

レビー小体型認知症 (DLB) が疑われた3症例の鑑別診断

—前駆期からのDLB症状・所見の把握と検討—

林 眞弘 小林 克治

「臨床精神医学」 第50巻第2号 別刷
(2021年2月)

アークメディア

❖研究報告

レビー小体型認知症 (DLB) が疑われた3症例の鑑別診断

—前駆期からのDLB症状・所見の把握と検討—

林 眞弘*¹ 小林 克治*²

抄録：2017年のレビー小体型認知症(DLB)臨床診断基準において、中核的特徴は4項目(認知機能の変動・幻視・パーキンソニズム・レム睡眠行動異常症)からなり、診断に直接結びつく重要な症状である。一方、早期診断に有益であるとし、前駆症状への関心も高まっている。今回パーキンソニズムと認知機能障害を呈し脳血管障害を伴う3症例の鑑別診断の過程で、DLBの前駆症状(便秘・嗅覚障害・レム睡眠行動異常症・うつ)と中核的特徴を比較した。さらに、重要な理学的所見・画像所見を把握するとともに、DLB診断・鑑別の際の有効な症状・所見を検討した。その結果、従来特異度が高いとされていたDAT SPECT・MIBG心筋シンチの画像所見と並び、前駆症状は診断・鑑別に有益なDLBの特徴と判断した。またDLBの全経過をとおり症状を把握することで、診断精度が向上し、早い段階での有効な治療や適切な対応を可能とし予後の改善にもつながると思われる。

臨床精神医学50 : 167 ~ 174

Key words: レビー小体型認知症(dementia with Lewy body), 前駆症状(prodromal symptoms), 中核的特徴(core clinical features), パーキンソン病(Parkinson's disease dementia), 血管性認知症(vascular dementia)

(2020年7月10日受理)

1 はじめに

レビー小体型認知症(DLB)はAlzheimer's disease (AD)に次いで出現頻度の高い神経変性性認知症疾患であり、血管性認知症(VaD)を含め、3大認知症の1つとされている。2017年にDLBの臨床診断基準が改訂され、中核的特徴では認知機能の変動、幻視、パーキンソニズムにレム睡眠行動異常症(RBD)が加えられ4項目となった(2項目以上でProbable DLB)¹⁾。画像バイオマーカーは臨床症状と区分けされ、診断と結びつきが強い指標的バイオマーカーに¹²³I-MIBG cardiac planer scintigraphy

(MIBG心筋シンチ)が組み込まれ、¹²³I-ioflupane brain SPECT (DAT SPECT)と同等の位置づけとなり、睡眠ポリグラフ(polysomnography: PSG)を含め3項目となった(中核的特徴1項目以上と指標的バイオマーカー1項目以上でProbable DLB)¹⁾。また最近、DLBの認知機能障害以前にみられる前駆症状への関心の高まりから^{2,3)}、早期診断のため前駆期の診断基準を検討するとの記述がある¹⁾。

今回、認知機能障害とパーキンソニズムを呈し、当初DLBが疑われた3症例に対し、DLB前駆期に出現する頻度の高い4症状(便秘・嗅覚障害・RBD・うつ)と³⁾、DLB診断基準の中核的特徴4

Differentia diagnosis of 3 cases of suspected dementia with Lewy body disease (DLB) –comprehension and examination of signs and symptoms of DLB from the prodromal episode–

*¹ HAYASHI Masahiro 医療法人社団浅ノ川桜ヶ丘病院神経科精神科 [〒920-3112 石川県金沢市観法寺町へ174]

*² KOBAYASHI Katsuji 医療法人社団澄鈴会栗津神経サナトリウム精神科

項目(認知の変動・幻視・RBD・パーキンソニズム)の比較・検討を中心に3症例の診断をすすめ、その過程と結果に考察を加え報告する。報告に際し、患者およびその家族に報告の趣旨や匿名性への配慮について十分な説明を行い、文書による同意を得た。

2 対象

対象者はX年4～10月の間にほかの医療機関から当院へ紹介され、パーキンソニズムと認知機能障害を認め、脳血管障害(cerebrovascular disturbance: CVD)を伴う70代後半から80代前半の3症例(男性1名、女性2名)で、受診時DLBあるいはParkinson's disease dementia (PDD)が疑われた。対象はいずれも認知機能障害に加え、認知症の行動心理症状(BPSD)の悪化をきたし当院受診に至った症例であった。

3 方法

対象の3症例の鑑別診断に際し、2017年版DLB診断基準を主体とし、AD診断基準(NIA-AAによる診断ガイドライン)と、VaD診断基準(NINDS-AIREN診断基準)を用いた⁴⁾。DLB前駆期4症状においては、症状の有無・経過に加え出現時の状況などを把握し判定した。中核的特徴では臨床症状・経過の把握とともに、評価スケールを用い検討した。認知機能の評価はMini-Mental State Examination (MMSE)で行い、認知機能の変動にはCognitive Fluctuation Inventory (CFI: 得点範囲0～12点で高いほど重度)を用い、RBDはThe REM sleep behavior disorder screening questionnaire: validation of a Japanese version (RBDSQ-J: 得点範囲0～13点で5点以上はRBD疑い)にて評価を行った⁵⁾。パーキンソニズムは主要3症状(寡動・動作緩慢、振戦、筋強剛)の検討とHoehn-Yahr stage (H-Y: I～V)にて症状の程度を判定した。さらにパーキンソニズムに合併頻度の高い姿勢・姿位異常(前屈姿勢、腰曲がり、Pisa症候群、striatal hand: SH・striatal foot: SF^{6,7)})も理学的所見として加え、参考とした。画像検査では、診断基準の支持的バイオマーカーである頭部MRI(全例)と脳血流SPECT (2例)、指標的バイオマーカー

表1 臨床症状・評価

症例	症例1	症例2	症例3
年齢・性	70代後半・F	70代後半・M	80代前半・F
前駆症状			
便秘	なし	あり	なし
嗅覚障害	あり	あり	なし
RBD	あり	あり	なし
うつ	あり	あり	なし
中核的特徴			
認知機能の変動	あり	あり	あり
幻視	あり	あり	あり
パーキンソニズム	あり	あり	あり
RBD	あり	あり	なし
評価			
MMSE (0～30)	23点	23点	20点
CFI (0～12)	12点	9点	12点
H-Ystage (I～V)	IV	III	IV
RBDSQ-J (0～13)	9点	8点	4点

M: male, F: female, RBD: REM sleep behavior disorder, MMSE: Mini-Mental State Examination, CFI: cognitive fluctuation inventory, RBDSQ-J: the REM sleep behavior disorder screening questionnaire: validation of a Japanese version

(筆者作成)

であるDAT SPECT(全例)、MIGB心筋シンチ(2例)を施行し、臨床症状とともに検討し診断を行った。

4 結果

1. 臨床症状

前駆症状では症例1で3症状、症例2で4症状を認めたが、症例3は4症状のいずれも確認できなかった。中核的特徴では症例1, 2が4項目すべてを満たし、症例3はRBD以外の3項目のみみられ、3例ともProbable DLBの条件を満たす結果であった。評価スケールでは、MMSEは20～23点で、3例ともスケール上、認知機能は比較的保たれていたが認知機能の変動は強く、CFIスケールは9～12点と3例とも高値であった。RBDSQ-Qでは症例3が4点(カットオフ値: 5点)と低値であった。パーキンソニズムは3例とも主要3症状の1つ以上を認め、DLBのパーキンソニズムの基準を満たす結果であった(表1)。

2. 臨床経過

症例1, 2において、前駆症状は、便秘(症例2

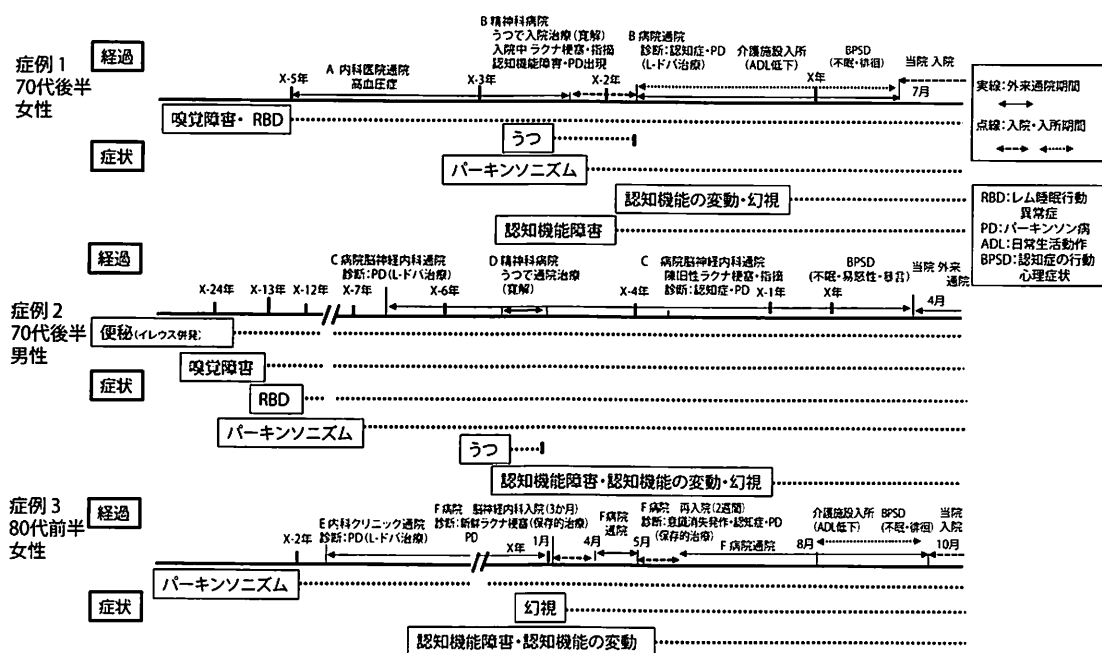


図1 3症例の経過(筆者作成)

のみ)、嗅覚障害・RBD、うつ病の順に出現を認め、症例2では、誘因となる薬剤や疾患もなく便秘が急に出現・増悪し腸閉塞に至るという経過を呈していた。またパーキンソニズムと認知機能障害では、3例ともパーキンソニズム出現後に認知機能障害を呈していたが、その期間が1年以内であったのは症例1だけであった。また3例とも不眠や夜間の行動障害が強くなり、当院受診に至っていた(図1)。

3. パーキンソニズム

症例1, 2は主要3症状を認めたが、症例3は寡動のみであり、振戦はなく、下肢の運動機能障害が主体であった。また姿勢異常では、症例1, 2でSH, SFを認め、特に症例1のSHは、左で高度で、特徴的なSwan Neck変形を呈していた。また2症例ともSH/SFはパーキンソニズムの優位側で症状が強かった(表2, 図2)。

4. 画像所見

頭部MRIでは3症例ともラクナ梗塞を伴い、症例3では内側側頭葉に強い萎縮がみられていた。DAT SPECTでは症例1, 2で線条体の集積低下を認めたが、症例3では集積低下は認めず、集積の

左右差や集積形態の異常もなかった。同様にMIBG心筋シンチでも、症例1では、心筋への集積低下・Washout Ratioが高値であったが、症例3では異常所見はなかった。また、脳血流SPECTでは症例1で後頭葉の血流低下を示したのに対し、症例3は前頭葉で血流低下を示す対照的な結果であった(表3, 図3, 4)。

5. 3症例の診断と治療

中核的特徴による診断では、3症例とも3項目以上を満たしており(中核的特徴の2項目以上でProbable DLB¹⁾)、3例ともDLB/PDDの診断となる可能性があった。しかし診断基準にあるもう1つの条件(中核的特徴1項目以上と指標的バイオマーカー1項目以上でProbable DLB¹⁾)では、症例3は指標的バイオマーカーの所見がなく、症例1・2が、DLB/PDDと診断される結果であった。診断基準では結果が一致しなかったため、最終的には、前駆期からの症状も加え検討し(図1, 表1)、症例1・2をDLB/PDDと診断した(症例1は1-year rule¹⁾からProbable DLB、症例2はProbable PDDとの診断)。症例3は、CVD所見と意識消失発作から3か月以内の顕著な認知機能低下、そし

表2 パーキンソニズム

症例	症例1	症例2	症例3
診断	DLB	PDD	VaD/VaP
主要症状			
寡動・動作緩慢	あり	あり	あり
静止時振戦	あり	あり	なし
姿勢時振戦	あり	なし	なし
筋強剛	あり	あり	なし
症状の左右差・優位側	あり・左	あり・左	なし
H-Y stage・type (AR/TD)	IV・AR	III・AR	IV・AR
姿勢異常 (体幹)			
前屈姿勢	あり	あり	あり
腰曲がり	あり	あり	あり
Pisa 症候群・傾斜側	なし	あり・右	なし
肢位異常 (上下肢)			
SH・優位側	あり・左	あり・左	なし
SF・優位側	あり・左	あり・左	なし

DLB: dementia with Lewy body, PDD: Parkinson's disease dementia,

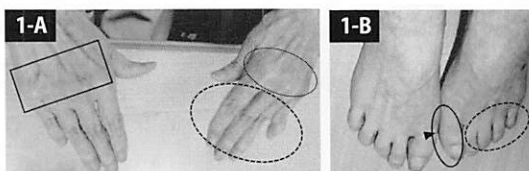
VaD/VaP: vascular dementia/vascular Parkinsonism, PD: Parkinson's disease, H-Y stage: Hoehn-Yahr stage, AR: akinesic rigidity, TD: tremor dominant, SH: striatal hand, SF: striatal foot

(筆者作成)

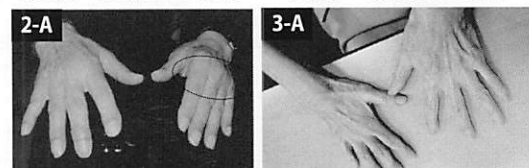
て下肢に目立つパーキンソニズム所見などから VaD/Vascular Parkinsonism (VP)と判断した。

治療において症例1では認知機能の変動とRBDが高度であり、ドネペジル(8 mg/日)とクロナゼパム(0.5 mg/日)・ラメルテオン(8 mg/日)を主に投薬を調整し、認知機能の変動改善と連動する形で徐々にRBDと幻視症状が軽減した。症例2では夜間の行動・情緒障害の誘因に睡眠障害とPD症状の悪化が疑われ、眠前にクロナゼパム(0.5 mg/日)とL-ドパ(100 mg/日)を追加・増量(L-ドパ: 450 mg/日)し、RBDは顕著に軽減し、夜間の排泄動作・情緒も安定した。症例3ではCVDによるせん妄と向精神薬の持ち越し症状による覚醒レベルの変動が疑われ、眠前の投薬をクエチアピン(50 mg/日)に切り替えるなどの調整を行った。その後次第に睡眠・覚醒リズムが安定した。うつ症状には、症例1でミアンセリン(10 mg/日)、症例2でデュロキセチン(20 mg/日)が投与され、比較的短い期間の治療で寛解に至り、2症例とも再燃はなかった(図1)。

症例1 70代後半 女性



SH (Swan Neck変形) SF (左側優位)
症例2 70代後半 男性 症例3 80代前半 女性



SF (MP関節の屈曲) SH 所見:なし

図2 Striatal Hand (SH)・Striatal Foot (SF)

症例1

(1-A)左手Ⅱ～Ⅴ指において、MP関節の屈曲(楕円囲み)とPIP関節の過伸展・DIP関節の屈曲(楕円点線囲み)に加え、手の尺側変位を呈し、Swan Neck様を呈する(SHRS: 4)。右手指でもMP関節の屈曲など(長方形囲み)、同様の变形を呈しているが、右手に尺側変位はない(SHRS: 3)。(1-B)左足が右足より特徴的SFを呈し、拇指指節間関節(矢頭)から外側変位を呈し(楕円囲み)、Ⅱ～Ⅴ指は底屈(楕円点線囲み)を認める。

症例2

(2-A)両側のMP関節で屈曲を認め(SHRS: 1)、屈曲の程度はパーキンソニズム優位側の左手(楕円実線囲み)が、右手より強い。

症例3

(3-A)両手ともフラットでMP・PIP・DIP関節の変化はなく、SHの所見はみられない(SHRS: 0)。

MP関節: metacarpophalangeal joint, PIP関節: proximal interphalangeal joint, DIP関節: distal interphalangeal joint

Striatal Hand Rating Scale (SHRS)

Rating: 0 Normal (hand is flat), 1 Slight (barely flexion of the MP joints), 2 Mild (distinct flexion of the MP joints with extension of the PIP joints), 3 Moderate (considerable flexion of the MP joints with extension of the PIP joints, flexion of DIP joints), 4 Marked (pronounced flexion of the MP joints with extension of the PIP joints, flexion of DIP joints and ulnar deviation of the hand)

(文献7より引用、要約)

5 考 察

1. DLBの中核的特徴・前駆症状

DLB診断基準では認知機能の変動の特徴として、せん妄様でありほかの認知症疾患でも同様な変動が起これると記され、少なくとも1つ以上のスケールでの評価の必要性が示されている¹⁾。今回

表3 診断・画像所見

症例・年齢・性別	症例1 70代後半・F	症例2 70代後半・M	症例3 80代前半・F
診断	DLB	PDD	VaD/VaP
頭部MRI所見			
脳血管性変化	線条体のラクナ梗塞	線条体のラクナ梗塞 大脳白質の虚血性変化	右内包(新鮮)ラクナ梗塞 線条体のラクナ梗塞
側頭葉内側の萎縮	軽度	なし	中等度
DAT SPECT			
SBR	0.32	1.79	4.32
R/L	R0.30/L0.33	R1.40/L2.18	R4.26/L4.36
AI (%)	9.3	43.5	1.0
MIBG 心筋シンチ			
H/M比(早期)	1.35	N.A.	2.4
H/M比(後期)	1.3	N.A.	2.43
Washout Ratio (%)	29.6	N.A.	19.0
脳血流SPECT			
血流低下所見	後頭葉の血流低下 後部帯状回・楔前部 の血流低下	N.A.	前頭葉の血流低下

DAT SPECT <正常値：SBR 3.5 以上 AI 10% 以下>

MIBG 心筋シンチ <正常値：H/M 比 2.2 以上 washout ratio 34% 以下>

DLB : dementia with Lewy body, PDD : Parkinson's disease dementia, VaD/VaP : vascular dementia/vascular Parkinsonism, DAT SPECT : ^{123}I -ioflupane brain SPECT, SBR : specific binding rate, R : right, L : left, AI : asymmetric index, MBG 心筋シンチ : ^{123}I -MIBG cardiac planer scintigraphy, H/M 比 : heart to mediastinum ratio, N.A. : not available

(筆者作成)

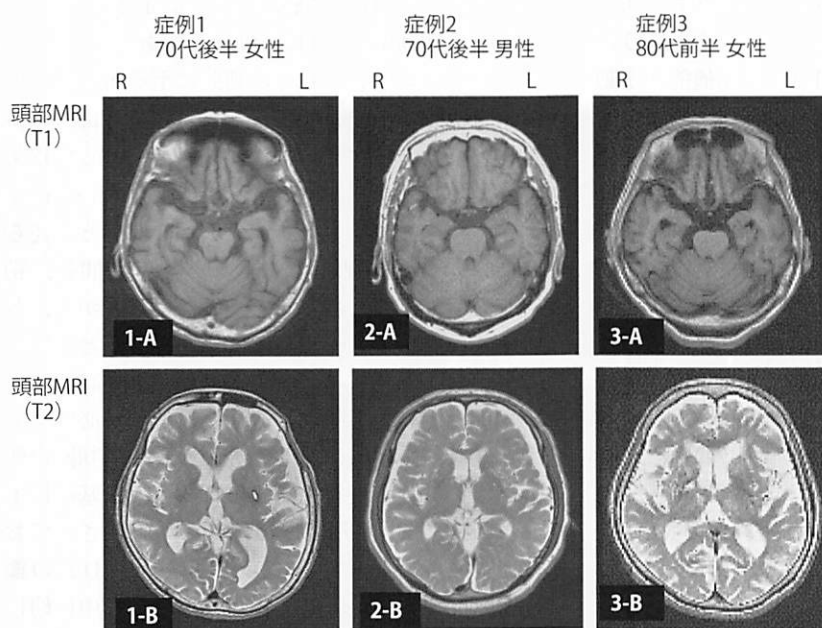


図3 頭部MRI (T1・T2)

症例1

(1-A) 左側優位に内側側頭葉の軽度の萎縮を認める。
(1-B) 左線条体に陳旧性ラクナ梗塞がみられる。

症例2

(2-A) 内側側頭葉の萎縮はみられない。
(2-B) 両側線条体での陳旧性多発性のラクナ梗塞を認める。

症例3

(3-A) 両側の内側側頭葉の萎縮を認め、びまん性脳萎縮も認める。
(3-B) 右内包後脚に明瞭なラクナ梗塞があり、視床・線条体でも、多発性のラクナ梗塞を認める。

(筆者作成)

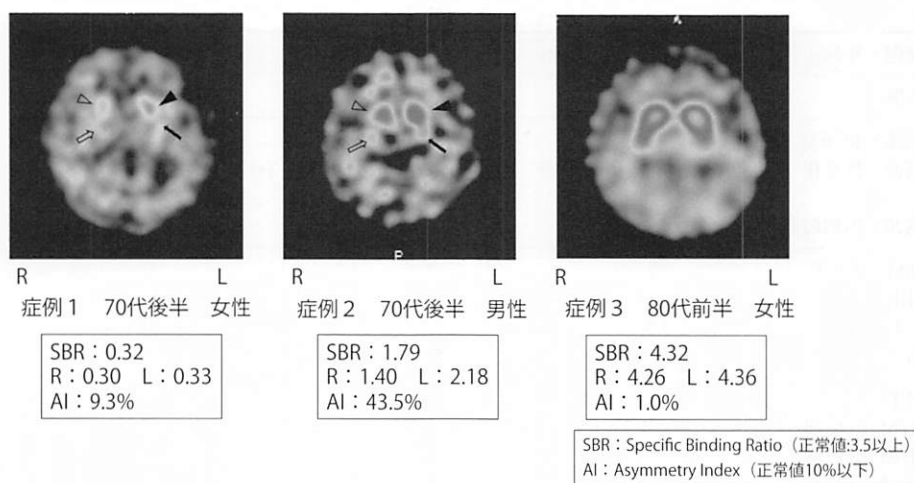


図4 DAT SPECT

症例1

SBRが0.32と数値上も集積低下が顕著で、被殻は両側とも集積が高度に低下し、周囲との境界がやや不明瞭(白抜き矢印・黒矢印)である。尾状核も両側で集積低下を認めているが、輪郭は保たれている(白抜き矢印・黒矢印)。線条体は両側でドット状を呈しているが、パーキンソニズム優位側(左)の対側(右)で集積低下が目立つ(白抜き矢印)。

症例2

右被殻(白抜き矢印)、右尾状核(白抜き矢印)で集積低下が強く、右はほぼドット状を呈している。左被殻(黒矢印)・左尾状核(黒矢印)とも集積低下がみられるが、カンマ状の集積を保っている。左右差が顕著で(AI: 43.5%)、症例1と同様に、パーキンソニズム優位側(左)の対側(右)での集積低下が顕著である(白抜き矢印・白抜き矢印)。

症例3

両側線条体での集積低下は目立たず、両側とも周囲との境界が明確なカンマ状を呈し、左右差もほぼみられない(AI: 1.0%)。(筆者作成)

CFIを用いたが、結果はVaD/VaP(症例3)もスケール上高値を示した。多発するラクナ梗塞やCVDにて繰り返して起こるせん妄はDLBの認知機能の変動との鑑別は難しく、より経時的で詳細な観察が必要と思われた。幻視は約80%のDLBにみられ、「克明で構築された繰り返される幻視」と定義され、具体的には人や子ども、動物などが明確な形として頻回に出現するとされている。また、評価スケールが有用とされ、英国のNorth-East Visual Hallucination Interview (NEVHI)がその1つにあげられている⁸⁾。本邦では一般的ではないものの、NEVHIに示されている幻視への患者の行為・対応・情緒的反応などを含めた評価が必要かもしれない。パーキンソニズムは85%以上の頻度でDLBに合併するとされるが、特発性PDのMDS診断基準では寡動・動作緩慢のほかに、静止時振戦、筋強剛から1つ以上を認めることとされているのに対し、DLBでは主要3症状の1つ以上を有する

こととされ¹⁾、DLBで感度が高く設定されている。このため症例3のように寡動のみであっても、パーキンソニズムを有するとの判断に至る可能性がある。SH/SFは、Charcotの時代にPDに合併する特徴的姿勢としてすでに報告され、原因として線条体病変も疑われており、SH/SFを伴わないVaPや薬剤性パーキンソニズムとの鑑別に有用と考えられる^{6,7)}。またSH/SFは覚醒レベルや時間帯、精神状態や睡眠などの影響を受けないことから、どのタイミングでも一定した所見を得ることができる⁷⁾。RBDは、せん妄や重度の不眠、睡眠時無呼吸、周期的な四肢の不随運動などとの鑑別が必要であるとされ、質問式の補助的評価を用い、判断が難しい場合はPSGを行うべきであると診断基準に示されている¹⁾。本邦ではRBDSQ-Jが推奨されており⁵⁾、今回スケール上、DLB/PDDとVaDとの鑑別が可能であった。RBDは特異度も高く中核的特徴の1つでもあるが、RBDを初発症状とする患者

のおよそ6割が経過中にDLB, PDDに移行すると指摘や, RBDからPD運動症状発現までの期間は平均12.7年とする報告もあり²⁾, 長期的視点から判断することが重要と思われる。便秘は非特異的の症状であるが, 症例2は誘因もなく突然に重篤な便秘症状が出現しており, 詳細な症状把握が, 体質や加齢, 薬剤の影響などとの鑑別になるかもしれない。嗅覚障害は約7割のPD患者に合併することや, PD運動症状の最低5年前には嗅覚障害が出現するとの報告があり⁹⁾, PDと共通病理所見を有するDLBにおいても, 前駆症状として重要な所見と考える。うつは精神科での治療対象となる可能性が高い症状であるが, 前駆期に24%の頻度で出現するとされ³⁾, 高齢者のうつにはDLBを考慮し診療を行う必要がある。

3症例の鑑別診断で, 結果的に前駆症状が中核的特徴より診断精度が高かったことを病理学的視点から検討すると, Braak仮説で示されているPDのLewy病理(Lewy body・Lewy neurite)の進展様式にて一定の解釈は可能であるかもしれない。Lewy病理は中枢神経系では脳幹部の延髄迷走神経背側核から始まり, 橋被蓋, 黒質へと進展し, またもう一方は嗅球から進展するとされ, 前駆期に便秘, 嗅覚障害・RBD, うつと出現する臨床経過とLewy病理の脳幹レベルの進展との関連性が疑われる。

一方, Lewy病理が大脳辺縁系や新皮質に進展し, 認知機能障害や幻覚が出現する時点ではLewy病理にAD関連の病理変化がさまざまな程度で合併し, DLBはPDと同様な解釈ができないとするBraak自身の記載があり¹⁰⁾, また中核的特徴が出現する段階では, その多様な病理変化から, 多彩な臨床症状が出現・重畳することが考えられ, これらの病理および臨床的背景から, 中核的特徴によるDLBの鑑別が難しくなる可能性がある。

2. バイオマーカー

指標的バイオマーカーのDAT SPECT, MIBG心筋シンチの両検査を用いた場合, DLB, PD, AD, VaP, PD類縁疾患の間での鑑別の精度が約90%とされている¹¹⁾。症例1, 2と異なり, 症例3では両検査で集積低下を認めなかった。DAT SPECTは線条体のドパミントランスポーターを

捉えることで, ドパミン作動性神経の変性・機能障害の程度の把握が可能であり, MIBG心筋シンチは心臓交感神経終末のLewy病理による変性や機能低下の程度を可視化できることからDLB診断では両検査が最も有効であろう。しかし, どの画像バイオマーカーも時間やコスト, 患者の負担やハード面などの問題もあり, まずは十分な臨床症状の把握が重要と思われる。

3. 治療

DLB/PDDの薬物療法アルゴリズム⁴⁾では, 日常生活に支障がある時点で, コリンエステラーゼ阻害薬(保険適用はアリセプト®のみ)の投与, 易怒性, 攻撃性などのBPSDには, 抑肝散あるいは非定型抗精神病薬, パーキンソニズムではLドパ投与などが示されている。症例1ではドネペジルの投与・増量と連動する形で, 認知機能の変動, そして幻視・RBDにも一定の治療効果を認めている。症例1はRBDに対して, 第一選択とされるクロナゼパム(0.5 mg/日)と日本での有効性の報告が多いラメルテオン(8 mg/日)が投与され, その効果も十分考えられるが, 睡眠・覚醒系ともつながりのあるコリン作動性神経系へのドネペジルの作用の関与も否定できない。症例2ではLドパの増量後に行動や情緒面の安定化がみられ, パーキンソニズムを伴うことの多いDLB治療でのドパミンの補充療法の必要性を再確認した。また本邦ではDLBのパーキンソニズムの治療薬として, トレリーフ®(25mg/日)が保険適用とされている。ゾニサミドは抗てんかん薬としての役割に加えドパミンの増加作用も持ち, DLBへの投与では精神症状やBPSDの悪化はないとされ, 精神科領域でもLドパの併用投与薬として有用かもしれない。またうつ症状を認めた症例1, 2は, いずれも抗うつ薬の単剤投与で十分な治療効果が得られていたが, ドパミン作動性神経系の障害によるうつ症状も考慮すべきと思われる, 難治性の場合にはドパミン補充療法を検討すべきかもしれない。

6 結 論

前駆期からの症状把握はDLBの診断精度を高め, 早期の診断・治療に結びつくと考えられる。また早い段階での適切な治療や対応は, 患者の生活や

予後の改善にもつながると思われ、今後のさらなる症例の検討・検証が望まれる。

利益相反：なし

文献

- 1) McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB. *Neurology* 89 : 88–100, 2017
- 2) Claassen DO, Josephs KA, Ahlskog JE : REM sleep behavior disorder preceding other aspects of synucleinopathies by up to half a century. *Neurology* 75 : 494–499, 2010
- 3) Fujishiro H, Iseki E, Nakamura SP et al : Dementia with Lewy bodies: early diagnostic challenges. *Psychogeriatric* 13 : 128–138, 2013
- 4) 日本神経学会監修, 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 : 認知症疾患診療ガイドライン 2017. 医学書院, 東京, 2017
- 5) 小坂健司編 : レビー小体型認知症の診断と治療 臨床医のためのオールカラー実践ガイド. harunosora, 神奈川, 2014
- 6) Ashour R, Tintner R, Jankovic J et al : Striatal deformities of the hand and foot in Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 4 : 423–431, 2005
- 7) 林 眞弘, 橋本隆紀, 小林克治 : パーキンソン病を合併した統合失調症患者の Striatal Hand/Striatal Foot の意義・有用性—4 症例の検討—. *最新精神医学* 24 : 289–298, 2019
- 8) Mosimann UP, Collerton D, Dudley R et al : A semi-structured interview to assess visual hallucinations in older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 23 : 712–718, 2008
- 9) Marin C, Vilas D, Langdon C et al : Olfactory Dysfunction in Neurodegenerative Diseases. *Curr Allergy Asthma Rep* 18 : 42, 2018
- 10) Braak H, Tredici KD : Neuropathological Staging of Brain Pathology in Sporadic Parkinson's disease: Separating the Wheat from the Chaff. *J Parkinsons Dis* 7 : S71–S85, 2017
- 11) Nuvoli S, Spanu A, Piras MR et al : 123I-ioflupane brain SPECT and 123I-MIBG cardiac planar scintigraphy combined use in uncertain parkinsonian disorders. *Medicine(Baltimore)* 96 : e6967, 2017

Summary

Differential diagnosis of 3 cases of suspected dementia with Lewy body disease (DLB) —comprehension and examination of signs and symptoms of DLB from the prodromal episode—

HAYASHI Masahiro and KOBAYASHI Katsuji

Objective: A 2017 revision of diagnosis and management of Lewy bodies (DLB) has provided four core symptoms for diagnosis of DLB, fluctuating cognition, visual hallucination, REM sleep behavior disorder (RBD) and spontaneous parkinsonism. On another aspect, constipation, olfactory dysfunction, RBD and depression, known recently as DLB prodromal symptoms, have been attracted by a supplementary tool for early diagnosis. In the present case series study, we experienced three cases with parkinsonism, cognitive disturbance and cerebrovascular lesions, we drew a comparison between the DLB prodromal symptoms and core clinical features to utilize differential diagnosis. As a result, the prodromal symptoms were useful for DLB diagnosis as well as neuroimaging studies of 123I-ioflupane brain SPECT and 123I-MIBG cardiac planer scintigraphy. Consideration of the whole clinical course of DLB should improve diagnostic accuracy, which will bring better measures and prognoses.

*

*

*