜嚢胞の外科的処置

三木：脳外科的にはどのように対応していたかという点についてご説明したいと思います。

先ほどから話題になっているこの女性は、私どもに17歳の時に頭痛で初診しています。昭和60年3月です。

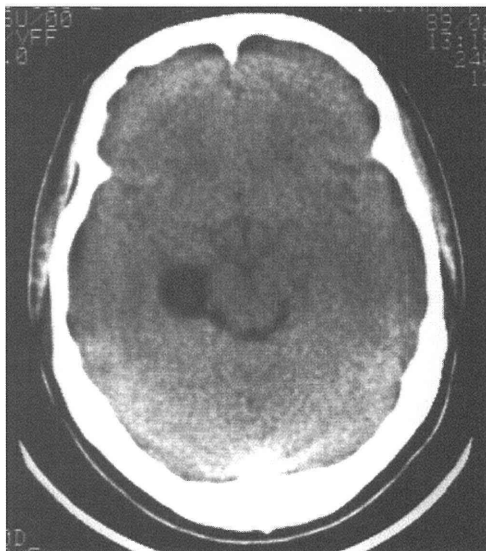
既往歴に、5歳時に前額部打撲創がありました。その後数回けいれんがあつて、近医にて脳波異常は特にないと言われていました。16歳時にも頭部打撲があつて、以後頭痛が出現しています。

昭和60年10月、第1回目ですが、頭痛が継続するために当院脳外科に精査入院しています。軽度の脳波異常、CTにて右側側頭葉内側にくも膜嚢胞を認めるも、経過観察となっております。

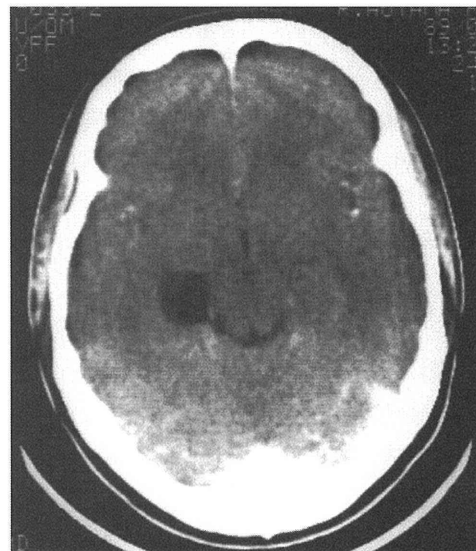
退院後は、口周囲、下顎、上肢の小発作が時々出現し、脳外科にてphenobarbitalとphenytoinの投与が開始されています。

これがその当時のCTです(図1)。Plain-CTですが、側頭葉内側面に髄液と同じ、くも膜下腔、あるいは脳室と同じdensityの円形lesionを認めています。enhanceしても特別に増強部分はありません。

経過ですが、第2回目の入院時(21歳時)頭痛が継続し、過換気症候群や意識消失を伴う、左上肢を中心とした複雑部分発作が出現し始めています。平成元年



Plain-CT



CE-CT

図1

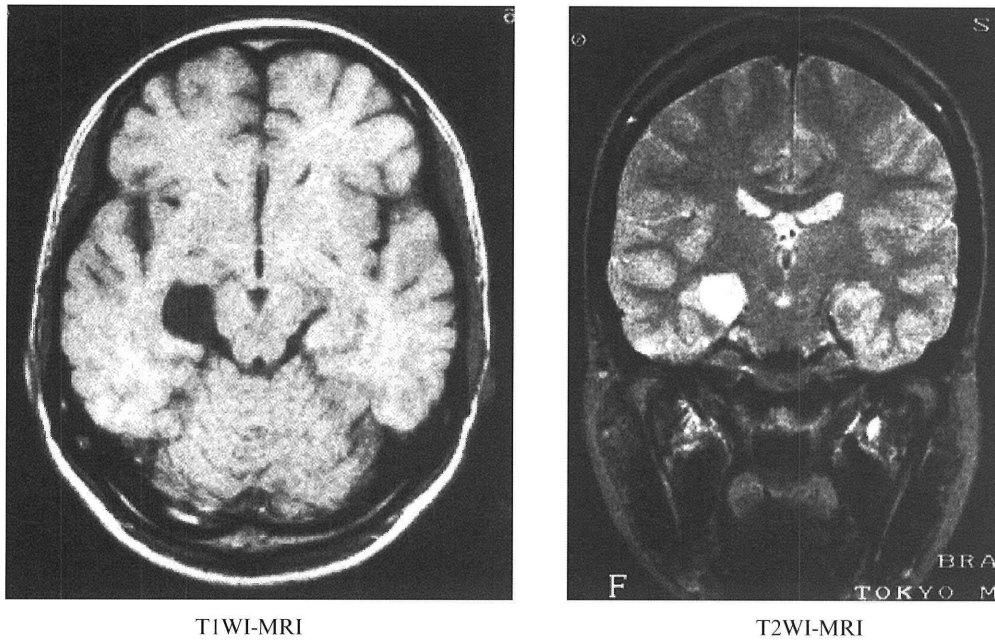


図2 術前 MRI

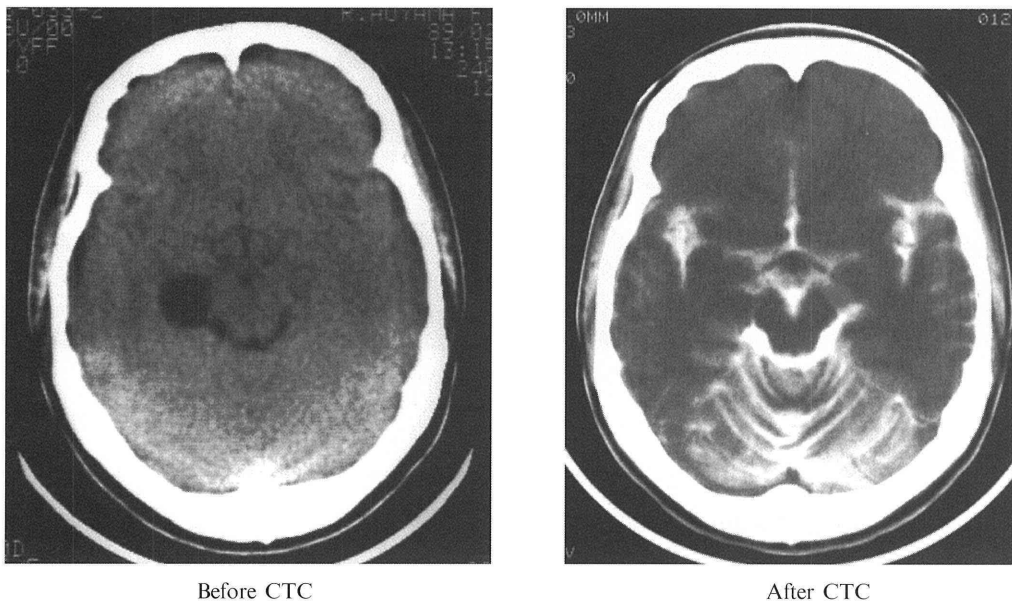


図3 術前 MRI

7月 ■■■ にけいれん重積状態となり、入院しています。

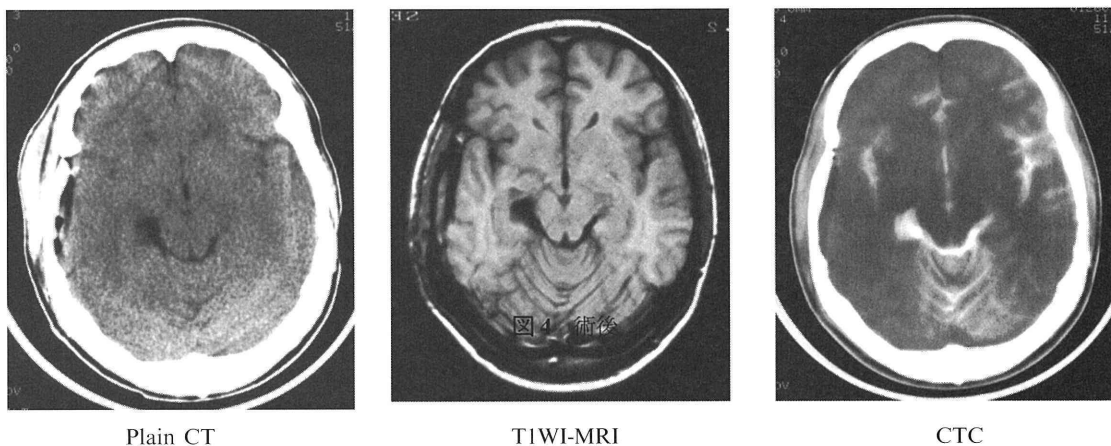
8月 ■■■ の段階で、神経学的異常を認めず、軽度脳波異常、くも膜嚢胞がてんかんの原因の可能性があるという診断のもとに、右側頭開頭、側頭下アプローチにてくも膜嚢胞を開窓するという手術を施行しています。

術前の MRI の画像です (図 2)。T1WI-MRI ですが、側頭葉内側面に髄液と同じ intensity で、四丘体槽、迂

回槽と接するような形で存在しています。

脳槽 CT です (図 3)。腰椎穿刺を行って髄液腔に造影剤を流すと、髄液腔をたどって上の方へ上がっていきます。髄液と交通があるところはすべて造影剤が入りますから白く映るわけですが、嚢胞部分に造影剤の流入がなく非交通性、あるいは孤立性のくも膜嚢胞の病態をとっているという診断がつきます。

術後ですが、この嚢胞をつぶしたということで、嚢胞の大きさは小さくなっています。MRI でもそうです



Plain CT

T1WI-MRI

CTC

図4 術後

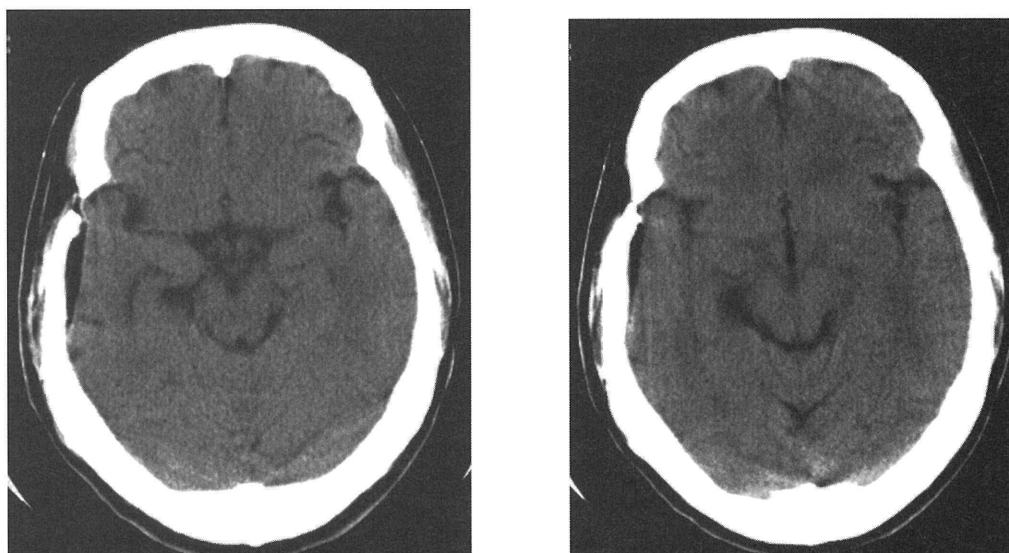


図5 第4回入院 (平成9年10月4日～平成9年10月18日)

(図4)。それから、嚢胞をつぶしたことによって髄液腔との交通ができましたので、造影剤が嚢胞内に入り、手術は、嚢胞をつぶしてボリュームが小さくなったことと、髄液腔との交通ができたことで、成功したということの確認ができています。

退院後、phenobarbital、phenytoin の投与にもかかわらず、逆に口周囲より始まる generalized tonic convulsion が頻回に出現。また、過換気様症候群を生じました。

平成2年8月には人工中絶。それから、3回目と4回目とけいれん重積。あるいは、5回目、6回目ではてんかん様ヒステリー発作にて、短期間ですが入院しています。

第4回目の入院、すなわち平成9年の時ですが、単なるけいれん発作だけではなく、psychogenic な病態

があるのではないかとということで、神経内科との併診をお願いすることになりました。

これは、神経科にお世話になる前の術後 CT (図5) ですが、くも膜嚢胞の再発は認めておらず、嚢胞は小さくなっています。

山城：三木先生、ありがとうございました。右側の側頭葉内側面にあつて、多分術後、多少右側と左側で少し左右差が出て、右側の海馬のあたりでしょうか、少し萎縮があるような形の画像でしたけれども、脳外科的にはそこがある程度焦点のような形で複雑部分発作を呈しているということで経過を見てきて、最終的にも膜嚢胞が原因で発作が起きているだろうということで手術になったということだと思います。

それでは、神経内科から精神科病棟に入院になるまでの経過を解説していただこうかと思います。

転換性障害の特徴

田原：脳外科より依頼があり、入院中に精神科のドクターが診察をした結果、てんかん発作と検査所見の不一致がみられました。もう一つは、誘因となる心理背景として、最近始めたパートの負担や本人の望む挙児を母親が反対している、近所付き合いがうまくいかないなどの心因性の原因が予測できました。また、入院中に退行現象（この時は高校生ぐらいまでに戻ってしまい、ご本人が結婚していることすら忘れてしまっているような症状）があったことから、てんかん発作自体は存在するかもしれないが、転換症状の存在も疑い、精神科的治療を開始しました。

てんかん (epilepsy) と転換 (conversion) は別々の疾患であり、転換というのは一体どういうものかと説明します。歴史的には、「無意識な心理的葛藤が象徴的に身体症状に転換され、その結果、不安が緩和され、葛藤が意識外に追いやられる」という仮説に基づいて名づけられたものとされています。現代では、さらに姿を変えて、転換という言葉は、「患者が解決できない問題と葛藤により生じた不快な感情が、どのようにであれ、そのような症状に置き換わる」ということを意味しています。

転換症状は様々な症状を呈することが知られており、具体的には表①のようになります。

このような転換症状を呈するものを精神科的に「転換性障害」と診断しています。その診断基準は表②となります。

この診断で一番誤解されやすいところは、「精神的なてんかんイコール捏造されたもの」ということです。医者サイドがそのような意図で言わなくても、患者さん自身がそのように受け取ってしまうこともあります。この6つの基準を熟知している患者さんは少ないと思われるので、告知の際には十分な注意が必要と考えられます。

精神的な、いわゆる心因性のてんかんと真性のてんかんとを区別するのは非常に難しいとされており、鑑別に有用と考えられる3点を以下に挙げます。

- ① 発作時の脳波所見とけいれんの型です。脳波異常＝てんかんという診断ではなく、脳波異常とその臨床症状が一致して初めて、てんかんと診断されます。
- ② 発作後の血清プロラクチンの上昇の有無です。側頭葉てんかんや全身けいれんの際に、血清プロ

表 1

転換症状の具体例
①運動障害 四肢の麻痺 眼瞼下垂 失声 腹部筋の緊張（想像妊娠）
②運動異常またはけいれん発作 チック様のものからアテトーゼ様の様々な不随意運動、前進けいれん発作
③知覚障害 知覚障害には皮膚の知覚鈍麻や過敏がみられ、古典的には手袋型靴下型様の知覚麻痺が有名
④自律神経症状 眩暈、嘔吐、唾液過剰分泌
⑤疼痛障害

表 2

転換性障害の診断基準 (DSM-IV)
①神経疾患または他の一般身体疾患を示唆する随意運動機能または感覚機能を損なう1つまたはそれ以上の症状または欠陥
②症状または欠陥の始まりまたは悪化に先立って葛藤や他のストレス因子が存在しており、心理的要因が関連していると判断される
③その症状または欠陥は意図的に作り出されたりねつ造されたものではない
④その症状または欠陥は、適切な検索を行っても、一般身体疾患によっても、または文化的に容認される行動または体験としても、十分に説明できない
⑤その症状または欠陥は、著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域の機能における障害を引き起こしている、または医学的評価を受けるに値する
⑥その症状または欠陥は、疼痛または性機能障害に限定されおらず、身体化障害の経過中にのみ起こっておらず、他の精神疾患では上手く説明できない

参考：DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル

ロラクチンは上昇すると言われています。

- ③ 特徴的な心因性のてんかんとして、(ア) 意識消失を伴わない前身けいれん。(イ) 顔面や下肢の症状なく、一側の上肢から対側上肢に進展するけいれんが挙げられます。この2つを見れば、心因性のてんかんと判断してよいと思います。本症例では、初診時の地点では、完全にて

んかん発作というものを否定できないため、てんかんと転換性障害の両方を視野に入れて治療するという形をとりました。

初診後の経過は、しばしば発作を起こしては救急外来を受診していましたが、挙児の希望があり、平成11年4月より、それまで処方されていた Carbamazepine、Diazepam を徐々に減量し、同年9月より投薬なしで経過されていました。

平成10年末より約2年半発作なく、安定していましたが、平成13年3月より再びけいれん発作が頻繁に出現するようになりました。

平成13年12月 夜間、下半身の脱力を認め、その後2~3日してから、下顎がガクガクとなって止まらなくなり、体も硬直し、過呼吸状態となりました。平成14年1月 当院整形外科を受診し、腰椎のMRIにて異常なく、神経内科に紹介となり、外来通院していましたが、平成14年2月 けいれん及び両下肢の麻痺出現したため、同日当院神経内科に緊急入院となりました。

山城：ここで、内海先生に神経内科での所見や入院経過をお話していただこうかと思えます。

両下肢の麻痺と神経内科的疾患

内海：入院時(2月)の所見です。意識は清明で、基本的なオリエンテーションは良好です。特に感情的なリアクションや、一般知識、判断に関しては特に問題ありませんでした。構音障害もありませんでした。理解力も問題ありませんでした。失認、失語、失書、失読といわれるようなものはなく、大脳の皮質に由来する症状はこの時点ではありませんでした。脳神経系も問題はありませんでした。

運動機能に関して、筋緊張 (tonus) は重要です。下肢は全く麻痺をしているわけですが、通常は筋 tonus が落ちていきます。しかし、本症例において筋 tonus は両上肢、下肢ともに正常でした。

1ヶ月ぐらい前から下肢が時々麻痺をしているわけですが、いわゆる下位運動ニューロン障害、筋萎縮、線維性れん縮は認めていません。Barrés sign は、上肢にはありません。下肢の Barrés sign は不可でした。徒手筋力テストでは、上肢に関しては特に問題ありませんが、腸腰筋が5の1、大腿四頭筋、大腿部の後面筋、下腿筋も全く力が出ない状態でした。小脳症状で、F-N test は問題ありません。下肢は全く動かないので、不可でした。歩行と立位に関しては全くできない状態でした。

腱反射では、上肢は正常でした。脊髄障害では、上位運動ニューロン障害ですから下肢に関しては膝蓋腱反射、亢進 Ankle clonus など痙性障害はありませんでした。病的反射では、上肢は問題なく、下肢の Babinski、Chaddock は出現しませんでした。3ヶ月続く脊髄障害があれば、下肢錐体路徴候は陽性となるべきですが、全く問題ありませんでした。snout reflex、pal-momental reflex、involuntary movement (不随意運動) は認めておりませんでした。それから、髄膜刺激症状、脊髄障害であれば病変部以下の感覚障害が出現しますが、本症例では、多発単神経障害の分布をとり、感覚障害と運動障害が解離をしてしまう矛盾した病変を呈しました。自律神経症状もありませんでした。

入院中経過を観察していると神経学的には矛盾する病変が出現しました。上肢の脱力も12月に出現して、発語もできなくなっていました。ところが、マッサージやツボ押しをしたら上肢の脱力が改善し、発語も自然に改善してきました。このようなことは、器質的な病気として起こってくるとすると、非常に考え難いことです。

緊急入院をしたのは、脊髄が何かの障害で突然起こってくると、ゴールデンタイムは大体3日間です。何か血管障害があると大変で、その後、日常生活が車いすの状態になってしまう可能性が高く、緊急入院で対応せざるを得なかったと思います。

Summary としては、入院時では下肢の麻痺、クエスチョンマークがたくさんつくわけですが、それから臍部以下の感覚障害、これも非常に不均一な、不思議な状態を呈していました。それと、以前からあった症候性てんかんということです。

てんかんとしての症状でそういうことが起こり得るのかということですが、否定的です。epilepsy ではなく conversion sign と考えました。基本的には、脊髄についての治療は積極的なものはないので、症候性のてんかんに関して、精神科の先生方をお願いをして、いろいろご教示いただいてフォローすることになりました。

家族からの話ですが、睡眠中に寝返りをうつ時に、足が自然に動いていたと報告されています。寝返りというのは、下肢が両側麻痺をしている状態では非常に苦労することで、ほとんど寝返りはできません。さらに両下肢を持ち上げると、膝立てが可能になる。全く力が出ない人が膝立てをすることは不可能で、すぐ倒れてしましますが、その保持ができるということに関

しては、実際に筋力テストと非常に差異があります。下肢の症状に関してはかなり転換性 (conversion) のサインではないかと思われまます。実際には積極的な治療を行いませんでしたが、数日後より歩行が可能となって、感覚障害も消失していました。

そのことに関して本人に説明をして、精神科的な治療を受けたいという希望がありましたので、転科になりました。さらに、ご家族がいらっしゃった時に同様の症状がまた出現しているの、家族関係でかなりストレスがあるかなと判断をしています。

山城：内海先生、ありがとうございます。結果的には、神経学的な諸検査と一致しない両下肢の麻痺ということで、やはりこの場合も conversion が考えられたということです。それでは、ここで精神科の病棟に転院になるわけですが、その辺の経緯を田原先生、よろしく願います。

転換症状における精神科の見解

田原：神経内科退院が決まると症状は悪化しました。退院が延期となり、転床することが決まると発作が消失し、歩行も可能となりました。精神科転床後の脳波検査では、異常所見は見られませんでした。患者自身も自分の症状が身体的要因よりも精神的な要因で起こってくるという認識はあるものの、自分ではその精神的な要因が具体的には分からないため、発作が起こると自分ではコントロールができない苦悩を認めました。入院時の血液検査、脳波はすべて正常範囲内であり、てんかん発作や下肢の麻痺を起こすような所見は見られませんでした。精神科病棟入院中は、発作を認めず、平成14年3月 ■■■ に退院となりました。

退院後、平成14年3月 ■■■ と ■■■、連続して下顎のけいれん発作が出現し、入院中は非常に効果があった Haloperidol や Flunitrazepam の点滴を外来で行いましたが、発作がおさまらないために、3月 ■■■ から ■■■ まで精神科入院となりました。その退院後2週間は記憶が途切れがちで、歩行が不能となるという症状が見られました。同年5月下旬に夫が傷害事件を起こしたのを機に、心窩部痛で内科を頻回に受診。下顎の発作もたびたび出現しました。内視鏡の結果、胃炎のみということでした。同年9月、夫の仕事が静岡に決まるも、引っ越し前日に失声、失立となりましたが、静岡の病院へ転院となりました。

精神科的疾患としての症状発現とライフイベント

との関係を推測してみました。平成2年には妊娠と中絶という、女性としては大きなイベントがあったと推測されます。平成6年に結婚され、新しい家族等、対人関係の困難があったと推測されます。平成9年、2度の入院がありましたが、この時に仕事を再開しているというイベントがあります。平成10年9月に夫が失業しました。夫が失業するというのも大変なイベントだと思われまますが、不思議なことに、この後2年半ぐらいいの間一度も発作がなく経過しています。平成13年の入院に関しては、夫のご両親と同居するというイベントがあり、平成14年に4度救急外来を受診されましたが、これは夫が逮捕された事と、静岡のほうに転居するというイベントがありました。

家族関係は、両親が共働きで、昔から激しい夫婦喧嘩が絶えなかったようです。一度中絶をしたことがあり、拳児に対して少し反対意見があったそうです。ご本人は、精神的なものが原因で発作が起きているのではないかという理解はありましたが、ご両親には精神科の敷居が高く、神経内科や、他院内科への救急車搬送が度々ありました。夫との関係については、中絶に関しての負い目があり、姑も知っているのではないかということが本人から聞かれました。

診断における注意点は、症状はしばしば背景に器質的な疾患があり、心理的、精神的影響が加わって生じることがあります。もともとてんかんがあった人にも精神的な負荷がかかることによって、転換症状が出現するということがあります。

また、誘因となる心理的背景は、目の前の直接的なものだけでなく、その人の人生そのものでもあります。小さい頃からの対人関係における適応の仕方も関与している可能性もあります。

さらに、攻撃性が抑圧されて生じているものもあり、その背景には本人の自尊心に関係した出来事があります。これはよく病院で見られる現象ですが、もともと身体疾患を持っていた方に、心の問題ではないかと軽く口にすることにより、自尊心を傷つけ、症状が悪化したという経験もあります。

転換性障害の治療

田原：障害の治療において、薬物治療が著効する例は少数です。抗不安薬は、転換症状を助長させることもあり、本症例においては、Haloperidol を中心に使いました。それに加え、精神療法として、一次的疾病利得に焦点を合わせながら、外的葛藤の有無を聞き出し

ていくという作業や、心的緊張の低下の状態を重視し、あくまでも不安をまず取り去るような支持的な精神療法を行いました。

転換性障害の治療においては、完全に治るまで、頭のどこかに身体疾患を絶えず疑いながら対応することが大切だと言えます。

また、症状の訴えが明らかに解剖学的に説明のつかないものであったり、大げさで執拗であっても、そのような状態でしか現実に適応できない状態で、しかもそれが意識されない、無意識の関わりで生じているということを理解し、告知の際は注意を要すると考えられます。

山城：田原先生ありがとうございました。

おわりに

飯森：内海先生と三木先生、お忙しいところありがとうございました。今日は学生も来ているので、勉強の意味も含めてですが、脳に器質的な病変があっても多彩な症状を呈するのか、あるいは、脳に全く異常がなくとも多彩な精神症状を呈するのかを判断するのは、とても困難です。脳の中へ直接電極を入れて、深部脳波をとればはっきりしたことは分かりますが、現代の医学の検査の限界で、ほとんどは頭皮に電極をつけて脳波をとります。また、今は画像でいろいろなことが分かりますが、形は分かっても、脳の中の実際の働きがどうなっているかというところまでは分かりません。

epilepsy と conversion の鑑別は非常に難しいと考えられます。最終的には、発作中にビデオと脳波の両方を取り、いろいろな人の意見を聞きながらやるということになるのですが、24時間、いつ発作が起るかわからないということで、専門の、特殊な施設でないと、それはできないわけです。

精神神経学会の去年のシンポジウムでも取り上げられましたが、人間の脳の中は直接見ることができないものですから、新たな鑑別方法は挙げられませんでした。

医師や学生が忘れてはいけないのは、これは精神的なものだとか、あるいはこれは脳の病気だとかと決めつけしないで、いつも疑問を持ってやっていくということです。これは脳に何らかの病変があるはずだといって、とことん突き詰める考えと、いや、これは脳だけでは説明がつかない、精神的なものが関係しているのだろうという、その両方の視点を持つこと。特に忘れてはいけないのは、前者のほうです。医者というのは、一度精神的なものだと決めつけると、ずっとそれで見てしまう傾向があり、後でとんでもないものが見つかるということがあります。

とにかく、これは脳の中、あるいは体のどこかに何らかの異常があるはずだという態度が医学を進歩させてきたわけです。最初から、これは精神的なものだとか、変な悪魔がくっついたんだろうと言っていたのでは、全然医学は進歩しないのと同じです。ですから、その態度だけは決して忘れないでください。こういう複雑な症例をいかに多面的に探究していったら、最後にはっきりしたエビデンスを見出すか、それが医学になるわけです。そういうことをこの症例から勉強してもらえればと思います。

山城：飯森先生、ありがとうございました。そろそろ時間となりましたので、第350回臨床懇話会を終わりにしたいと思います。

三木先生、内海先生、どうもありがとうございました。

(行岡哲男 編集委員査読)