原著 (症例報告)

潰瘍性大腸炎の再燃に伴い一過性全健忘の再発作をきたした症例

A Case of Recurrent Transient Global Amnesia with Recurrent Ulcerative Colitis

渡 邊 秀 寿 川村正太郎

Hidetoshi Watanabe, Shotaro Kawamura

要 旨

潰瘍性大腸炎の初回診断時に一過性全健忘を呈した症例が、潰瘍性大腸炎の再燃時に一過性全健忘の再発作をきたした。精神的ストレス、疼痛等が一過性全健忘の誘因となると報告されているが、潰瘍性大腸炎の再燃も誘因となる可能性が示唆された。プライマリケア医を含め、潰瘍性大腸炎の治療に携わる医師は一過性全健忘の合併につき知っておく必要がある。

Keywords : 潰瘍性大腸炎 (Ulcerative colitis), 一過性全健忘 (Transient global amnesia)

はじめに

一過性全健忘 (Transient global amnesia, 以下 TGA と略す) は、一時的な記憶力障害と逆行性健忘をきたす発作である。その原因は明らかではないが、精神的ストレス、疼痛等が誘因として報告されている¹⁾。今回、潰瘍性大腸炎の初回診断時に TGA を呈した患者が、潰瘍性大腸炎の再燃とともに TGA の再発作をきたした症例を経験した。TGA の原因に関して示唆を与える症例と思われるため報告する。

症 例

【初回発作時】

患者は 66 歳男性。15 年前に胃癌の手術歴があり、高血圧に対して近医よりテルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩を処方されていた。瓶ビール 1 本/日を週 7 日の飲酒歴があり、1 年前に禁煙したもの 40 本/日 45 年間の喫煙歴があった。

3 週間前から持続する血便、間欠的腹痛を主訴に当院消化器内科を初回受診した。初診より 2 日後に下部消化管内視鏡を施行され、大腸粘膜に多発性の糜爛、潰瘍が見られ入院となった。生検では大腸粘膜の再生変化とともに粘膜全層の炎症細胞浸潤、杯細胞の減少

を認め潰瘍性大腸炎と診断された。内視鏡検査は 2% キシロカインゼリーを使用するのみで鎮静薬を使用せずに施行できた。検査後「ここはどこですか?」「なんでここにいるのですか?」等の質問を繰り返した。見当識障害以外に失語、失行等の神経学的異常を認めず、翌日には速やかに見当識障害は改善した。見当識障害発症から約 48 時間後に撮影した頭部 MRI では明らかな異常を認めなかった。Hodges らが提唱した診断基準、Caplan の診断基準 (表 1) を満たし TGA と診断された。

潰瘍性大腸炎に対してはメサラジン 4 g/日、プレドニゾロン 40 mg/日を投与され入院 27 日目に退院となった。外来でプレドニゾロンの漸減を行い、メサラジンのみで維持療法を継続した。

【2 回目発作時】

初回の発作より約 3 年後、患者 69 歳時、同じことを何回も尋ねる事を主訴に、妻に連れられ当院救急外来を受診した。朝食後何回も「朝ごはん食べたか?」と聞くようになり、その後自分で自動車を運転し絵画展に行ったものの「ここはどこ?」「これは誰の絵かな?」等の質問を繰り返した。来院時、見当識障害を認めたものの、麻痺、失語、失行等の神経学的異常はなかつ

一宮西病院救急科

著者連絡先: 渡邊秀寿 一宮西病院救急科 [〒494-0001 愛知県一宮市開明字平 1 番地]

email: oto.nabe@gmail.com

(受付日: 2016 年 6 月 16 日, 採用日: 2016 年 10 月 10 日)

©2017 日本プライマリ・ケア連合学会

表 1 TGA の診断基準

＜Hodge らの診断基準＞	
1.	発作が目撃され、その内容について十分な情報が観察者から得られる。
2.	発作中に明瞭な前向性健忘が見られる。
3.	意識の混濁や自己の見当識障害はなく、認知の障害は健忘に限られる。（失語・失行などの症状がない）
4.	発作中、神経学的局所徴候は合併せず、発作後も重大な神経学的異常を認めない。
5.	癲癇の徴候を欠く。
6.	発作は 24 時間以内に消失する。
7.	発作を生じたところに頭部外傷を受けた患者および活動性癲癇（治療中もしくは過去 2 年間にて癲癇発作を認めたもの）の患者は除外する。
＜Caplan の診断基準＞	
1.	発作が目撃されて、発作時の情報が得られる。
2.	発作中の患者は同じ質問を繰り返すが、不自然な振る舞いはない。
3.	他の神経徴候がない。
4.	記憶障害は一過性である。

た。発症から 12 時間以内に撮影された頭部 MRI では異常を認めず、TGA を疑われ神経内科に入院となった。来院時は潰瘍性大腸炎を疑わせる症状はなかったものの、入院時の採血で白血球の上昇を認めたため腹部 CT を撮影したところ、S 状結腸から直腸の粘膜下腫脹を認め潰瘍性大腸炎の再燃が疑われた。

入院翌日には見当識障害も改善し TGA の再発作と診断されたが、同日より発熱、腹痛、血便を認めた。下部消化管内視鏡では大腸粘膜の発赤・糜爛・易出血性を認め、潰瘍性大腸炎の再燃と判断された。消化器内科に転科となり、プレドニゾロン投与が再開された。患者の早期退院希望もあり 8 病日で自宅退院となった。

退院後の 13 病日に脳波検査を行うも、明らかな異常を認めなかった。

2 回目の TGA 発作後も外来経過観察中であるが、潰瘍性大腸炎再燃、TGA 発作とも認めていない。

考 察

潰瘍性大腸炎の日本国内の患者数は平成 25 年度の医療受給者証および登録者証交付件数の合計からみると約 16 万人である。潰瘍性大腸炎は根治的な治療法がなく、再燃と緩解を繰り返し長期間の治療を要する。消化器科専門医のみならずプライマリケア医も治療に

携わることが多い疾患である。

TGA は年間の発症率は人口 10 万人当たり 5.2 人²⁾と言われ、24 時間以内に症状が消失する疾患である。傷病経過が短くプライマリケア医が目にする機会は多くない。

TGA の病態機序については、脳虚血説、癲癇説、片頭痛説等が挙げられているが、いまだ統一された見解は得られていない。今回の症例では頭痛の訴え、癲癇の既往ともなく、脳波検査でも異常はなかった。TGA の病態として海馬周辺の血流障害が推定されているが³⁾ MRI 画像では異常所見は得られなかった。

TGA の誘因として精神ストレス、性行為、疼痛、冷水浴¹⁾等が報告されている。

TGA の再発例は追跡期間によっても異なるが約 10% から 25% と報告されている⁴⁾。消化管内視鏡が TGA の誘因となったとする報告⁵⁾は存在するが、今回の症例では 2 回目の TGA 発作は消化管内視鏡を施行する前に発症しており、潰瘍性大腸炎の病勢そのものが TGA の誘因となった可能性がある。

プライマリケア医を含め潰瘍性大腸炎の治療に携わる者は、TGA の合併につき留意する必要がある。今回の症例のように潰瘍性大腸炎の再燃と合わせて再発した症例の報告はなく、更に報告を集積することが望まれる。

文 献

- 1) Fisher CM. Transient global amnesia. Precipitating activities and other observations. Arch Neurol. 1982; 39(10): 605-608.
- 2) Miller JW, Petersen RC, Metter EJ, et al. Transient global amnesia: clinical characteristics and prognosis. Neurology. 1987; 37(5): 733-737.
- 3) Bartsch T, Alfke K, Stinglele R, et al. Selective affection of hippocampal CA-1 neurons in patients with transient global amnesia without long-term sequelae. Brain. 2006; 129: 2874-2884. doi: 10.1093/brain/awl248
- 4) Quinette P, Guillery-Girard B, Dayan J, et al. What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and thorough study of 142 cases. Brain. 2006; 129: 1640-1658. doi: 10.1093/brain/awl105
- 5) 塚田健一郎, 宮林千春, 古川浩一, 他. 上部消化管内視鏡検査後に、一過性全健忘をきたした 3 症例. 日本消化器内視鏡学会雑誌. 2006; 48 (6) : 1215-1220.