

## 症例報告

## 伝導失語を初発症状とした肺腺癌による髄膜癌腫症の1例

<sup>1)</sup>東京女子医科大学 医学部 神経内科学 (主任: 岩田 誠教授)<sup>2)</sup>戸田中央総合病院 神経内科テイ 鄭 <sup>1)2)</sup> ヒデアキ 秀明 <sup>1)2)</sup> ・ オオハラ クニコ <sup>1)</sup> 大原久仁子 <sup>1)</sup> ・ タケミヤ トシコ <sup>1)</sup> 竹宮 敏子 <sup>1)</sup> ・ イワタ マコト <sup>1)</sup> 岩田 誠 <sup>1)</sup>

(受付 平成12年8月22日)

Conduction Aphasia as the First Clinical Manifestation of Meningeal Carcinomatosis  
Caused by Lung AdenocarcinomaHideaki TEI<sup>1)2)</sup>, Kuniko OHARA<sup>1)</sup>, Toshiko TAKEMIYA<sup>1)</sup> and Makoto IWATA<sup>1)</sup><sup>1)</sup>Department of Neurology (Director: Prof. Makoto IWATA),

Tokyo Women's Medical University, School of Medicine

<sup>2)</sup>Department of Neurology, Toda Central General Hospital

A 55-year-old man was hospitalized because of the acute onset of speech disturbance, which was defined as typical conduction aphasia. A cranial CT revealed a considerably enhanced edematous lesion in the left peri-sylvian region mainly involving the superior temporal gyrus extending to the inferior part of the supramarginal gyrus. Despite no apparent respiratory tract symptoms, a chest X-ray and CT revealed multiple small nodular lesions in both lungs, and the fifth cytological examination of the cerebrospinal fluid disclosed malignant cells, indicating adenocarcinoma. Even in cases with focal cerebral symptoms of acute onset, meningeal carcinomatosis should be considered among the differential diagnoses.

## 緒 言

髄膜癌腫症は悪性腫瘍、特に乳癌や肺癌、メラノーマなどにより生じる中枢神経系への転移の1型としてよく知られている<sup>1)2)</sup>。その臨床症状としては、脳神経症状や神経根症状を伴って、慢性的な髄膜炎症状を呈することが多い。局所的な大脳皮質の脱落症状を呈することは少ないとされており、もしそれらが出現しても、意識障害やけいれん、精神症状を伴う全般性の認知障害の部分症状として生じることが多いといわれている<sup>1)2)</sup>。

今回、典型的な伝導失語を初発症状とした、肺腺癌による髄膜癌腫症の1例を経験したので報告する。

## 症 例

**症例:** 55歳, 男性。右手利きであり, 家族に左手利きはいない。教育歴9年。

**主訴:** うまくしゃべれない。

**既往歴:** 特記事項はない。明らかな脳血管障害の危険因子はなく, 喫煙歴もない。

**現病歴:** 1997年5月初旬より全身倦怠感があったが放置していた。特に, 咳・痰などの呼吸器症状はなかった。5月25日より急に話し方がおかしくなったため翌26日戸田中央総合病院を受診し, 脳血管障害を疑われ神経内科に入院した。

**入院時一般理学的所見:** 血圧142/100mmHg, 体温36.8℃, 脈拍78回/分・整, 呼吸数14回/分で, 貧血, 黄疸はなく, 胸部・腹部とも異常所見

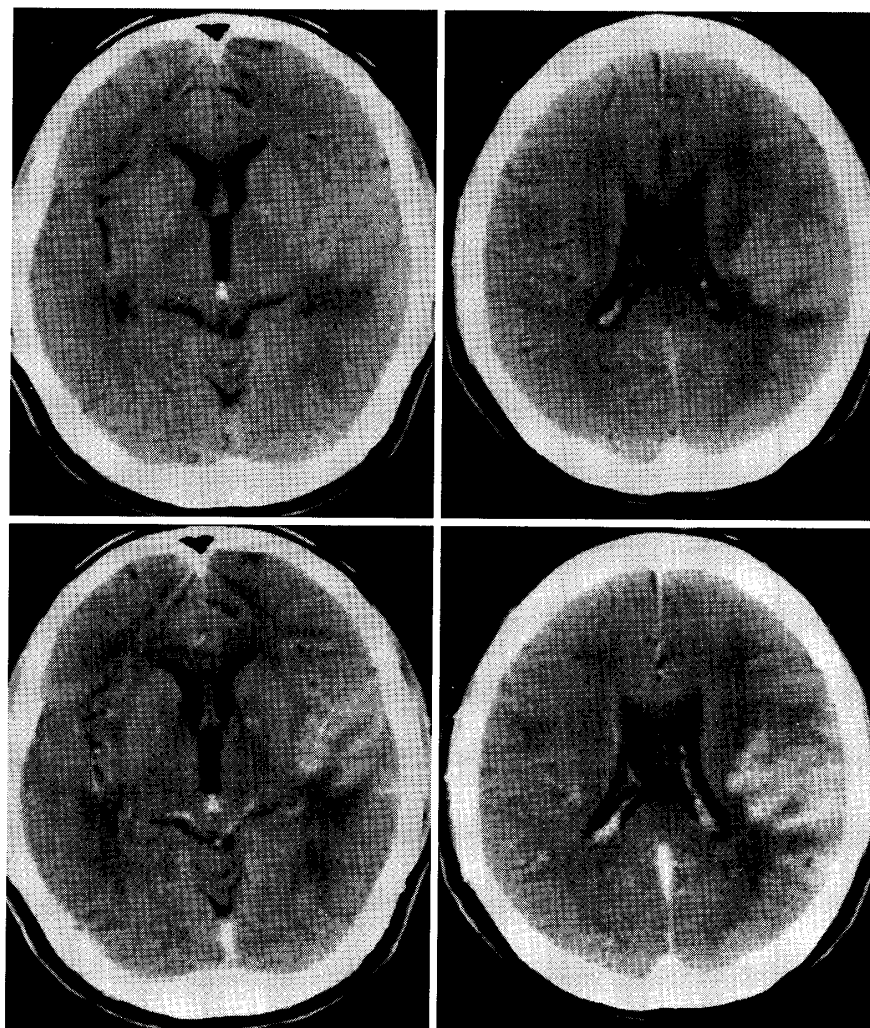


図1 入院時頭部CT

上段：単純，下段：造影。

左上側頭回から頭頂葉下部にかけて造影所見陽性の浮腫状病巣が認められる。

はなく，リンパ節の腫脹も認めなかった。

**神経学的・神経心理学的所見：**意識は清明である。失語（後述）はあるが，時間・場所・人に対する見当識は保たれていた。脳神経系に異常はない。右上肢に極く軽度の筋力低下を認めたが，下肢の筋力は正常である。反射では右上肢の深部腱反射が亢進していたが，病的反射はなく，感覚，協調運動に明らかな異常はない。明らかな髄膜刺激症状はなかった。言語は流暢で構音障害はなく，プロソデーも正常であるが，音韻性錯語（きもち→きもし，とけい→ときい）が目立ち，物品呼称も錯語が目立ち70%の正解率であった。言語理解はほぼ良好であったが，復唱障害は著明で

WAB失語症検査では「ゆきだるま」までしか正解できず，数字の順唱も4桁までしかできなかった。左右・手指失認はなく計算障害も認めなかった。観念失行・観念運動失行もなかった。WAB失語症検査は失語指数61であった。以上より伝導失語と考えられた<sup>3)</sup>。

**検査所見および入院後経過：**入院時の頭部CTでは(図1)，左シルビウス裂周囲領域は浮腫状で上側頭回から頭頂葉下部にかけて造影所見陽性の病巣が認められた。急性期の脳梗塞が疑われたため，ヘパリンおよびグリセオールの投与を行った。その後の頭部CTでも病巣のdensityに変化はなかった。入院3日後より，かなり激しい頭痛と嘔

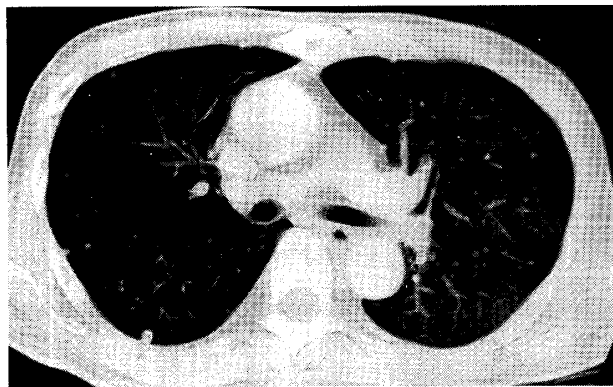


図2 胸部CT

大動脈に接して径20mm大の腫瘤の他に両肺野に多数の小結節状陰影が認められ、リンパ節の腫大も伴っている。

気の訴えがあり、時々嘔吐するようになった。5月28日に施行した髄液検査では初圧120mmH<sub>2</sub>O、細胞数47/ml(多核球31, リンパ球16)、蛋白192mg/dl、糖24mg/dl(血糖96mg/dl)で、培養は一般細菌、真菌、結核菌(PCR法)とも陰性で、単純ヘルペス抗体価も有意な上昇はなく、髄液細胞診はclass IIIであった。胸部単純レントゲンで多発性小結節状陰影があり、結核性髄膜炎も疑われたため、6月1日よりステロイドホルモン、INH、SM、RFPの投与を行い、頭痛・嘔吐は改善したが、言語症状の改善は認められず次第に悪化した。6月中旬より水頭症が出現し、見当識障害、不穏傾向も出現した。胸部CTで両肺に多発性微小結節状陰影があり(図2)、血清CEA349ng/mlと著増していた。5回目の髄液細胞診でclass V(adenocarcinoma)が検出された。大量のステロイドの投与にもかかわらず、水頭症は増悪し、7月10日脳幹障害により呼吸停止がおり死亡した。剖検は許可されなかった。

### 考 察

本例は伝導失語で発症し、頭部CTで左側頭葉から頭頂葉に異常陰影が確認され、入院後の精査により肺腺癌が検出された症例である。脳の病理学的検討がなされていないので確定はできないが、言語症状が進行性に増悪したことおよびCT上の病巣のdensityに変化がないことから一般的な脳梗塞症とは考えづらく、髄液所見から肺腺癌

による髄膜癌腫症と考えられる。

髄膜癌腫症では、局所的な大脳皮質症状はまれであるといわれている。Kleinら<sup>2)</sup>は、左上肢の運動障害および左上肢の皮質性感覚障害(触覚消失、皮膚書字覚障害)をはじめとするいくつかの大脳局所徴候を呈し、CT・MRI上出血性梗塞の所見が認められた signet-ring adenocarcinoma による髄膜癌腫症の1例を報告している。剖検では、臨床的に障害が認められた部位に一致して、髄膜と脳実質内の血管は腫瘍細胞で充満され、血管周囲の炎症反応も高度で、そのため、腫瘍により多発性の血栓が生じ梗塞に陥っていたと報告されている。他にもいくつかの同様の報告がなされている<sup>4)~6)</sup>。本例の症状はかなり急激に発症しており、出血性梗塞とも考えられるCT所見であった。剖検は施行できなかったが、Kleinらと同様の機序で病巣が生じたと考えられる。また本例の病巣部位は上側頭回から縁上回にかけてであり、伝導失語として典型的な部位であった<sup>3)</sup>。

大脳皮質局所症状を呈し、急性発症した症例においても髄膜癌腫症を鑑別診断として考慮する必要があると思われた。

### 文 献

- 1) **Balm M, Hammack J:** Leptomeningeal carcinomatosis. presenting features and prognostic factors. *Arch Neurol* **53:** 626-632, 1996
- 2) **Klein P, Haley C, Wooten F et al:** Focal cerebral infarctions associated with perivascular tumor infiltrates in carcinomatous leptomeningeal metastases. *Arch Neurol* **46:** 1149-1152, 1989
- 3) **相馬芳明, 大槻美佳:** 伝導性失語。「脳卒中と神経心理学」(平山恵造, 田川皓一編), pp173-178, 医学書院, 東京(1995)
- 4) **Wasserstrom WR, Glass JP, Posner JB:** Diagnosis and treatment of leptomeningeal metastases from solid tumors: experience with 90 patients. *Cancer* **49:** 759-772, 1982
- 5) **Olson ME, Chernik NL, Posner JB:** Infiltration of the leptomeninges by systemic cancer. *Arch Neurol* **30:** 122-137, 1974
- 6) **Siegal T, Mildworf B, Stein D et al:** Leptomeningeal metastases: reduction in regional cerebral blood flow and cognitive impairment. *Ann Neurol* **17:** 100-102, 1985