

第29回

## 初発けいれん発作にカテコラミン心筋症を併発した高齢者うつ病の一例

▶ 精神科症例検討会から

佐藤 護 岡元 誠子 三浦 正史  
水田 康彦 芦澤 裕子 伊藤 寿彦

IRYO Vol. 67 No. 3 (144-147) 2013

キーワード：カテコラミン，たこつぼ心筋症

Key Words : catecholamine, Takotsubo cardiomyopathy

### はじめに

カテコラミン心筋症は、たこつぼ心筋症と同義の疾患である。すなわち、急性発症の胸痛を主徴とする、狭心症や心筋梗塞などの急性冠症候群に類似した心電図変化と、左室心尖部を中心に一過性の壁運動低下と拡張を示す症候群である。原因は諸説あるが、身体的・精神的ストレスやカテコラミン過剰分泌との関連が大きいとされる。

今回、われわれはけいれん発作にカテコラミン心筋症を併発した一例を経験したので報告する。

### 症例提示

【症例】78歳 女性

【診断】反復性うつ病性障害

アルツハイマー病型認知症  
てんかん

【家族歴】次女：てんかん

【生活歴】

同胞5名の第1子として出生し、高校卒業後は洋

裁会社に勤務。結婚し子をもうけた後は主婦となり、平成20年に夫と死別後は施設に入所し、礼節正しく自立した生活を送っていた。

#### 【現病歴】

平成5年に家族内で遺産関係のトラブルに巻き込まれて以後、抑うつ気分と腹部の違和感が出現。平成11年に当科初診し、抑うつと腹部症状への強迫的なこだわりを認め、心気妄想をとまなううつ病として以後通院中であった。抑うつ症状の悪化により、3回の入院歴がある。

#### 【今回の入院エピソード】

平成23年2月頃より、施設で無目的に調味料を部屋に集めたり誰もいない部屋を覗き続けたりといった行為や易怒性が出現し、脱抑制的な言動が徐々に悪化。日常生活に支障をきたしたため、当科入院予定であった。

入院予定日、受診拒否が激しく、施設で興奮した後、全身性間代性けいれん発作が出現、約1分間持続し、救急車で当院に搬送された。

診察時は叫び、暴れ、抵抗が激しく、不穏・興奮状態として医療保護入院となった。

国立国際医療研究センター国府台病院 精神科

別刷請求先：佐藤 護 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 〒272-8516 市川市国府台1-7-1

(平成24年2月21日受付，平成24年5月11日受理)

A Case of Catecholamine Cardiomyopathy due to First-episode Seizure in a Senile Depressed

Mamoru Sato, Seiko Okamoto, Masafumi Miura, Yasuhiko Mizuta, Yuko Ashizawa and Toshihiko Itoh, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

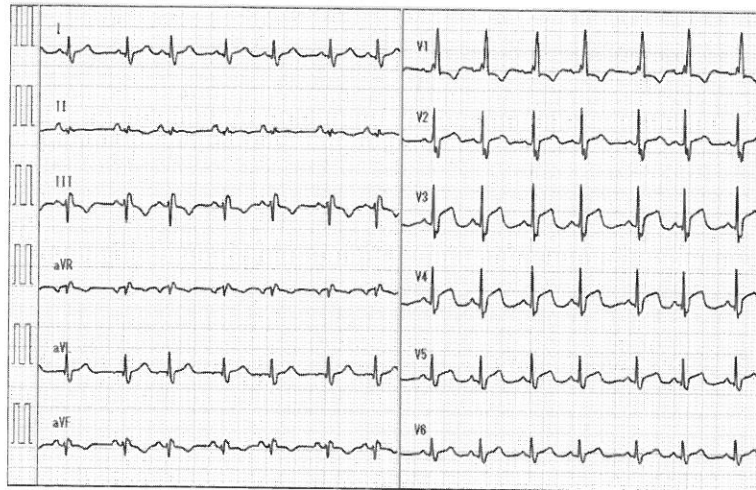


図1 day2の心電図

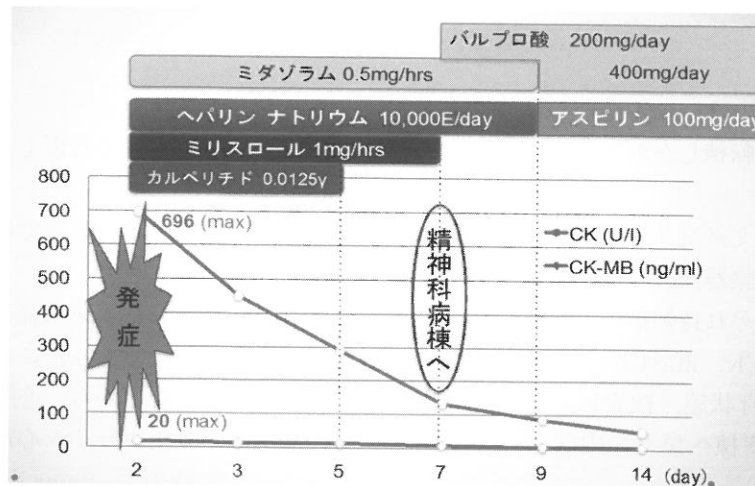


図2 急性期の経過

【入院時現症】

GCS: E 4 V 4 M 6

BP 182/102mmHg, HR 88bpm,

SpO<sub>2</sub> 98% (room air), BT 37.2°C

神経脱落症状なし

(採血検査)

WBC 7500/ $\mu$ l, RBC 388 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, Plt 23.9 $\times$ 10<sup>4</sup>

/ $\mu$ l, D-dimer 7.2 $\mu$ g/ml, CPK 677U/l, BNP

23.3pg/ml, BS 118mg/dl,

ほか特記所見なし

(頭部CT) 頭頂葉, 側頭葉優位のびまん性脳萎縮. 器質的疾患はなし.

(心電図) 洞調律, 整, CRBBB (+)

【入院後経過】

day 1 : 疎通困難, 不穏・興奮が著しく身体拘束を要した. 内服薬はすべて中止.

day 2 : D-dimer 高値や心電図所見を含め, 総合

的な評価を循環器科に依頼. 心エコー上は心機能良好であり, その段階では経過観察可の指示をいただいた. その後2度目の全身性間代性けいれん発作が出現, 約1分間持続した. 発作直後より心電図モニター上ST上昇がみられ, 心電図検査をしたところV2-V5でST上昇を認めた(図1). 採血上もトロポニンT陽性であり, 各種検査をしながら循環器科に緊急コンサルトした.

(頭部MRI)

器質的疾患は認めず.

(脳波)

全般性棘徐波複合を高頻度に認めた.

(心エコー)

心尖部の壁運動低下を認めた.

この時点で, 他の検査と総合し, 心尖部心筋梗塞疑いと診断された.

心臓カテーテル検査は全身状態がある程度保たれ

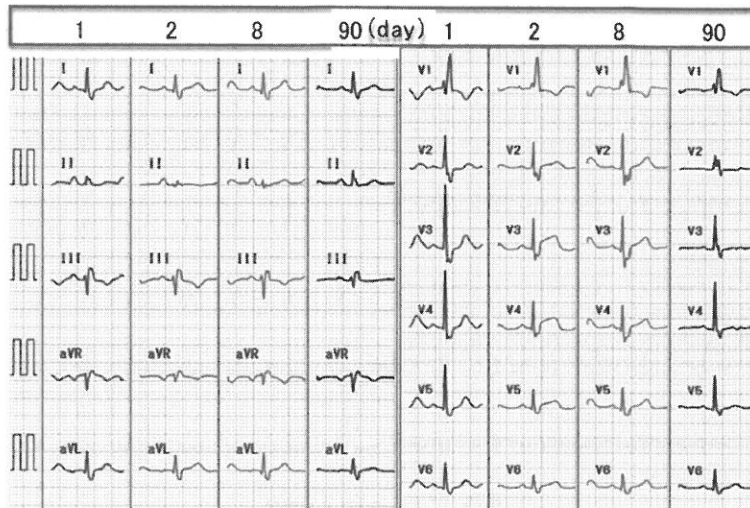


図3 心電図の経時変化

ていたことと、検査中のけいれん発作のリスクを考慮し施行せず、ICUに転棟し全身管理を開始した。

<急性期治療>

けいれん発作予防にミダゾラム、血栓形成予防にヘパリンナトリウム、臓器保護目的にミリスロールとカルペリチドをそれぞれ持続静注した。

day 3-day 7 : maxCK, maxCK-MBとも高値に至らず、day 7には全身状態、検査値とも軽快したためICUから精神科病棟へ戻り、内服薬による治療に切り替えた(図2)。

day14 : 安静時、突発的に呼吸状態悪化、SpO<sub>2</sub> 80%台まで低下した。

day15~ : 造影CT検査を行い肺塞栓血栓症と診断され、ワルファリンカリウム導入。以後けいれん発作や胸部症状を認めず、全身状態は安定して経過した。

精神症状としては、入院前と比べ諸ストレスの影響が抑制欠如し、こだわりの強さの顕在化を認めたが、クエチアピンで軽快した。身体的にはリハビリテーションも行い独歩可能まで回復したが、入院前よりもADLはやや低下しており、転帰先施設を調整した上で退院となった(day150)。

**診断**

(心電図 : 図3)

V2-V5にかけてのST上昇が、day 8には陰性化し、3カ月後には発症前と同様の波形に戻っている。

(心筋シンチグラフィ)

経時で心尖部の機能回復を認めた。

(心エコー)

発症直後と比べ1カ月後では、心尖部壁運動の回復を認めた。

以上の検査結果と、臨床経過を総合し、心筋マーカーの変化が軽微であったこと、心機能低下が可逆性であったことなどから、心臓カテーテル検査は未施行であるがカテコラミン心筋症と診断された。

ほか、入院時のD-dimer高値の原因が明らかでないことや血中・尿中カテコラミン値が未測定であることなど厳密な診断にあたっては若干の課題が残るが、詳細な鑑別よりも全身管理と救命を優先した急性期の対応と、最終的な後ろ向きの診断経緯としては妥当であったと考える。

**カテコラミン心筋症**

カテコラミン心筋症の概念については冒頭ですでに触れた。

検査所見としては心筋逸脱酵素の変化は小さく、冠動脈造影は正常。心電図変化は数カ月を経て正常化する。

閉経後の高齢女性に多く発症(男女比2:8)するのが特徴であり、高齢男性に多い急性冠症候群とは逆の統計である。

予後は一般に良好で、2-3週間以内に寛解する例が多いが、中には心筋破裂や脳浮腫などの合併により予後不良となる例も報告されている。

Q & A

Q 1. 具体的な治療法は？

A 1. ポンプ不全に対しての一般的な全身管理が主体。血栓形成予防に抗凝固療法を行い、ほか合併症（心室細動など不整脈、心不全、呼吸不全、心筋破裂など）に適宜対応していく。  
血清検査、心電図、エコー、CAGで心機能を経時的に評価する。

Q 2. 心臓カテーテル検査は診断に必須か？

A 2. カテコラミン心筋症診断のためというより、急性冠症候群の鑑別のために必須と考えるべき。本症例においても速やかな心臓カテーテル検査の施行が理想的であったが、けいれん発作という因子があったため、循環器科医師とリスクにつき考え適応を協議した上で、ご家族にしっかりとインフォームドコンセントを行った。

Q 3. けいれん発作とカテコラミン心筋症の関係は？

A 3. けいれん発作は大きなストレス因子なので、合併例の報告は多い。

合併例の特徴としては、①発症年齢が若く②男性比がやや高く③意識障害をともなうため胸痛の訴えが少なく④再発率が高く⑤心原

性ショックの合併が高い、などがある<sup>1)</sup>。

Q 4. 精神科領域とカテコラミン心筋症の関係は？

A 4. カテコラミン心筋症自体の症例数が少なく、まとまったデータはないが、電気けいれん療法後のカテコラミン心筋症発症例は時折報告されている。本症例では、高齢、気分障害という精神的ストレスへの脆弱性を持つ因子が関連していた可能性はある。

Q 5. 何か、明日から役立つ情報を。

A 5. カテコラミン心筋症は、けいれん発作を多症例扱っている総合病院ではまれでなく遭遇しうる疾患である。

とくにけいれん発作に併発するものは重症化しやすいので、けいれん発作時は注意すること。また、精神科領域においては治療のため修正型電気けいれん療法が施行されるが、施行中から施行後数時間のモニター管理が必須と考えられる。

[文献]

- 1) Stöllberger C, Wogner C, Finsterer J. Seizure-associated Takotsubo Cardiomyopathy. *Epilepsia* 2011; 52(11): e160-7.