

癌告知後の精神症状の治療に難渋したてんかん既往のある癌患者の1例

南 大輔^{a*}, 市原 英基^b, 岡部 伸幸^c, 横道 直佑^a,
高下 典子^d, 鍛冶園 誠^e, 秋元 悠^f, 堀 圭介^f,
松原 稔^f, 那須淳一郎^f, 谷本 光音^b, 木浦 勝行^b,
松岡 順治^a

岡山大学病院 ^a緩和支援医療科, ^b血液・腫瘍・呼吸器内科, ^c精神科神経科, ^d看護部, ^e薬剤部, ^f消化器内科

Treatment for a non-compliant patient with cancer and epilepsy

Daisuke Minami^{a*}, Eiki Ichihara^b, Nobuyuki Okabe^c, Naosuke Yokomichi^a,
Noriko Kouge^d, Makoto Kajizono^e, Yutaka Akimoto^f, Keisuke Hori^f,
Minoru Matsubara^f, Junichiro Nasu^f, Mitsune Tanimoto^b, Katsuyuki Kiura^b,
Junzi Matsuoka^a

Departments of ^aPalliative and Supportive Medicine, ^bHematology, Oncology, Respiratory and Allergy Medicine, ^cNeuropsychiatry,
^dNursing, ^ePharmacy, ^fGastroenterology, Okayama University Hospital, Okayama 700-8558, Japan

A 58-year-old man with cervical esophageal cancer and a history of epilepsy was treated with chemoradiotherapy from May of 2013. When tube feeding was initiated due to aspiration pneumonia, the patient showed a degree of irritability that affected routine staff work and treatment compliance. We attempted to perform supportive care for maladjustment by the notice, the fast, and the tube feeding, but there was no improvement. After we added carbamazepine, primidone, and propricazine (which had been canceled at the initiation of the tube feeding) to the patient's intravenous phenytoin, the symptoms and treatment compliance improved significantly. We concluded that the causes of the patient's irritability were maladjustment and his epilepsy.

キーワード：てんかん (epilepsy), 易怒性 (irritability), 適応障害 (maladjustment)

緒 言

てんかんには精神医学的合併症が生じ、その精神症状は多岐にわたるため、見逃されることが多く、必要な治療が提供されていないこともある¹⁾。一方、癌患者では適応障害、うつ病などに対して精神療法的アプローチが必要なことを多く認める²⁾。今回、我々は癌告知後の精神症状の治療に難渋したてんかん既往のある癌患者の1例を経験したので報告する。

症 例

患 者：58歳，男性。

主 訴：食物つかえ感。

既往歴：10歳時に日本脳炎，14歳よりてんかん発作あり。34歳時に易怒性亢進，被害的解釈，健忘症あり入院にてカ

ルバマゼピンによる加療が開始されたが、それ以後も複雑部分発作を繰り返していた。45歳時よりフェニトイン220mg/日、カルバマゼピン1,200mg/日、プリミドン400mg/日、プロペリシアジン50mg/日による薬物治療が行われ、易怒性、粘着性を含めた症状は落ち着いていた。薬剤の自己管理も可能であり、高次機能障害も認めていなかった。側頭葉てんかん、精神医学的合併症と診断され継続加療が行われていた。

家族歴：特記事項なし。

喫煙歴：20本/日×38年。

飲酒歴：機会飲酒。

現病歴：2013年1月頃より嚥下時のつかえ感を自覚していた。近医で上部消化管内視鏡検査、胸部CT検査にて頸部食道狭窄・両側胸水を認め、胸水より腺癌を認めたため精査加療目的に4月当院紹介となった。

初診時現症：身長163cm，体重53kg，Performance Status 2，身体所見に特に異常認めず。高次機能障害なし。

血液生化学所見：全血算，生化学検査，凝固能検査に特記事項なし。

平成26年3月25日受理

*〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

電話：086-235-6502 FAX：086-235-6502

E-mail：d-minami@bj8.so-net.ne.jp

腫瘍マーカー：CEA 3.16ng/ml, SCC 1.1ng/ml, CA19-9 1,936U/ml, NSE 8.65ng/ml, ProGRP 65.1pg/ml, 胸水中 CEA 2012.6ng/ml.

上部消化管検査：食道入口部より3cmの部位に全周性狭窄あり，生検にて腺癌を認めた。

頸部・胸部・腹部・骨盤CT検査：頸部食道に原発巣による食道壁の肥厚を認めた。周囲縦隔組織への浸潤や気管膜様部への浸潤を認め，両縦隔，肺門リンパ節転移，両側胸水および肺野では気管支血管束の腫大から癌性リンパ管症が考えられた(図1)。明らかな肝，副腎転移，腹腔内リンパ節転移は認めなかった。

治療経過：以上より，頸部食道癌に対して2013年5月より姑息的化学放射線療法が開始された。経過中に嚥下性肺炎を認めたため，絶食の上で胃瘻からの経管栄養が行われた。食事制限，治療継続に対して強い不平，不満をあらわにし，易怒性であったため病棟スタッフは日常業務に支障をきたしていた。絶食に対して「食事をとる自由を奪われた」と通報し，入院病棟に警察が訪れることもあり治療の継続は困難かに思われた。一方で，日中の覚醒，見当識は保たれており，易怒性も日内変動なく継続的であったためせん妄は積極的には疑われず，前医で認めた側頭葉てんかんによる複雑部分発作も認めなかった。本人への同意が得られず，頭部MRI，脳波などは施行できなかったが，癌の告知における心理的動揺に加えて，原疾患に伴う嚥下障害のための絶食，経管栄養での入院生活，さらに化学放射線療法などの過度のストレスに伴う適応障害を考え支持的療法に努めるも効果は乏しかった。緩和ケアチームの精神科医師が薬物治療歴を確認したところ，前医で側頭葉てんかん，およびその精神医学的合併症に対して使用されていたフェニトイン，カルバマゼピン，プリミドン，プロペリシアジンが当院では嚥下性肺炎後の絶食時30日間はフェニトインの経静脈投与のみとなっていた。プロペリシアジン50mg/日を再開するも症状の改善乏しく，翌日よりカルバマゼピン200

mg/日で再開し，以後1日ごとに400mg/日，600mg/日，1,200mg/日と増量した。易怒性は翌日より改善し，3日目よりフェニトイン220mg/日，プリミドン400mg/日を中止前と同量で再開した。軽度の眠気，不機嫌さは残るも口調は穏やかになり，食道癌に対する治療コンプライアンスも改善した。

考 察

てんかんには気分変動症，非定型うつ病，大うつ病などのさまざまな精神医学的合併症が合併するが，見逃されることが少なくない。これらの精神症状は多岐にわたり，幻覚や妄想，慢性抑うつに加えて，脱力感，不眠，疼痛などの身体症状を訴え，不安，不機嫌，焦燥などが目立つうつ状態を呈することもある³⁾。発作後精神病，急性発作間欠期精神病，慢性てんかん性精神病がてんかんに併発する精神病状態の95%を占めるともいわれている⁴⁾。急性発作間欠期精神病はてんかん発作と関係しないさまざまな精神および行動の障害が持続してみられるものであり，治療は精神障害一般の治療に準じるとされる。また，側頭葉てんかんは特徴的な自動症や前駆症状を認め，脳波での棘波の確認や内側側頭葉てんかんでは頭部MRIでの海馬硬化像等により診断されるが⁵⁾，てんかん関連の精神症状として粘着性，迂遠，易刺激性，爆発性などがみられることが指摘されており⁶⁾，本症例においても同様の傾向が認められた。

一方で，「癌」と診断された患者が心理的に動揺することは明らかであり，山脇らの報告によれば癌患者の30～50%に抑うつや不安，せん妄といった精神症状と認めるとされている⁷⁾。また，癌告知という明確な原因により日常生活が障害されている状態は「適応障害」とよばれ，支持的療法(傾聴，共感，受容，励まし，保障)や教育的介入(情報提供，インフォームドコンセント)，その他必要な場合には睡眠導入剤，抗不安剤，抗うつ剤が有効とされている⁸⁾。適応障害の症状は，不安，抑うつ，焦燥，過敏，混乱，易怒性などの精神症状や，不眠，食欲不振，全身倦怠

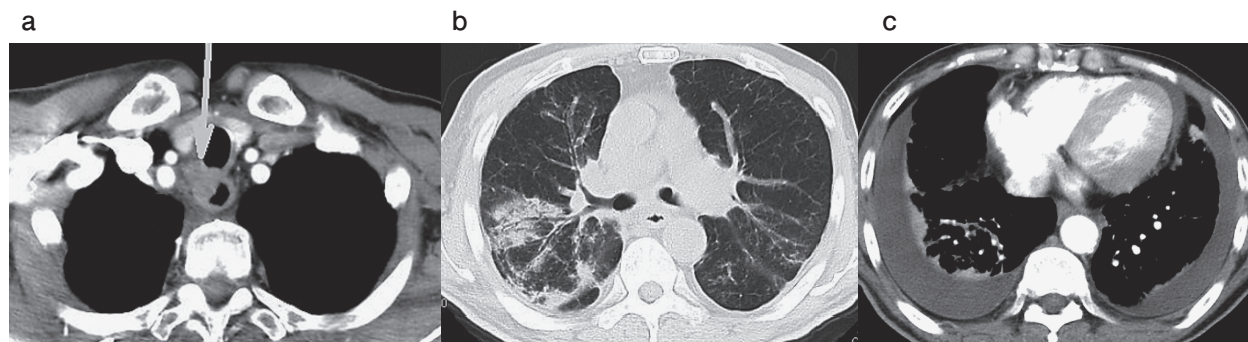


図1 入院時胸部CT

a：頸部食道壁の肥厚，b：気管支血管束の腫大，c：両側胸水。

感，易疲労感など多岐にわたると言われており，本症例においても認められた。しかし支持的精神療法に努めるも効果は乏しく，前医で側頭葉てんかんおよび易怒性などに対して使用されていたフェニトイン，カルバマゼピン，プリミドン，プロペリシアジンを再開したところ治療コンプライアンスは著明に改善した。プロペリシアジンの抗精神作用に加えて，特にカルバマゼピンを少量より開始し，フェニトイン，プリミドンを同量で再開後に易怒性の著明な改善を認めたことから，てんかん関連の精神症状の関与が考えられた。カルバマゼピンは抗てんかん薬としての作用以外にも抗精神病薬に反応しない精神病症状や焦燥性興奮に有効であるとの報告もあり⁹⁾，本症例においても有用であった。また，これらの経過から抗てんかん薬中止の際には十分な注意が必要であると考えられた。

緩和ケアとは，生命を脅かす疾患に伴う痛みをはじめとする身体づらさ，気持ちづらさ，生きている意味や価値についても疑問，療法場所や医療費のことなど，患者や家族が直面するさまざまな問題に対して援助する医療のことである¹⁰⁾。以前は「看取りの医療」ととられがちであったが，2002年の世界保健機関(World Health Organization：WHO)の定義では「身体や心のつらさ」に焦点があてられ，これにより癌が進行した患者だけではなく，癌と診断された患者が可能な限り快適に過ごすために，さまざまな症状を和らげる緩和医療が，早期から重要であると考えられてきている¹¹⁾。本症例は経過から告知，絶食，経管栄養での入院生活などのストレスに伴う適応障害に加えて，てんかん関連の精神症状の関与が考えられたが，緩和ケアチームによる薬剤調整により著明な治療コンプライアンスの改善を示した。進行・終末期の癌患者の精神症状は多岐にわたり，中には難治性のものも存在するが，原因への適切な対応により比較的可逆性が高いものも存在する。癌患者にみられる精神症状は，患者自身に苦痛をもたらす頻度の

高い症状であるのみならず，QOLの全般的低下，抗がん治療に対するアドヒアランスの低下など多岐にわたる問題に影響するため，適切な対応が必要である。

結 論

てんかん性の精神症状の既往のある癌患者では，てんかんに関連した易怒性が出現する可能性があり，適応障害との鑑別も困難なため治療に注意を要する。

文 献

- 1) てんかん — その精神症状と行動，てんかんの精神症状と行動研究編，新興医学出版社，東京（2004）。
- 2) 保坂 隆：悪性腫瘍と軽症うつ病。成人と生活習慣（2002）32，1469-1472。
- 3) Blumer D：Antidepressant and double antidepressant treatment for the affective disorder of epilepsy. J Clin Psychiatry（1997）58，3-11。
- 4) 第15章てんかんの精神状況：てんかん治療ガイドライン2010，てんかんガイドライン作成委員会編，医学書院，東京（2010）pp131-132。
- 5) 三原忠紘，日本てんかん学会ガイドライン作成委員会：てんかん外科の適応に関するガイドライン。てんかん研究（2008）26，114-118。
- 6) 千葉 茂，石本隆広，稲葉央子，田村義之，石丸雄二，高崎英気，阪本一剛，山口一豪：てんかんに伴う精神症状とその治療。臨床精神薬理（2007）10，599-606。
- 7) 山脇成人：がん患者の精神症状発現要因の解析及びその対応に関する研究。医学のあゆみ（2001）197，410-411。
- 8) 西村勝治：うつと不安。臨床精神医学（2004）33，525-531。
- 9) 樋口輝彦，小山 司：臨床精神薬理ハンドブック 第2版，医学書院，東京（2009）。
- 10) がん緩和ケアガイドブック 2008年版，日本医師会監修，青海社，東京（2008）p8。
- 11) Macrea MM，Horowitz M，Shishir O：Early palliative care in non-small-cell lung cancer. N Engl J Med（2010）363，2263。