

事例報告書

【アンカリングバイアスによる診断エラーを経験した1例】

提出 No. _____

大分類	A) 診断学	中分類	3 診断エラー学と省察
主たる病院総合診療医像	5. 病歴、身体診察、基本手技全般に長け、その実践と教育を重視した臨床活動を行う		
患者 ID : XXXXXXXXX	患者年齢 : 84 歳	性別 : 男性	病院名 : XXXXXXXXX 病院
受持期間 : 20XX 年 XX 月 XX 日 ~ 20XX 年 XX 月 XX 日			

転帰 : 治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名 (主病名および副病名)

○① 転移性脊椎腫瘍

② 前立腺癌

【診療セッティング】 一般外来 (時間内受診)

【主訴】 下肢の痺れ, 脱力

【現病歴】 受診 3 日前に左前胸部の神経痛が出現した。近位を受診したところ, 皮疹はなかったものの, 右前胸部に強い神経痛が出現した。近位で帯状疱疹としてバルトレックスが処方されたが, 神経痛は改善しなかった。受診 2 日前から下腿のしびれ, ふらつきが出現し, 翌日には両側大腿までしびれが広がり, 起立や自力歩行が困難となった。

【既往歴】 膀胱癌, 前立腺癌

【内服薬】 リュープロレリン, ビカルタミド

【主な入院時現症】 意識レベル E1V1M1, 血圧 145/80mmHg, 脈拍 82 回/分, 体温 36.6°C, SpO₂ 98%(room air), 呼吸数 12 回/分, 項部硬直なし。眼瞼結膜に点状出血はなく, 眼球結膜に黄染はない。呼吸音は清で左右差なし, 心雑音なし。Th8 以下の範囲に温痛覚低下を認める。触覚及び振動覚は正常。両下肢は遠位・近位ともに徒手筋力テストで 3~4 程度に低下している。深部腱反射は両下肢で亢進し, Babinski 反射は陽性であった。

【主要な検査所見】 脊椎 MRI を施行したところ, 第 9 胸椎全体に及ぶ信号変化を認めた。

プロブレムリスト

#1. 転移性脊椎腫瘍

【入院後経過と考察】

#1.

急速上向性の感覚障害であるが, 温痛覚のみが低下する解離性感覚障害であることと, 下肢腱反射亢進やバビンスキー反射などの錐体路徴候を伴っている点がギラン・バレー症候群に合致しないと考えられた。また, Th8 領域に sensory level を認める事から, 胸髄病変を疑い, 脊椎 MRI を施行したところ, 第 9 胸椎全体に及ぶ信号変化を認めた。速やかに胸椎後方陰圧固定術を施行したところ, リハビリを経て自力歩行可能となった。術中病理所見から前立腺癌による転移性脊椎骨腫瘍と診断した。

【総合考察（病院総合診療専門医の具体的な医師像を含む）】

悪性腫瘍が脊椎や硬膜外腔へ転移し、脊柱管へ伸展した結果、脊髄の圧迫を来すことを metastatic epidural spinal cord compression (MESCC) と言う。不可逆的な対麻痺を来すため速やかな診断が求められる疾患である (Cole JS, et al: Lancet Neurol. 7: 459-466. 2008.)。前立腺癌、乳癌、肺癌からの転移が各々20%と大半を占め、転移部位は胸椎が最も多い(60%)。背部痛が初発症状である事が多く(83-95%)、診断時には筋力低下(35-75%)、感覚障害(50-70%)、膀胱直腸障害(50-60%)を呈する。

当初、ギラン・バレー症候群を想起した。この時に起こした診断エラーのプロセスを振り返ると、1. 上向性の感覚障害であることから、何らかのポリニューロパチーではないか、2. 急速に進行していることから、中でもギラン・バレー症候群ではないか、3. 筋力低下も上記であれば説明できる、4. 左前胸部の神経痛は一元的には説明できないので、無疱疹性帯状疱疹が並存していたのではないかと、5. 腱反射が亢進したり、Babinski 反射が陽性であったが、これは元々あった所見、あるいは偽陽性だろう、と考えた。

この症例がエラーに至った Bio medical の部分について考察する。一番は、症状が上行性の経過を辿ったことである。上行性の感覚障害の場合、ポリニューロパチーを想起してしまう。さらに、その障害が急速上行性であることから、ギラン・バレー症候群あるいは AIDP などが想起される。しかしながら、左記疾患に合致しないことは上述にあった、温痛覚のみが低下する解離性感覚障害であることと、下肢腱反射亢進やバビンスキー反射などの錐体路徴候を伴っていることなどがあり、これらの症状は脊髄由来の疾患を示唆している。ここで最大の疑問は、脊髄疾患の障害の場合、下肢から上行する神経障害を呈するののかというのが大きな疑問点となる。温痛覚の経路である脊髄視床路は、外側に下肢の線維が分布しているため、髄外性病変では感覚障害が下肢から上行する。そのため、外部から圧迫を受けた場合、脊髄視床路を例に挙げると、S 領域→L 領域→T 領域→S 領域とあたかも上行性に痺れが出現しているように見えることが本症例のピットフォールとなった。

診断エラーを回避するには、思い込みというアンカリングバイアスからいつでも脱却できるスキルが必要である。一旦アンカリングしてしまうと、通常はそこから離れられなくなることが多い。アンカーをおいた情報に合わない点があれば、そこは遠慮なくアンカーを引き上げ別の疾患に再度チャレンジするべきである。

記載者：現病院名	XXXXXXXXXX 病院	氏名	XXXXX
教育責任者：病院名	XXXXXXXXXX 病院	氏名	XXXXX

㊞