

■ シンポジウム指定討論

脳血管障害における病態失認・身体パラフレニア

田中 久* 武田明夫** 石川作和夫**

要旨：脳血管障害により病態失認（AG）ないし身体パラフレニア（SP）を呈した21例（右病変19例，左病変2例）について，病変部位，症候の発現様式，背景因子，随伴症候を検討した。症候の内訳では，AGのみが8例，AGにSPを伴うものが12例，患肢の喪失感にSPを伴うものが1例であった。AGは，右病変では頭頂葉を中心とした広範な皮質・皮質下病変や視床病変で生じる例が多く，左病変では，視床・基底核～後方皮質下病変で失語の軽度な例に生じた。SPを伴う例では，病変の広がりにより広範囲であった。AGは，患側の上下肢に同程度に出現する例が多いのに対し，SPでは，患側上肢の特に前腕以下にみられる例が多かった。特にSPを伴う例では，高齢者，女性が多く，重度の片麻痺と知覚障害，同名性半盲，脱抑制などを高頻度に伴い，症候が長期間持続する例が多く，機能的予後は不良であった。

(失語症研究 15 (2) : 192~197, 1995)

Key Words：脳血管障害，病態失認，身体パラフレニア，片麻痺

cerebrovascular disease, anosognosia, somatoparaphrenia, hemiplegia

はじめに

病態失認 (anosognosia, 以下 AG) は片麻痺患者が麻痺の存在を否認する症候で, Babinski (1914) が命名したものに基づく。麻痺を否認しないがそれに関心を払わない状態は, anosodiaphoria (片麻痺無関知) と呼ばれ, 狭義の anosognosia (片麻痺無認知) と区別して扱われる。さらに片麻痺のより強固な否認は片麻痺否認 (denial of hemiplegia) とされることもある。なお本稿では AG を片麻痺無認知とほぼ同意義語として取り扱う。

身体パラフレニア (somatoparaphrenia, 以下 SP) は片麻痺無認知に加えて麻痺肢に対する異常な判断を伴うもので, Gerstmann (1942) が麻痺側半身欠如の体験に錯覚, 作話, 妄想が結び付いた症例を報告している。類縁症候として,

半身無視や忘却を呈する半側身体失認, 喪失感, 変形感, 異物感などを伴う半側身体幻覚が挙げられる。ここでは脳血管障害における AG と SP の臨床像と背景因子を検討する。

I. 対象と方法

対象は 1991 年 4 月～1994 年 7 月に国立名古屋病院または協立総合病院で急性期より入院治療した脳血管障害連続 556 例のうち AG, SP を呈した 21 例 (3.8%) である。内訳は男性 11 例, 女性 10 例で, 年齢は 50～86 歳 (平均 65.3 歳), 全例右利きであった。病変側は右病変が 19 例と多く, 左病変も 2 例みられた。病因は脳塞栓症が 11 例と過半数を占め, 脳血栓症 4 例, 脳出血 6 例であった。症候別では, AG のみが 8 例, AG に SP を伴うものが 12 例, AG がなく患側上肢の喪失感に SP を伴うものが 1 例あった。これら

*協立総合病院神経内科 〒456 名古屋市熱田区六番 3 丁目18-5

**国立名古屋病院神経内科

受稿日 1995年3月31日

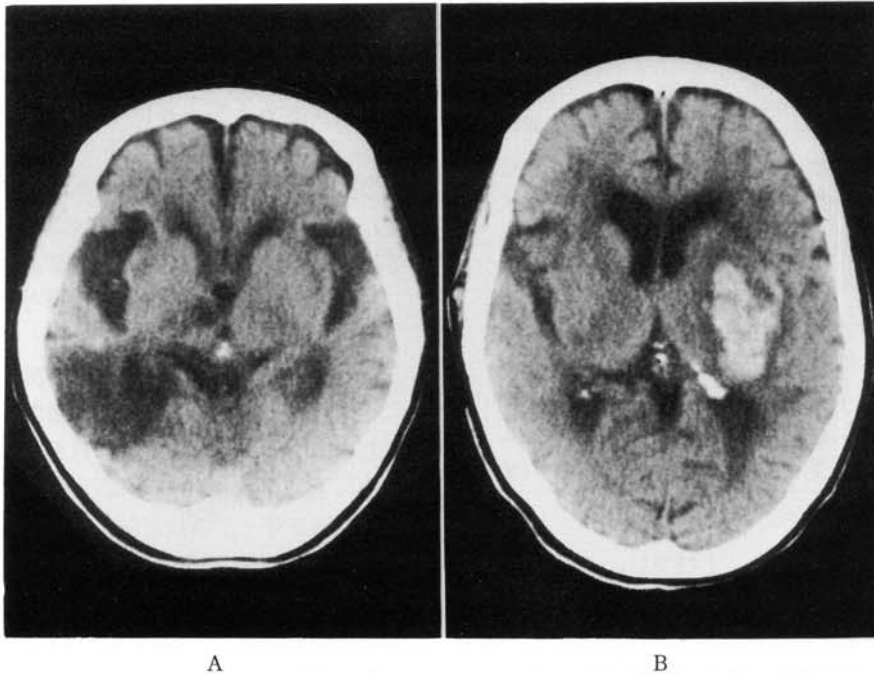


図1 A: 症例1の頭部CT。右頭頂・側頭葉と視床に梗塞巣があり、全般的な脳萎縮を伴う。
B: 症例2の頭部CT。左被殻, 視床, 放線冠から頭頂葉皮質下へ出血を認める。

をAGのみの8例とSPを伴う13例とに分け、症候の発現様式、随伴症候、病変部位などを比較検討した。

II. 代表例の呈示

症例1: 73歳の右利き女性で、僧帽弁狭窄症、心房細動を基礎にもつ心原性脳塞栓症で、中等度の左不全片麻痺、左半身の全知覚鈍麻、左同名半盲、allesthesiaがあり、失見当識、左半側空間無視、脱抑制、多弁、固執傾向がみられ、左上下肢のAG、左上肢の喪失感と左上下肢のSPが9ヵ月以上持続した。左上肢は上腕の中ほどより末梢が自分のものではなく、どこかで拾ってきた別人の手を上手につけてもらったもので、時々悪さをする「悪い手」であり、下肢については時々誰かの足が勝手なことをすると訴えた。頭部CTでは右頭頂・側頭葉と視床に病変があり、全般的な脳萎縮を伴っていた(図1-A)。

症例2: 86歳の右利き女性、左脳出血例で、重度の右不全片麻痺、右半身の全知覚鈍麻、allesth-

esiaがあり、発話量減少、健忘失語、右半側空間無視、使用行動、左手の本能性把握反応、発動性低下と固執傾向がみられた。当初は緘黙状態であったが、失語の改善とともに右上下肢のAGと右上肢のSPが明らかとなり、3ヵ月以上持続した。右前腕は自分の夫の手であると訴えたが、右上腕や下肢は自分の手であると判断可能であった。頭部CT病変は、左被殻、視床、放線冠から頭頂葉皮質下へ広がっていた(図1-B)。

III. 結果

1. AG, SPの発現様式と内容

AGを認めた20例中、AGが患側の上下肢とも同程度にみられたのが18例と大部分を占め、下肢優位のものが1例、上肢優位のものが1例あった。一方、SPを認めた13例中、SPが上肢のみにみられたものが9例と多く、上肢にあるが下肢は不明のものが3例、上下肢ともに認めたものは1例のみであった。また、SPは患側上肢の特に前腕以下に多い傾向があった。

表 AG のみの8例とSPを伴った13例の比較

	AGのみ8例	SP有り13例
年齢：70歳以上	13%	54%
性別：女性	25%	62%
片麻痺 中等～重度	63%	100%
感覚障害 中等～重度	75%	92%
同名性半盲	13%	54%
失語	0%	15%
半側空間無視	75%	100%
精神症状：発動性低下	63%	31%
脱抑制	25%	62%
持続期間 1ヵ月以上	0%	31%
機能予後 自立～杖歩行	83%	23%
車椅子	17%	77%

SP 13例の内容として、上肢では、患肢を先生の手、看護婦さんの手など診察場面で自分の身近にいる他人の手としたものが9例と最も多く、患肢が自分の夫の手であったり、患肢を夫自身に人格化したものが2例、自分の手が消失し拾ってき

た手をつけてもらったとしたものが1例、上肢がえぐれてその先に肉の塊がついているとしたものが1例あった。下肢では、時々誰かの足が出てきて邪魔をすると訴える反応が1例にみられた。SPは大部分が言語反応のみであったが、悪いことをする手とって患者自身が自分の患肢を縛ったり、袋をかぶせるなど misoplegia と考えられる行動面の異常が1例にみられた。

2. AG のみの8例とSPを伴う13例との比較 (表)

SPを伴う例では、70歳以上の高齢者と女性が多く、随伴症候として、中等～重度の運動麻痺、同名半盲を伴う例が多くみられた。中等～重度の感覚障害、半側空間無視は両群とも高率に認められた。失語を伴ったのは左病変2例のみでいずれも健忘失語であり、失語の改善とともにAG、SPが明らかとなった。精神症状として、AGのみの例では発動性低下、SPを伴う例では脱抑制が多い傾向があった。

AG のみの8例はすべて1ヵ月以内にAGが消

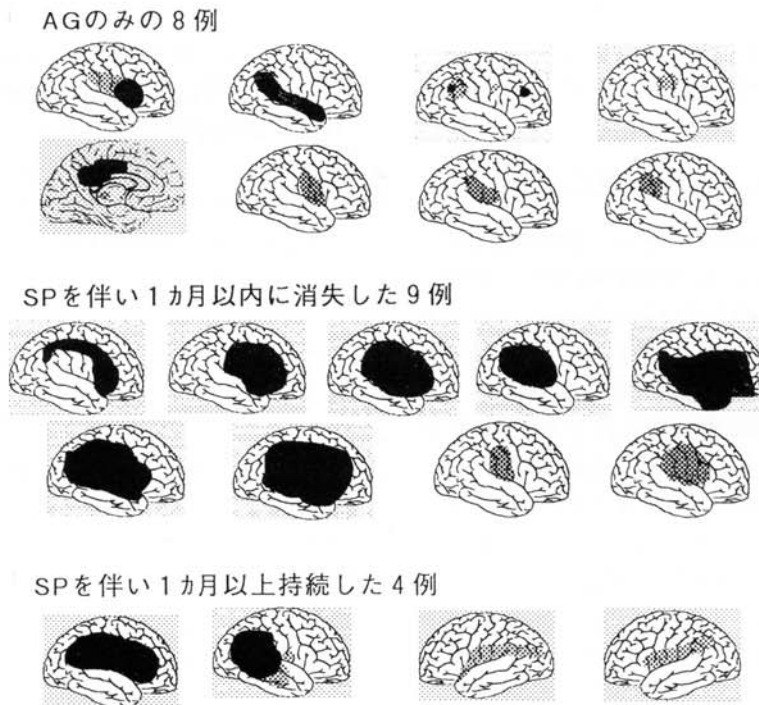


図2：病変分布を脳表面上に投射したシェーマ。黒色が皮質病変、灰色が皮質下病変を示す。

失したのに対し、SPを伴う例では症候の持続が1ヵ月以上の長期例が3割にみられ、機能的予後も車椅子までの例が8割を占め不良であった。

3. AG, SPと病変部位との関連(図2)

AGのみの脳梗塞5例は比較的小さい病変が多く、病変部位も右頭頂・側頭葉皮質～皮質下梗塞2例、右前頭葉内側梗塞1例、右基底核・放線冠の多発梗塞2例と一様でなかった。AGのみの脳出血3例は右視床出血2例、右頭頂葉皮質下出血1例であった。

SPを伴い症候が1ヵ月以内に消失した9例についてみると、脳梗塞7例はAGのみの例に比べ病変が広範でいずれも右中大脳動脈領域の比較的大きな梗塞であり、脳出血2例は右被殻出血1例、右視床出血1例であった。

SPを伴い症候が1ヵ月以上持続した4例中、右脳梗塞が2例で、他の例に比べ頭頂葉への病変の広がりが大きく、右中大脳動脈領域広範囲病変1例、右頭頂・側頭葉病変と視床病変の合併1例であった。左脳梗塞1例、左脳出血1例はいずれも皮質下病変で、視床、内包、基底核から後方皮質下へ病変が長く広がっていた。

IV. 考 察

AGは一般に広範な右半球病変で生じることが圧倒的に多い。その責任病巣として、森(1982)が右頭頂葉下部、上側頭回、下前頭回を含む皮質・皮質下病変を挙げ、Levineら(1991)は右中心回、視床・内包病変、Starksteinら(1992)は右側頭・頭頂接合部、視床、基底核病変に加えて背景にある脳萎縮の関与を指摘している。

一方、AG出現頻度の左右差は言語機能の左右差の反映にほかならず、左半球病変では失語のために本来ある症状が顕在化しにくいとする立場もある(Weinsteinら, 1964)。最近のてんかん患者でのアマタールテストを用いた検討では、AG出現頻度は右側注入例の89%に対し左側注入例で49%と報告され(Breierら, 1995)、左半球病変でも頻度は低いもののAGが生じることを示している。

今回のわれわれの検討でも、AGは右病変で多く認められ、右頭頂葉を中心とした広範な皮質・

皮質下病変や視床病変で生じることが多かった。一方、右利きの左病変例でもみられ、これは視床から後方に広がる皮質下病変で失語の軽度な例に生じていた。また、SPを伴う例は病変の広がりにより広範囲であった。AGが長期間持続する要因として、病変の広がり的大小に加え、加齢、脳萎縮、女性が指摘された。

AGの成立機序としては、身体図式障害(Gerstmann, 1958)、半身の知覚情報の統合処理障害(Denny-Brownら, 1954)、防衛的心因反応としての疾病否認(Weinsteinら, 1954)、右視覚野・体性感覚野と左言語半球との離断(Geschwind, 1965)、一側方向性注意障害(Mesulam, 1981)、固有知覚障害や認知障害のため片麻痺を「発見」できない(Levineら, 1991)などの説が挙げられる。また森(1982)、峰松(1991)は、半側認知異常を伴うものとそうでないものに分け、これらを折衷・統合した説を述べている。SPについても、AGに幻覚・妄想的加工が加わったもの(Gerstmann, 1942)、麻痺を否定する抑圧反応(Weinsteinら, 1954)、離断による作話反応(Geschwind, 1965)、左片麻痺の無自覚と言語半球の解釈の誤り(臼井ら, 1986)などの説がある。

今回の検討では、AGは患側の上下肢とも同程度の例が多いのに対し、SPは上肢の特に前腕以下に出現する例が多くみられ、これらの症候の発現機序を一元的に捉えるには無理があると思われる。AGは全般的注意障害や半側無視のレベルで説明可能な面もあるが、SPについては離断や知覚統合処理障害などを含めたメカニズムを考える必要がある。また、背景因子として、病変の広がり、脳萎縮、加齢、性別、深部知覚障害、同名性半盲、半側空間無視、発動性低下や脱抑制などの精神症状も重要と考えられた。

謝辞：本研究の一部は循環器病研究委託費 6指-1-(2)による。

文 献

- 1) Babinski, M.J. : Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). Rev Neurol (Paris), 27 :

- 845-847, 1914.
- 2) Breier, J.I., Adair, J.C., Gold, M. et al : Dissociation of anosognosia for hemiplegia and aphasia during left-hemisphere anesthesia. *Neurology*, 45 : 65-67, 1995.
 - 3) Denny-Brown, D., Meyer, J.S., Horenstein, S : The significance of perceptual rivalry resulting from parietal lesion. *Brain*, 75 : 433-471, 1954.
 - 4) Gerstmann, J. : Problem of imperception of disease and of impaired body territories with organic lesions. *Arch Neurol Psychiatry* 48 : 890-913, 1942.
 - 5) Gerstmann, J. : Psychological and phenomenological aspects of disorders of the body image. *J Nerv Ment Dis*, 126 : 499-512, 1958.
 - 6) Geschwind, N. : Disconnexion syndromes in animals and man. *Brain*, 88 : 237-294, 585-644, 1965.
 - 7) Levine, D. N., Calvanio, R., Rinn, W.E. : The pathogenesis of anosognosia for hemiplegia. *Neurology*, 41 : 1770-1781, 1991.
 - 8) Mesulam, M.M. : A cortical network for directed attention and unilateral neglect. *Ann Neurol*, 10 : 309-325, 1981.
 - 9) 峰松一夫 : 右半球の神経心理学的症状 ; 病態失認. 右半球の神経心理学 (杉下守弘, 編). 初版, 朝倉書店, 東京, 1991, pp.34-52.
 - 10) 森悦郎 : 右半球損傷患者における片麻痺の否認 (anosognosia) と半身の認知異常 (hemiasomatognosia) ; 脳血管障害急性期での検討, *臨床神経*, 22 : 881-890, 1982.
 - 11) Starkstein, S. E., Fedoroff, J. P., Price, T. R. et al : Anosognosia in patients with cerebrovascular lesions; A study of causative factors. *Stroke*, 23 : 1446-1453, 1992.
 - 12) 臼井宏, 浅川和夫 : Somatoparaphrenia (personifizierende Anosognosie) の1例, *精神医学*, 28 : 771-779, 1986.
 - 13) Weinstein, E. A., Kahn, R.L., Malitz, S. et al : Delusional reduplication of parts of the body. *Brain*, 77 : 45-60, 1954.
 - 14) Weinstein, E. A., Cole, M., Mitchell, M.S. et al : Anosognosia and aphasia. *Arch Neurol*, 10 : 376-386, 1964.

Abstract

Anosognosia and Somatoparaphrenia in Patients with Cerebrovascular Disease

Hisashi Tanaka*, Akio Takeda** and Sawao Ishikawa**

We studied clinical features and various background factors of anosognosia (Babinski, 1914) and somatoparaphrenia (Gerstmann, 1942) resulting from cerebrovascular disease. Subjects in this study were 21 patients (11 males and 10 females ; range of age, 50 - 86 years ; 19 right-sided and 2 left-sided lesions ; all right-handed) exhibiting anosognosia and/or somatoparaphrenia, who were selected from 556 consecutive admissions to our hospitals for treatment of acute stroke between April 1991 and July 1994. They comprised 8 cases with anosognosia without somatoparaphrenia, 12 cases with anosognosia and somatoparaphrenia, and 1 case with somatoparaphrenia and hemiasomatognosia. Regarding lesion location detected by cranial CT or MRI, patients with anosognosia had a highly frequency of large right hemisphere lesions, primarily involving parietal lobe and/or thalamus, and particularly anosognosia with somatoparaphrenia was related to more widespread lesions. In left hemisphere stroke patients with slight aphasia, these symptoms were associated with lesions including thalamus, basal ganglia and posterior subcortical areas. Anosognosia was seen almost similarly in the affected upper and lower limbs, while somatoparaphrenia was usually seen in the affected upper limb or forearm alone. In particular anosognosia with somatoparaphrenia was mostly seen in older female with brain atrophy. It was frequently accompanied by severe contralateral hemiplegia, deep sensory deficit, homonymous hemianopsia, unilateral spatial neglect and disinhibition, and likely to last for long time. These findings mean poor functional prognosis.

*Department of Neurology, Kyoritsu General Hospital 3-18-5 Rokuban Atuta-ku Nagoya 456, Japan

**Department of Neurology, Nagoya National Hospital