

# 前大脳動脈の閉塞により一過性無言症を呈した後健忘失語に移行した症例

柳川リハビリテーション学院 第3学年 山口 信

## . 症例

### 1. 症例選択理由

補足運動野(supplementary motor area:SMA,Brodmann の area6)を含む前頭葉内側面の損傷では一過性の無言産(transient mutism)の後、超皮質性運動失語(transcortical motor aphasia:TCMA)を呈するとの報告が多数ある。今回の実習で一過性の mutism を呈した後、超皮質性失語に特有の症状を示したものの、発語量が急速に増加し、視覚的呼称と語想起に極端な乖離を示す健忘失語を呈した症例を経験した。SMA の機能、また mutism と TCMA の経過と予後に示唆を与える貴重な症例であると考えられるのでここに報告する。

### 2. 一般的情報

T.I 氏、63 歳、男、F 県 K 市 Y 区 M 町、平成 12 年 7 月 11 日入院。

主訴:字が書きにくい、計算ができない。

家族構成:省略

職業歴:会社員(定年退職)

趣味:庭木の剪定

言語活動:幼少時北海道で生育し、標準語に近い。病前はおしゃべり(妻談)。

生活状況:シルバー人材センターに登録して仕事をしていた。

経済的状况:良好

性格:温厚(妻談)

利き手:右

### 3. 医学的状况

医学的診断名:左脳血栓症

既往歴:大腸ポリープ、糖尿病

現病歴:平成 12 年 7 月 11日、雨の中を植木の剪定に出掛け、倒れているのを通行人が見つke、救急車で当院に搬送。

神経学的所見:右片麻痺

放射線学的所見:MRI(平成 12 年 7 月 13 日実施)にて左前頭葉内側面前大脳動脈領域に広範な高吸収域を認める。

神経心理学的所見:コース立方体テストで IQ79(平成 12 年 8 月 1 日~3 日)。

他部門からの情報(入院時)

DR.:medial frontal syndrome による akinetic mutism の疑い。PT:右上下肢の完全麻痺。

OT:MMS で 15/30。

#### .初期評価までの経過と症状

##### 1.mutism 期(発話のなかった時期:第 1 病日~第 4 病日)

発声発語行動そのものがなく終始無言であり、発声発語企図も感じられなかった。

##### 2.TCMA 的な症状を示した期間(自発話のなかった時期:第 5 病日~第 20 病日)

極端に少ない自発話、それと対照的に良好な復唱と呼称、反響的な応答など、TCMA に特徴的な症状がある。ただし、発話量は徐々に増える傾向にあり、第 15 病日から 3~4 文節の文の表出が可能となっている。

#### .初期評価

##### 1.検査

総合的検査

[SLTA](平成 12 年 8 月 4 日~8 月 11 日実施)

掘り下げテスト

[トークンテスト](平成 12 年 8 月 4 日実施)132/150。

[低頻度 100 語呼称検査](平成 12 年 8 月 16 日、18 日実施)97/100 正答回呼称課題には非常に速い正確な反応を示す。

[本村式復唱検査](平成 12 年 8 月 18 日実施)25/30

[失語症構文検査] 聴理解:レベル 通過。レベル 通過。レベル 不通過。レベル 助詞補文(+):不通過。関係節:語順:不通過。 産生:全項目通過。 読解:レベル 通過。レベル 通過。レベル 助詞補文(-):不通過。レベル 助詞補文(+):不通過。関係節:通過。

## 2. 言語評価・診断

全体像[言語的診断名]健忘失語

言語症状

[表出面]T.I 氏の発話はスピード、リズムに問題がなく、流暢な印象である。質問には応答するものの自分から会話を開始することはほとんどない(病前はおしゃべりだった:妻談)。話し始めると比較的発語量が多い。また、非常に遠い段階(5 病日頃)から呼称課題は良好であったが、その段階でも自分の名前、プロフィールを言えないなど、自発話と呼称の乖離が見られ、現在では語想起ができずに「あれ」「それ」を多用した空虚な会話となったり、途中で会話を止めてしまうことが多い。呼称課題には正確で素早い反応を示し、語想起と呼称の乖離傾向はむしろ強まっている。さらに、話す能力は全体に急速な回復を示しており、既に实用段階にあると考える。書く能力では漢字の想起に問題がる。また助詞や助動詞の省略が頻繁に起こる。とはいえ、全体的に見て書く能力も既に实用段階にある。しかし、話す能力、書く能力とも、本人が病前の能力と比較して気に病んでいるため、なんらかの対策が必要である。

[理解面]単語レベルでの聴理解に問題はない。文レベルになると特に可逆文の理解に障害を示すことから、文の理解に語順ストラテジーを用いている可能性が高い。長文の理解に障害を示すものの、全体に聴理解力は高く、既に实用段階にある。ただし、ARS の低下のため、周囲ができるだけ簡潔な文で話すという配慮が必要である。音読では統語障害の疑いがあるが、文意そのものは取れることが多いので、この障害は重いものではない。

問題点の要約

[機能障害レベル]

- #1. 語想起障害による喚語困難
- #2. 長く複雑な文の聴理解・読解困難
- #3. 書字障害
4. 計算障害

[能力障害レベル]

#5.自分の言いたいことが相手に伝わりにくい

[社会的不利レベル]

#6.ボランティア・趣味活動困難

[その他]

#7.話すことへのネガティブな感情

予後:身体面とともに言語面でも急遠な回復が続いているため、良好な予後を期待できる。

.訓練計画

## 1.ゴール

最終ゴール:ボランティア・趣味活動への復帰

長期ゴール

i) 喚語困難の軽減

) 長く複雑な文の理解(新聞・読書など)

) 書字障害の軽減

) 計算障害の軽減

短期ゴール

i) カテゴリー別の語想起 1 分間 5 つ以上

) 5 文節以上の文の聴理解・読解

) 簡単な漢字の書き取り可能

) 二桁の乗除算可能

## 2.訓練方法

訓練形態:個人訓練

時間的スケジュール:外来で週 1 回 2 ヶ月(平成 12 年 9 月 4 日退院予定)

訓練方法と材料

#1 に対して語想起訓練

【材料】絵カード、文字カードなど

【方法】 絵カードや文字カードを示し、それについての話題を話した後、同一カテゴリーの名称をできるだけ多く想起する。 自分だけ絵カードや文字カードを見た後、単語の周辺情報を述べて STS に単語を当てさせる。

#2 に対して 聴理解・読解力向上訓練

【材料】 新聞記事、電子辞書の内容など

【方法】 記事を音読し、その後でその文の情報について質問に答える。

#3 に対して(書字訓練)

【材料】 日記 新聞記事、電子辞書の内容など

【方法】 その日の出来事を書く 書字

#4 に対して 計算訓練 既に OT で実施

, 訓練経過(H12.8.28~9.1)略

. 考察

1. 本症例の mutism について。

mutism(Mutismus・無言症・緘黙)は全く喋らない、あるいは喋ろうともしない状態を言う。患者は意識があるように見え、発動性が欠如し、発語が不可能である。循環的な睡眠と覚醒のサイクルは保たれ、失禁が出現する 1)。mutism の責任病巣は過去さまざまな報告があり、主なものは脳幹網様体、視床、床下部の一部、大脳皮質前帯状回、脳梁 2)、小脳 3)4)両側尾状核 5)後頭蓋窩 6)7)などが挙げられるが、近年、前頭葉内側面の損傷によるものが注目され、報告も多い 8)9)。特に前大脳動脈(anterior cerebral artery:ACA)のトラブルによる一過性のものは、TCMA との関係で注目されている 10)11)12)13)。

mutism の最たるものが Cairns(1941)14)が初めて報告した akinetic mutism(無動性無言)である。mutism は全失語や重度の Boca 失語との鑑別が問題となるが、失語の場合、重度に発語がおかされても全く発語がみられなくなる、ということはない。必ず少量の常同言語は残る 15) 全失語ではなんらかの発語は意味不明ながら可能であるし、発語しようとする意欲もみられる。また、指パターンを模倣させるとか簡単な幾何図形を模写させる、などの非言語的課題を意外にすらすら遂行することがある。前者(mutism)ではこのような高次能力の表出は全く欠け落ちている 16)。本

症例は、左 ACA の血栓による閉塞によりその流域に広範な梗塞巣を生じたものである。さらに梗塞巣は SMA を含む。第 1 病日から第 4 病日までの症状として、呼びかけに対し、視線を向けるものの無言・無反応 口腔器官の模倣に対しても無反応 身体動作の模倣に対し手指運動の模倣に一部反応するもののほとんど無反応であり 発声発語行動そのものがなく終始無言であり、発声発語企図も感じられなかった。以上より、本症例は SMA を含む前頭葉内側面損傷によって生じた一過性 mutism であり、発話後は TCMA またはそれに類似の失語 (17) を呈することが予想された。

## 2. 本症例の失語の特徴について。

transcortical motor aphasia(超皮質性運動失語,TMA)は Lichthem(1885)18)によって初めて記載された失語型であり、Goldstein の 型 型をはじめ様々な下位分類があるが、本症例について注目する必要があるのは、Rubens(1976)が TCMA の亜型として報告した、前大脳動脈閉塞による失語である 19)。その話し言葉および言語特性は次の通りである。最初、mutism がそれぞれ 2 日と 10 日ずつ続いた後、言語の発動性に主要な障害のある失語に移行したという。また、TCMA に共通する特徴としては、自発語の量が著明に減少。発話開始の困難と努力性が認められる。話し始めると次の区切りまでの構音は滑らか。理解は比較的良好。呼称は比較的良好(自発語よりはかなりよい印象)。初頭音のヒント効果が大きい。系列語は開始するとスムーズ。復唱は自発語に乖離して良好。書字は著しい障害。文字を書き出せないことがある。が挙げられる望 20)。本症例は SMA を含む左前頭葉の広範な損傷により、4 日間の無動無言状態を呈し、その後、良好な復唱、自発話の極端な少なさと呼称との乖離、反響的な応答など、超皮質性失語を思わせるような症状がごく短期間現れた。しかし、TCMA の中核症状である発語量の減少という症状は第 5 病日から第 20 病日までの間にのみ現れたものであり、しかもこの期間においても発話量は日を追って多くなっていった。したがって、この症例を TCMA と呼ぶには無理があった。その後は急遠な回復で発症 1 ヶ月では喚語困難を主要な症状とする健忘失語の症状を呈した。ただし現在でも極めて良好な復唱と呼称に比較して、語想起が著しく困難であり、「目の前にあるものの名前はすぐ分かるが思い出そうとすると思い出せない」と訴えている。この症状と訴えは榎戸ら(1981)の記述したもの 21)と極めて類似しており、TCMA との共通点をうかがわせる。大槻ら(1998)22)は SMA と運動前野の喚語機能を比較した論文の中で、SMA の損傷が言語における記憶依存性の障害の障害を出

現させると述べている。本症例は語想起困難による喚語困難を主要な症状とするという点で、語の全き意味での健忘失語といえ、SMA の機能と ACA 領域の梗塞により現れるタイプの TCMA の経過と予後について貴重な示唆を与えてくれる症例であると考え、最終評価を終えていないが敢えて発表症例として取り上げた。

.文献

原稿紛失のため現在調査中。