

アルツハイマー病の新しい診断基準

— NIA-AA 診断基準と DSM-V 診断基準 —

武田雅俊

大阪大学大学院医学系研究科精神医学

NINCDS-ADRDA によるアルツハイマー病の診断基準は、感度 81%、特異度 70% とされており、世界中で広く使用されてきた。この診断基準に従うと、アルツハイマー病の確定診断(definite AD) は生検あるいは剖検で病理組織学的に確認されたものであり、臨床診断としては「ほぼ確実例」(probable AD) を臨床症状・知能テスト・神経心理学的検査の三つで認知障害を確認すること、認知機能障害の中でも記憶力障害は必須としたことなどがその骨子であった。NINCDS-ADRDA 診断基準は 1984 年に発表されたものであり、既に 28 年が経過しその改定作業が進められていた。その主たる理由は、1984 年当時は、アルツハイマー病以外の変性認知症は十分に認知されていなかったこと、バイオマーカーや脳画像診断 (MRI, PET) は未発達であったこと、主として臨床病理学的な対応を目指していたことなどがあげられる。臨床場面では、アルツハイマー病の神経病理所見と臨床症状が乖離する例が多いこと、臨床的に記憶障害が先行するものばかりとは限らないこと、40 歳未満あるいは 90 歳以上のアルツハイマー病がありうることなどが改定を必要とする点であり、さらに一步踏み込んで、アルツハイマー病の多様性を包含すること、軽度認知障害 (MCI) をも含みこんだ基準が必要とされていることなど

から、2011 年に NIA-AA による診断基準が発表された。

NIA-AA 臨床診断基準にはいくつかの特徴がある。まず認知症の臨床診断基準として記憶力障害を必須とはせず、1) 記憶力障害、2) 理解と判断の障害、3) 市空間認知障害、4) 言語障害、5) 人格と行動の変化のいずれか二つ以上があれば、認知症と診断することになった。また probable AD の診断基準においても記憶障害型と非記憶障害型のいずれもありうることを規定していることが特徴である。また、MCI due to AD の診断基準が用意されており、AD の遺伝要因、バイオマーカー陽性、あるいは高いリスク要因を有する MCI を積極的に診断しようとしている。このような早期診断の傾向は、さらに一步踏み込んで、無症状であってもアミロイド β 沈着のマーカー、神経障害のマーカー、あるいは軽微な認知機能障害のあるものをも診断しようとしており、preclinical AD の診断基準が用意されている。

このような動きは、アルツハイマー病の治療も、他の疾患と同じように早期診断・早期介入が必須であるとの認識に基づく提案であろう。このような早期診断の妥当性とバイオマーカーの現状、診断基準の活用法について議論を提供する。