

Case 11-2010: A 69-Year-Old Woman with Lethargy, Confusion, and Abnormalities on  
Brain Imaging

(New England Journal of Medicine 2010;362:1431-7)

【患者】69 歳女性                      【主訴】無気力、錯乱、脳画像の異常所見

【現病歴】入院 2 ヶ月前より家族により患者が徐々に無気力になっていることに気づかれた。その後数週間は家に引きこもるようになり、何度か混乱状態になるエピソードがあった。また、幻視や幻触が生じ、1 日のほとんどは寝て過ごしており、日常生活を送るのに助けを必要とした。

入院 3 週間前にかかりつけ医の定期健診を受けた。患者は悲しみと意欲の消失を訴えた。検診の前日に一時的な悪寒戦慄があった。健診時は、患者は無口で元気がなかった。バイタルサイン、身体所見は異常なく、検査では尿培養で *Escherichia coli* を認めたのみであった。尿路感染に対してセファレキシンを 5 日間投与された。頭部 MRI を予約し、精神科医に紹介された。

翌週に精神科医の診察を受けた。患者とその家族によると、患者が前年に父が亡くなってから悲しい気持ちが続いており、最近になって食欲減退、活力・意欲の消失、常に睡眠願望があるということであった。精神病の既往はない。彼女は悲しげな様子で、話はまとまりがあったが詳細を欠いていた。大うつ病の診断が下され、睡眠のために服用していたアルプラゾラムは中止し、ミルタザピンで治療開始された。

入院 10 日前、頭部造影 MRI にてある異常が見つかった。

入院 5 日前、患者は脳神経外科医の診察を受けた。ミルタザピンを服用しても症状は改善していなかった。

入院前日、再度造影 MRI が撮られたが、10 日前と変化がなかった。翌日、患者は入院しある診断的手技が施行された。

【既往歴】7 年前にループス様症候群と診断された。抗核抗体と抗リン脂質抗体が陽性で、リウマトイド因子、抗 ds-DNA、Ro、La、Sm、RNP 抗体は陰性であった。低用量の副腎皮質ステロイドで治療された。

5 年前に特発性血小板減少性紫斑病と診断され、高用量の副腎皮質ステロイドと免疫グロブリンで治療されたが反応しなかった。骨髓生検では十分な巨核球とリンパ球凝集を認めた。細胞遺伝学的検査は正常で、フローサイトメトリーではクローナルな B 細胞は認めなかった。

その後数年間は、ロフェコキシブ・アザチオプリン・リツキシマブ (週に 1 回を 4 週間)、プレドニゾン・ヒドロキシクロロキン・ナブメトン・ダナゾール・5 日間の免疫グロブリン投与で治療していた。また、脾摘を何度か提案されていたが拒否していた。

4 年前に両側の硬膜下血腫とくも膜下出血を起こした。

入院前の 2 年間で血小板減少による消化管出血の際に数回輸血を行っている。

また、ここ 2 年間は重度の血小板減少症を対象とした実験プロトコルに参加していた。プロトコルはロミプロスチム (トロンボポエチン受容体アゴニスト) を投与しステロイドを漸減していくというもので、これにより血小板値に改善が見られた。

他にはリウマチ性多発筋痛症、関節炎、左の先天性第VI脳神経麻痺 (Duane 症候群)、偏頭痛、多結節性甲状腺腫、ドライアイ、GERD、ヘリコバクターピロリ感染、高血圧、高血糖、高脂血症といった既往がある。

【生活歴】夫と暮らしている。以前は事務所で働いており、現在は退職している。1年前に亡くなるまで父を介護していた。タバコ、アルコール、違法薬物の使用歴はなし。

【家族歴】父はうつ病があり 90 歳代で亡くなった。母は膀胱・腎臓癌で 85 歳時に亡くなった。叔母は SLE を患っていた。息子と孫は健康であった。

【薬剤歴】プレドニゾン (10mg 一日おき)、アテノロール、オメプラゾール、スマトリプタン (頓用)、アセトアミノフェン、マルチビタミン剤、アスコルビン酸、エルゴカルシフェロール、デキストラン鉄、抱合型エストロゲン、炭酸カルシウム、ゾレドロン酸 (年に一度点滴)、ST 合剤

【現症 (入院 5 日前)】意識清明。見当識正常だがぼんやりしていた。病識はほとんどない。バイタルサイン正常。SpO2 95% (room air)

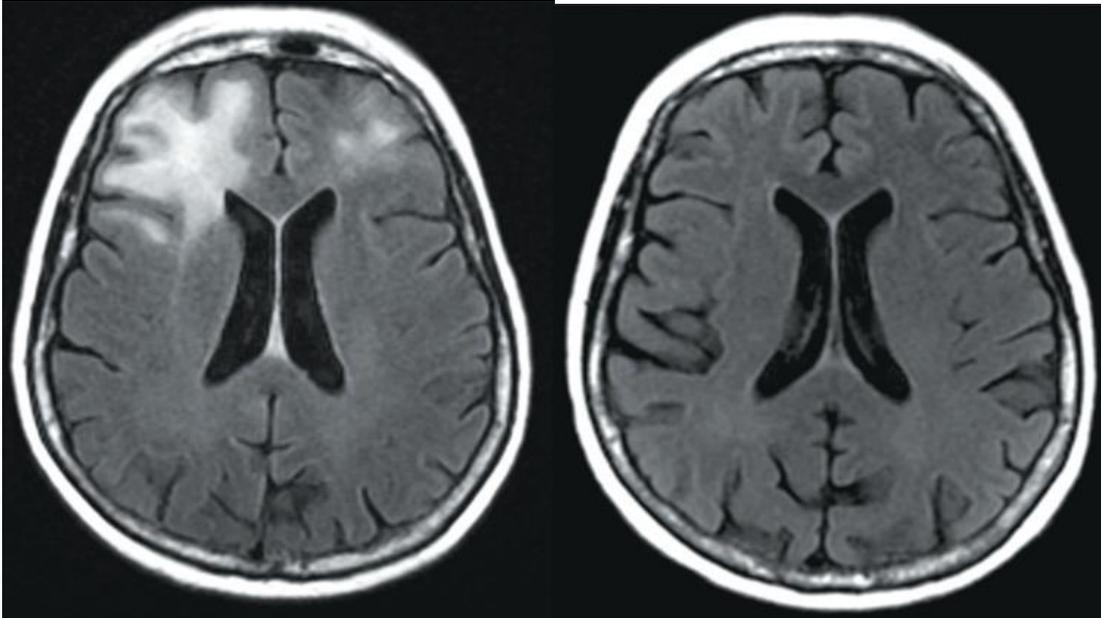
〔神経学的所見〕保続、発語流暢性の減少、計算力の障害、three-step commands の障害が見られた。その他の記憶、言語、実行力は正常であった。左の第六脳神経麻痺があったが (複視は認めず)、その他の脳神経は異常なかった。筋力低下・動作緩慢・強直・振戦は認めなかった。深部腱反射は左側で亢進していた。振動覚はつま先でやや低下していた。協調運動は正常であった。歩行は不安定で緩慢であった。ロンベルグ試験では 30 秒後にわずかにふらつきがあった。継ぎ足歩行は出来なかった。

〔検査所見〕尿検査：黄色、混濁。比重は 1.021、pH5.5、アルブミン 1+、白血球 5-10/HPF、硝子円柱 10-20/LPF、顆粒円柱 20-100/LPF、扁平上皮少量。その他は正常であった。電解質、腎機能、白血球数は正常。ヘマトクリット 34.8%、血小板 635000/mm<sup>3</sup>であった。心電図、胸部 X 線異常なし。

画像を見る前に、プロブレムリストと鑑別疾患を挙げてみてください。

NEJM 勉強会 2011 年度第 9 回 2011 年 6 月 22 日 A プリント② 担当：倉田遊  
Case 11-2010: A 69-Year-Old Woman with Lethargy, Confusion, and Abnormalities on  
Brain Imaging  
(New England Journal of Medicine 2010;362:1431-7)

【画像所見】



左が入院10日前に撮られたMRI画像（FLAIR画像）で、右が1年前のもの。  
入院10日前のMRI画像では右前頭葉白質に広範囲にわたる融合性の高信号領域を認めた。  
左の前頭葉にも右に比べると弱いが高信号領域が見られた。これらの領域の造影効果は  
わずかであった。占拠性病変は見られなかった。  
入院1年前のMRI画像では異常を認めなかった。

この画像所見から鑑別疾患を絞ることができますか。