

Ⅲ - 1 悪性脳腫瘍による半側空間無視症状への対応

今村 陽子¹⁾ 植村 研一¹⁾

半側空間無視症状に対してのリハビリテーションについては、失語症状のリハビリテーションほど議論が多くない。また従来、リハビリテーションの対象には、脳血管障害や良性脳腫瘍の術後のように症状が軽快または固定した症例に対して長期間の計画がたてられるものが選ばれていた。従って、悪性脳腫瘍のように症状が固定ないし増悪する自然経過をもつ症例で、リハビリテーションが係わったとしても短期間である場合には、リハビリテーション計画をたてることが消極的になりがちであった。しかし、生命予後が限られていなければいほど QOL のためにアプローチする必要性が増す。神経心理学的症候により、QOL がより制限されているとすれば、その対応を考案すべきであろう。本報告では、半側空間無視症状を呈した頭蓋内悪性脳腫瘍の3例の経験から、病態の違いによる対応方法につき述べる。

症例1：S. S. 62歳，男性。Rt Parietal lobe metastatic tumor の症例である。

①自動車運転中左にぶつかる (95.10) <半側空間無視>，②左側が見えにくい (95.10) <左同名半盲> の症状で発症し，頭部MRI で診断された。術前の神経心理学的症状をまとめると，①立体模写—左空間無視，②線の二等分—右方偏位，③線分抹消—左空間見落とし (軽度)，④時計文字盤数字—正解，⑤半盲・無視の自覚あり，という状態で腫瘍摘出後①～③は軽快・消失し，後療法を受け日常生活に復帰している。

症例2：T. T. 72歳，男性。Rt Frontal lobe glioblastomamultiforme の症例である。①自動車の助手席から降りる動作が，鈍い (94.12) <半

側空間認知障害の現れ>，②ボンヤリとした顔つき (95.1～2) <無気力・発動性の低下：前頭葉症状>，③左半身麻痺 (95.5) <前頭葉白質へ広がる病巣> の経過で発症し，1995年5月に頭部MRI で診断された。神経心理学的症状をまとめると，①立体模写—構成障害・左空間無視，②線分抹消—左空間見落とし，③保続，④視線の右方固定傾向，⑤無視の自覚に乏しい，という状態で腫瘍の部分摘出，後療法にもかかわらず症状は進行性であった。言語性の認知はある程度保たれており，右方向からの声かけを中心に対応した。全身状態の悪化するまでの半年間は，家族との間に反応が維持されていた。

症例3：K. I. 67歳，女性。Rt Parietal lobe glioblastomamultiforme の症例である。①比較的良く知っている土地で迷う，左に曲がるべきところを直進してしまう (95.7) <半側空間無視>，②左側のものにぶつかりやすい (95.8) <左同名半盲・半側空間無視> の症状で発症し，頭部MRI で診断された。術前の神経心理学的症状をまとめると，①立体・花の模写—左空間無視，②線の二等分—右方偏位，過剰補正，③線分抹消—左空間見落とし (軽度)，④時計文字盤数字—正解，⑤半盲・無視の自覚あり，という状態であった。生検にて組織を確認し，放射線照射と化学療法を施行した。それに並行して，①'左同名半盲・半側空間無視によって症状が説明できると告げる<病態の認識>，②'病院内の地理は病室の部屋番号や案内板の文字を手掛かりにして移動<言語的情報・認識で代償>の2点を検査による定期評価時 (初期は1週に1回) にアドバイスした。その結果，日常生活場面，検査所見は言語性の代償で改善 (立体模写を除く) した。この効果は腫瘍が

1) 浜松医科大学脳神経外科

脳梁を通じて左半球に浸潤し言語性記憶障害が現れてきた時点でも維持されていた。

まとめ：悪性脳腫瘍による半側空間無視症状への対応は、全摘可能な腫瘍ならば摘出により症状改善を期待する、全摘不可能な頭頂葉病巣では、病態の認識、言語情報による代償が日常生活場面

や検査所見の改善に役立つ。全摘不可能な前頭葉病巣では、病態の認識が困難なため注意の向かう側から視覚情報、言語情報を入れることで、外界とのコミュニケーションをはかる効果が、得られる。

症例3の検査所見

図1：線分抹消

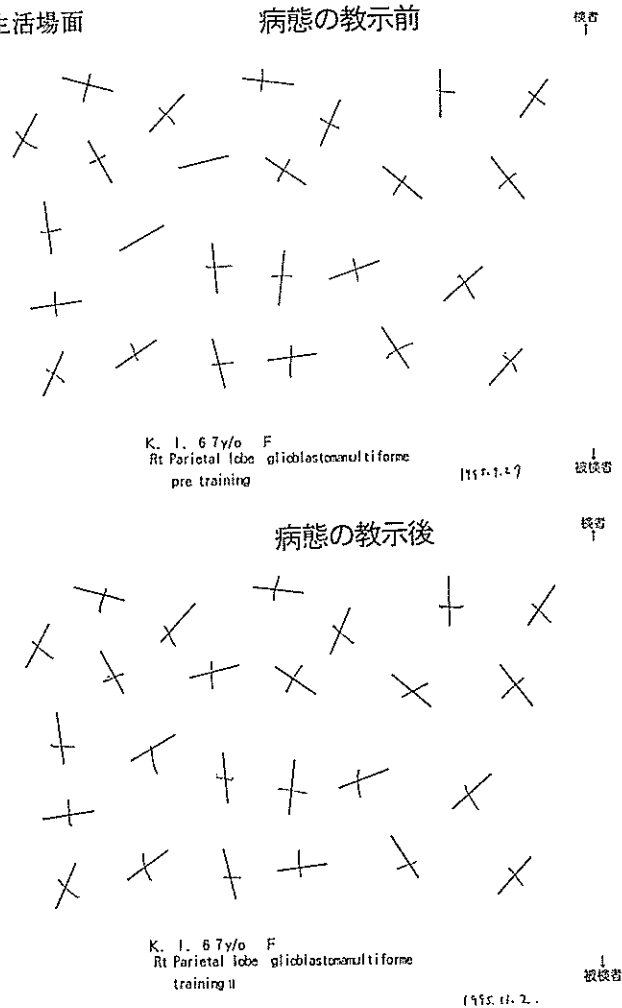


図2：線の二等分偏位率

