

ミュンヒハウゼン症候群が疑われた、 内因性真菌性眼内炎を繰り返した 1 例

峰村 健司¹⁾, 永原 幸¹⁾, 蕪城 俊克¹⁾, 桜井 真彦²⁾, 新家 眞¹⁾
田中 栄³⁾, 土井 卓子⁴⁾, 奥川 周⁵⁾, 塚田 訓久⁵⁾

¹⁾東京大学大学院医学系研究科眼科学, ²⁾埼玉医科大学総合医療センター眼科

³⁾東京大学大学院医学系研究科整形外科, ⁴⁾国立病院機構横浜医療センター外科

⁵⁾東京大学大学院医学系研究科感染制御部感染症内科

要 約

目的: 内因性真菌性眼内炎を発症した後、自傷行為が関与したと思われる角膜潰瘍、眼内炎を繰り返し、ミュンヒハウゼン症候群が疑われた症例を経験したので報告する。

症例: 44 歳、女性。2000 年 10 月に右眼に内因性真菌性眼内炎を発症、硝子体切除術で軽快したが、その後、医学的に説明のつかない角膜潰瘍および眼内炎を繰り返して失明に至った。経過中、自傷行為の物的証拠が発見され、術後に繰り返された角膜潰瘍および眼内炎に

は自傷行為が関与していると考えられた。精神科医のカルテ診察によりミュンヒハウゼン症候群が疑われたが、患者は精神科受診を拒否し続けた。

結論: このような症例に対しては、眼科的治療だけでなく精神的ケアをも念頭におき対応する必要があると考えられた。(日眼会誌 110:188-192, 2006)

キーワード: ミュンヒハウゼン症候群、自傷行為、真菌性眼内炎、角膜潰瘍

A Case of Recurrent Fungal Endophthalmitis with Suspected Munchausen Syndrome

Kenji Minemura, Miyuki Nagahara, Toshikatsu Kaburaki, Masahiko Sakurai
Makoto Araie, Sakae Tanaka, Takako Doi
Shu Okugawa and Kuniyoshi Tsukada

¹⁾Department of Ophthalmology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

²⁾Department of Ophthalmology, Saitama Medical Center, Saitama Medical University

³⁾Department of Orthopedics, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

⁴⁾Department of Surgery, National Hospital Organization Yokohama Medical Center

⁵⁾Department of Infectious Diseases, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Abstract

Purpose: To report recurrent fungal endophthalmitis which developed after endogenous fungal endophthalmitis. The patient was suspected to be suffering from Munchausen syndrome.

Case: A 44-year-old woman contracted endogenous fungal endophthalmitis in her right eye in October 2000. After the endophthalmitis was healed by vitrectomy, corneal ulcer and endophthalmitis repeatedly occurred in the eye from an unknown cause. The patient finally lost the sight of her right eye. The corneal ulcer and endophthalmitis resulted from self-injury for which we found material evi-

dence in the course of the treatment. Munchausen's syndrome was suspected but the patient persistently refused to see a psychiatrist.

Conclusion: We must be prepared to provide mental and psychiatric care in addition to ophthalmological treatment for such a case.

Nippon Ganka Gakkai Zasshi (J Jpn Ophthalmol Soc 110:188-192, 2006)

Key words: Corneal ulcer, Fungal endophthalmitis, Munchausen syndrome, Self-injury

別刷請求先: 113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1 東京大学大学院医学系研究科眼科学教室 峰村 健司

(平成 16 年 9 月 16 日受付, 平成 17 年 4 月 27 日改訂受理) E-mail: fctokyo@yahoo.co.jp

Reprint requests to: Kenji Minemura, M.D. Department of Ophthalmology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8655, Japan

(Received September 16, 2004 and accepted in revised form April 27, 2005)

I 緒 言

ミュンヒハウゼン症候群とは虚偽性障害の重症例で、病人を演じるために自傷行為や病気の捏造を繰り返し、手術や入院を繰り返すなどして医療スタッフを振り回すといった異常行動を示す症候群である。1951年に Asher¹⁾によって Lancet に紹介された精神科領域の症候群で、眼科領域でもいくつかの報告^{2)~5)}がある。今回我々は、内因性真菌性眼内炎発症を契機として、その後、自傷行為が関与したと思われる角膜潰瘍、眼内炎を繰り返し、失明に至った症例を経験したので報告する。

II 症 例

症 例：44 歳，女性。

主 訴：右眼視力低下

既往歴：1982年に自転車の転倒事故で右鎖骨骨折、保存的治療で痛みが軽快しないため翌年整復術を受ける。術後も痛みが軽快しないため、投薬による対症的治療を受けていた。1988年、胃十二指腸潰瘍に対し、胃十二指腸全摘施行。1989年、卵巣腫瘍による茎捻転発症、卵巣腫瘍摘出術施行。1992年、偽性イレウスに対し結腸全摘術。1995年、直腸小腸部分切除術施行し、中心静脈栄養管理 (IVH) を開始。中心静脈栄養管理によるアレルギー症状に対して、ステロイド投与開始。1998年、二次性の骨粗鬆症を認め、エルカトニン筋注開始。2000年、左肩のエルカトニン筋注部分に瘻孔を形成した。外科治療中(1995年)に外科医の勧めで精神科を受診、「摂食障害+境界型人格障害」と診断された。

家族歴：父親にぶどう膜炎の既往。

家族背景：父親が脳梗塞、母親はその看護で忙しいという。

現病歴：既往歴にあるように1988年以降、消化管疾患、婦人科疾患を繰り返し、数回の開腹手術の既往がある。1995年からはIVHが行われ、その後、真菌性(カンジダ)敗血症を繰り返している。1999年からは浣腸を併用することで摂食可能になったためIVHは中止されたが、2000年になって再び真菌性敗血症を発症、同時に右眼の飛蚊症を自覚した。近医で眼底出血を指摘され視力も徐々に低下したため、同年10月に当科へ紹介受診となった。

初診時所見：2000年10月11日、右眼視力(0.5×-0.75 D ⊂ cyl-1.5 D Ax 92°)、左眼視力(1.2×-0.25 D ⊂ cyl-1.0 D Ax 95°)、右眼眼圧16 mmHg、左眼眼圧11 mmHg。右眼の前房に細胞(+)、蛋白(+)、硝子体には限局性の軽度混濁、眼底後極の網膜には円型の浸出性病変を認めた(図1)。蛍光眼底造影で、散在する娘病巣と視神経乳頭の過蛍光を認めた(図2)。左眼には前眼部、眼底ともに異常を認めなかった。

経 過：初診時の臨床所見から内因性真菌性眼内炎を



図 1 初診時右眼眼底。
後極部に円形の浸出性病変を認める。

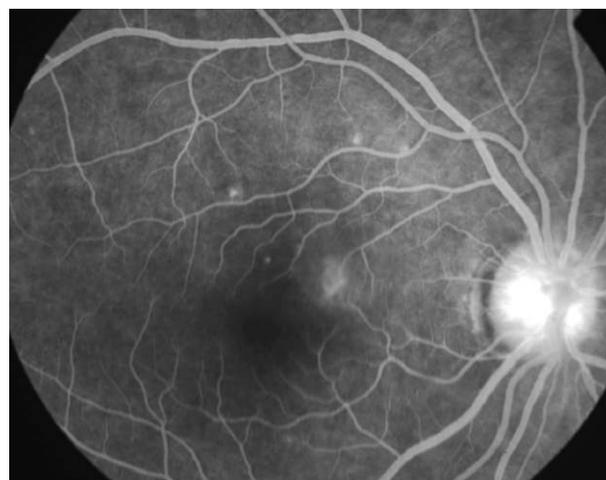


図 2 初診時右眼フルオレセイン蛍光眼底造影。
散在する娘病巣と、視神経乳頭の過蛍光を示す。

疑い入院治療を勧めたが、当初より医者に対する不信任感が強く同意が得られないため外来で経過観察することになった。10月19日よりフルコナゾール 100 mg/日の経口投与を開始した。しかし、視力はさらに低下し、硝子体混濁の増悪(石原分類Ⅲ期 b)が認められたため、フルコナゾールを 200 mg/日に増量し、さらに、フルコナゾールの硝子体注射(0.2 mg)を施行したが、治療の効果なく10月31日には右眼矯正視力が0.03と低下し、眼内炎はさらに進行していた。再度、入院治療の必要性を説明し、同意が得られたため11月1日入院し、硝子体手術を施行、点滴治療(フルコナゾール 200 mg)を開始した。術中に採取した硝子体液からは *Candida Albicans* が検出された。

術後、右眼矯正視力は最高で0.4まで回復し、その後2か月間の病状は安定していた。2001年1月に突然角膜潰瘍を発症、それ以降、眼内炎、角膜潰瘍、角膜穿孔を

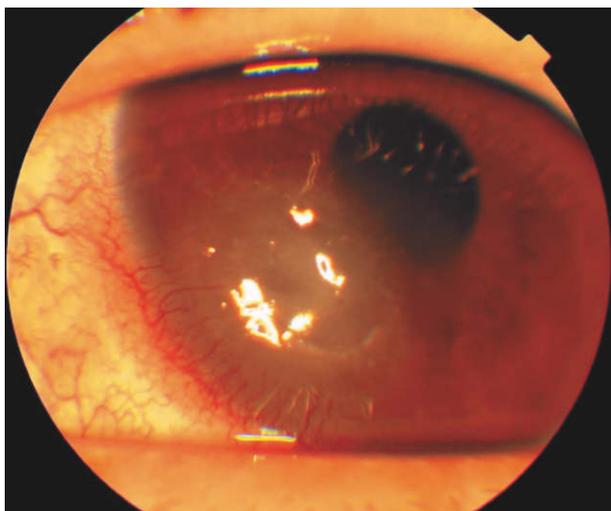


図 3 2001 年 1 月 12 日, 右眼前眼部所見.
耳下側角膜に潰瘍を認める.

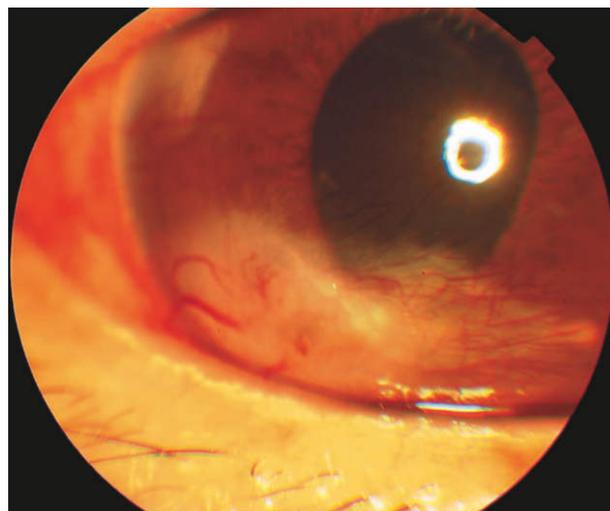


図 5 2001 年 4 月 26 日, 右眼前眼部所見.
前房洗浄を繰り返して, 菌塊は消失している.

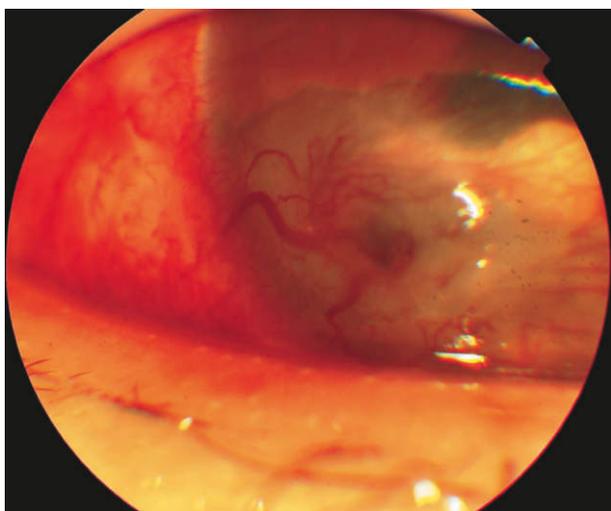


図 4 2001 年 4 月 8 日, 右眼前眼部所見.
前房内に菌塊を認める.



図 6 2001 年 7 月 9 日, 左肩瘻孔.
繰り返す真菌感染の責任病巣と考えられた左肩瘻孔.

繰り返し, 外来通院は救急外来を含めると週に 3 日以上になった. この間の代表的な経過について以下に記述する.

1 月 12 日, 「昨日病院の帰りに右目に異物が入ってゴロゴロし, 充血する」との主訴で来院, 右眼角膜に潰瘍が認められた(図 3). 2 月 5 日には右眼角膜の別の部位に細胞浸潤を伴う新たな潰瘍が出現した. 培養では菌の同定ができなかったが, これらの症状に対し抗生剤と抗真菌薬による治療を継続した.

3 月 21 日, 「眼軟膏をつけていたら, 急に涙が出てきて止まらなくなった」との主訴で救急外来を受診した. この時, 角膜穿孔は認められなかったが, 右眼圧は低眼圧, 眼底の一部に脈絡膜剥離を認めた. 3 月 30 日には角膜潰瘍の穿孔部位に虹彩嵌頓を認め, 眼底全周に脈絡膜剥離を認めた. 2001 年 4 月 8 日には右眼視力は光覚

弁まで低下した(図 4). β -D グルカン値が 18 と依然, 内因性の真菌感染が否定できない状態で眼内の炎症も増悪したため, フルコナゾール(0.02 mg/ml)を用いた前房洗浄を行い, 11 日には炎症は軽快した.

4 月 17 日, 炎症が再燃し, 進行が急速だったため細菌感染も疑い, イミペネム(0.01mg/ml)とフルコナゾール(0.02 mg/ml)にて眼内の洗浄を施行した. 洗浄後の眼底検査で後極に菌塊を認めたため真菌性眼内炎の再発と診断, フルコナゾール点滴静注を頻回施行し, 4 月 26 日には軽快した(図 5).

5 月 6 日, 眼痛と急速な視力低下で救急外来を受診. 右眼前房に炎症の再燃, 豚脂様角膜裏面沈着物を認め, フルコナゾール(0.02 mg/ml)にて眼内の洗浄を施行した.

2001 年 6 月末, 左肩瘻孔の根治を目的として整形外科に入院し, 抗真菌薬, 抗菌薬の集中治療を開始した(図 6). 左肩創傷のデブリドメンを行い, 創傷は徐々に



図 7 2001 年 8 月 7 日，右眼眼底。
6 時方向に白色菌塊と網膜血管炎所見を認める (矢印)。

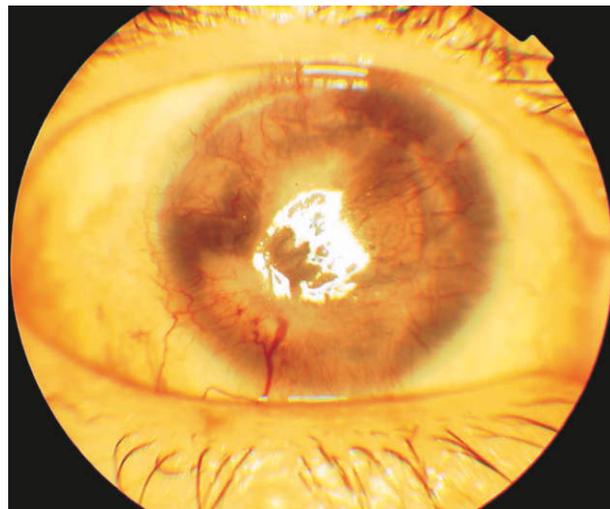


図 8 2001 年 11 月 27 日，右眼前眼部。
眼球癆となり，網膜電図は flat を示した。

縮小，全身状態も改善した。入院中の 7 月 21 日，眼痛を訴え当科を受診，右眼角膜潰瘍部の再穿孔を認めた。患者が「ピマリシン眼軟膏点入時に触ったようだ」と説明したためピマリシン眼軟膏を中止し，角膜穿孔に対して角膜縫合を施行した。この時点で，網膜機能評価のためにレーザー光線を用いた網膜視力測定を施行したところ，右眼網膜視力は 0.12 を示した。

7 月 31 日，「今までにない眼痛」を訴えた。角膜縫合 3 針のうち 1 針が切断されているのが確認され抜糸した。患者の話では「点眼瓶の先が角膜に接触した」とのことであった。8 月 7 日，眼内炎は比較的落ち着いており眼底は透見可能であったが，網膜面上には網膜血管炎の所見と白色の菌塊が認められた(図 7)。8 月 14 日，右前房に気泡を認め，角膜縫合糸の再縫合を行った。

以上のような経過から徐々に眼球癆が進行した。11 月 27 日，右眼網膜電図は flat を示し，角膜表層および真相に血管侵入を伴った実質混濁が広まっている(図 8)。この間，整形外科に再入院し，左肩瘻孔の治療も試みているが，治癒には至らなかった。

経過中，角膜に繰り返し傷害を呈して救急外来を受診することから異常を察知し，精神科受診を勧めたが，患者に精神科受診の意思がなく，また受診の同意も得られなかった。やむを得ず精神科医にカルテを元に意見を求めたところ，ミュンヒハウゼン症候群を指摘された。難治な症候群である上，精神科受診ができないのでは治療は難しいとのコメントであった。その後の奇異な行動として，診断書や情報提供などの書類を提供先に手渡さないうで虚偽の内容を口頭で伝えたこと，浣腸時に眼に耐えられない痛みを感じたと訴え，救急車で来院したことなどが挙げられる。2002 年 5 月に眼痛の鎮痛目的にて入院した際には，患者の枕元に注射針の付いた使い古されたディスポーザブル注射器が隠されていたことが判明し

た。このような行動を重くみて再度，精神科受診の必要性を説明したが，精神科医への不信任感が強く受診を拒否し続けている。

III 考 按

冒頭に述べた通り，ミュンヒハウゼン症候群は虚偽性障害の一種であり，患者は自傷行為や病気の捏造などにより医者にかかる機会を獲得する。医学的に説明がつかないような病態を次々と呈し，治療は困難を極め医療スタッフを悩ませる。やがて「医者に驚いてもらう・かまってもらおう」かのような患者の異常行動が医療スタッフによって疑われ，自傷行為や捏造が見抜かれそうになった時点で，他院に転医することが多いようである。眼科的症状を呈したミュンヒハウゼン症候群の海外での報告は，Winans ら²⁾による眼窩内気腫の報告をはじめ，Rosenberg ら³⁾による 4 症例の報告などいくつかみられるが，いずれも失明など予後が不良となっている。我が国においては，太刀川ら⁴⁾による両眼角膜潰瘍の症例および谷藤ら⁵⁾による角膜上皮障害の症例が報告されている。これらの症例では病巣は前眼部に限局しており，また，精神科への導入に成功し精神科的治療が奏功して病状の寛解を得ている。

本症例では，眼科初診時の真菌性眼内炎については外眼部に創傷は認められず，直接的に自傷行為によって引き起こされたものではない。内因性真菌性眼内炎は，大手術の後やステロイド長期投与後などに多くみられる。近年 IVH の普及に伴って急増しており，本症例もこれに該当すると考えられる。ただし IVH を中止した後に繰り返した真菌感染の責任病相は背側の瘻孔と考えられており，これは自傷行為の反復によって悪化したものと疑われ，初発の眼内炎についても間接的には自傷行為が関与していたと考えられる。

初発時の内因性真菌性眼内炎については、石橋⁶⁾の提案した病気分類と治療方針に照らし合わせても、適切な処置がなされたと考えられる。石橋は、従前から真菌性眼内炎の特徴とされていた眼底の円型白色病変の出現をII期とし、炎症細胞のみがみられるI期を設けて真菌性眼内炎に対する注意を喚起している。また、治療方針としては、硝子体中に軽度の限局性の混濁をみるIII期 a までは抗真菌薬の全身投与を、硝子体混濁が中等度以上になるIII期 b 以降は手術を考慮するとした。本症例では初診時に既に石橋分類のIII期 a で、この時点で点滴投与による治療を考慮しており、また、再診時所見はIIIb で硝子体手術を施行した治療方針は妥当であった。結果として術後最高矯正視力は0.4であったが、初診時には患者の理解が得られず抗真菌薬の点滴投与ができず経口投与のみであったため、結果的に強力な治療の開始が遅れて視力予後を低下させたと考えられた。

本症例は硝子体手術により一旦は寛解状態を得たが、その後眼内炎、角膜潰瘍を繰り返したことは先述の通りである。自傷行為の現場が目撃されたわけではないが、物的・状況証拠からも眼球に対する自傷行為は間違いないと思われ、精神科医へのカルテによる相談でミュンヒハウゼン症候群を指摘されたが、もともと難治な症候群である上に患者本人が精神科受診を一貫して拒否する以上、精神科的治療の手立てがないとされ、当科では眼科的対症療法に終始せざるを得ず、結果として失明という残念な結果となった。患者が精神科の受診を拒む理由としては、以前に患者が精神科を受診した際に不愉快な思いをしたためとのことであった。もちろん、そのような状況でも医療スタッフ間の連携を密に取り、患者との対応において感情的にならぬように努めることは最低

限必要であろう。また、虚偽性障害自体が疾患であるため、自傷行為や病気の捏造に関して闇雲に患者を問責しても、解決にならないばかりか逆に患者による受診拒否、他院への転医を招いたり、さらには患者の精神状態を悪化させることもあるので注意する必要がある。そして、可能であれば良好な医師患者関係を作り出した上で再度、精神科受診を勧め、精神科の治療も併せて行っていくことが望ましいと思われた。

以上、ミュンヒハウゼン症候群を疑われ、内因性真菌性眼内炎を繰り返した1例を報告した。このような症例に対しては眼科的治療だけでなく、精神科的ケアをも念頭におき対応する必要があると考えられた。

文 献

- 1) Asher R: Munchausen's syndrome. *Lancet* I: 339-341, 1951.
- 2) Winans JM, House LR, Robinson HE: Self-induced orbital emphysema as a presenting sign of Munchausen's syndrome. *Laryngoscope* 93: 1209-1211, 1983.
- 3) Rosenberg PN, Krohel GB, Webb RM, Hepler RS: Ocular Munchausen's syndrome. *Ophthalmology* 93: 1120-1123, 1986.
- 4) 太刀川弘和, 佐々木恵美, 小林 純, 鈴木利人, 白石博康, 高松俊行, 他: 両眼角膜潰瘍を呈した Munchausen 症候群の1例. *精神医学* 40: 395-400, 1998.
- 5) 谷藤典子, 外園千恵, 木下 茂, 國澤正寛, 小尾口由紀子, 吉井崇喜: Munchausen 症候群に生じた難治性再発性角膜上皮傷害の1例. *日眼会誌* 107: 208-212, 2003.
- 6) 石橋康久: 内因性真菌性眼内炎の病期分類の提案. *臨眼* 47: 845-849, 1993.