

# 第65回 熊本神経心理研究会

謹啓 時下 先生方には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます  
さてこの度 『第65回 熊本神経心理研究会』を開催いたします。

つきましては ご多忙中とは存じますが、皆様多数ご出席賜りますようお願い申し上げます。謹白

熊本神経心理研究会 代表世話人 橋本 洋一郎  
事務局（副代表） 稲富 雄一郎

2023年8月9日（金） 19：00～20：30

会場：済生会熊本病院 外来がん治療棟 4階 コンベンションホール  
zoomウェビナー併用のハイブリッド形式

※裏面の手順にて[事前登録をお願いいたします](#)

19:00～19:40 教育講演

座長 熊本機能病院 総合リハビリテーション部 坂本 佳先生

## 「神経心理学的症候の発現機序について －脳梗塞の経験例から－」

演者 田川 皓一 先生

長尾病院 高次脳機能センター

19:40～20:30 特別講演

座長 熊本保健科学大学 保健科学部リハビリテーション学科 小手川 耕平先生

## 「視覚・空間認知の障害」

演者 鈴木 匡子 先生

東北大学大学院医学系研究科 高次機能障害学 教授

\* 参加費として会場参加の場合、500円徴収させていただきます。  
なおWeb参加は無料です。

共催：熊本神経心理研究会/エーザイ株式会社



# 申込方法

① **現地参加**をご希望の先生は下記URLまたは二次元コードよりアクセスのうえ入力をお願い申し上げます。

URL

[https://us06web.zoom.us/survey/Te1XIPMnYuM4rBOuuT\\_tvBFidUbnuB4SrD1drooOQDil\\_hhq4Pxo.-VjfwQniDLTbuHho/view?id=bkrgUJtRSju3Om5BCAqOvg#/sharePreview](https://us06web.zoom.us/survey/Te1XIPMnYuM4rBOuuT_tvBFidUbnuB4SrD1drooOQDil_hhq4Pxo.-VjfwQniDLTbuHho/view?id=bkrgUJtRSju3Om5BCAqOvg#/sharePreview)

\* 参加費として会場参加の場合、500円徴収させていただきます。

【会場】 済生会熊本病院 外来がん治療棟 4階  
コンベンションホール

\* お手数をお掛けしますが、現地参加ご希望の先生は、  
**2024年8月7日（水）まで**にご入力をお願い申し上げます。



👉 二次元コードから  
アクセス出来ます

② **web参加**にて聴講をご希望の先生は  
下記URLまたは二次元コードまたはID・Passより  
Zoomウェビナーにてご参加願います。

下記URLもしくは二次元コードからアクセスして事前登録を行ってください。

URL

[https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\\_7WCCIFW3TWGredraW\\_BbeA](https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_7WCCIFW3TWGredraW_BbeA)



👉 二次元コードから  
アクセス出来ます

- ▶ 本講演会は医療関係者の皆さまに限りご参加いただくことが可能です。
- ▶ 本講演会の内容(話される内容や投影される文字、写真、図、イラストなど)の無断での複製、転載、改変その他の二次利用はお控えください。

「お問い合わせ先」

エーザイ株式会社 熊本統括部 牛島康二

[K-ushijima@hbc.eisai.co.jp](mailto:K-ushijima@hbc.eisai.co.jp) / TEL:090-7634-3072

## 第 65 回熊本神経心理研究会

教育講演「神経心理学的症候の発現機序について — 脳梗塞の経験例から —」

長尾病院 高次脳機能センター 田川 皓一

「前頭葉性無視とその病巣部位」、「中心溝動脈領域の梗塞による純粹語唾の責任病巣」、ならびに「中枢性の前庭神経症候と頭頂間溝症候群」の三つの話題を取り上げます。

### 1) 前頭葉性無視とその病巣部位

前頭葉性無視という概念があります。半側空間無視の発現機序を考えると、頭頂葉は知覚面、あるいは、入力面に関連し、前頭葉は運動面、出力面に関与すると思われれます。頭頂葉性の無視は半側視空間における入力面での障害で出現し、前頭葉性無視は半側視空間における出力面での障害により生じると説明されています。この両者が障害されると半側空間無視は重度になってきます。今回は、脳梗塞により左半側空間無視を呈した症例を供覧し、前頭葉性無視について考えたいと思います。

前頭葉性無視の最初の症例は脳腫瘍であったと記憶しています。以前は、脳梗塞による前頭葉性無視のことはそれほど多いものとは考えられていなかったようですが、半側空間無視への関心が高まったこと、半側空間無視の検査システムが確立したことなどが要因となり、脳梗塞による前頭葉損傷で半側空間無視を呈する症例も数多く存在することが知られてきました。しかし、偶然発見されるような比較的無症候で経過したであろう広範な前頭葉外側部の梗塞が発見されることもありますから、半側空間無視が目立たないような前頭葉梗塞も存在しているものと考えられます。

前頭葉外側部は中大脳動脈の灌流域にあります。一方、前頭葉内側部は前大脳動脈の灌流域にあります。両動脈領域に存在する前頭葉の梗塞で、重度の半側空間無視を呈した症例を経験しました。通常、中大脳動脈が灌流する前頭葉外側部の損傷例に出現する半側空間無視は改善性の経過をとるように思います。しかし、中大脳動脈領域に加え、前大脳動脈領域、すなわち前頭葉内側部にも障害をきたしますと予後不良の半側空間無視を呈することがあります。前頭葉運動連合野や、前頭眼野を含むような病巣では、無視が重度となり、予後が不良になるのではないかと考えています。また、補足運動野の障害では運動の発動性が低下し、行動面での障害がより著明に出てくるかもしれません。

### 2) 中心溝動脈領域の梗塞による純粹語唾の責任病巣

純粹語唾は、純粹失構音や純粹アナルトリー、純粹発語失行などと同義的に使用されています。発話は非流暢で努力性、発話量も少なく、基本的にはブローカ失語の発語障害と同様です。しかし、聴覚的理解や書字、読字は障害されてはいません。したがって、筆談によるコミュニケーションが可能となります。

責任病巣は言語優位側の中心前回の後方部に想定されています。この領域は中大脳動

ら分岐する中心溝動脈の灌流域に存在しています。中心前回ではどの部位が純粋語唾の重症度に関連しているのでしょうか。一般的には、中心前回の下部の障害が強調されてきたように思います。中心前回に拡がる病巣が存在し、上下に進展している病巣をイメージすると、確かに下部に病巣が拡がっている症例ほど症状は重度であると考えられます。しかし、予後は良好といっても中心前回の中央部から上部に病巣の主座を有する症例でも純粋語唾は出現してくると思いますし、場合によっては重度な症候を呈することがあります。

今回、画像所見を考え直さないといけないと思った85歳、左利きの男性を経験しました。画像を供覧したいと思います。ある日、軽度の左不全麻痺と失語症で発症しました。MRIで右中心前回に新鮮梗塞を認めました。塞栓性の梗塞です。純粋語唾は重度でした。その後の経過にも、目立った改善は認めませんでした。中心前回後部に病巣は認めるものの、その存在部位は必ずしも下部ではなく、中心前回弁蓋部の病巣も、はっきりしませんでした。本例は、重度の純粋語唾を呈しているにもかかわらず、中心前回下方部の病巣は目立ちませんでした。なお、本例は閉塞動脈の再開通を伴う塞栓性の梗塞で、アテローム血栓性脳梗塞に認められるような周囲に脳血流代謝の低下部位を呈するようなことは考えられません。

なお、中心前回後部に病巣を認めるというのは、中心前回前部が前中心溝動脈の灌流域にあるためだと思います。この領域を含む梗塞になれば、前中心溝動脈領域にも梗塞を伴うこととなりますので、同時に Broca 領野も損傷を受け Broca 失語を呈してくることになります。中大脳動脈の皮質枝の灌流域は、必ずしも脳回と一致するわけではないことも承知しておくべきでしょう。本例の梗塞巣は純粋語唾を呈した責任病巣というより、中心溝動脈閉塞症の病巣としてとらえたほうが良いのではないかと思います。

### 3) 中枢性の前庭神経症候と頭頂間溝症候群

大脳病変によりめまいが出現することが知られており、大脳の前庭中枢として頭頂葉や側頭葉が論じられています。しかし、その病巣があれば高率に前庭神経症候が出現するわけではありません。右の頭頂葉や側頭葉を含む脳梗塞で、重力感覚の障害を呈した1例を経験しました。リハビリテーションの現場において、いわゆる、頭頂間溝症候群を考慮することの意義について述べたいと思います。

症例は67歳、右利きの男性です。左の運動麻痺は軽度で、左半側空間無視とともに、重力感覚の障害を訴えました。具体的には、エレベーターに乗っていて、上昇するときや下降するときの感覚がないということでした。聴力や平衡感覚の障害はありません。右中大脳動脈領域で頭頂葉や側頭葉を含む広範な梗塞を認めています。両側性に新鮮梗塞をみることから塞栓性梗塞と考えられていました。

側頭葉や頭頂葉に病巣が存在するといっても、必ずしも中枢性のめまいをみるわけでもありませんし、むしろ稀な症候です。今回紹介したような、重力感覚の障害を呈する症例も初めての経験でした。損傷部位と責任病巣が、よく一致するものもあれば、なぜ発症したの

か、理由がよくわからない症候まで、神経症候の発現機序は多様と考えます。今回の症候の責任病巣は不明ですが、症候に気づいたのは、リハビリテーションの現場での患者とセラピストのやり取りからでした。

少々飛躍するのですが、頭頂葉損傷患者のリハビリテーションの現場における重要な症候として、頭頂間溝周囲の損傷による症候を挙げることができます。神経症候学的には、視覚性運動失調が有名です。しかし、積極的に探しに行かなければ観察できない症候です。また、遠近感の認知や傾きの認知、スピードの認知、自己身体の定位の認知に障害を呈する方が存在します。これらの症候の存在を理解したうえで、患者に接する必要があると考えます。リハビリテーションの現場で留意しておきたい症候と思っています。

## 視覚・空間認知の障害

東北大学大学院医学系研究科高次機能障害学 鈴木匡子

10年前に熊本で講演の機会をいただいた時は、局所脳損傷を中心に視覚障害の話をしました。昨今、認知症における高次脳機能障害が注目されるようになってきたことから、今回は変性性認知症でどのような視覚・空間認知障害が生じるかを中心にお話ししたいと思います。

一次視覚野に入った情報は視覚腹側路と視覚背側路で処理されます。側頭葉へ至る腹側路は視覚的な対象認知に関わる経路、頭頂葉へ至る背側路は視覚情報を行為に結びつける経路です。どちらの経路がより障害されるかにより異なる症候が出現します。視覚・空間認知は加齢に伴い変化しますが、神経変性疾患ではそれとは質的に異なる障害がみられます。変性性認知症の中で大脳の後方の機能低下がめだつのはレビー小体型認知症(DLB)とアルツハイマー型認知症(AD)で、多様な視覚・認知機能障害を呈することが知られています。パーキンソン病や大脳皮質基底核症候群でも視覚・空間認知障害がみられることがあります。

DLBでは、特徴的な症状として生き生きとした幻視や錯視(パレイドリア)がみられます。錯視の出現には、形態・質感認知や空間認知の障害だけでなく、kinetopsia、情動の影響や推測能力の低下など多くの要因が関わっていることが分かってきました。また、後部皮質萎縮症(PCA)は、主に非典型的ADを背景とし、後頭頭頂葉を中心とした萎縮と多彩な視覚・空間認知障害を呈します。PCAでは両側大脳半球の障害による症状がみられやすいのが特徴です。視覚性注意障害(同時失認)だけでなく、書字も複合的な要因で障害されます。

認知症の視覚・空間認知障害を的確にとらえることは、原因疾患の鑑別に役立つだけでなく、日常生活において適切な対応を行うためにも重要と考えられます。