

レビー小体型認知症研究会HP

医学書院 精神医学 2010 Vol.52 No.5 P515 掲載記事

本文献は当会が医学書院様の了解を得て掲載しています。無断での転記、配布は禁止です。

Letters
to
the Editor「精神医学」
への手紙

認知症のないレビー小体型認知症はあり得るか？

レビー小体病の診断への懸念と提案

上田 諭*

レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies ; DLB) の診断には、臨床診断基準改訂版 (2005)⁹⁾ が広く用いられますが、そこには今後解決すべき 1 つの問題があると思われます。それは、病名にも含まれる「認知症」をどう扱うかという点です。近年、認知症を認めない、あるいは治療とともに認めなくなったと考えられる DLB 症例がしばしば報告されます^{1,3,10)}。認知症がなくても DLB であるのか、あるいは現在の DLB 概念自体に問題があるのか。認知症であるかどうかは、診断そのものの意義の面からも、治療対応の面からも重要な観点であり、先の「薬剤誘発性の幻視」のテーマ (「精神医学」52 巻 3 号) に続き、本稿ではこの問題を提起したいと思います。

DLB の発見者であり診断基準作成にも参画している小阪⁵⁾ の邦訳を引用しますが、前述の診断基準の「中心的特徴 (診断に必須)」は、もとより「認知症 (正常な社会的・職業的機能に支障を来すほどの進行性認知低下)」です。しかし、これに

はただし書きとして、「早い時期には著明な、または持続性の記憶障害は必ずしも起こらなくてもよいが、通常は進行とともに明らかになる」と書かれています。この記載は、早期には認知症がなくてもよいとも読め、また「早い時期」がいつまでかはあいまいで、臨床診断上の「混乱」の要因になっていると思われる。

DLB はよく知られるようになりましたが、ともすると診断基準の適用が拡大される (overdiagnosis) 傾向があると言わざるを得ません。すなわち、コア特徴 (中核症状) である「構築された具体的な繰り返される幻視」や、示唆的特徴の「REM 睡眠行動障害」「抗精神病薬への過敏性」、支持的特徴とされる「SPECT での後頭葉低活性」「MIBG 心筋シンチでの取り込み低下」に注目するあまり、必須症状である認知症の有無が置き去りにされていることが危惧されるのです。

たとえば渥美ら¹⁾ の症例は、パーキンソン病 (Parkinson's disease ; PD) として経過後に

幻視と認知機能の低下を呈し、後頭葉の血流低下を認めて DLB と診断された 75 歳女性が、主な抗パーキンソン薬の中止と donepezil の投与で、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) が 30 点 (満点) に改善したとされています。また本誌 (2008) の原田と園本³⁾ によれば、ありありとした幻視とパーキンソニズムおよび REM 睡眠行動障害を認め probable DLB と診断された 78 歳女性は、donepezil 投与の結果、Mini-Mental State Examination (MMSE) 27 点、Nishimura Dementia Scale (N 式) 96/100 点 (95 点以上正常) になりました。紋川ら¹⁰⁾ は、77 歳男性で、幻視と薬剤性パーキンソニズムを生じ、MIBG 心筋シンチで著明な H/M 比低下を認めた症例を、ウェクスラー記憶検査では GMI (general memory index) 90 であることから、「認知症症状を欠いた」DLB (またはレビー小体病) と紹介しています。

これらの症例はいずれも、診断基準のコア特徴以下の特徴は満たしても、必須の中心的特徴

を満たしません。HDS-R 満点, N 式 96 点, GMI 90 の各症例をただちに「認知症(正常な社会的・職業的機能に支障を来すほどの進行性認知低下)」とすることができるでしょうか。「早い時期には著明な, または持続性の記憶障害は必ずしも起こらなくてもよい」との条件も, ほとんど記憶障害がなくともよいという意味にまで拡大解釈するのは困難です。あるいは「認知症」のとらえ方によって判断は変わるかもしれませんが。アルツハイマー型認知症との鑑別に内海ら¹²⁾が提唱するベンダーゲシュタルトテストを用いた視覚認知の評価を行えば, 視覚認知機能低下が存在するとの議論もあり得ます。しかし, 現在の診断基準や従来の臨床的通念に沿って「認知症」を「正常な社会的・職業的機能に支障を来すほどの」ものとするなら, 上記症例の DLB の診断は再検討を求められてしかるべきです。

DLB は PD と同じレビー小体関連疾患であり, 両者の精神症状や検査所見は酷似します^{4,13)}。DLB と認知症を伴う PD (Parkinson's disease with dementia ; PDD) の異同を問う議論⁷⁾はなおありますが, DLB, PD, PDD をレビー小体病 (Lewy body disease) として包括的にみる考え方^{7,9)}は大勢です。認知症を認めずに特発性パーキンソニズムを有するなら, 診断基準のその他の特徴の

大半は PD の所見に重なり, そのような症例は PD の診断こそ妥当であるはずで。一方, 特発性パーキンソニズムの所見が少ない例では, 紋川ら¹⁰⁾の言うように, 「認知症を欠く DLB」にみえてしまうことも生じ得ますが, これを DLB と呼ぶことが適当とは思えません。

精神(病)症状や検査所見では DLB に合致していて, 認知症は認めない PD 症例や, 画像所見から将来認知症の恐れがあっても現在はない症例を, DLB すなわち認知症と呼ぶことは明らかに不適切です。DLB の病理のみからでは説明困難な機能性精神疾患例を見逃す恐れがあると同時に, 認知症と呼ぶことによって生じる不利益を避けるという重要な理由があります。安直な認知症との診断が, 家族や周囲の本人への低い評価を固定させ, その対応が本人の自尊心と自信をさらに低めることはしばしばみられます。治療者側にもまた, 治療選択や治療意欲を狭めてしまう危険が生じます。たとえば, PD の重篤な精神病症状と運動症状に有効な選択となる電気けいれん療法 (ECT)¹¹⁾は, 認知症を有する場合には同じ効果を得られにくかつせん妄を生じやすい²⁾ため, 認知症の有無と程度の判断は治療方針を大きく左右してしまいます(ただし, DLB に対する ECT の成功例⁸⁾は報告されています)。薬物療法についても似た事情が起こり得ます。

こうした状況の一因には, 現在の疾患分類の問題があります。「認知症を欠く DLB」という苦肉の表現をした紋川ら¹⁰⁾は「DLB の概念の再編成」を提唱していますが, 同様に筆者は, 現在の DLB から認知症という語を外し, 「レビー小体病」あるいは当初の名称であった「びまん性レビー小体病⁵⁾ (小阪病 Kosaka's disease⁶⁾)」としたうえで, 認知症と非認知症の 2 つの下位亜型を設けることを提案します。認知症と認知症でないものが同じ DLB として扱われがちな現状, 今後もそのあいまいさを残したまま医療と介護が行われる状況は, 患者側にとっても医療者にとっても大きな問題であると考えます。

文献

- 1) 瀧美正彦, 西本和弘, 中坂義邦, 他: Donepezil hydrochloride が幻視およびパーキンソニズムに著効した Lewy 小体型痴呆の 1 例. 神経内科 58 : 495-499, 2003
- 2) Factor SA, Molho ES, Brown DL: Combined clozapine and electroconvulsive therapy for the treatment of drug-induced psychosis in Parkinson's disease. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 7 : 304-307, 1995
- 3) 原田貴史, 園本建: 幻視と行動異常を主訴に来院し塩酸ドネベジルが著効した後期高齢者女性の 2 症例. 精神医学 50 : 705-708, 2008
- 4) Iseki E, Marui W, Nishashi N, et al: Psychiatric symptoms typical of patients with dementia with Lewy bodies: similarity to those of levodo-

- pa-induced psychosis. *Acta Neuropsychiatr* 14 : 237-241, 2002
- 5) 小阪憲司：レビー小体型認知症の発見から現在まで—臨床診断基準改定版を含めて。精神医学 49 : 685-689, 2007
- 6) 小阪憲司：小阪病 Kosaka's Disease. *Brain Nerve* 60 : 13-16, 2008
- 7) Lippa CF, Duda JE, Grossman M, et al : DLB and PDD boundary issues : diagnosis, treatment, molecular pathology, and biomarkers. *Neurology* 68 : 812-819, 2007
- 8) 眞鍋雄太, 岩田仲生, 小阪憲司 : Lewy 小体型認知症における修正型電気けいれん療法. 精神医学 50 : 1213-1220, 2008
- 9) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : third report of the DLB consortium. *Neurology* 65 : 1867-1872, 2005
- 10) 紋川明和, 清水聡, 渡辺健一郎, 他 : レビー小体型認知症の診断困難例. 精神科 14 : 380-386, 2009
- 11) Ueda S, Koyama K, Okubo Y : Marked improvement of psychotic symptoms after electroconvulsive therapy in Parkinson disease. *J ECT* 26, 2010 (in press)
- 12) 内海雄思, 井関栄三, 村山憲男, 他 : レビー小体型認知症とパーキンソン病を合併したアルツハイマー型認知症は臨床的に鑑別できるか? 2 症例を通じての検討. 精神医学 50 : 123-131, 2008
- 13) Weintraub D, Hurtig HI : Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Am J Psychiatry* 164 : 1491-1498, 2007

[* 日本医科大学精神医学教室
(〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5)]

レビー小体型認知症研究会HP

医学書院 精神医学 2010 Vol.52 No.5 P515 掲載記事

本文献は当会が医学書院様の了解を得て掲載しています。無断での転記、配布は禁止です。

本誌の複写利用について

日頃より本誌をご購読いただき誠にありがとうございます。

ご承知のとおり、出版物の複写は著作権法の規定により原則として禁止されており、出版物を複写利用する場合は著作権者の許諾が必要とされています。弊社は本誌の複写利用にかかる権利の許諾ならびに複写使用料の徴収業務を(株)出版者著作権管理機構(JCOPY)に委託しております。本誌を複写利用される場合にはJCOPYにご連絡のうえ、許諾を得てください。JCOPYの連絡先は以下のとおりです。

一般社団法人 出版者著作権管理機構 (JCOPY)

所在地 〒162-0828 東京都新宿区袋町6 日本出版会館

電話 03-3513-6969 FAX 03-3513-6979 e-mail info@jcopy.or.jp

著作権法は著作権者の許諾なしに複写できる場合として、個人的にまたは家庭内その他これに準ずる限られた範囲で使用すること、あるいは政令で定められた図書館等において著作物の一部(雑誌にあっては掲載されている個々の文献の一部分)を一人について一部提供すること、等を定めています。これらの条件に当てはまる場合には許諾は不要とされていますが、それ以外の場合、つまり企業内(政令で定められていない企業等の図書室、資料室等も含む)、研究施設内等で複写利用する場合や図書館等で雑誌論文を文献単位で複写する場合等については原則として全て許諾が必要です。

複写許諾手続の詳細についてはJCOPYにお問い合わせください。なお、複写利用単価を各論文の第1頁に、ISSN番号と共に表示しております。

(株)医学書院