

症 例

多発性骨髄腫に合併した Ramsay Hunt 症候群に対して 早期リハビリテーション導入により quality of life を 保つことが可能であった 1 例

木 下 喜 光¹ (現²)、橋 本 務¹

¹ 生長会愛風病院内科

² 大阪市立北市民病院内科

症例は 88 歳、女性。平成 16 年、他院にて IgG、κ 型多発性骨髄腫と診断され、メルファラン、プレドニン療法を施行されていたが、次第に骨痛コントロール不良ならびに認知症によるせん妄のため在宅治療が困難となり当院紹介入院となった。骨痛はプレドニゾロンならびに消炎鎮痛剤により軽減し、活動性の改善が得られた。平成 17 年 8 月に左耳介に带状疱疹を発症、アシクロビルにより軽快したが、発症より 7 日目に末梢性顔面神経麻痺が出現し、Ramsay Hunt 症候群と診断した。顔面神経麻痺の重症度は House-Brackmann 法で前期高度麻痺 (grade IV) に分類された。プレドニゾロン投与ならびに言語療法士による早期言語リハビリテーションを開始したところ、14 日後には grade III、2 ヶ月後には grade II、6 ヶ月後には grade I まで改善した。原疾患治療が困難な高齢者造血器悪性腫瘍症例において、種々の合併症に対してはリハビリテーションを含めた積極的な治療を行うことによって quality of life が保たれる可能性もあり、療養型医療施設の役割であるものと考えられた。

Key Words : 多発性骨髄腫 (multiple myeloma)、Ramsay Hunt 症候群 (Ramsay Hunt syndrome)、リハビリテーション (rehabilitation)、生活の質 (quality of life)

はじめに

多発性骨髄腫は進行すると異常免疫グロブリン増加による過粘稠症候群、正常免疫グロブリン低下による易感染性、骨病変、貧血を生じるため著しく生活の質を損なう。治療はアルケランならびにプレドニン併用療法が主であるが、高齢者、特に認知症を伴う症例に発症した場合には治療に対する協力が得られないことがあり、合併症発症頻度が高まる。今回、我々は高齢者多発性骨髄腫に合併した Ramsay Hunt 症候群に対してプレドニゾロン、ビタミン B 群の点滴を行うと同時に言語療法士によるリハビリテーションを早期に実施、2 ヶ月後にはミキサー食を経口摂取可能になるまで改善、6 ヶ月後には顔面神経麻痺は改善し自力で食事摂取が可能になった症例を経験したので報告する。

症例

症例 : 88 歳、女性

既往歴 : 子宮筋腫 (60 歳頃)

家族歴 : 特記すべきことなし

現病歴 : 平成 16 年、腰痛精査のため他院入院。尿よりベンスジョーンズ蛋白が検出されたため血液内科を紹介され、IgG、κ 型多発性骨髄腫 (Durie and Salmon 分類病期 II) と診断された^{1,2)}。メルファランならびにプレドニン併用療法を 2 コース実施された後に退院となった。しかしながら平成 16 年 9 月、骨痛コントロール不良と認知症によるせん妄のため在宅療養が困難となり療養型病院である当院入院となった。

入院時現症 : 意識レベル清明。身長 135 cm、体重 35 kg。血圧 110/68 mmHg、脈拍 65/分整で触知良好。眼瞼結

膜貧血を認めず、眼球結膜黄疸を認めず。全身リンパ節腫脹認めず。胸腹部異常なし。神経学的所見なし。全身骨痛あり。改訂版長谷川式知能評価テスト³⁾では軽度の認知症を認め、Functional Independence Measure^{4,5)}では全ての面で監視または介助を必要とするレベルであった。

入院時検査所見 (表 1) : 入院時検査では Hb 7.9 g/dl と貧血、TP 9.9 g/dl、IgG 5019 mg/dl と上昇、IgA 15 mg/dl、IgM 36 mg/dl と抑制が認められ、Durie and Salmon 分類では病期 III であった。

臨床経過 : 認知症により病識が乏しく、多発性骨髄腫に対する治療については家族に委ねることとなった。家族は積極的な治療よりも疼痛コントロール等による終末期医療を希望した。入院後は骨痛に対して MS コンチンによる疼痛コントロールを導入したが、せん妄が出現するため使用を中止した。プレドニゾロン 5 mg を 1 ヶ月中 7~10 日間適宜内服ならびに消炎鎮痛剤により対症したところ骨痛は軽減され日常生活性も確保された。

平成 17 年 8 月 11 日に突然の発熱 (38.5 度)、左耳介に発赤、疼痛、黄白色膿を認めた。細菌性外耳道炎と診断してゲンタシン軟膏を塗布し第三世代セフェム系抗生物質の内服を開始したが効果なく、耳鼻咽喉科受診したところ带状疱疹による外耳介炎と診断された。アシクロビル軟膏塗布ならびにアシクロビル内服を開始したところ解熱、左外耳介炎は改善した。発症より 7 日目に左前額の不全麻痺、口角下垂、垂涎、構語障害が出現、前額部の皺を意識的に作ることが不可能となった。頭部 CT では異常は認められず、また明らかな知覚障害はなかったため末梢性顔面神経麻痺

表 1 入院時検査所見

WBC	7600	/ μ l	TP	9.9	g/dl	CRP	0.04	mg/dl
RBC	232 x 10 ⁴	/ μ l	ALB	3.0	g/dl	β 2MG	5.0	mg/dl
Hb	7.9	g/dl	UN	33.4	mg/dl	IgG	5019	mg/dl
Hct	23.8	%	CRE	0.9	mg/dl	IgA	15	mg/dl
MCV	102.6	fl	Na	134	mEq/l	IgM	36	mg/dl
MCH	34.1	pg	K	3.5	mEq/l			
MCHC	33.2	%	Cl	103	mEq/l			
Plt	22.5 x 10 ⁴	/ μ l	AST	19	IU/l			
Bas	0	%	ALT	10	IU/l			
Eos	2	%	LDH	174	IU/l			
Seg/Band	53	%	UA	12.9	mg/dl			
Lym	41	%	T. Bil	1.03	mg/dl			
Mono	4	%	T-chol	142	mg/dl			
			TG	129	mg/dl			
			BS	97	mg/dl			

(Ramsay Hunt 症候群) と診断した。柳原法 (40 点法)^{6,7)}による顔面神経麻痺の重症度スコアは 18 点で中等度、House-Brackmann 法⁸⁾による評価では前期高度麻痺 (grade IV) に分類された。治療としてプレドニゾロンならびにビタミン B 群の点滴を行うとともに言語療法士による早期言語リハビリテーションを開始した。言語リハビリテーション開始 14 日後にはゼリー食を摂食 (grade III) し、2 ヶ月後にはとろみ付きミキサー食を摂食することができるようになった (grade II)。3 ヶ月後には自力食事摂取が可能 (grade II)。6 ヶ月後には顔面神経麻痺はほぼ消失、嚥下障害も消失した (grade I)。

考察

終末期における悪性腫瘍患者においては、(1) 疼痛管理、(2) 易感染性に伴う感染症の管理、(3) 貧血の管理、(4) その他の合併症の管理、(5) 本人および家族の精神的な支援などの全身管理が中心になる⁹⁾。本症例は家族の希望ならびに高齢また認知症のため多発性骨髄腫に対して強力な化学療法が施行できず疼痛管理を中心となった終末期患者であった。入院中に帯状疱疹に罹患、改善後に Ramsay Hunt 症候群を合併したため食事経口摂取が困難となり誤嚥性肺炎を合併するリスクが高まった^{10,11)}。一般的に高齢者において帯状疱疹による外耳炎後に合併した Ramsay Hunt 症候群は重症化しやすく、6 ヶ月以内の回復は困難な例が多いことが報告されている^{12,13)}。本症例においては早期治療ならびに言語リハビリテーション施行によって 2 ヶ月後には食事摂取が可能になり、6 ヶ月後には帯状疱疹発症前の日常生活能に復した。

高齢化社会が進んでいる本邦では、今後、原疾患治療が困難な多くの高齢者造血器悪性腫瘍症例が療養型医療施設において終末期医療を受けるものと予想される。本例もまた原疾患に対して積極的治療は行えなかったが、原疾患による免疫不全状態から合併した外耳炎後 Ramsay Hunt 症候群に伴う嚥下困難等の諸症状に対して早期治療と早期言語リハビリテーション導入により改善が得られた。従って、治療困難な高齢者造

血器悪性腫瘍症例においても種々の合併症に対してはリハビリテーションを含め積極的な治療を行うことによって quality of life を保つことが可能であり、療養型医療施設の役割であるものと考えられた。

文献

- 1) 尾崎修治, ほか: 多発性骨髄腫の症状、診断、鑑別診断、病分類. 押味和夫編著. 白血病・リンパ腫・骨髄腫 今日の診断と治療, 3 版, pp 276~283, 中外医学社, 東京, 2004
- 2) 天野正道, ほか: 骨髄腫. 三輪史朗, ほか編著. 血液病学, 2 版, pp 1095~1110, 文光堂, 東京, 1995
- 3) 加藤伸司, ほか: 長谷川式簡易知能評価スケール改訂の試み. 老年精神医学雑誌 2: 890~900, 1991
- 4) FIM 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き (原著第 3 版), 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室内 FIM/UDS 事務局, 東京, 1991
- 5) 田尻寿子, 辻 哲也: 機能的自立度評価法 (FIM). 作業療法ジャーナル 58: 568~577, 2004
- 6) 中村光太郎, 柳原尚明: 顔面神経麻痺の病因と麻痺程度の評価法. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 62: 539~543, 1990
- 7) 柳原尚明: 「顔面神経麻痺と私」顔面神経麻痺評価法 40 点法, 柳原法について. Facial Nerve Research 24: 11~13, 2004
- 8) 柳原尚明: 顔面神経麻痺評価法の国際基準, 特に顔面神経研究会の 40 点法と House-Brackmann の評価法について. Facial Nerve Research 12: 99~102, 1992
- 9) 武田文和監訳: トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 1 版, pp 1~16, 医学書院, 東京, 2003
- 10) 三浦宏子, ほか: 虚弱老人における摂食・嚥下障害に関するケアアセスメント. 日本老年医学会雑誌 41: 217~222, 2004
- 11) 古市照人, 澁谷健一郎: ターミナルケア ターミナルリハビリテーションにおける心理的問題. Dokkyo Journal of Medical Sciences 29: 337~342, 2002
- 12) 酒巻孝一郎, ほか: 顔面神経麻痺の統計的観察

Bell 麻痺、Hunt 症候群の非治癒例の検討. 耳鼻咽
喉科臨床補冊 **101**: 125~130, 1999
13) 中里秀史, ほか: 高齢者の顔面神経麻痺の検討.
Facial Nerve Research **16**: 151~153, 1996

受付 : 2006 年 9 月 10 日
受理 : 2006 年 10 月 26 日