

Case 22-2006: A 77-Year-Old Man with a Rapidly Progressive Gait Disorder
(Volume 355: 296-304)

【症例】77 歳男性

【主訴】歩行不安定、忘れっぽくなっている、言語が不明瞭。

【現病歴】

入院 18 ヶ月前、黄色ブドウ球菌による膿瘍が右足にできたが、外科的デブリドマン、ciprofloxacin 投与と安静で治癒した。6 週間後、右下肢に深部静脈血栓症が生じたが、warfarin に反応した。これらの病気の後、慢性的な疲労を感じるようになり日常生活の活動性も低下したが、仕事には復帰した。入院 8 ヶ月前にジム通いとテニスを再開したが、動作はゆっくりで疲れやすくなっていた。

入院 6 ヶ月前に右肩に痛みが生じ、2 ヶ月後には左肩にも起こった。両肩のインピンジメントと診断され、bupivacaine と methylprednisolone acetate を肩に注射された。入院 4 ヶ月前には転倒して右のハムストリングが断裂した。この時期、本人は下肢がゼリーのようにになっているという感覚やまるでスパゲッティの様に曲がってしまいやすいといった感覚を訴えていた。そこで理学療法が開始され、その結果肩の痛みや筋力は改善した。

入院 2 ヶ月前には、座位から立ち上がるのに介助を必要とすることが時々あった。また足を引きずって歩いたり、言語が不明瞭になったり、疲労が増したりするようになった。ほぼ同じ時期に、8 年前に受けた前立腺癌に対する前立腺全的術による尿失禁に対して imipramine を開始していたが、症状は imipramine を中止すると改善するような気がした。ただし中止しても症状が完全に消えることはなかった。なお、乾性咳も生じるようになった。

入院 3 週間前には躓きながら歩くようになり、一度は転倒して顔面を打ちつけたこともあった。入院 5 日前にかかりつけ医を受診した時には杖をついて歩くようになっていた。この時、バイタルサインや意識状態、胸部 X 線写真に異常は無かったが、失調性歩行を指摘されている。

入院 2 日前、仕事中に膝をついて倒れ起き上がることができなくなり、地元の病院の救急部を受診した。そしてこの 3 週間の間に歩行がますます不安定になり、忘れっぽく、言語も不明瞭になってきたと訴えた。診察したところ、見当識は保たれていたが、3 分間で三つのもののうち一つしか思い出せないなど記憶力の低下が認められたほか、指示に対して錯乱する様子が見られた。血圧 153/86mmHg、脈拍 107/min、呼吸数 28/min、酸素飽和度 96% (Room air)、軽度の構音障害とわずかな失調性歩行 (分回し歩行) を認める。感覚と筋力に異常なし。Romberg 徴候陰性。

その後、当院へ入院することとなった。

【既往歴】前立腺癌、高脂血症

【家族歴】神経疾患の家族歴なし。

【生活歴】25 年前まで喫煙多かった。14 年前まで飲酒あり。職業は会社役員。発症前は身体活動が活発で、毎日電車で通勤し、週 3~4 回ジムへ通い、テニスとヨットをたしなんでいた。

【入院時処方】warfarin、valdecoxib。

【入院時現症】

〔バイタル〕異常なし。意識も清明。

〔胸腹部〕異常なし。

〔四肢〕右足背動脈・後脛骨動脈の脈拍が弱い。長時間歩行で両側大腿に疼痛あり。

〔神経学的所見〕入院時、認知機能異常や頭痛・巣症状の訴えなし（肩と右ハムストリングを除く）、動作は全体的に緩慢であり、階段昇降や椅子からの立ち上がりが困難である。見当識は正常。認知機能検査正常。時々わずかに言語が不明瞭だが、その他の点では脳神経に異常なし。徒手筋力テストは両側指伸筋 4+、両側股関節屈筋 4、その他の四肢は 5。測定障害と巧緻性の試験はゆっくりだが正確にできた。歩き方はゆっくりで不安定、歩幅が小さく、足元を見ながら歩く。Tandem walking では左右どちらにも倒れる。感覚はほぼ正常だが、両側下肢の振動覚が低下している。深部感覚異常なし。深部腱反射正常、Babinski 反射なし。Parkinson 様顔貌なし。筋トーンの亢進なし。線維束性攣縮なし。

【入院時検査所見】〔血算〕異常なし。〔凝固〕PT-INR 1.8

〔生化学・凝固〕血清電解質, Ca, P, Mg, CK, 肝機能検査, vitaminB12, 葉酸, 糖化ヘモグロビン, TSH, 免疫グロブリンは正常。血清電気泳動正常。迅速血漿レアギンテスト陰性。Bence Jones protein (-)。

〔心電図〕異常所見なし。

〔頭部単純 CT〕軽度・びまん性の非特異的な白質変化、右尾状核の小さなラクナ梗塞。

〔頭部 MRI〕右尾状核の陳旧性ラクナ梗塞、右小脳の陳旧性梗塞あり。

〔腹部造影 CT〕4.6~4.7cm の腹部大動脈瘤あり。出血なし。

〔腹部骨盤 CT angiography〕腎動脈よりも下部の腹部大動脈瘤があり、右総腸骨動脈まで進展している。

〔脊椎 MRI〕頸椎の様々な高位で退形成性変化が生じ、C4C5 では軽度の脊柱管狭窄あり。神経孔も狭窄している。胸椎は異常なし。腰椎は椎間板の退形成性変化があり、L3,4,5 で軽度の神経根圧迫あり。

〔末梢血管超音波〕両側下肢で正常。

〔脳脊髄液検査〕圧、細胞数、糖は正常。細胞診陰性。

【入院後経過】

入院 2 日目の神経内科医診察により、深部腱反射亢進・Babinski 反射陽性が指摘された。入院 3 日目、患者の発音は改善したが、会話のスピードはやはり遅かった。舌左側の弱さが専門家に指摘された。

集中的な理学療法と作業療法により会話と歩行が改善し、足の力や平衡感覚も改善したように感じた。ベッドから起き上がるのは介助が必要だが、杖をついて歩くことはできるようになった。そして入院 8 日目に退院し、外来でフォローされるとともに理学療法を継続した。

しかしその後、筋力低下が悪化してしばしば転倒するようになった。退院 6 週間後には介助なしで歩けなくなったため再入院した。入院時、両側指の正中神経領域にしびれ感があった。精神機能正常、嚥下機能正常、脳神経異常なし、舌と頸部に線維束性攣縮なし。頭の回転力、頸の伸展力は正常だったが、屈曲力に軽度の低下が見られた。上肢下肢には広汎に線維束性攣縮が認められ、特に手内筋に著明だった。両側手内筋には軽度の萎縮を認めた。徒手筋力テストでは、手首の伸筋と手内筋で 3+、それ以外の四肢で 4+または 4 だった。深部腱反射は亢進し、Babinski 徴候は右で +、左で ± だった。協調運動と感覚検査の結果は変化がなかった。

ここで、ある診断的検査が行われた。