

企画 2 (臨床) ～特別講演～「高齢者の頭画像診断」

演者：東京大学大学院医学系研究科 森 壘 先生

特別講演は東京大学大学院医学系研究科の森壘先生に「高齢者の頭画像診断」についてご講演いただきました。

講演に先立って、森先生は「今回の講演では認知症の形態画像診断に特化し、さらに変性型認知症と特発性正常圧水頭症の特徴を知ることが到達目標とします。」とおっしゃいました。森先生のお言葉通り、私は今回のご講演の目標を明確にすることができ、ご講演内容も症例ごとに画像診断のポイントを「～の勘どころ」という内容でお話いただきながらでしたので、大変分かりやすいものでした。

今回のご講演内容を以下に要約させていただきます。

変性型認知症では、「アルツハイマー型認知症」「前頭側頭葉認知症」「その他」という分類でした。

まず、アルツハイマー型認知症についてですが、アルツハイマー型認知症は、委縮パターンによりアルツハイマー病（60歳以下）とアルツハイマー型老年認知症（60歳以上）に分類されます。アルツハイマー病は、側頭葉後部～頭頂葉にかけての委縮であり、海馬委縮が現れるのは進行期です。一方、アルツハイマー型老年認知症は、側頭葉内側前方の委縮であり、VSRADが有効となります。また、アルツハイマー型老年認知症の画像診断では、海馬の委縮よりも海馬傍回の委縮が顕著であり、海馬周囲脳溝が開大する点に注目することがポイントとのことでした。

前頭側頭葉認知症は、「前頭側頭葉変性症」・「嗜銀顆粒性認知症」・「進行性核上性麻痺」・「大脳皮質基底核変性症」・「認知症を伴う筋委縮性側索硬化症」についての内容でした。前頭側頭葉変性症（語義認知症）は、前頭葉や側頭葉の限局性委縮を示し、人格変化や失語を主症状とし、画像診断では前頭側頭葉に左優位な委縮を認めることがポイントです。嗜銀顆粒性認知症は、典型的な臨床症状は無く、左右差を持った迂回回の委縮と嗜銀顆粒の集積が特徴であり、迂回回の委縮の診断には **Coronal** 画像が必須となります。進行性核上性麻痺は、1年以内の転倒傾向が特徴であり、歩行障害・痴呆・人格変化も認め、画像診断では **Sagittal** 像における中脳被蓋～中脳蓋の顕著な委縮を示した **Penguin-silhouette sign** がポイントです。大脳皮質基底核変性症は、片側上肢の運動障害や巧緻障害で発症し、前頭頭頂葉の左右差を持った委縮と片側大脳脚の委縮を認めます。認知症を伴う筋委縮性側索硬化症は、側頭葉前方内側の白質高信号と前頭側頭葉の対称的な委縮が特徴です。

その他の分類では、「レビー小体型認知症」・「エオジン好性内封入体病」についての内容でした。レビー小体型認知症は、パーキンソン症状を伴う進行性認知症であり、形態画像診断に乏しいが、臨床所見として **bicycle sign**（自転車に乗れますか？→乗れる：パー

キンソン病、乗れない：レビー小体型認知症）があります。エオジン好性核内封入体病は、拡散強調画像の年単位での継続した高信号が特徴です。

最後に、特発性正常圧水頭症についてですが、画像診断のポイントとして脳室とクモ膜下腔があります。脳室は「両側側脳室前角間最大径を A、その断面における頭蓋内腔幅を B として、 $A/B > 0.3$ が成立する」、もしくは「AC-PC line 基準とした後交連を通る冠状断において脳梁角 $< 90^\circ$ が成立する」ことが特徴です。クモ膜下腔は高位円蓋部および正中後部の狭小化が特徴です。

以上が、今回ご講演いただいた要約です。

私自身、お恥ずかしい話ですが、認知症に関しては「認知症＝VSRAD」の知識と言っても過言ではありませんでした。しかし、今回森先生の御講演を拝聴させていただき、認知症における画像診断の奥深さを認識するとともに、日常の高齢者の頭部（認知症）検査への取り組みが変化致しました。

森先生、素晴らしいご講演誠にありがとうございました。