

## ■ 編集だより

### 編集後記

#### アルツハイマー病の確定診断と臨床診断

アルツハイマー病 (AD) の“確定診断” (英語表記では definite diagnosis) の誤用が投稿原稿に時に認められる。投稿者は、“MRI や脳血流 SPECT も含めて検査した精度の高い診断” という意味で“確定診断” の用語を用いたと思われる。同様の誤用は認知症関係の会議でも散見され、“確定診断” の誤用は広がっている。

AD の確定診断は、1984 年の NINCDS-ADRDA 研究班報告 (Neurology, 34; 939-944, 1984) で、「probable AD (AD ほぼ確実) の臨床診断基準に合致し生検または剖検による神経病理学的証拠に基づく」と定義された。2007 年の NINCDS-ADRDA 診断基準の研究用改訂版 (Lancet Neurology, 6; 734-746, 2007) では、「臨床的および組織病理学的 (生検または剖検) 証拠の両者を充たす場合と、臨床的および遺伝学的 (第 1, 14, 21 染色体の変異) 証拠の両者を充たす場合」に定義が拡大された。また 2011 年の NIA-AA 研究班の診断指針 (Alzheimers Dement, 7; 263-269, 2011) では、「臨床診断基準を充たし神経病理学的検索により組織学的基準を充たす場合」は、「病態生理学的に証明された AD 認知症 (pathophysiologically proved AD dementia)」と表記される。

日本では、2005 年の「先端脳」ゲノム班のアルツハイマー病診断・評価基準試案 (臨床神経, 45; 128-137, 2005) で、確定診断基準に「病理学的基準, 生化学的基準 (脳のアβ40 とアβ42 の蓄積, 異常にリン酸化されたタウ蓄積パターン), 遺伝子診断」を挙げている。

日本神経学会が監修し、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本神経治療学会が参加し「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会が編集した「認知症疾患治療ガイドライン 2010」とその「コンパクト版 2012」でも、1984 年以降の米国主導の臨床診断基準は、臨床的確定 (probable AD)、臨床的疑診 (possible AD)、確実な診断 (definite) の用語で紹介されている。したがって、AD の“確定診断” は、NINCDS-ADRDA 診断基準に従い「臨床および組織病理学的証拠の両者を充たす場合と、臨床および遺伝学的証拠の両者を充たす場合」に限ることで一致しているであろう。

さて、AD の臨床診断に“臨床的確定 (probable AD)、臨床的疑診 (possible AD)” の診断表記を採用しても、“臨床的確定、臨床的疑診” に当てはまらない臨床診断が残る。AD の臨床診断は異なった検査水準で行われている。私は精神神経疾患専門病院の精神科の物忘れ外来で診療している。この外来を受診する患者さんに、問診、ADL と IADL 評価、神経学的検査、HDS-R、MMSE、時計描画検査を行い、その後以下に以下の保険診療の検査セット (簡単な順に並べる) を行っている。なお、ビタミン測定、甲状腺機能検査は原則として実施している。

- ① 頭部単純 CT のみ、または頭部単純 MRI のみを検査。
- ② 頭部単純 MRI、脳血流 SPECT、脳波検査。
- ③② に心理検査 (日本版ウェクスラー記憶検査改訂版またはリバーミード行動記憶検査、Raven 色彩マトリックス検査) を追加。
- ④③ に脳脊髄液バイオマーカー検査を追加。

診断補助検査の項目が増え、神経機能評価のモダリティが増加すると臨床診断の精度は向上する。しかし、臨床現場では頭部 CT のみのスクリーニング検査で臨床診断せざるを得ないことがある。“スクリーニング診断”、“機能画像検査を加味した臨床診断”、“バイオマーカーを加味した臨床診断” (これらは仮称、もっと適切な診断表記がないのでしょうか?)、など検査の種類に応じた診断表記がなされた方が良い。

患者家族の立場からは、すべて“臨床診断”と表現されるため混乱が生じている。たとえば、A 病院で臨床的に認知症があり、頭部 MRI で海馬傍回と海馬を含む大脳萎縮を認めたことを根拠に AD と臨床診断されたが、1 年後に B 病院を受診し脳血流 SPECT では AD に特徴的な脳血流低下パターンはなく AD の臨床診断が保留されることは起こりうる。認知症専門医療機関とかかりつけ医との意思疎通・情報共有のためにも診断表記の明確化が必要である。

有馬 邦正