

急激に進行する失語・失行の精査中に死亡された事例

キーワード：多発性脳梗塞、肺腺癌、Trousseau 症候群、失行・失認

1. 事例の概要

60 歳代 男性

約 2 週間で急激に進行した感覚性失語・失行および異常行動の精査のため入院。頭部 CT および MRI にて左側頭葉広範梗塞および散在性小梗塞を多数認め、脳梗塞の一般的急性期治療を行う。看護・医療への抵抗など異常行動が悪化し、精査加療が滞りがちになっていた。第 28 病日、午前 6 時 40 分訪室時に心肺停止で発見され、CPR 施行するも死亡された。

2. 結論

1) 経過

本例入院時、JCS 1 桁、GCS E4V4M6、失行、失認有り、保続あり。運動麻痺なし。症状は感覚性失語、失行が主で、脳梗塞を強く疑い、発熱もあり脳炎も疑われた。頭部 CT で左側頭葉に比較的新しい脳梗塞および左視床にも脳梗塞疑いと指摘され、一般的脳梗塞急性期治療が行われたが、ごみ箱に放尿、ご飯を吸って食べようとするなど、行動異常も持続していた。第 7 病日に頭部 MRI 施行。左側頭葉広範梗塞、両側大脳深部白質、左後頭葉、右前頭葉皮質、両側小脳半球に散在性小梗塞を認め、感覚性失語、失行は脳梗塞によるものと診断された。腰痛・左下肢痛により食事、着替えも全介助になった。家人来院時は穏やかに過ごされるが、看護・医療に対する抵抗は悪化の一途をたどり、失禁・失便後の不潔行為、清拭や移乗、採血などに抵抗して看護師の前腕を噛むなどの行為が見られた。第 28 病日の午前 6 時訪室時に検温を拒否され、6 時 40 分訪室時に心肺停止状態で発見。CPR 施行されるも甲斐無く午前 7 時 43 分死亡が確認された。

2) 解剖結果・死因

臨床では診断されていなかったが、剖検で右肺上葉に進行期の低分化腺癌（1.8×1.8 cm）を認め、両側副腎、右胸壁、リンパ節にも転移を認めた。また脳、心臓、腎臓に梗塞を認め、脳底動脈、冠状動脈に血栓を認めた。しかしながら個々の血栓自体が直接的に死に至らしめる病変ではない。さらに両側側頭葉、両側大脳深部白質、左後頭葉に多発性の梗塞巣を認めた。これらを総合的に判断すると肺癌を起因とする Trousseau（トルソー）症候群による脳梗塞と思われる。入院時の感覚性失語、失行等の症状は多発性脳梗塞によるものであると思われる。

直接死因に関しては肺腺癌による Trousseau 症候群が循環器系に影響を与えた可能性が高いと思われるが、冠動脈にみられた血栓は陳旧性のものであり、明らかな新鮮な血栓及び梗塞は認められなかった。また、栄養摂取が一定ではなく電解質などのアンバランスを来していた可能性もある。細動脈レベルでの血栓形成を否定することはできず、全身の凝固亢進状態や細動脈レベルの血栓形成などが誘因となって交感神経活性亢進を来して心室細動などの致死的不整脈を誘発した可能性が極めて高いと判断した。

以上より、

直接死因：低分化肺腺癌による血液凝固亢進状態からの致死的不整脈（直接的な証拠や心電図記録が残っていないために推論）

原死因：進行期低分化肺腺癌による Trousseau 症候群と結論する。

3) 医学的評価

A さんは「急に言葉がうまく話せず、生活用品が使えなくなった」ことを主訴として来院した。急速に進行する失行・失認および発熱より脳梗塞および肺炎併発を疑って精査が開始されている。

入院時の頭部 CT にて左側頭葉脳梗塞を指摘されて、脳梗塞急性期の一般的治療（脳保護薬や抗血小板薬投与）を行っている。さらに第 7 病日に頭部 MRI を施行して左側頭葉広範梗塞、両側大脳深部白質、左後頭葉、右前頭葉皮質、両側小脳半球に散在性小梗塞という診断を得た。以上より主訴である失行・失語および入院後の行動異常や看護・医療行為への抵抗は病前性格ではなくこれらの脳梗塞に起因するものであると診断できる。複数の発症時期の異なった脳梗塞像という画像所見からは、心原性脳塞栓、または悪性腫瘍や全身状態悪化、もしくは抗リン脂質抗体症候群などに伴う過凝固状態での多発塞栓が疑われる。カルテ記載によると、家人訪室時は比較的機嫌が良いが、入院後急速に介護・看護に対する抵抗が増悪しており、特に採血に対する拒否反応が非常に強い。これも左側頭葉を中心とした広範囲・散在性梗塞で説明される異常行動である。急激に進行する多発性脳梗塞は心原性塞栓症もしくは凝固系の亢進を疑い、本来なら血液を繰り返して行うことによって更なる精査に至るのだが、A さんの場合はこれらの異常行動などにより精査が進まなかった現状が容易に推測できる。

また、本症例では入院時胸部レントゲン写真を撮影しているが、肺腺癌を疑わせるような所見は認められない。病理所見により右肺上葉末梢に径約 1.8 cm の腫瘤があることを知った上で、臨床評価医を含む複数の医師が改めて胸部レントゲン写真を見直してみたが、肺腺癌を疑わせる所見を得ることが出来なかったほどであり、臨床的に肺癌を診断することは非常に困難であったと考えられる。

3. 再発防止への提言

本症例は死亡後病理解剖にて初めて死因に非常に重要な肺腺癌の合併とそれに起因する Trousseau 症候群が明らかとなったものであり、再発防止というより病理解剖によって死因が同定し得た貴重な症例であったと言える。

回顧的に考えれば、1) 急激に発症して段階的に進行する失行・失認、2) 多発性脳梗塞を含め、複数の臓器に時相の異なる梗塞巣が存在したこと、3) LDH、フェリチンの上昇、4) 炎症巣のはっきりとしない白血球増加および CRP 上昇（腫瘍熱の鑑別）、などの傍証から悪性腫瘍の存在とそれによる凝固能亢進に起因した多発性脳梗塞というストーリーは無理がない。従って、今後このように急激に発症して段階的に進行する失行・失認の患者を診た場合は、たとえその患者に高血圧・高脂血症などの脳梗塞発症の明らかなリスクが存在しても、悪性腫瘍による Trousseau 症候群を最後まで念頭に置いておく必要があるというメッセージを発することは出来る。

また、本症例において急変時の救命が可能であったとは考えにくいですが、急変時の対応をより有効にするためには、急変時に備えての BLS (Basic Life Support : 一次救命処置) の周知徹底と ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support : 二次救命処置) のフローチャートを目につきやすいところに準備しておくことを提言する。

(参 考)

○地域評価委員会委員 (15 名)

臨床評価医 / 評価委員長	日本内科学会
総合調整医 / 常任評価医	日本呼吸器外科学会
常任評価医	日本内科学会
常任評価医	日本循環器学会
解剖執刀医	日本法医学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖立会医	日本神経学会
法律関係者 (2 名)	弁護士
市民代表	NPO 法人市民団体
地域代表	日本法医学会
総合調整医	日本血液学会
総合調整医	日本内科学会
総合調整医	日本泌尿器科学会
調整看護師	モデル事業地域事務局

○評価の経緯

地域評価委員会を 1 回開催し、その後において適宜、電子媒体にて意見交換を行った。