

レビー小体型認知症の精神症状

前田 潔（神戸学院大学総合リハビリテーション学部）

1. レビー小体型認知症の精神症状とその頻度

Borroni らは DLB 患者を対象に精神症状の頻度を Neuropsychiatric Inventory (NPI) を用いて検討し、その結果早期からうつ、不安、アパシー、易刺激性が半数以上の患者にみられたという結果を得ている。中等度以上では、不安、睡眠障害、幻覚、焦燥が 7 割の患者にみられたという。報告により若干の違いはあるが、うつ、幻覚、アパシーが多いという点では共通している。

2. 幻覚

DLB では幻覚が高頻度にみられる。これまで、およそ 7~8 割に幻覚が出現すると報告されている。幻覚のなかでも幻視が圧倒的に多い。誰もいないのに、人が大勢家の中に入り込んでいるや、ベッドの上の布団が、その下に人が寝ているように盛り上がっているのを、誰かが寝ていると思いこんだり、ハンガーに掛かった服をそこに人間がいると錯覚したりすることが多い。錯視（視覚の誤認）も認める。実際に見えるわけではないが、「いるような気配がする」という実体意識性も多い。「天井が歪んでいる」「壁の様子が浮かび上がって見える」など変形視を認めることもある。SPECT や PET などの結果の検討から、幻視と、後頭葉や視覚連合野の関連が指摘されている。

3. レム睡眠行動障害

レム睡眠行動障害（REM sleep behavior disorder ; RBD）では通常レム睡眠期に生じる筋緊張の低下が起こらず、そのため夢を見ながら、大声で寝言を言ったり手足をばたつかせたり、周囲にあるものを叩いたりなどの激しい行動がみられる。時にベッドパートナーが怪我をすることがある。男性に多く認められる。起こして本人に尋ねると「何人かの暴漢に襲われ逃げようと必死でもがいていた」「熊に襲われ逃げていた」などと悪夢を見ていることが多い。RBD の存在は DLB と AD の鑑別の際に重要で

ある。とくに家族から RBD の症状について、質問することが必要である。

4. 妄想

DLB では物盗られ妄想・被害妄想・誤認妄想・嫉妬妄想などさまざまな妄想が認められる。誤認妄想は DLB に特異性が高い症状である。誤認妄想には、家族がそっくりの他人にすり替わったと訴える替え玉妄想（カプグラ症候群）や自分の家の中に他人が上がり込んで生活しているといった症状（phantom boarder・幻の同居人）、テレビの内容が実際に起こっているというテレビ徴候などが含まれる。人や物を別なものに認識する場合、錯視あるいは誤認という。DLB では、後頭葉の機能障害が目立ち、カプグラ症候群を呈する多くの例で幻視を伴うことや、誤認とカプグラ症候群の両者がみられることから、視覚系の障害が関与すると考えられる。

5. うつ状態

DLB では高頻度にうつ状態が認められ、DLB の臨床診断基準の支持的所見にも挙げられている。大うつ病エピソードを満たす抑うつ状態も DLB のおよそ 3 割にみられることが報告されている。

筆者らは年齢、性別、認知機能、教育歴を一致させた DLB と AD 各 87 症例を対象として抑うつ症状の程度を比較した。それによると DLB では GDS の score が AD と比較して優位に高く、DLB では抑うつ状態にある症例が多かった。

6. 精神症状の治療

認知症の精神症状は①環境調整や、精神症状を引き起こすような他の問題を解決する② AchE 阻害剤、抑肝散、抗精神病薬などの使用によって治療することとなる。AchE 阻害剤は先にも述べたように幻視等には著効を示すことがある。しかしながら病気の進行に伴って服用しても再び出現することもある。抑肝散も比較的副作用の少ない、使いやすい薬剤であるが、効果も限定的である。

一般に認知症の BPSD に抗精神病薬を用いることは 2005 年の FDA の警告以来議論のあるところである。しかしながら少量を慎重に使うということが日常では行われている。うまく使用すれば患者や家族の QOL を改善することが可能である。

さらに DLB を含むレビー小体病には抗精神病薬 (D2 antagonist) 薬剤過敏性が存在する。DLB 患者に抗精神病薬を投与すれば過敏性とも言うべき過剰な副作用 (パーキンソニズム等) が出現する。

参考文献

1) Oda H, Yamamoto Y, Maeda K : The

neuropsychological profile in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease, *Int J Geriatr Psychiatry*, **23** : 1-7 (2008) .

2) 小田陽彦, 山本泰司, 前田潔: 重複記憶錯誤 (reduplicative paramnesia), 相互変身症候群 (intermetamorphosis), 自己分身症候群 (subjective doubles) . 老年精神医学雑誌, **21** : 643-646 (2010) .

3) 小田陽彦, 山本泰司, 前田潔: Neuroleptic supersensitivity III. 臨床編 レビー小体型認知症 各論 認知症学下; その解明と治療の最新知見. 日本臨床, **69** 増刊号 10 : 367-370 (2011) .

4) Yamane Y, Sakai K, Maeda K, Dementia with Lewy Bodies associated with higher scores on the Geriatric Depression Scale than Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, **11** : 157-165 (2011) .

5) 前田 潔, 阪井一雄: レビー小体型認知症の精神症状, 特集「精神医学の諸問題」. 仁明会精神医学研究, **10** (1) : 1-5 (2013) .

表 1 レビー小体型認知症 (DLB) 診断基準改訂版

1 : 中心的特徴 (診断に必須)
認知症 (正常な社会的・職業的機能に支障をきたすほどの進行性認知低下)
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。
注意や実行機能や視空間能力のテストでの障害がとくに目立つこともある。
2 : コア特徴 (probable DLB の診断には 2 つ, possible DLB の診断には 1 つ)
1) 注意や明晰性の著明な変化を伴う認知の変動
2) 典型的には構築された具体的な繰り返される幻視
3) 特発性のパーキンソニズム
3 : 示唆的特徴 (1 つ以上のコア特徴があり, 1 つ以上の以下の特徴があれば, probable DLB の診断が可能. コア特徴がなくても, 1 つ以上の示唆的特徴があれば possible DLB の診断には十分. Probable DLB は示唆的特徴だけでは診断するべきではない)
1) レム睡眠行動障害
2) 重篤な抗精神病薬への過敏性
3) SPECT または PET で示される基底核でのドパミントランスポーターの取り込み低下
4 : 支持的特徴 (普通はあるが, 診断的特異性は証明されていない)
繰り返す転倒や失神
一過性の説明困難な意識消失
重篤な自律神経障害: たとえば, 起立性低血圧, 尿失禁
他の幻覚
系統的な妄想
抑うつ
CT/MRI での内側側頭葉の比較的保持
SPECT/PET での後頭葉低活性を伴う全般的低活性
MIBG 心筋シンチグラフィーでの取り込み低下
脳波での側頭葉の一過性鋭波を伴う目立った徐波化
5 : DLB の診断の可能性が乏しい
局所性神経徴候や脳画像でみられる脳血管障害の存在時.
部分的あるいは全般的に臨床像を説明しうる他の身体疾患または脳疾患の存在時.
重篤な認知症の時期に初めてパーキンソニズムが出現した場合.
6 : 症状の時間的連続性
DLB は, 認知症がパーキンソニズムの前か同時に起こったときに診断されるべきである. パーキンソン病認知症 (PDD) は, 明らかなパーキンソン病の経過中に起こった認知症を記載するのに使用されるべきである. 実際の場合では, その臨床状況に最も適した用語が使用されるべきで, レビー小体病 (Lewy body disease) といった総称がしばしば役立つ. DLB と PDD の区別が必要な研究では, 現存する one-year rule が推奨されるが, 臨床神経病理学的研究や臨床試験などの場合には, 両者はレビー小体病とか α -synucleinopathy といったカテゴリーにまとめられてもよい.

アンダーラインの部分は 1996 年の CDLB ガイドラインではなく, 新たに加えられたもの。

(McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, et al.: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB consortium. *Neurology*, 65 : 1863-1872, 2005)