

明日から役立つ

認知症の かんたん 診断と治療

著 平川 亘 誠弘会 池袋病院 副院長, 脳神経外科部長

1 認知症の病型

1 認知症の病型は4つを押さえればいい

認知症には数多くの種類があります。しかし、この本ではあえて4つの病型しか書きません。アルツハイマー型認知症(ATD)と脳血管性認知症(VD)、レビー小体型認知症(DLB)、そしてピック病で有名な前頭側頭型認知症(FTD)です(図1)。認知症の専門家でなければ、この4つの病型を知るだけでよいと思います。これだけで95%の認知症の患者さんの治療はできます。

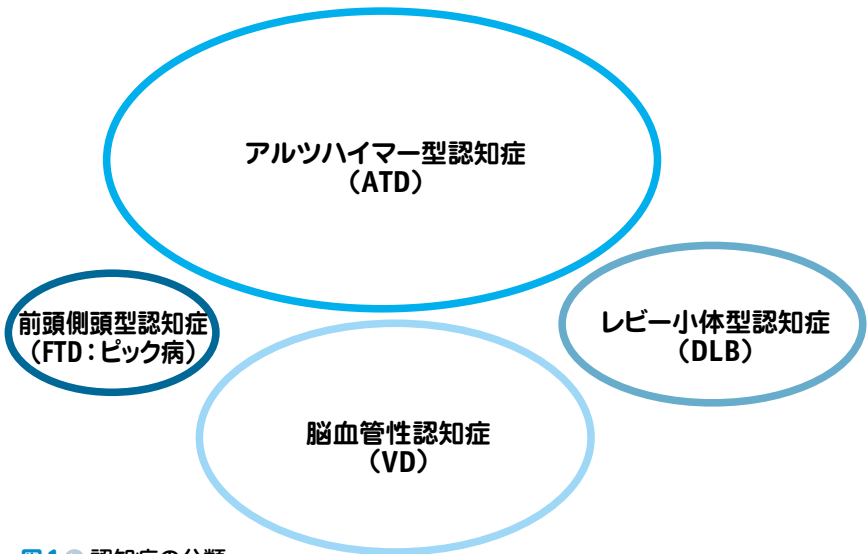


図1 ▶ 認知症の分類

円の大きさは頻度を表している。

この中で一番多いのがATDです。ATDとVDとの合併を混合型認知症といますが、混合型認知症もATDとして考えます。後述しますが、ATDとVDの区別は簡単ではありません。高齢者では両者が併存していることが多くあります。

二番目に多いのがVD、三番目がDLB、そしてFTDです。

最近ではDLBをATDに次ぐ二番目の認知症(二番目に多い認知症)とする意見があります。しかし、DLBにはATDのような症状を認めるものがあります。いわばアルツハイマーの顔をした「隠れレビー」です。それらを含めるとDLBの数は多くなりますが、純粋なDLBはさほど多くないと思います(図2)。

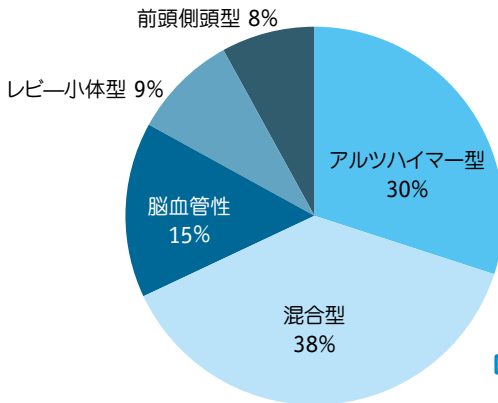


図2▶ 認知症患者の病型の内訳
(誠弘会 池袋病院, 2012年)

2 CTやMRIは必須ではない

症状で治療を開始する

現在の認知症診療ではCTやMRIなどの画像検査が必須のように言われています。大脳皮質や海馬の萎縮などが診断の根拠になることも多いのですが、筆者は画像診断は必須ではないと思っています。CTを見て、海馬が脳のどこにあるかわからなくても診断はできるのです。

筆者は大学病院に勤務しているときに、自分でMRI装置を動かして脳

の研究をしていました。今まで何万例もの画像診断をしてきました。いわばCTやMRIの専門家ですが、それでも画像だけで認知症の診断はできません。画像検査は診断の参考にしかなりません。認知症の診断で最も大事なものは患者さんの「臨床症状」です(図3)。



MRI(冠状断)

CTやMRIでは診断できない

<筆者の考え>

アルツハイマー型認知症では病期の進行に伴って海馬が徐々に萎縮していくが、海馬が萎縮していても、レビー小体型認知症など他の認知症であることがある。

認知症の診断は症状を第一にすべきであり、画像はあくまで参考程度である。

図3▷ 認知症の画像診断

CTやMRIで海馬の萎縮がほとんどなくてもアルツハイマー型認知症(ATD)ということがあります。CTやMRIで明らかな海馬の萎縮があり、ATDらしい所見であっても、臨床的にはレビー小体型認知症(DLB)のこともあります。

CTやMRIでDLBをATDと誤診して治療をすると、患者さんを良くするどころか悪くしてしまうこともあります。

MRIを使った診断に「早期アルツハイマー型認知症診断支援システム(VSRAD)」がありますが、参考程度にすべきです。脳血流検査も同じです。過度に信用してはなりません。

画像はあくまで参考程度です。脳梗塞や慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症などを否定するには役立ちますが、研究はともかく、実践的な認知症の診断にCTやMRIが必須だとは思いません。ですからCTやMRIを持たないプライマリケア医でも、患者さんの症状だけで認知症と診断して治療

を開始してよいのです。

認知症の診断に必要なのは、CTやMRIでわかる脳の「解剖」よりも脳の「働き」(図4)です。認知症診断では、下記のような簡単な脳の働きがわかれば十分です。

脳の認知能力とは高次脳機能とも言い換えられます。高次脳機能とは、記憶や学習、思考、判断などの認知と情動を含めた精神活動の機能の総称です。ATDなどの脳の変性疾患や脳卒中、脳外傷などで脳の機能が障害された場合に高次脳機能障害が起こります。

大脳には優位半球と非優位半球があります。通常は左側の大脳が優位半球です。

① 前頭葉

前頭葉の働きは、一言で言うと問題を解いて計画を立てて行動を起こす能力です。前頭葉が障害されると、ぼんやりとして集中力がなくなり、意

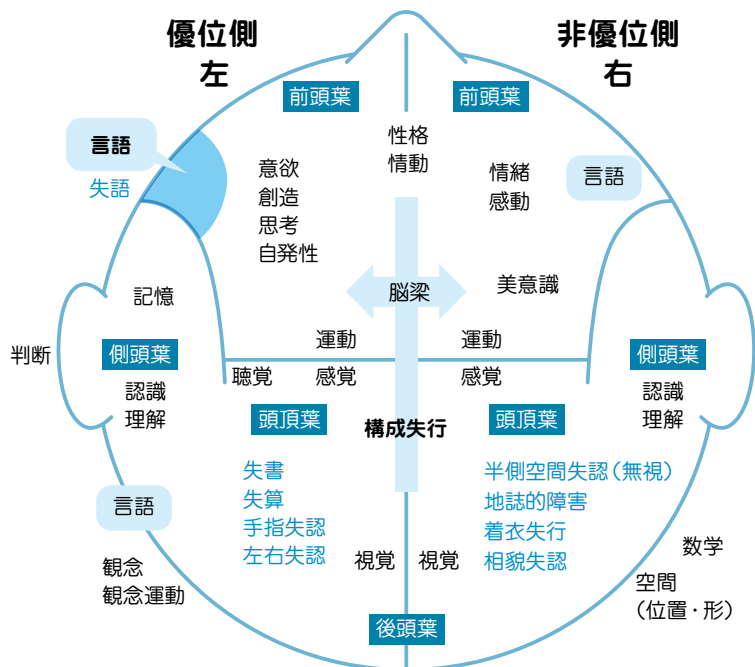


図4▷ 脳の働き(高次脳機能):頭を上から見たイメージ

青文字は障害された場合の症状である。

欲がなくなったり、自発性がなくなったり、周囲に対して関心がなくなったりします。

優位側である左の前頭葉が障害されると言葉の障害(失語)や、創造の能力が低下したりします。左の前頭葉が広範囲に障害されると意識障害になります。

また前頭葉の障害では、感情のコントロールができなくなったり、状況に適した行動がとれなくなったりします。

認知症に関係する前頭葉の障害としては**表1**があります。

表1 認知症に関係する前頭葉の障害

障害される前頭葉の部位	症状
内側面	覚醒と意欲の障害が出る
底面(眼窩面)	幼稚になる, 衝動的になる, 攻撃的(いわゆるキレやすい)になる, 非道徳的になる(いわゆる「脱抑制の症状」)
背外側前頭野	ワーキングメモリーと称される, ごく最近獲得された情報の操作ができなくなる

② 側頭葉

側頭葉が障害されると音や形の記憶が障害されることがあります。左の側頭葉が障害されると記憶だけでなく言語の理解能力も低下しますが、日時や場所、人が誰だかわからないなどの障害(見当識障害)も起こります。

③ 頭頂葉

頭頂葉が障害されると、計算ができなくなったり(失算)、字が書けなくなったり(失書)、左右がわからなくなったりします。服が正しく着られなくなる着衣失行も頭頂葉の症状です。

その他頭頂葉の障害では、空間認知の障害や、道に迷うなどの障害(地誌的障害)などが起こります。認知症の検査で有名な時計描画ができなくなるのも主に頭頂葉の機能低下が原因です。

3 脳血管性認知症か？ アルツハイマー型認知症か？ ——

アルツハイマー型認知症 (ATD) やレビー小体型認知症 (DLB)、前頭側頭型認知症 (FTD) は、「大脳皮質」の変性疾患です。対して脳血管性認知症 (VD) は、皮質白質を含めた「大脳全体」の疾患です。

大脳皮質とはミカンでいうと皮の部分であり、白質とは実の部分です。この皮の部分(皮質)が機能不全になっていくのがATDをはじめとする変性疾患です。対してVDは皮と実全体の障害と言ってもいいでしょう。

大脳は部位により役割が異なっているので、脳梗塞などで障害された部位により様々な症状が出ます。正確には認知症ではなく、高次脳機能障害と言ったほうがいい場合もあります。

狭義のVDは脳梗塞の存在が必須となりますが、筆者は大脳皮質の変性よりも、動脈硬化など虚血による大脳の機能低下が原因と思われる場合には、VDと考えてよいと思っています。この場合、大脳皮質(皮の部分)だけでなく大脳の白質(実の部分)も含めて脳全体が痩せて(萎縮して)きます。

それぞれの認知症の違いについては後述します。

4 脳の障害部位と病型 ——

1) アルツハイマー型認知症で障害される部位 (図5)

アルツハイマー型認知症 (ATD) は、大脳皮質の側頭葉と頭頂葉が変性し、萎縮します。側頭葉は記憶の中枢です。側頭葉の内側に海馬があります。頭頂葉は地理感覚や立体感覚(視空間認知)の中枢です。ATDの患者さんで記憶力が悪くなったり、道に迷ったりするようになるのは、側頭葉と頭頂葉の働きが落ちてくるからです。

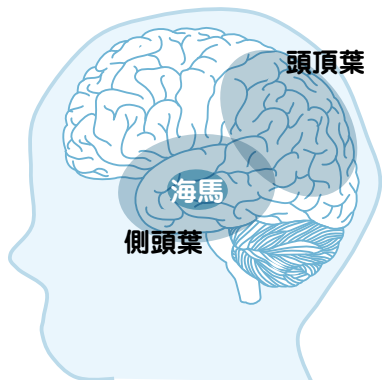


図5▷ 障害される部位(側頭葉, 頭頂葉):アルツハイマー型認知症



図6▷ 障害される部位(脳の変性は一定でない):レビー小体型認知症

2) レビー小体型認知症で障害される部位(図6)

レビー小体型認知症(DLB)での脳の萎縮は一定ではありません。大脳の後ろ半分から萎縮してくることもあれば、前半分(前頭葉側)から萎縮してくることもあります。まるでアルツハイマー型認知症(ATD)のように、側頭葉の萎縮が目立つこともあります。

DLBとは大脳と脳の中心部分にある基底核と脳幹の神経核が「レビー小体」という物質で侵されていく病気です。このレビー小体が脳幹だけを侵す病気がパーキンソン病(PD)であり、主に大脳を侵すのがDLBです。ですからDLBとPDは兄弟ということになります。

同じレビー小体病ですからPDからDLBに移行する場合があります。PDの患者が齢をとると認知症になってくることもありますし、PDだと思っていた患者さんが実はDLBであることもあります。高齢のDLBの患者さんにはPDの症状を併せ持つ方が多く、両者には移行型がかなり多いようです。

3) 前頭側頭型認知症(ピック病)で障害される部位(図7)

前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration:FTLD)の代表が前頭側頭型認知症(FTD)であり、昔からピック病と呼ばれてき



図7▷ 障害される部位 (前頭葉, 側頭葉): 前頭側頭型認知症 (ピック病)



図8▷ 障害される部位 (皮質白質を含めた脳の一部分あるいは脳全体, 基底核): 脳血管性認知症

ました。FTD (ピック病) の場合、主に前頭葉と側頭葉が萎縮し、障害されてきます。前頭葉は性格、情動、判断の中核なので、ピック病の患者さんは怒っぽくなったり、悪いことをしたり、言ってはならないことを言ったり、非道徳的な言動がみられるようになります。

また、前頭葉の左側面には言語中枢(ブローカ野)があり、ここが障害されると言葉が出にくくなることもあります(運動性失語)。

アルツハイマー型認知症(ATD)であっても前頭葉が併せて障害されると、怒っぽくなったり、舅・姑さんならお嫁さんに悪態をついたりするなど、まるでピック病のような症状をみせることもあります*。

*このような場合、前頭葉タイプのATD (frontal AD) とか、ATDのFTDバリエーション(亜型)と呼ばれたりします。

4) 脳血管性認知症で障害される部位 (図8)

脳血管性認知症 (VD) は皮質白質を含めた脳の一部分、あるいは脳全体の機能低下と言えます。

大脳の皮の部分(皮質)には細かい血管がたくさんあります。脳の表面、皮質の部分は少し傷ついただけでも大出血します。

対して脳の実の部分(白質)にはあまり血管がありません。手術の際に