

Demenz

Version 1, September 2009

Dr. med. Marianne Rechsteiner

Einleitung

Demenzen gehen mit einer Verschlechterung der kognitiven (geistigen) Fähigkeiten einher, die sich auf den Alltag auswirken. Sie sind im Gegensatz zum Delirium nicht mit einer Verminderung des Bewusstseinszustandes vergesellschaftet. Epidemiologisch nimmt die Prävalenz mit der gesteigerten Lebenserwartung zu. Sie verdoppelt sich ab dem 65. Lebensjahr rund alle fünf Jahre bis zum 90. Lebensjahr von 1,4 % auf 33 %. Das heisst auch, dass 67 % der 90-jährigen **nicht** dement sind. Eine Demenzerkrankung verläuft in der Regel progredient und geht mit einer gesteigerten Mortalität (2 - 3-fach) einher. Häufigste Ursache einer Demenz ist die Alzheimererkrankung.

Demenzkranke bedürfen einer vielschichtigen Betreuung, die Bezug nimmt auf die kognitiven Defizite, die Verhaltensauffälligkeiten und die Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Die Begleitung der Betreuer von an Demenz erkrankten Patienten stellt eine weitere Herausforderung dar. Bei Demenzkranken muss oft im Verlauf die Urteilsfähigkeit und die Fahrtauglichkeit beurteilt werden.

Definition

Sowohl in der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991) als auch im DSM IV (vierte Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals mentaler Störungen der American Psychiatric Association, 1994) finden sich Definitionen der Demenz. Beide Beschreibungen enthalten im Wesentlichen dieselben Elemente. Das DSM IV erscheint jedoch präziser und einfacher.

Diagnosekriterien (DSM IV)

- Multiple kognitive Defizite: eine Gedächtnisbeeinträchtigung plus eine oder mehrere der folgenden Störungen: Aphasie, Apraxie, Agnosie, Störung der Exekutivfunktionen (Handlungs-, Alltags-, Lebensplanung).
- Diese kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.
- Die Defizite treten nicht ausschliesslich im Rahmen eines Deliriums auf.

Zur Diagnose ist die Bestimmung des Demenz-Schweregrades wichtig. Sinnvollerweise bezieht man sich auf das Ausmass der Betreuungsbedürftigkeit (DSM III, 1987):

Leicht: Obwohl Arbeit und soziale Aktivitäten deutlich beeinträchtigt sind, bleibt die Fähigkeit, mit entsprechender persönlicher Hygiene und intaktem Urteilsvermögen unabhängig zu leben, erhalten.

Mittel: Eine selbständige Lebensführung ist mit Schwierigkeiten möglich, ein gewisses Mass an Aufsicht erforderlich.

Schwer: Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind derart beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Aufsicht benötigt wird.

Sind die Diagnosekriterien einer Demenz nicht erfüllt, bestehen aber einzelne kognitive Defizite, werden diese als Diagnose deskriptiv angegeben. Zum Beispiel können Gedächtnisstörungen vorliegen, die sich nicht auf den Alltag auswirken: Diagnose: leichte Beeinträchtigung des Gedächtnisses.

Demenzformen

Wenn die Diagnose einer Demenz gestellt wird, stellt sich die Frage zur Zuordnung zu den einzelnen Demenzformen. Bei geriatrischen Patienten ist eine Demenz häufig multifaktoriell.

Alzheimer Demenz

Die Alzheimer Demenz ist die häufigste Demenzform (bis 75%) und wurde 1906 erstmals von Alois Alzheimer beschrieben. Für die Diagnose wird gemäss DSM IV der Verlauf mit allmählichem Beginn und langsamer Verschlechterung sowie das Fehlen anderer zerebraler, systemischer oder funktioneller Krankheiten, die eine Demenz verursachen können, verlangt.

Das klinische Bild der Alzheimerkrankheit ist gekennzeichnet durch die fortschreitende Abnahme der kognitiven Leistungen, besonders des Gedächtnisses, des Denkvermögens, der Sprache, der praktischen Fähigkeiten und der räumlichen Funktionen.

Im frühen Demenzstadium ist die Lernschwäche das auffälligste klinische Merkmal. Zusätzlich sind Störungen des komplexen Denkvermögens, zum Beispiel Führen eines Bankkontos und Störungen der Sprache, zum Beispiel Unsicherheiten beim Benennen von Gegenständen vorhanden. Störungen der räumlichen Leistungen wie Probleme beim Autofahren sind nicht immer vorhanden.

Im mittleren Demenzstadium ist die Abnahmerate der kognitiven Leistungen am grössten. Die Gedächtnisstörungen betreffen auch das Altgedächtnis. Störungen des Denkvermögens machen logisches Planen unmöglich. Verstärkte Sprachstörungen sind jetzt sowohl für den Patienten selbst als auch für seine Bezugspersonen offenkundig. Zentrale Sehstörungen äussern sich in der Unfähigkeit, Gegenstände oder Gesichter zu erkennen. Die topographische Orientierungsstörung führt dazu, dass sich die Patienten nicht mehr zu rechtfinden.

Im späten Demenzstadium fällt es schwer einzelne kognitive Leistungen unabhängig voneinander zu prüfen und voneinander abzugrenzen. Die biographische Erinnerung ist nicht selten völlig verschüttet, die Sprache reduziert auf wenige Wörter oder einfache Sätze. Die emotionale Ansprechbarkeit und Ausdrucksfähigkeit sowie die Grundmerkmale der Persönlichkeit bleiben auch bei einer fortgeschrittenen Alzheimer Demenz verhältnismässig gut erhalten.

Die Unterscheidung in early und late onset der Alzheimer Demenz charakterisiert das Erkrankungsalter (unter oder über 65 Jahren). Im Krankheitsbild zeigt sich hingegen kein Unterschied.

Vaskuläre Demenz

Vaskuläre Faktoren sind die zweithäufigsten Demenzursache. Alle durch Gefässerkrankungen verursachten Veränderungen werden unter diesem Begriff subsummiert. Für die Klinik ist die Unterscheidung zwischen kortikaler und subkortikaler vaskulärer Demenz hilfreich.

Der kortikale Typ umfasst den Befall grosser Gefässe mit multiplen Infarkten oder strategisch wichtigen Einzelinfarkten. Klinisch stehen fokale neurologische Zeichen im Vordergrund. Ein anamnestischer, klinischer oder radiologischer Zusammenhang mit den vaskulären zerebralen Veränderungen wird gemäss DSM IV für die Diagnose gefordert. Der subkortikale Typ umfasst den Befall kleiner Gefässe mit multiplen Lakunen und chronischen Marklagerischämien in der periventrikulären weissen Substanz. Klinisch stehen Störungen der Exekutivfunktionen und Gangstörungen im Vordergrund.

Gemischte Demenz (Demenz vom Alzheimerotyp /vaskuläre Demenz)

Die durch Alzheimerdemenz und vaskuläre Demenz verursachte gemischte Demenz wird dann diagnostiziert, wenn Veränderungen beider Demenzformen vorliegen.

Lewy Body Demenz

Die Lewy Body Demenz ist seltener, ihre Diagnose wegen potentiell gutem Ansprechen auf Acetylcholinesterasehemmer wichtig.

Obligate Symptome (2 von 3) sind Fluktuationen in der Kognition, rezidivierende visuelle Halluzinationen und extrapyramidalmotorische Zeichen.

Zusätzliche typische Symptome sind schwere Neuroleptikasensitivität (paradoxe Reaktion auf Neuroleptika) und Schlafstörungen (Hyperaktivität in Traumphasen), häufig treten auch rezidivierende Stürze/Synkopen und eine schwere Dysfunktion des autonomen Nervensystems auf.

Frontotemporale Demenz

Kennzeichnend für die seltene frontotemporale Demenz sind Verhaltensstörungen/Wesensveränderungen bei recht gut erhaltenem Gedächtnis. Eine Untergruppe dieser Demenzform zeigt früh auftretende Sprachstörungen. Die frontotemporale Demenz ist durch relativ gut erhaltene Leistungen von Gedächtnis, Orientierung und visuellem Denken von der Alzheimerdemenz zu unterscheiden.

Andere Ursachen einer Demenz (zum Teil reversibel)

Hypothyreose

Vitamin B12-, Folsäuremangel

Chronischer Alkoholgebrauch

Normaldruckhydrozephalus (Trias: Gangstörung, Inkontinenz, Demenz)

Zerebrale Tumoren

Zerebrale Infektionen (HIV, Lues, Borrelien)

Demenz bei Morbus Parkinson

Demenzsyndrom der Depression:

Eine Depression kann akut oder chronisch zu Einschränkungen der kognitiven Leistungen führen. Das Demenzsyndrom der Depression ist nicht immer leicht von depressiven Reaktionen bei anderweitig verursachter Demenz zu unterscheiden.

Assessment Demenzscreening

Der Mini-Mental-Status und der Uhrentest (MMT/Uhrentest) haben sich als Screeninginstrumente bewährt.

Auch wenn das Screening unauffällig ist, können weitere Untersuchungen sinnvoll sein, sofern die Anamnese Verdachtsmomente ergibt.

Anamnese

Die allgemeine und demenzspezifische Anamnese umfasst das Gespräch mit Patient **und** Bezugspersonen (im Einverständnis mit dem Patienten). Von Interesse sind speziell die Biographie, Schul- und Berufsbildung, Beginn und Verlauf von Defiziten, Bewältigung im Alltag, Wahrnehmung durch den Patienten. Ein ausführlicher Fragebogen ist im „Halbstrukturierten Interview“ enthalten.

Die Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens und die Befragung der Instrumental Activities of Daily Living sind für die Diagnosestellung einer Demenz obligat. Zusätzlich ist die Frage nach Verhaltensstörungen im Neuropsychiatrischen Inventar (NPI) notwendig, da diese Störungen für die Betreuenden besonders belastend sind. Zudem ist die Erfassung einer allfälligen Depression oder depressiven Reaktion mit der Geriatriischen Depressionsskala und der Belastungsbogen für betreuende Personen zur Erkennung von Überbelastungen hilfreich.

Weitere Abklärungen

Anamnese, internistischer und neurologischer Status sowie allgemeine (BSR/CRP, Blutbild, Leber- und Nierenfunktion, Elektrolyte, Glucose) und gezielte

Laboruntersuchungen (Vitamin B12, Folsäure, TSH; evt. Homocystein, evt. Lues- und HIV-Serologie) helfen, relevante Teilursachen aufzudecken.

Ob routinemässig bildgebende Verfahren (cCT, cMRI) zum Ausschluss spezifischer Ursachen durchgeführt werden sollen, ist kontrovers. Die Indikation für eine Bildgebung ist beim Vorliegen eines Dietch Kriteriums sicher gegeben:

- Dauer der Demenz unter einem Monat
- Zusammenhang mit Schädelhirntrauma
- Anamnestisch maligner Tumor oder Zerebrovaskulärer Insult
- Anamnestisch Epilepsie oder neu aufgetretene Kopfschmerzen
- Urininkontinenz
- Fokal neurologische Ausfälle
- Papillenödem
- Gangataxie und –apraxie
- Jüngere Patienten

Memory Clinic

Bei Demenzfrühformen, Auffälligkeiten trotz normalem MMS/Uhrentest oder speziellen Fragestellungen (Fahrtauglichkeit) sollen weitere Abklärungen in einer Memory Clinic erfolgen.

In der Memory Clinic der Geriatriischen Klinik St.Gallen werden bei den Patienten zusätzlich zur ausführlichen Eigen- und Fremdanamnese weitere Abklärungen mit neuropsychologischen Testbatterien und die Beratung des Patienten und der Angehörigen angeboten. Neuropsychologische Abklärungen erlauben es sämtliche kognitiven Bereiche ausführlich zu testen. Einerseits werden hier Defizite, andererseits Ressourcen aufgedeckt. Die Kenntnis dieser Ressourcen ist von grosser Bedeutung für die Betreuung und verhindert Über- und Unterforderung des Patienten. Die weitere Betreuung obliegt dann dem Hausarzt und der Spitex.

Behandlung

Überprüfung der medikamentösen Therapie

Primär soll die vorhandene Medikation kritisch auf Nebenwirkungen überprüft werden, die die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen (v.a. anticholinerg wirksame Medikamente wie trizyklische Antidepressiva, Spasmolytika, Anti-Parkinsonmittel).

Potentiell reversible Störungen

Wenn möglich soll eine kausale Therapie durchgeführt werden (Substitution einer Hypothyreose, Alkoholabstinenz, Vitaminsubstitution, Depressionsbehandlung). Eine Behandlung von kardiovaskulären Risikofaktoren ist bei vaskulärer Demenz, gemischter Demenz und bei Alzheimerdemenz sinnvoll. Die Sekundärprophylaxe mit einem Thrombozytenaggregationshemmer ist bei kortikaler, nicht aber bei subkortikaler vaskulärer Demenz indiziert.

Spezifisch antidementive Therapie

Eine spezifisch antidementive Therapie mit einem Acetylcholinesterasehemmer ist bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz (MMS > 10) indiziert und kassenzulässig. Die Cholinesterasehemmer verstärken die cholinerge Wirkung der noch intakten Neurone. Die Therapie soll möglichst im Frühstadium und bei guter Compliance verschrieben werden. Bei fehlendem Ansprechen nach 3 - 6 Monaten, soll die Therapie sistiert werden. Eine vorübergehende Verbesserung und auch eine Stabilisierung bzw. Verzögerung des kognitiven Abbaus ist als Therapieerfolg zu werten. Die Wirksamkeit kann sich auch in der Verbesserung/Stabilisierung der Selbständigkeit in den täglichen Aktivitäten, der Stimmung oder des Verhaltens zeigen. Diese Erfolge lassen sich mit einem MMS oft nur ungenügend erfassen. Eine umfassende Beurteilung des Patienten ist deshalb notwendig (klinisches Gesamturteil, Kognition und Alltagsfähigkeiten). Die Wirksamkeit der Therapie wurde allerdings kürzlich von einzelnen Experten in Frage gestellt.

Für andere Demenzen, insbesondere die Lewy Body Demenz, aber auch die vaskuläre Demenz und die Demenz bei Parkinson liegen Daten vor, die zeigen, dass Acetylcholinesterasehemmer ebenfalls bis zu einem gewissen Grad wirksam sind.

Memantin ist aktuell bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Alzheimer Demenz vor allem zur Behandlung von Verhaltensstörungen (z.B. Aggressionen) indiziert, kassenzulässig aber nur bei einem MMS von 3 - 14. Eine gewisse Wirksamkeit in leichten Demenzstadien und bei Patienten mit vaskulärer Demenz wurde ebenfalls nachgewiesen.

Therapie nicht kognitiver Störungen

Der Therapie von nicht kognitiven Störungen wie Verhaltensauffälligkeiten und Unruhe, kommt je nach Demenzform, teils initial, teils im Verlauf, eine enorme Bedeutung zu.

Nichtmedikamentöse Interventionen wie eine Optimierung des Pflegemilieus sind Medikamenten grundsätzlich vorzuziehen! Die zusätzlich eingesetzte medikamentöse Therapie soll primär mit einem Neuroleptikum und möglichst kurzzeitig erfolgen. Häufig eingesetzte Mittel sind Dipiperon® (Pipamperon), Haldol® (Haloperidol), Seroquel® (Quetiapin) und Risperdal® (Risperidon). Grundsätzlich sind als Schlafmedikation Neuroleptika den Benzodiazepinen vorzuziehen.

Bei Demenz bei Parkinson und Lewy Body Demenz dürfen wegen der häufig auftretenden Neuroleptikasensitivität nur atypische Neuroleptika wie Leponex® (Clozapin) oder Seroquel® (Quetiapin) verwendet werden.

Als antidepressive Therapie bei Demenz sind Serotoninwiederaufnahmehemmer wie Citalopram® (Citalopram) die Mittel der Wahl, bei Vorherrschen einer Angststörung Remeron® (Mirtazapin).

Betreuung von Demenzkranken in ihrem Umfeld

Die Information der Patienten und Angehörigen über die Diagnose „Demenz“ ist eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate Krankheitsverarbeitung. Anfangs leidet der Patient unter seinen Defiziten, im Verlauf wird es für die Betreuenden immer belastender. Im Umgang mit Demenzkranken ist folgendes zu beachten: verbale Botschaften sollen langsam, kurz und klar, nonverbale Botschaften eindeutig sein. Der Patient muss nicht ständig mit seinen Defiziten konfrontiert werden, im Gegenteil: Er soll durch emotionale Wertschätzung gestützt werden. Die Betreuung dementer Patienten erfordert ein Netzwerk von verschiedenen Angeboten. Als unterstützende Organisationen sind die Alzheimervereinigung, die Spitex und Pro Senectute zu nennen. Als Entlastungsmöglichkeiten kommen Tagesstätten und Tagesheime, ggf. Pflegeheime mit Demenzstationen in Betracht.

Literatur

Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease. Systematic review of randomised clinical trials. *BMJ*. 2005; 331:321.

Beyreuther K, Hrsg. Demenzen. Stuttgart: Thieme; 2002.

Wilson DM, Craig D, McIlroy SP and Passmore AP. Vascular cognitive impairment, *Reviews Clinical Gerontology* 2005; 14: 45-53.

Hürny C, Schwenk B, Inglin D. Vergesslich, verwirrt und verloren. *Swiss Medical Forum* 2002; 17: 393-399.

Monsch AU et al. Konsensus zur Diagnose und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. *Alzheimer Forum*; 2007.

McKeith IG, Dickson DW. Diagnosis and management of dementia with Lewy Bodies. *Neurology* 2005; 65: 1863-1872.

Progress report on Alzheimer's disease 2004-2005; 1-88. National Institute on Aging, NIH, USA.

Anwendung von Acetylcholinesterasehemmern

Exelon (Rivastigmin)

Patch:

Beginn mit 1 Exelon Patch 5 pro Tag (während 24 Stunden belassen), bei guter Verträglichkeit nach 4 Wochen erhöhen auf 1 Exelon Patch 10 pro Tag

Kapseln:

Beginn mit 2 x 1,5 mg täglich, zu den Mahlzeiten eingenommen.

Wenn die Dosis von 3 mg täglich nach 4-wöchiger Behandlung gut vertragen wird, kann sie auf 2 x 3 mg täglich erhöht werden (wirksamer Bereich).

Bei Bedarf individuelle Dosisanpassung auf 2 x 4,5 bis 2 x 6 mg täglich

Aricept (Donepezil)

Beginn mit 5 mg täglich, morgens.

Bei gutem klinischem Ansprechen und keinen nennenswerten Nebenwirkungen kann nach einem Monat die einmal tägliche Dosis von 5 mg auf 10 mg erhöht werden (ebenefalls als Einmaldosis morgens). Neu sind auch Schmelztabletten (Aricept Evess) erhältlich.

Reminyl Prolonged Release (Galantamin)

Beginn mit 1 Kapsel à 8 mg morgens zum Frühstück für 4 Wochen.

Die initiale Erhaltungsdosis beträgt 1 Kapsel à 16 mg täglich für mindestens 4 Wochen.

Eine Erhöhung der Dosis bis zur maximal empfohlenen Erhaltungsdosis von 24 mg täglich sollte erst nach sorgfältiger Abklärung unter Berücksichtigung des klinischen Nutzens und der Verträglichkeit erfolgen.

Für alle Acetylcholinesterasehemmer geltende Vorsichtsmassnahmen:

Absetzen vor Anästhesie wegen Verstärkung der Wirkung von Muskelrelaxantien vom Succinylcholintyp

Vorsicht bei Patienten mit Störungen des Reizleitungssystems (z.Bsp. bei Sick Sinus Syndrom) oder bei gleichzeitiger Anwendung von Herzfrequenzsenkenden Medikamenten

Vorsicht bei Patienten mit erhöhtem Risiko für Magengeschwüre oder bei gleichzeitiger Anwendung von NSAR

Vorsicht bei Patienten mit Asthma bronchiale oder anderen obstruktiven Lungenerkrankungen

Vorsicht bei Patienten mit Harnstau oder mit bekannten Krampfanfällen

Vorsicht bezüglich Fahrtüchtigkeit

Anwendung von Glutamatmodulatoren

Axura oder Ebixa (identische Memantine)

Dosistitration mit Starterpackung :

Woche 1: eine Filmtablette à 5m

Woche 2: eine Filmtablette à 10 mg

Woche 3: eine Filmtablette à 15 mg

Woche 4: eine Filmtablette à 20 mg, anschliessend Erhaltungsdosis 20 mg pro Tag.

Alternativ können auch Tropfen gegeben werden.

Vorsicht bei:

Niereninsuffizienz

Kombination mit Amantadin, Dextrometorphan oder Ketamin (Risiko einer pharmakotoxischen Psychose)

Kombination mit L-Dopa, dopaminergen Agonisten und Anticholinergika (Verstärkung der Wirkung)

Epilepsie

Schwerer Herzerkrankung

Memantine können mit Acetylcholinesterasehemmern kombiniert werden, die Kombination ist nur bei Mini Mental-Testwerten zwischen 10 und 19 zugelassen und wird in der Regel von den Krankenkassen nicht bezahlt.

Weitere Informationen: siehe Arzneimittelkompendium

August 2011/D. Inglin