



Demenz, Alzheimer, Vergesslichkeit - wenn das Gedächtnis nachläßt aus der Sicht des niedergelassenen Arztes

Vortrag am 22.04.2020

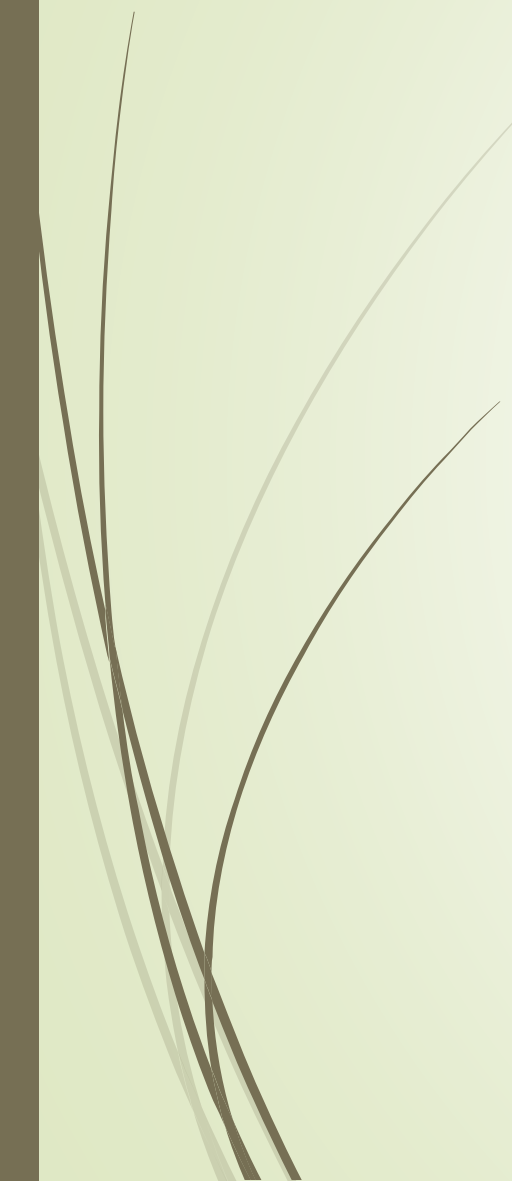
„Ich habe mich sozusagen selbst verloren...“

Auguste Deters, Alzheimer Patientin, welche Aloys Alzheimer dazu veranlasste,
die nach ihm benannte Erkrankung erstmals zu beschreiben.





Was ist denn überhaupt eine Demenz?

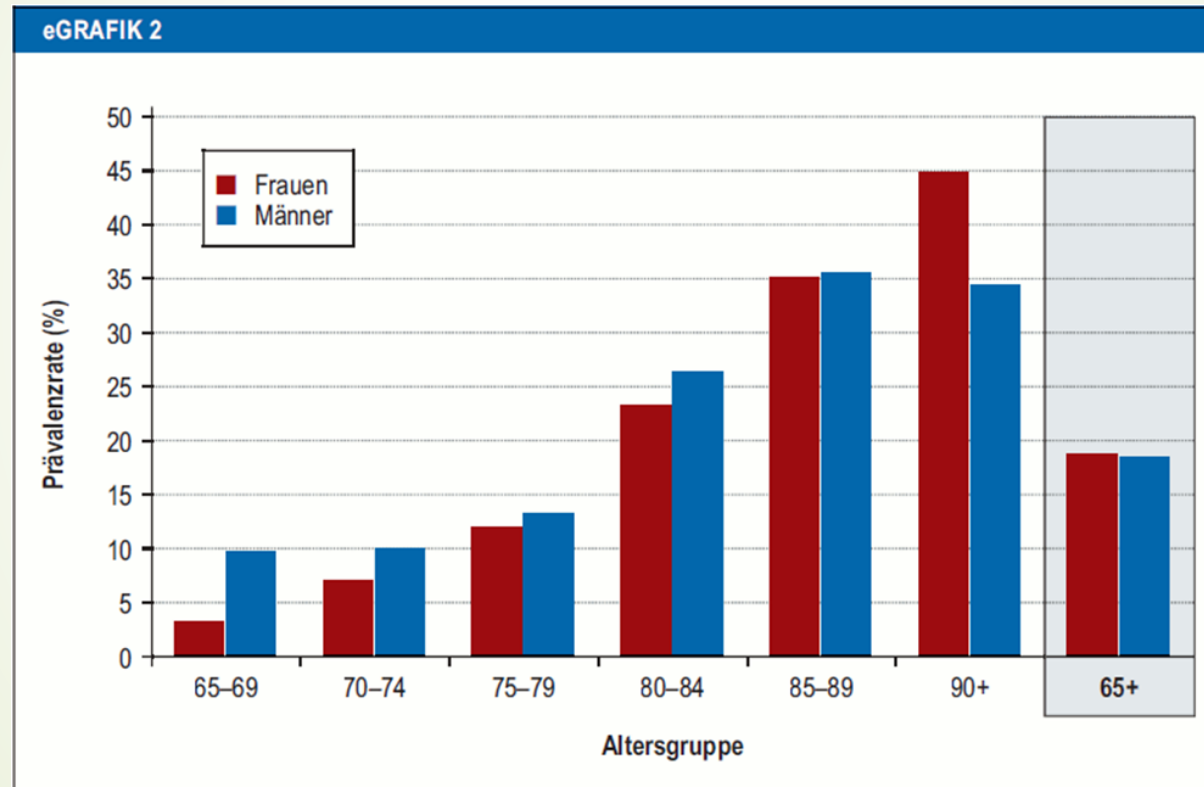
- Aus dem Lateinischen übersetzt heißt Demenz „ohne Geist“
 - Chronische fortschreitende Erkrankung des Gehirns (mind. 6 Monate)
 - Störung von Hirnfunktionen wie
 - Gedächtnis (Alt-, Neugedächtnis)
 - Denken, Orientierung
 - Auffassung
 - Rechnen, Lernfähigkeit,
 - Sprache, Sprechen
 - Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung.
- 



Demenzen kurz und bündig

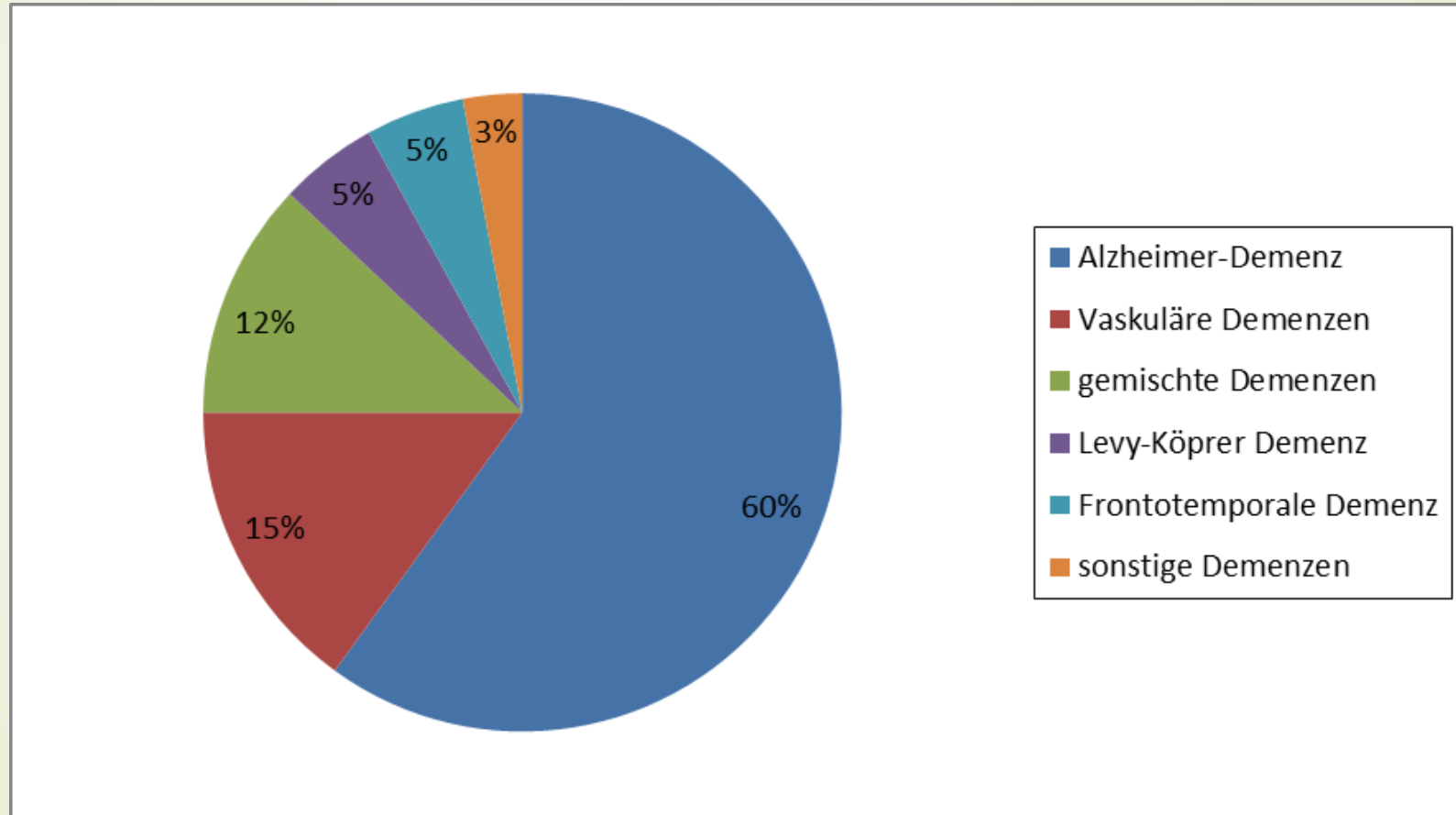
- ▶ Die Anzahl der Demenzkranken in Deutschland wird auf ca. 1,7 Millionen geschätzt. Aufgrund der Sensitivität von Erhebungen beinhaltet diese Zahl möglicherweise eine Unterschätzung leichter Demenzstadien.
- ▶ Verdopplung der Anzahl der Demenzkranken bis 2050 auf ca. 3 Millionen.
- ▶ Weltweit entwickelt alle drei Sekunden ein Mensch eine Demenz.
- ▶ Aufgrund der Assoziation der Demenz mit dem Alter ist die Krankheitshäufigkeit stark altersabhängig
- ▶ Frauen erkranken häufiger als Männer.
- ▶ Nach klinischen Kriterien sind etwa 50-70% der Demenzerkrankten der Alzheimer-Demenz und ca. 15-25% der vaskulären Demenz zuzuordnen

Altersabhängige Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) der Demenzen



Bickel, Horst; Hendlmeier, Ingrid; Heßler, Johannes Baltasar; Junge, Magdalena Nora; Leonhardt-Achilles, Sarah; Weber, Joshua; Schäufele, Martina Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern Dtsch Arztebl Int 2018; 115(44): 733-40; DOI: 10.3238/arztebl.2018.0733

Verteilung der verschiedenen Demenzformen



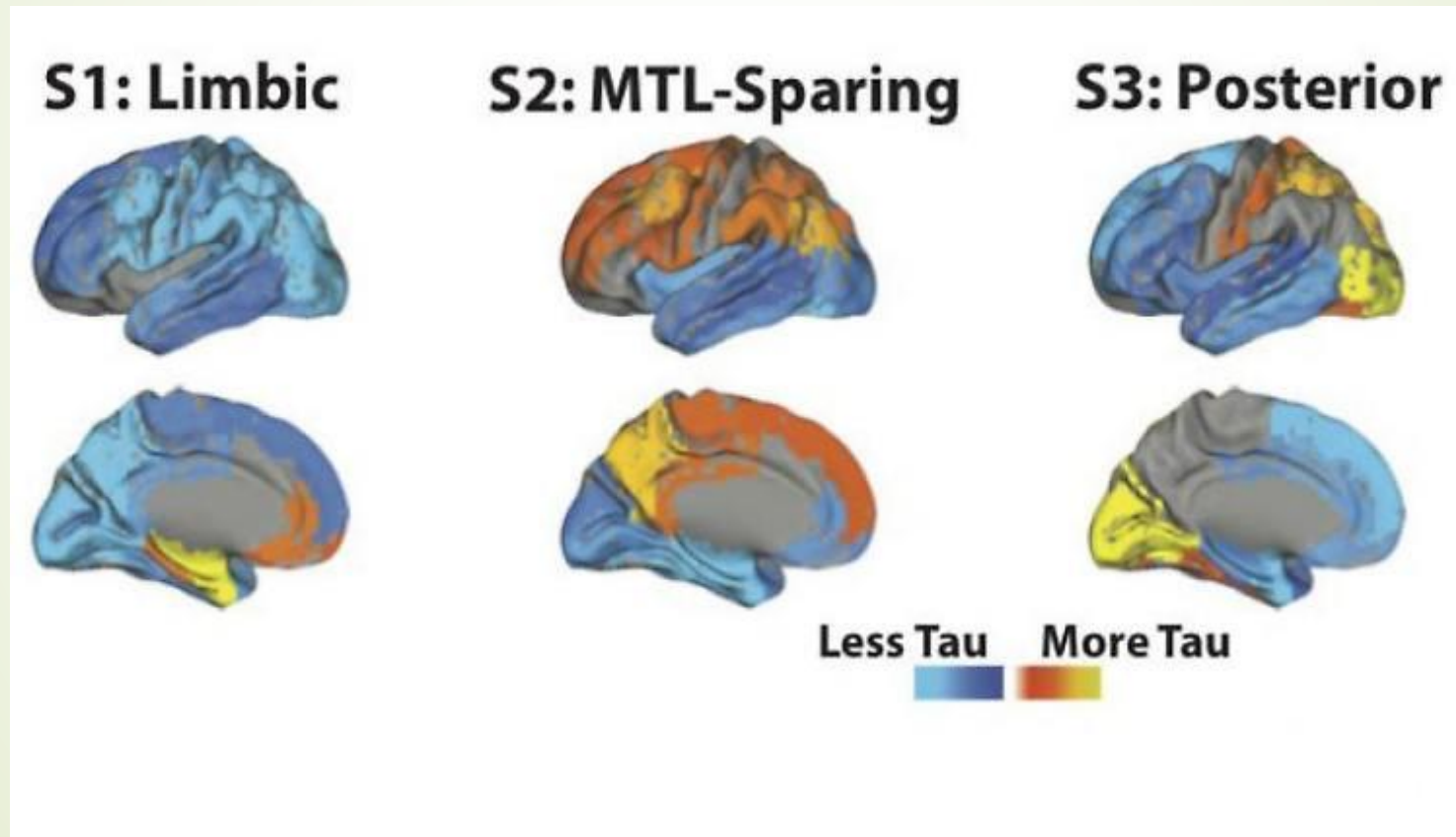
Aus der S3-Leitlinie Demenzen der DGPPN, DGN 2016



Alzheimer-Demenz zeigt Subtypen mit unterschiedlichem Verlauf

- ▶ **S1 limbisch (33 %)**, ausgeprägte Gedächtnisprobleme, später Beginn.
- ▶ **S2 ohne/kaum Beteiligung des medialen Schläfenlappens (18 %)**, weniger Gedächtnisprobleme als S1, vorwiegend Probleme mit Handlungsplanung, früher Beginn.
- ▶ **S3 posterior (30 %)**, langsam nach vorne fortschreitend, räumlich-visuelle Störungen, Orientierungsstörungen, Probleme Entfernungen einzuschätzen später Beginn.
- ▶ **S4 links tempoparietal (19 %)**, Ausgeprägter geistiger Abbau, schneller Verlauf, Beeinträchtigung in mehreren Domänen, mehr Tau-Ablagerungen.


Alzheimer-Demenz zeigt Subtypen mit unterschiedlichem Verlauf





Aufgaben und Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes in der Praxis

- Anamnese (Erhebung der Vorgeschichte, Fremdanamnese von Familienangehörigen)
- Körperliche Untersuchung einschließlich des neurologischen Status
- Screening-Untersuchungen (MMST, DemTect, Moca, Uhrentest)
- Überweisung zur Bildgebung (Computertomographie, Kernspintomographie)

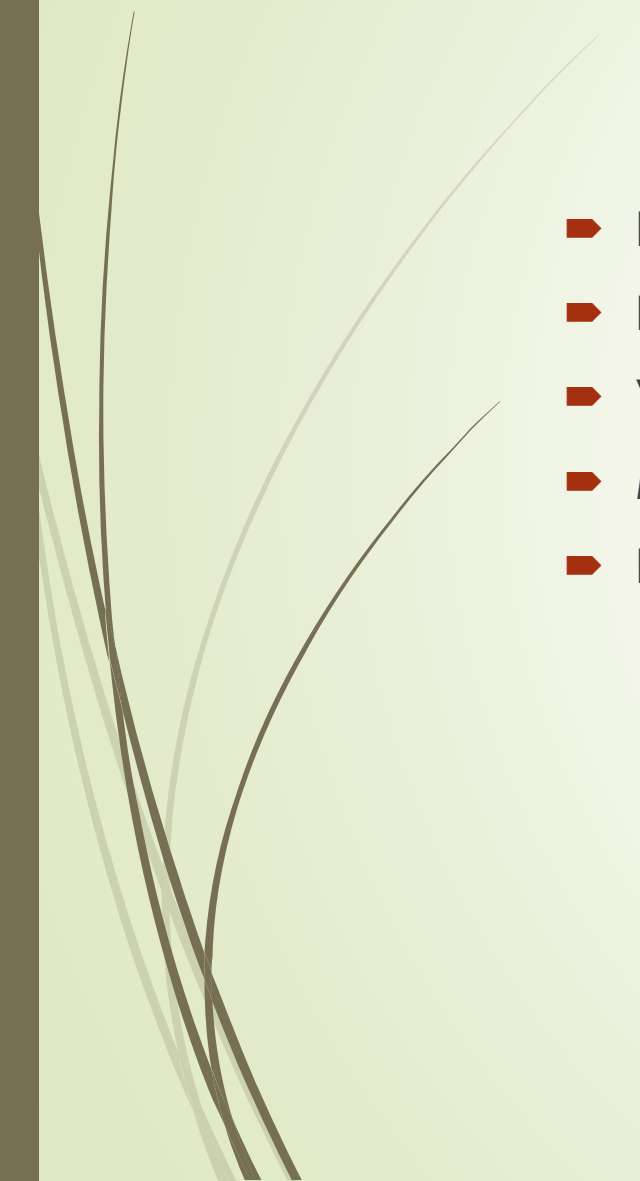


Ziele der Untersuchung und Diagnostik? (Praxis)

- Unterscheidung einer Demenz von normalen Alterungsprozessen
- Abgrenzung von der leichten kognitiven Störung
- Ausschluss einer depressiven Erkrankung
- Ausschluss behandelbarer Demenzen
- Entscheidung der Überweisung/Einweisung in eine Memory-Clinic, Gedächtnissprechstunde



Was läuft in der Klinik?

- Liquorpunktion
 - Neuropsychologische Testung (CERAD-Testbatterie)
 - Verhaltensbeobachtung
 - Medikamentöse Umstellung z.B. demenzverstärkender Medikamente
 - Krisenintervention bei herausforderndem Verhalten, Weglauftendenzen
- 



Normales Altern, was geht hier vor?

- ▶ Sporadisch auftretende kognitive Störungen, die mit dem Alter nicht auffallend zunehmen
- ▶ Nur gelegentliches Vergessen oder Verlegen von eher unwichtigeren Dingen, wie z.B. der Brille
- ▶ Wiederfinden von verlegten Gegenständen nach kurzer Zeit möglich (meist an gewöhnlichen Plätzen)
- ▶ Teilweiser Verlust von bestimmten Erlebnissen oder Gedächtnisinhalten
- ▶ Die „Gedächtnislücke“ kann durch intensives Überlegen behoben werden
- ▶ Fähig, Notizen korrekt zu nutzen oder mündlichen bzw. schriftlichen Anweisungen zu folgen
- ▶ Keine anderen erwähnenswerten Beeinträchtigungen
- ▶ Abnahme der Sinnesfunktionen beachten (Sehen, Hören, Gleichgewicht, Riechen, Schmecken)



Anamnese



- Nicht hoch genug einzuschätzen, insbesondere die Fremdanamnese durch Dritte (**Ehepartner, Kinder, Nachbarn, Pflegekräfte, Hausarzt**)
- **Krankheitsvorgeschichte** (Alkohol, Nierenerkrankung, Diabetes mellitus, Schlaganfälle, Schilddrüsenerkrankung....)
- **Orientierungsstörung** (sich nicht mehr in einer fremden Umgebung zurechtfinden)
- **Vergesslichkeit** (Dinge, z.B. Schlüssel verlegen, falsch ablegen (Schlüssel in den Kühlschrank, Einkäufe in die Dusche)
- Probleme bei der **Alltagsbewältigung** wie Kochen, Haushalt, Autofahren (Häufung von Bagatellunfällen (Beifahrer fährt!))
- Aber auch **Traumata**, auch Bagatelltraumata



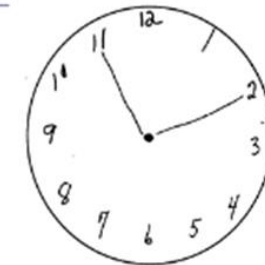
Leichte kognitive Störung (MCI = mild cognitive impairment)?

- Besonders hohes Risiko für die Entwicklung einer Demenz.
- Die LKB ist eine kognitive Störung mit besonderen Problemen im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, der Auffassung und Aufmerksamkeit.
- Keine relevante Beeinträchtigung der psychosozialen Kompetenz.
- Die LKB ist entweder als ein Vorläuferstadium einer sich später entwickelnden Demenz anzusehen oder als eine gutartige, sich nicht weiter verschlechternde Altersvergesslichkeit.
- Die Krankheitshäufigkeit dieser Störung liegt bei 13–19% aller über 65-Jährigen. Patienten mit LKB haben ein Risiko von über 50%, nach 5 Jahren eine Demenz zu entwickeln.

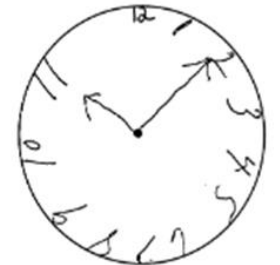
Screening-Untersuchungen

- Mini-Mental-Status Test:
- DemTect: z.B. Einkaufsliste Supermarkt, Wiedergabe von Begriffen (Merkfähigkeit)
- MoCA (Orientierung, Erinnerung, Sprache, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen) beim Erkennen von MCI dem MMST überlegen
- Uhren-Test

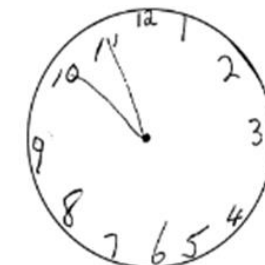
Uhrentest und MMSE



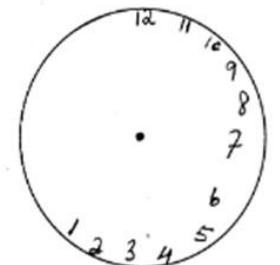
MMST 28



MMST 27

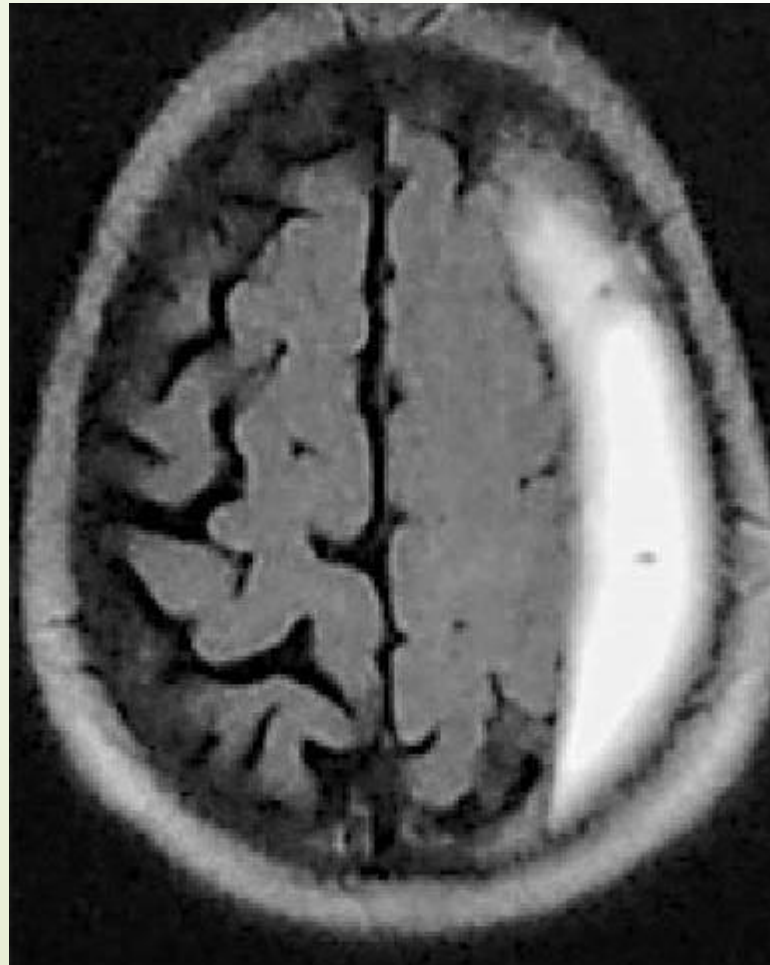


MMST 24



MMST 13

Bildgebung im Rahmen der Demenzdiagnostik



78 jähriger berenteter Ingenieur, beklagt zunehmende kognitive Einschränkungen, (Probleme beim Sudoku), eine intensive Anamnese ergab eine Miktionsynkope mit Bewusstlosigkeit und Bagateltrauma
Diagnose: chronisches subdurales Hämatom

Bildgebung im Rahmen der Demenzdiagnostik

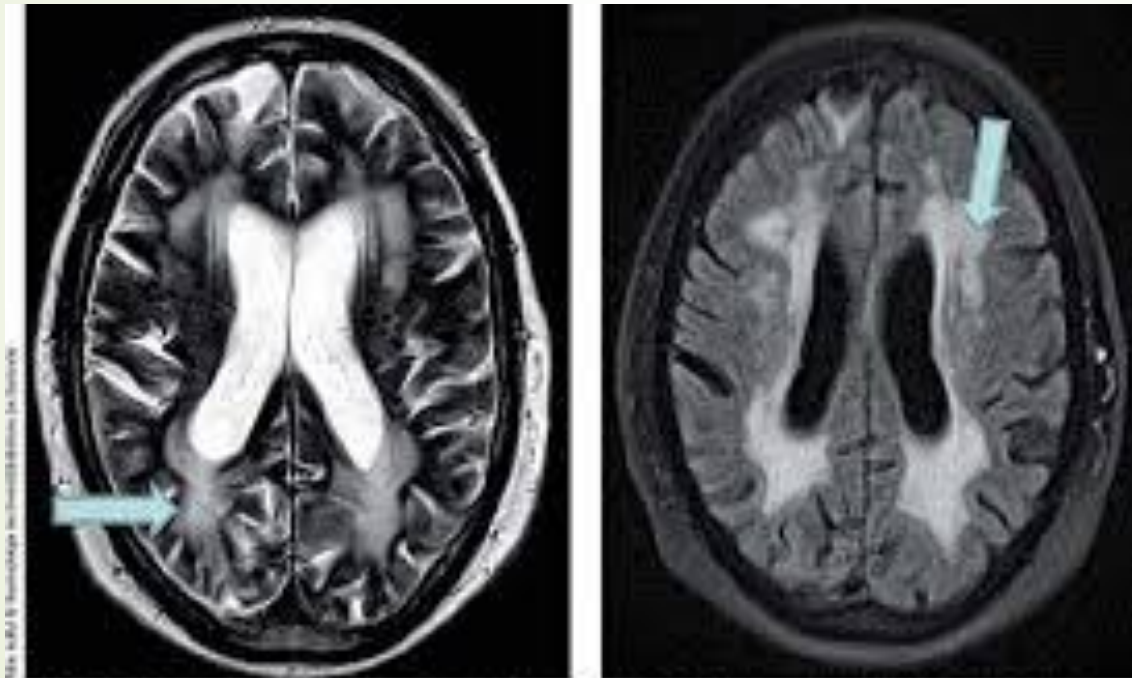


Abbildung 2: Typische Signalveränderungen (Flair), die das Normal periventriculäre Dichtveränderungen durch Flüssigkeitsüberflutung überschreiben. Bei dieser Ausdehnung in das Marklager lassen sich vor allem mikrostrukturelle Veränderungen assoziieren werden.

Normaldruckhydrozephalus
Trias aus:

Gangstörung
Harninkontinenz
Demenz



Sekundäre Demenzen

- Demenzen, die auf eine Grunderkrankung zurückgeführt werden können.
- Raumforderungen (Tumore, Schädel-Hirn-Trauma, Normaldruckhydrozephalus)
- Entzündungen des zentralen Nervensystems (Hirnabszesse, Lues,...Tuberkulose, Borreliose, Gefäßerkrankungen (Vaskulitis))
- Prionenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen (Über-, Unterfunktion, Hashimoto-Thyreoiditis)
- Schwere Leber- und Nierenerkrankungen
- Alkohol!



Medikamentöse Therapie

- Gingko (Tebonin)
- Acetylcholinesterasehemmer (Rivastigmin, Donepezil, Galantamin)
- NMDA-Antagonist (Memantine)
- Amyloid-Antikörper (Aducanumab), Entfernung von Amyloidplaques

Insgesamt nur mäßige Beeinflussung der Krankheitsaktivität

Zu beachten:

Pflasterreaktion, EKG-Nebenwirkungen durch die cholinerge Wirkung, Interaktionspotential mit anderen Medikamenten (Polypharmazie im Alter), Blutdrucksteigerung unter Memantine häufig.

Prävention?

- Musik
- Sport
- Soziale Kontakte
- Familie
- Life-Style (gesunde Lebensführung z.B. gesunde Ernährung , Normalgewicht, Nikotinverzicht, moderater Alkoholkonsum)
- Gartenarbeit
- Literatur (John Katzenbach, der Professor)

