上顎癌術後にみられる精神障害

つる おか
鶴 岡たかし あさ の
隆・浅野のぼる さい とう
登・斉藤ひとし
等*

I 緒 言

手術的侵襲の結果として、時々精神障害を引き起こすことがある。これは A. Páre (16世紀) によって初めて提唱された。そして1916年に K. Kleist¹⁾ によって postoperative psychose という名称が概念的に付けられていらい、外科医の注目する所以となった。本邦においても津田(1935年)²⁾ が報告していらい関心をひき、わが耳鼻咽喉科領域においても大正14年いらい二、三十例程報告³⁾⁴⁾ されている。しかし近年手術の術式や操作が改良されており、また適切な処置が施されているので、めったに遭遇する機会がない。従って耳鼻科医の関心も薄らぎ、報告例も少なくなった感がある。耳鼻咽喉科手術においては解剖学的にも他科に比べて、術後に精神障害を併発する可能性が強い。特に鼻領域の手術後発生する可能性があり、またその報告が今までに何例かある⁵⁾⁶⁾⁷⁾。

われわれも、最近上顎癌術後精神障害を起こした2症例を経験したので、ここに報告する。合わせて従来より上顎癌摘出後、とくに眼球摘出術を併用した症例においては、精神障害の発生する頻度が多いような印象があるので、最近6年間のわが教室の症例について検討した結果を述べてみたいと思う。

II 症 例

症例1: 64才、女性。

初診: 昭和46年4月1日。

家族歴: 特記すべきものなし。

既往歴: 特記すべきものなし。

現病歴: 約1ヶ月前より右頬部腫脹を自覚し、3月14日外科医を受診し、単なる化膿症とのことで犬歯窩より穿刺を受けるも治癒せず。2週間後犬歯の疼痛のために歯科にて抜歯して貰い、疼痛はなくなったが腫脹はそのまま続いているために、同医より某耳鼻科医を通じて本院を紹介され、4月1日に入院する。

入院時所見

全身所見: 体格中等度、栄養良好、皮膚正常、胸腹部正常、呼吸、脈搏、血圧、体温いずれも異常なし。顔貌は右頬部腫脹を認めるが、眼症状は特記すべき所見はない。

局所所見: 耳、咽頭、喉頭には異常を認めない。鼻内所見は右鼻腔内全体に鼻茸を認める。口腔内所見は右犬歯窩に発赤腫脹を認め、同中央部に穿刺跡を認める。なお上下歯共、義歯を使用している。

検査成績: 血液検査、血液生化学検査異常なし。肝、肺、腎機能検査、尿、便検査いずれも異常を認めない。心電図は左室肥大、胸部X線では動脈硬化がある。

鼻副鼻腔X線所見: 単純撮影では、右鼻腔、右上顎洞、右篩骨洞にびまん性陰影を認める。左鼻副鼻腔には陰影を認めない。骨破壊ははっきりしない。断層撮影では、顔面前面より2cm~6cmに陰影が認められ、右上顎洞の下壁内側に骨欠損が確認された。

治療経過: 4月5日に右上顎洞試験開放を施

Mental Disorder after Maxillectomy

Takashi Tsuruoka, Noboru Asano and Hitoshi Saito

*京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室 (主任: 水越 治教授)

行した。右犬歯窩より切開したところ、上顎洞前壁内側は消失しており、腫瘍は極めて大きく、一部壊死状である。腫瘍の一部を取り検索したところ、類表皮癌であった。

次に上顎領域への持続動注化学療法 (infusion) のために、右耳前部の浅側頭動脈を露出してポリエチレンチューブを挿入し、持続注入装置に接続した。抗癌剤として Bleomycin (15mg/day) を使用した。

これと平行して4月6日よりコバルト治療を開始した。照射術式は照射野2門、ウェッジ直交、1回量 160rad、総量 4500rad の予定で照射した。1週間後、右頬部腫脹は多少減少の徴候が認められた。4月21日持続注入装置を除去。Bleomycin は総量 250mg 入った。5月21日コバルト照射を終了した。腫瘍は著明に縮小し、口腔内への浸潤も消失してきたが、なお明らかに腫瘍が残存していた。

5月21日上顎癌手術を施行した。まず気管切開を行った後、フローセン、笑気、酸素の全身麻酔下にて右外頸動脈を結紮した。Weber 氏法による皮膚切開を加え、腫瘍を右上顎骨と共に摘出した。さらに腫瘍は右篩骨洞にまで達しているためにこれらを廓清した。病理組織では扁平上皮癌が確認された。

術後10日目頃より家族の者が患者の異常動作に気付き始めた。すなわち、応答はほとんどなく、点滴やタンポンを勝手に除去したり、病交時に暴れたりするので、6月4日精神科に照会したところ、原因不明であるが症状から見て意識障害であるという回答が帰ってきた。脳波検査でも異常所見 (space occupying lesion most suggestive) がみられた。

早速毎日 Lucidril 250mg, Nicholin 250mg の静注を行った。静注後1週間経過して、意識は多少はっきりとなり、2週間後ほとんど暴れなくなった。1ヶ月後意識障害は全くなくなり、脳波も正常となった。この時点で上述の静注を中止した。以後全身状態も良好で、欠損部へのプロテーゼが完成した時点で、8月4日に

退院した。

退院後は定期的に経過を観察しているが、術後2年近く経た今日再発の徴候は全く認められない。

症例2: 59才男性。

初診: 昭和45年10月12日。

主訴: 左眼窩下部有痛性腫瘍、左視力障害。

家族歴: 特記すべきものなし。

既往歴: 昭和45年12月7日左上顎癌摘出術。

現病歴: 昭和45年10月13日左上顎癌の診断のもとに入院し、術前に浅側頭動脈よりの infusion (Bleomycin と 5FU使用) とコバルト照射 (総量 4160 rad) を施行した。12月7日 Weber 氏法による左上顎癌摘出術を行い、経過良好にて昭和46年1月14日退院した。退院後定期的に本院に通院するも、3月頃より左眼窩下部の有痛性腫脹、左眼球突出、視力障害が出現し、左鼻屋より病理組織検査したところ、上顎癌の再発にて5月20日再び入院した。

入院時所見

全身所見: 体格中等度にて、脈搏血圧その他全身の理学的所見は異常なし。

局所所見: 左鼻縁から鼻屋にかけて一部肉芽様、一部潰瘍状を呈し、左眼窩下部は浮腫状に腫脹している。眼球は突出し、眼科的には急性結膜炎が確認された。

検査成績: 心電図、胸部 X線像は正常である。その他血液検査、尿、便検査、肝、肺機能検査いずれも正常である。

治療経過: 5月31日に気管切開後、ペントレンの全身麻酔下にて眼窩周囲に切開を加え腫瘍と眼球とを一塊として摘出した。手術所見として腫瘍は眼窩内側では篩骨洞から反対側の右眼窩にかけて深く侵入しており、鼻中隔を切除して腫瘍を摘出した。上後壁は脳硬膜にまで一部達しており、硬膜を2×2cm 露出して腫瘍を剝離摘出した。下縁は前回の手術のために骨欠損があり、外側には腫瘍の侵入は認められなかった。視神経、眼動静脈を結紮後、全創面を電気凝固して手術を終った。

病理組織検査では扁平上皮癌の組織像を呈していた。

術後12日目の6月12日より見当識の消失が出現し、軽い意識障害が認められた。例えば「ここ（京都府立医科大学）はどこですか。」に対して、「滋賀県大津です。」と答えたり、窓を出口と考えたり、主治医を認識できなかったり、はるか遠い病舎へ、フラフラとあてもなく歩いて行ったり、などである。このため、最初

Lucidril 1日 250mg 静注し、次に Nicholin 1日 300mg を静注し、その他抗ヒスタミン剤とクロールプロマジン筋注した。3週間近く経過して症状は完全に消失したが、Nicholin 注射は続行した。以後精神障害は消失し、その後も出現せず経過した。しかし、腫瘍の反対側への進展があり、8月10日より Bleomycin を局所に使用した。周囲への腫瘍の浸潤は徐々に進行していき、10月8日不幸な転帰をとった。

III 総括ならびに考按

術後性の精神障害については Volkmann⁸⁾によれば、一般的に原因を求め得ないものを真性術後性精神障害といい、手術以外に二次的作用因子が明らかなものを仮性術後性精神障害とよんでいる。精神障害を示した上顎癌の2症例において精神科学的検査によってもはっきりした器質的原因は不明であり、手術以外の誘因が考えられないことからして、これらの2症例はやはり Volkmann の提唱している真性の精神障害の範ちゅうに入るものと考えられる。

しかしこの漠然とした精神障害に対してはどの部位にどのような変化を起こしているかなどについては、ほとんど明らかではない。

耳鼻咽喉科領域での術後の精神障害の部位別発生頻度を調べてみると、過去の諸家⁹⁾の報告では表1のごとく（上顎癌は含まれていない）鼻副鼻腔領域に最も多い。次いで耳に発生頻度の多いことが分かる。すなわち脳に近い場所によく発生しているといえる。他の領域では婦人科と外科に多いようである¹⁰⁾。

わが教室において、最近6年間に取り扱った上顎癌では（表2）、手術を施行していない症例、すなわち持続動注化学療法、放射線療法、それにいわゆるネクロトミーを施行した症例に

ついて調査したところ21例あり、全症例共精神障害はなかった。

持続動注化学療法、放射線療法などの併用療法の有無に拘らず、上顎全摘出術を施行した症例で追跡できた25例中6例（24%）に何らかの精神障害が認められた（表2）。

これらの原因について考えてみると、大きく分けて外因的なものと内因的なものとが考えられるが、表3に分類したごとく手術という外因的要素がその前後経過から表えて最も大きい誘因となり、解剖学的に鼻副鼻腔領域であるということがまた誘因となっていると考えられる。

表2 上顎癌における精神障害の発生頻度

	総 計	正常者数	精神障害をきたした数
持続動注化学療法 放射線療法 いわゆるネクロトミー	21	21	0（0%）
上顎全摘出術	25	19	6（24%）
上顎全摘出術および 眼球摘出術	15	12	3（20%）

表3 誘 因

1 外因的要素
a 疾 病
b 手 術
c 家庭環境
2 内因的要素
a 解剖学的位置関係
b 性格的素因
c 年令的要素

表1 耳鼻咽喉科領域における術後性精神障害の報告例（1925年～1957年）

耳	鼻副鼻腔	咽 頭	喉 頭
6	11	1	0

次に、失明などの機能損失がかなりの影響を与えている可能性があるので、上顎全摘出術に眼球摘出術を併用した場合の精神障害度を追求した。この追跡例は15例で、そのうち3例(20%)に精神障害が認められた(表2)。すなわち、失明という大きな機能損失の伴う眼球摘出術の併用によっても必ずしも精神障害がより多く発現するとはいえない。音声機能の損失を伴う喉頭全摘出術の場合には、ほとんど精神障害を経験しないことから考えても、機能損失はあまり精神障害には影響していないことがわかる。

IV 結 語

- (1) 最近上顎癌術後精神障害を起こした2症例を経験したので、ここに報告した。
- (2) 上顎癌の治療にあたって、眼球摘出術の有無については精神障害の発生頻度にさほど差はみられない。
- (3) 術後性精神障害の治療にあたって、CDP コリンは障害期間の短縮ができるので、試みるべきよい薬剤と考えられる。

稿を終るに臨み、御指導御校閲を賜りました水越治教授に深謝いたします。本論文の要旨は第97回日耳鼻関西地方会において口述した。

文 献

- 1) Kleist : Jahresbericht auf d. Gebiete d. Neurologie u. Psychiatrie. XX, 1916 (文献6) より引用)
- 2) 津田武雄 : 大日耳鼻 41 : 10 ; 1223, 1935 (昭10)
- 3) 林 哲夫 : 所謂術後性精神病, 耳喉 30 : 7 ; 582, 1958 (昭33)
- 4) 山口 恵 : 手術後に現われた精神障害の3例, 耳喉 31 : 3 ; 215, 1959 (昭34)
- 5) 橋本泰彦, 他 : 所謂術後性精神病の1症例, 耳喉 22 : 8 ; 340, 1950 (昭25)
- 6) 和田純一 : 手術後精神病の1症例, 耳鼻臨床 46 : 4 ; 213, 1953 (昭28)

以上、上顎癌術後の精神障害の発生要因としては、第1に脳に近い鼻副鼻腔(内因的解剖学的要素)の手術(外因的要素)、第2に顔面の醜形に対する恐怖感に耐えられない性格的素因、などが考えられる。

鼻副鼻腔領域の手術、特に上顎癌の手術の場合、術後精神障害の発生頻度が高い可能性がある。最近われわれは術前に、術後性精神障害の出現の可能性について精神身体医学の面からCMIとMPI検査を行って、内因的要素である性格に対する手術の影響を分析中である。

献

- 7) 川本伸雄, 他 : 所謂手術後精神病の3症例, 広島医学 8 : 3 ; 521, 1960 (昭35)
- 8) Volkmann : Fortsch. & Med. 45 : II ; 55, 1927 (文献10) より引用)
- 9) 山崎武次郎 : 所謂手術後性精神病2例, 耳鼻 5 : 1 ; 69, 1958 (昭33)
- 10) 苦瓜安彦 : 所謂手術後精神病の1症例, 耳鼻臨床 50 : 4 ; 325, 1957 (昭32)

(原稿到着 : 昭和48年4月18日
別刷請求先 : 鶴岡 隆
〒602 京都市上京区河原町通り
広小路上ル梶井町465
京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室)