

認知症疾患医療センターにおける認知症の鑑別診断； 臨床・画像から病理を含めて

川 勝 忍（福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座）

老年精神科医として認知症診療をしていく上で認知症疾患医療センター（以下、センター）との関わりは不可欠である。認知症施策上、認知症の診断、鑑別診断の上で最も高度な役割を果たすことが求められており、国民からも最も専門的な診断治療が受けられる施設として認識されている。ここでは、過去20年、大学病院から応援診療としてセンターの診療に関わってきた演者の経験から、認知症の臨床、画像に基づいた診断、鑑別の進め方について提示する。さらに、これらのセンターが総合病院にあるという特色を生かして神経病理診断を行った例、また大学病院との連携で、アミロイドPETを検討した例を含めて、認知症診断精度をいかに向上させ、普段の診療に生かすべきかを議論し、おもな認知症疾患の診断のポイントを解説したい。

1) アルツハイマー型認知症 (AD)

ADには健忘以外の失語、失行、失認や実行機能障害を主症状として始まる例がある。とくに、65歳以前の若年発症例に多い。これらは非定型ADと呼ばれ、Posterior variant, logopenic variant, frontal variantなどがある。非定型ADでは、初期には海馬の萎縮は目立たないことが多く、高次脳機能障害と対応する部位のSPECTでの血流低下が早期診断の参考になる。Posterior variantは病識が保たれ不安や抑うつを呈しやすい。FTDや皮質基底核変性症(CBD)との鑑別が難しい場合はアミロイドPETが非常に有用である。

2) 前頭側頭葉変性症 (FTLD)

前頭葉と側頭葉前部が萎縮する前頭側頭型認知症(FTD)、側頭葉前部が萎縮する意味

性認知症(SD)、左前頭弁蓋部が萎縮する進行性非流暢性失語の3病型が代表的であり、極めて特徴的な症状を呈する。一度みておけば分かるので、代表例を動画で呈示する。頻度としては我が国ではSDが多い。FTLDの1割程度の症例では、運動ニューロン疾患(MND)を発症してくる例がある点に注意が必要である。

3) レビー小体型認知症 (DLB)

これも典型例では診断が容易である。2017年の国際診断基準から、ドパミントランスポーターの取り込み低下が指標的バイオマーカーにとりあげられ、これがあれば診断できるが、CBDでも低下する点に注意が必要である。レム睡眠行動異常が中核的特徴に格上げされた。アミロイドPETは陽性のこともあり、その意味と意義は今後の検討課題である。

4) 高齢者タウオパチー

高齢者の軽度認知障害の病理で一番多いのは、嗜銀顆粒性認知症とされている。記憶障害と易怒性のような軽い人格変化が特徴とされる。画像上、側頭葉内側前部や海馬の萎縮は高度だが、ADよりも症状が軽くMMSEも高値で、進行も遅い傾向があるので、実はADとの鑑別が重要である。アミロイドPETは陰性か軽度陽性となる。

5) プリオン病

年間100万人あたり1人が発症する稀な疾患だが、発症数ヶ月で重度認知症になり、1~2年で死亡する。非定型ADのように視覚認知障害、言語理解障害などの局所の大脳皮質症状を伴う例がある。発症年齢は67歳がピークである。MRI、拡散強調画像が診断に役立つ。