

KARTLEGGINGSVERKTØY FOR DEMENS MED LEWY-LEGEMER (DLB)



KARTLEGGINGSVERKTØY FOR DEMENS MED LEWY-LEGEMER (DLB)

Navn: _____

Fødselsdato: _____ Testdato: _____

Navn på testleder: _____

Informant/pårørende: _____

Vennligst bruk dette kartleggingsverktøyet for alle som har kognitiv svikt med diagnostiske kjennetegn for demens med Lewy-legemer (DLB) på to nivå av sikkerhet (sannsynlig DLB og mulig DLB). Første side er oppsummering av kriterier, og på de følgende sidene er det spesifikke spørsmål/tester til hjelp for å finne fram til kjernekriterier og støttende kriterier for DLB.

Oppsummering av diagnosekriterier		Kryss av i boksen under!
1	Klinisk demens (kognitiv svikt av en slik grad at dagliglivets aktiviteter er påvirket)	☐
2	Bruk screeningspørsmålene på neste side for å dekke de 4 områdene: kognitive fluktuasjoner, synshallusinasjoner, REM-søvn atferdsforstyrrelse og parkinsonisme.	☐
3	Kliniske kjernekriterier Basert på din erfaring og kliniske vurdering (og skjema neste side) hvor mange kjernekriterier og biomarkører for DLB som er til stede:	
	• Fluktuasjon i kognisjon	☐
	• Tilbakevendende synshallusinasjoner	☐
	• REM-søvn adferdsforstyrrelse	☐
	• Ett eller flere trekk av spontan parkinsonisme	☐
4	Indikerende/støttende biomarkører	
	• Avvik i basalganglienens dopaminerge system på DaTSCAN/SPECT/PET	☐
	• Lavt opptak ved MIBG myokardscintigrafi	☐
	• REM-søvn uten atoni bekreftet med polysomnografi (PSG)	☐

Diagnostiser **sannsynlig DLB** dersom 2 kjernekriterier er identifisert eller ved 1 klinisk kjernekriterium og 1 indikerende/støttende biomarkør.

Diagnostiser **mulig DLB** dersom kun ett klinisk kjernekriterium er tilstede. I slike tilfeller vurder å henvise til dopaminerg SPECT (DaTSCAN), eller MIBG eller PSG avhengig av lokal tilgjengelighet av disse undersøkelsene.

Andre diagnoser (utelukker DLB)			
Parkinsons sykdom med demens (PDD, PD>1 år før debut av kognitive symptomer)	☐		
Alzheimers sykdom med demens	☐		
Annen form for demens	☐		
Mild kognitiv svikt	☐		
Er pasienten informert om diagnosen?	Ja	☐	Nei ☐

Spørsmål for å identifisere symptomer på DLB

Vennligst svar på hvert av spørsmålene under ved å spørre omsorgsgiver eller pasient, etter hva som er hensiktsmessig

Kognitive fluktuasjoner (spørsmål til pårørende) Hvis svaret på to eller flere av disse spørsmålene er ja, er det svært sannsynlig at personen har fluktuerende kognisjon.					
1	Viser pasienten moderate endringer i funksjonsnivå i løpet av dagen?	Ja	☐	Nei	☐
2	Sover pasienten mer enn en time fra han/hun står opp til han/hun legger seg om kvelden?	Ja	☐	Nei	☐
3	Er pasienten trett eller sløv i mer enn en time i løpet av dagen selv om han/hun fikk søvn som vanlig natten før?	Ja	☐	Nei	☐
4	Er det nokså vanskelig å aktivere pasienten slik at han/hun opprettholder oppmerksomheten gjennom dagen?	Ja	☐	Nei	☐

REM-søvn adferdsforstyrrelse (spørsmål til pårørende = sengepartner)					
Har du noen gang sett at pasienten ser ut til å «agere ut» drømmer under søvn (slår ut i luften eller svinger med armene, kjeffer eller skriker)?		Ja	☐	Nei	☐
Ved bekreftende svar er det svært sannsynlig at REM-søvn adferdsforstyrrelse foreligger					
REM-søvn atferdsforstyrrelse (til pasient <u>kun</u> om pasienten ikke har sengepartner og pasienten har tilstrekkelige kognitive evner til å kunne gi et reliabelt svar)					
Har du noen gang blitt fortalt at det ser ut som om du «utagerer drømmene dine» under søvn (slår ut i luften eller svinger med armene, kjeffer eller skriker)?		Ja	☐	Nei	☐

Synshallusinasjoner For deltager /pasient: «Noen personer kan se ting som andre ikke ser.»					
1	Føler du noen ganger øynene spiller deg et puss?	Ja	☐	Nei	☐
2	Har du noen gang sett ting som andre mennesker ikke kan se?	Ja	☐	Nei	☐
For den pårørende:					
1	Har pasienten hallusinasjoner som synsbedrag?	Ja	☐	Nei	☐
2	Virker det som han/hun ser ting som ikke er til stede?	Ja	☐	Nei	☐

Dersom du vurderer at synshallusinasjoner er til stede etter din kliniske vurdering, bør du i så stor grad som mulig finne ut hvor ofte de er til stede og om de er tilbakevendende. Som en veiledning skal synshallusinasjoner ved DLB ikke bare finne sted ved et delirium, og de er ofte tilbakevendende over flere måneder.

Kartlegging av parkinsonisme (5-punkts UPDRS)			
Parkinsonisme ved DLB krever at minst ett av symptomene bradykinesi, hviletremor og rigiditet er til stede. Fem-punkts UPDRS er en forkortet og validert skala for å identifisere parkinsonisme ved DLB (se utfyllende instruksjoner etter skjema).			

Hviletremor på hender			
Normal	Ingen tremor	0	
Lett	Tremor er til stede, men mindre enn 1 cm i amplitude	1	
Mild	Tremor har en amplitude på mellom 1 og 3 cm	2	
Moderat	Tremor har en amplitude på mellom 3 og 10 cm	3	
Alvorlig	Tremor har en amplitude på mer enn 10 cm	4	
Aksjonstremor på hender			
Normal	Ingen tremor	0	
Lett	Tremor er til stede, men mindre enn 1 cm i amplitude	1	
Mild	Tremor har en amplitude på mellom 1 og 3 cm	2	
Moderat	Tremor har en amplitude på mellom 3 og 10 cm	3	
Alvorlig	Tremor har en amplitude på mer enn 10 cm	4	
Ansiktsuttrykk			
Normal	Normalt ansiktsuttrykk	0	
Lett	Lett grad av maskeansikt (nedsatt ansiktsmimikk) som også vises med nedsatt blinkefrekvens	1	
Mild	I tillegg, redusert bevegelighet rundt munnen, som færre spontane smil uten at leppene er adskilt	2	
Moderat	Maskeansikt med leppene skilt deler av tiden når munnen er i ro	3	
Alvorlig	Maskeansikt der leppene er adskilt det meste av tiden når munnen er i ro	4	
Nedsatt spontanitet ved kroppsbevegelser (Kropps-bradykinesi)			
Normal	Ingen problemer	0	
Lett	Lett treghet og lite spontane kroppsbevegelser	1	
Mild	Mild treghet og lite spontane kroppsbevegelser	2	
Moderat	Moderat treghet og lite spontane kroppsbevegelser	3	
Alvorlig	Alvorlig treghet og lite spontane kroppsbevegelser	4	
Rigiditet			
Normal	Ingen rigiditet	0	
Lett	Rigiditet kun ved aktiveringsmanøver (se instruksjon)	1	
Mild	Rigiditet uten aktiveringsmanøver, men med full bevegelighet	2	
Moderat	Rigiditet uten aktiveringsmanøver, full bevegelighet oppnås med anstrengelse	3	
Alvorlig	Rigiditet uten aktiveringsmanøver, og full bevegelighet oppnås ikke	4	
Total 5-punkst UPDRS skår =			
Er parkinsonisme tilstede? Bruk klinisk skjønn, men som retningsgivende indikerer en totalskår >7 at signifikant parkinsonisme er tilstede, men en høy score (>2) på ett punkt kan være nok for å oppnå kriteriet.		Ja	Nei

Instruksjoner for å vurdere parkinsonisme (fra UPDRS)

Hviletremor på hendene

Vurder hver hånd for seg. Angi den største amplituden som ses. Instruer pasienten om å strekke ut armene fremfor kroppen med håndflatene ned. Håndleddet skal ikke være bøyd, og fingrene skal ikke berøre hverandre. Observer i 10 sekunder.

Aksjonstremor på hendene

Dette testes med finger-neseprøven. Undersøker og pasient står overfor hverandre med utstrakt arm der pekefingerene møtes. Med armen utstrakt skal pasienten gjøre minst tre finger-nese-bevegelser, der pekefingeren føres mellom egen nese og undersøkers pekefinger. Bevegelsen gjøres så langsam at den ikke maskerer tremor ved rask utførelse. Gjenta med den andre hånden og skår hver hånd for seg. Tremor kan være til stede gjennom hele bevegelsen eller når hånden nærmer seg målet (nese eller finger). Angi skåren for den største amplituden.

Ansiktsuttrykk

Observer pasienten sittende i hvile i 10 sekunder uten å snakke og under snakking. Observer øyeblikningsfrekvens, maskeansikt eller tap av ansiktsuttrykk, spontane smil og åpning av munnen med skilte lepper.

Kroppsbradykinesi

Denne globale skåren kombinerer alle observasjoner som gjelder treghet, nøling, små utslag og lite bevegelser generelt, og inkluderer reduksjon av holdningsendringer og kryssing av benene. Skåren er basert på undersøkers totalinntrykk etter observasjon av spontane holdningsendringer og fakter når pasienten sitter, og måten han reiser seg på og går på.

Rigiditet

Instruksjoner til undersøker: Rigiditet skal bedømmes under langsomme passive bevegelser over store ledd med pasienten i en avslappet posisjon der undersøker beveger ekstremiteter og nakke. Undersøk først uten en aktveringsbevegelse på motsatt side. Undersøk og skår hver ekstremitet og nakken separat. For armer testes håndledd og albue-ledd samtidig. For underekstremiteter testes kne og hofteldd sammen. Dersom man ikke påviser rigiditet, skal en aktiveringsbevegelse som fingertapping, åpning og lukking av hånden eller tapping av helen i en ekstremitet som ikke undersøkes, utføres. Forklar pasienten at han skal være så avslappet som mulig når du tester for rigiditet.

Oversatt og tilpasset til norske forhold etter tillatelse fra forfatterne av originalpublikasjonen av Arvid Rongve, Audun Vik-Mo og Geir Selbæk (Helse Fonna, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling – SESAM og Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse). Retningslinjer fra Diamond Lewy finnes her; <https://research.ncl.ac.uk/diamondlewy/> og er utviklet av: