

## 症例報告

### うつ病様状態にて発症した緩徐進行性失語の一症例

伊藤 嘉信, 大蔵 雅夫, 河村 一郎, 荻 舎 健 治,  
吉松 誠, 生田 琢己

徳島大学医学部神経精神医学教室 (主任: 生田琢己 教授)

兼 田 康 宏

藤井病院

(平成9年9月29日受付)

### *A case of slowly progressive aphasia without generalized dementia with depression like symptoms in the early stage*

*Yoshinobu Ito, Masao Okura, Ichiro Kawamura, Kenji Karisha, Makoto Yoshimatsu and Takumi Ikuta*

*Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, The University of Tokushima, Tokushima*

*(Director: Prof. Takumi Ikuta)*

*Yasuhiro Kaneda*

*Fujii Hospital*

Key words: slowly progressive aphasia, organic brain disease, depression

初老期以降には痴呆症状やうつ状態を呈する脳器質性疾患の頻度が増加し、内因性うつ病との鑑別が困難な例が多くみられる。今回、我々は当初うつ病様状態を呈したことから、うつ病としての治療を継続されていた緩徐進行性失語の1症例を経験した。緩徐進行性失語とは、Mesulam<sup>1)</sup>が、左シルビウス溝周縁を選択的に障害し、臨床的には痴呆を伴わずに緩徐に進行する失語を特徴とする一群を slowly progressive aphasia without generalized dementia (以下 SPA とする) として報告したもので、その病因については言及されていない。このような症例に対して、早期診断、早期治療の原則から、神経精神科のおよび神経心理学的検討を充分に行うことが重要であると考えたので、文献的考察を加えて報告する。

#### 症 例

症例: 58歳主婦, 右利き

主訴: 話が全くできない

家族歴: 特記事項なし

既往歴: 特記事項なし

生活歴: 高校卒業後、実家で家事手伝い。25歳で結婚。27歳で第1子を、27歳で第2子を出産。結婚後25年間は専業主婦であったが、50歳から54歳まで建設会社の事務員として働いた。同会社を退職してからは再び専業主婦に戻った。

病前性格: のんびりした性格で几帳面ということはなく、あまり細かいことは気にしないタイプであった。

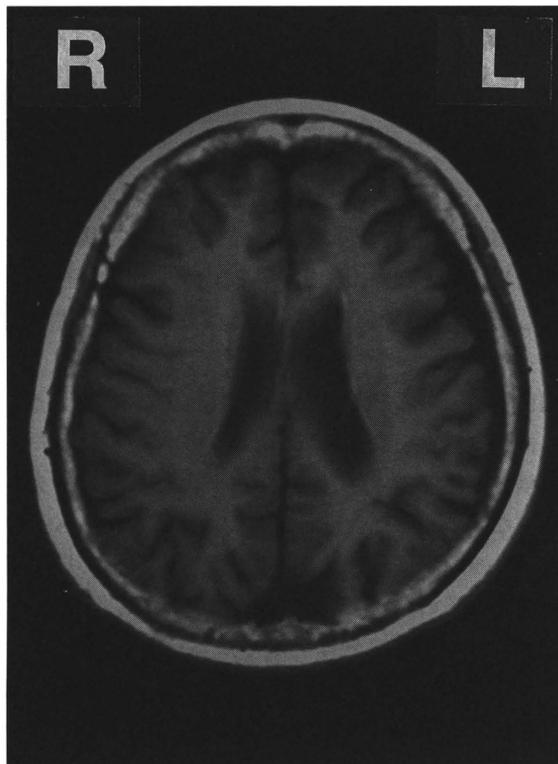
現病歴: 1995年4月(55歳時)に、それまであまり仲の良くなかった姑が入院したので、嫌々ながらもその看病に当たった。同年8月には何かと頼りにしていた実兄が死亡し、その頃から感情不安定となった。全身倦怠感が出現し、また『自分はアホやから』とか、『私はもうあかん』など悲観的念慮も口にするようになった。発語は全体的に少なくなっていたが言語理解は良く、家族の間でも一応会話はできていた。しかし家事や買い物などは自発的にはしなくなり、家族に促されてやっと重い腰を上げるという状態であったが、一旦行動を始めると最後までやりとげていた。

本人は今一つ深刻さに欠けていたが、いつまでもこの

ような状態が続くため家族が心配して、1996年6月（56歳時）に精神科病院を受診させたところ、うつ病と診断され、以後三環系抗うつ薬（imipramine 150mg/日）による薬物治療を受けていた。しかし、さらに発語は減少して寡黙となり、終日臥床していることが多くなった。また、食事摂取量もかなり減少したため、1997年3月3日（57歳時）、当科を紹介され入院となった。

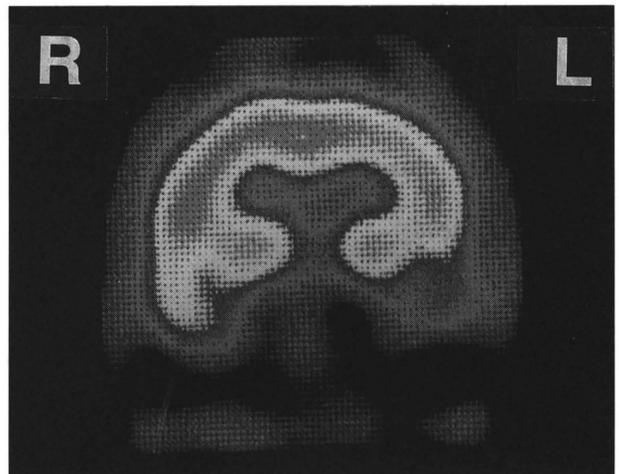
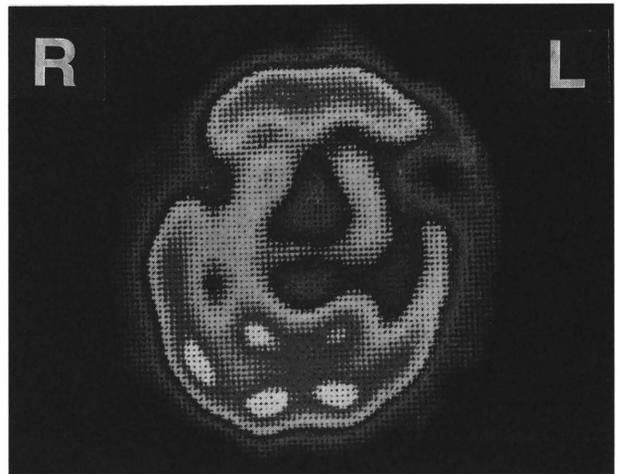
入院時現症および検査所見：意識は清明であったが会話は全く不可能で意思疎通はできなかった。顔色不良で眼瞼結膜は蒼白。身長は161cm、体重は45kgで少々痩せが目立った。神経学的には、明らかな運動機能障害および知覚機能障害はみられず、特に異常所見はなかった。血液検査では低色素性貧血、総蛋白・アルブミン低下がみられ、低栄養状態がうかがわれた。頭部MRIでは、T1強調画像およびT2強調画像で、左前頭葉から左側頭葉にかけての脳溝の軽度開大や左側脳室の軽度拡大が認められた（図1）。 $^{99m}\text{Tc}$ -ECD SPECTでも、左大脳半球のperfusionが右側に比べ低下していた（図2）。

図1：頭部MRI T1強調画像水平断



神経心理学的所見：入院時、WAIS-R、コース立方体、記名力検査などを試みたが、検者の指示が全く理解できず、施行不可能であった。Western Aphasia Battery (WAB)

図2： $^{99m}\text{Tc}$ -ECD SPECT 水平断（上）および冠状断（下）



日本語版では、書字のうちの写字で8点であった以外は、自発言語や言語理解、復唱、呼称、読字、写字を除く書字の各項目はすべて得点はゼロであった。なお描画や積み木問題、行為の模倣はたいてい可能であった。

行動観察：病棟生活では問題行動はなく、身辺のことは看護婦がジェスチャーを交えて促せば後はどうにか滞りなくできた。しかし自発的に行動を起こすことはなかった。また手で目や口のあたりをさする反復行為が断続的にみられた。

治療および経過：入院後も食事はミルク以外全く取ろうとしないので、栄養状態の低下を防ぐため経管栄養補給を開始した。前病院で処方されていた三環系抗うつ薬は中止し、代わりに脳代謝賦活剤、脳循環改善剤およびビタミン剤の経管投与を始めた。その結果、体重は55kg以上に増加し、貧血や血清蛋白低下も改善傾向に向かった。行動面では、病棟生活に慣れたこともあって毎日の日課も次第に理解し、検温や栄養補給の時間が来ると、

インターホンで簡単に呼びかけるだけで話所まで1人で来るようになった(ただし、呼びかけの言葉の意味、内容を理解しているのではなく、その音声に反応しているだけであった)。また造花作業を教えたところ、すぐに覚えて、今では作業室まで連れて行くとひとりでの作業をするようになっていた。このような行動面での変化はあったが、全体的にはやはり臥床傾向にあり、手で目や口のあたりをさする反復行為も依然みられる。言語面でも全失語の状態は続いており、食事はやはり取ろうとはしない。自宅での生活は困難なため、現在も入院したまま経管栄養を継続されている。

## 考 察

本症例は、質問に対して『どないするん』、『わからん』という残語を滞続的に繰り返すのみで、それ以外の自発言語は欠如し、言語理解力も全くなく、呼称、復唱、読字、写字以外の書字も不能であったため(WAB日本語版で写字のみ得点できており、それ以外はすべて得点ゼロ)、全失語と判断した。全失語は前頭葉の運動言語領域(Broca領)と側頭葉の感覚言語領域(Wernicke領)が併せて障害されて起こるものであり、本症例では、頭部MRIで左前頭葉から左側頭葉にかけての葉性の萎縮が、SPECTで左大脳半球のperfusion defectが認められ、左前頭葉および左側頭葉が失語の責任病巣である可能性が考えられる。

保続傾向については、外部からの刺激に対する貧困かつ単調な反応と考えられており、その特徴は常同的、持続的で制止不能とされている<sup>2-4)</sup>。また保続傾向を引き起こす責任病巣は、前頭葉損傷に由来するという報告<sup>5,6)</sup>や、側頭葉損傷に由来するという報告<sup>7)</sup>がある。それゆえ本症例にみられた滞続的な残語や反復行為は保続傾向と考えられた。その他に発動性減退もみられたが、これも前頭葉(特に前頭回)の萎縮によって生じるという報告<sup>8,9)</sup>がある。

以上のように本症例では病巣に一致して失語、保続傾向、発動性減退が認められたが、当科入院前のエピソードや入院後の経過観察で一貫して見当識や認知は保たれ、また問題行動はなく、促しさえすれば遅いながらも戸惑うことなく行動できたことから、Mesulamの提唱したSPAの概念に相当するものと考えられた。

吉田ら<sup>10)</sup>は、緩徐進行性失語の状態を呈した症例について、自験例および文献例について調べた結果、初診時には超皮質性感覚失語や健忘失語、また古典的な失語型

に分類し難い非流暢性失語が圧倒的に多かったが、経過を追って行くと全失語に至ったのが127例中12例であったと報告している。本症例も軽度の失語から次第に進行して、最終的に全失語に陥ったものと考えられた。

また、本症例の失語に特徴的な点は全失語に明らかな運動機能障害を伴わなかったことである。このような症例はVan Hornら<sup>11)</sup>が片麻痺を伴わない全失語の3症例を報告し、脳塞栓症に特異的な兆候であるとした。しかしながら、平野ら<sup>12)</sup>は脳血栓で生じた症例を報告し、Legattら<sup>13)</sup>は多様な病因に基づいて発現し必ずしも病因特異的な症状ではないとことを強調している。本症例ではangiographyを施行しなかったが、発症が急激ではないことから脳塞栓症であると積極的に診断できなかった。

本症例は発語減少、発動性減退の他に倦怠感や悲観的念慮を口にするようになり感情不安定となっていたために、うつ病と診断され、失語は見落とされた。おそらく、発語減少はうつ病における意欲低下、思考制止によるものと判断されたと考えられる。

初老期以降に発症したうつ病と痴呆の鑑別に関する報告は比較的多いものの<sup>14-18)</sup>、うつ病と失語の鑑別についての報告は少ない。しかし本症例のように、失語の初期症状がうつ病様状態を呈する場合も少なからずあると思われる。したがって早期の段階から神経精神科的、神経心理学的検討を充分行うことが重要であると考えられる。

## 文 献

1. Mesulam, M.M.: Slowly progressive aphasia without generalized dementia. *Ann. Neurol.*, 11: 592-598, 1982
2. 羽田忠: ピック病の巢的精神症状. *臨床精神医学*, 5: 331-339, 1976
3. 古川復一: Pick病における巢症状について. *精神経誌*, 42: 368, 1938
4. 原俊夫: 日本精神医学全書14巻, 金原出版, 東京, 1966
5. Luria, A.R.: Higher cortical functions in man. Basic Books, New York, 1966
6. 佐藤光源: 行動機構における前頭葉機能の研究—猫前頭葉部分破壊の行動変化—. *精神経誌*, 69: 1120, 1967
7. 長谷川保: 側頭葉切除後の精神症状について. *精神経誌*, 62: 398, 1960

8. Spatz, H. : Uber die Bedeutung der basalen Rinde, Auf Grunde von Beobachtungen bei Pick' scher Krankheit und bei gedeckten Hirnverletzungen. Z. Ges. Neurol. 158 : 208, 1937
9. Freudenberg, R., Robertstein, J.P.S. : Investigation into intellectual changes following prefrontal Leucotomy. J. Ment. Sci., 95 : 826, 1949
10. 吉田伸一, 濱崎淑彦, 中嶋理香, 田中久 他 : 進行性失語と脳梗塞性失語の比較・検討. 神経心理学, 10 : 68-76, 1994
11. Van Horn, G., Hawes, A : Global aphasia without hemiparesis : a sign of embolic encephalopathy. Neurology, 32 : 403-406, 1982
12. 平野照之, 橋本洋一郎, 渡辺 進, 荒木淑郎 他 : 片麻痺を伴わない全失語を呈した脳血栓症の 1 症例. 臨床神経, 30 : 50-54, 1990
13. Legatt, A.D., Rubin, M.J., Kaplan, L.R., Healton, E.B., et al. : Global aphasia without hemiparesis : Multiple etiologies. Neurology, 37 : 201-205, 1987
14. Feinberg, T., Goodman, B. : Affective illness, dementia, and pseudodementia. J. Clin. Psychiat., 45 : 99-103, 1984
15. Liston, E.H. : Occult presenile dementia. J. Nerv. Dis., 164 : 263-267, 1977
16. 石田康, 三山吉夫, 古郷博 : うつ病様状態が長期にわたって先行した初老期痴呆の 2 症例. 臨床精神医学, 15 : 1963-1969, 1986
17. 川勝忍, 佐川勝男, 篠原正夫, 森信繁 他 : アルツハイマー病におけるうつ状態の頻度と検討—初期症状とうつ病との鑑別について—. 精神科治療学, 5 : 883-889, 1990
18. 三山吉夫 : 初老期痴呆 3 例の発病初期にみられたうつ病様状態. 精神医学, 24 : 1169-1175