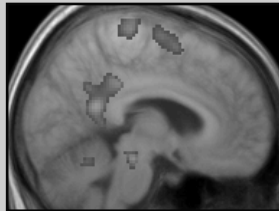
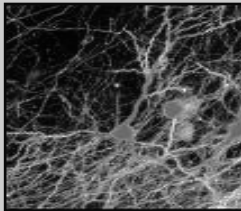


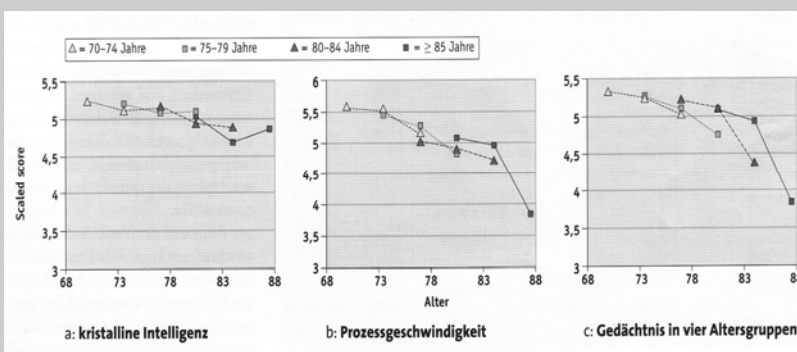
Demenzen- aktueller Stand und Therapiemöglichkeiten

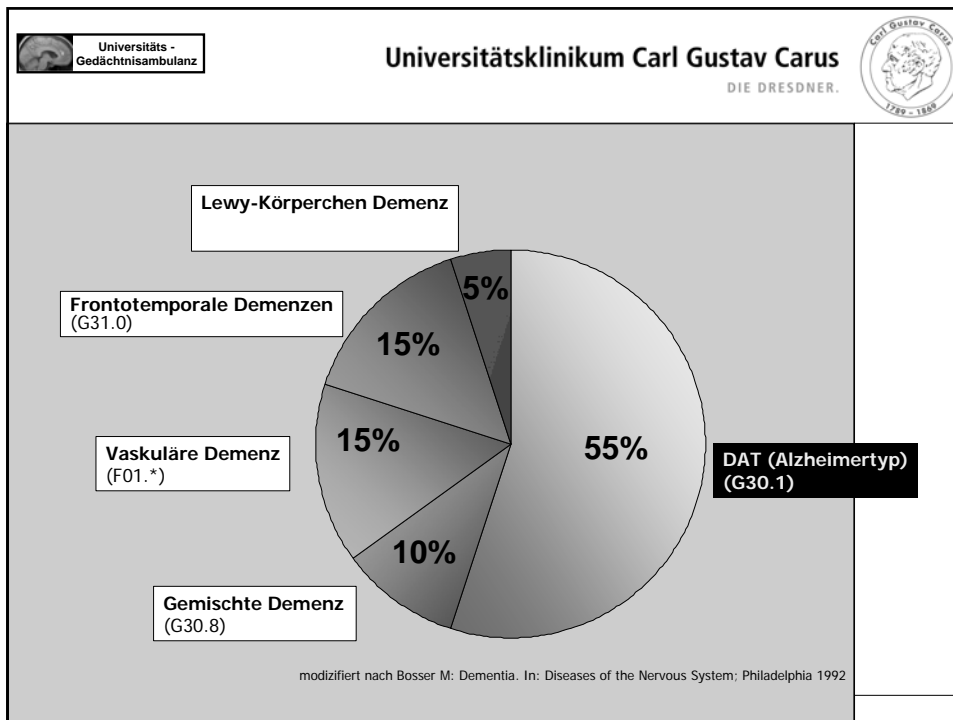
Vjera Holthoff

Bereich Gerontopsychiatrie und kognitive Neuropsychiatrie
Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Canberra Longitudinal Study: Abbau spezifischer kognitiver Leistungen beim physiologischen Altern





Universitäts -
Gedächtnisambulanz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

**European Federation of Neurological Societies
Konsensus Empfehlungen 2007
zur Differentialdiagnose von Demenzen ¹**

Klinische Anamnese und Fremdanamnese ²

Neurologische und internistische Untersuchung

Neuropsychologische Leistungsdiagnostik

Globale kognitive Skalen (MMSE, Demtect)
Zusätzliche detaillierte Batterie für Gedächtnisleistung,
Exekutivfunktionen, Praxie und Sprache
(*strukturierte Anamnese*)

¹ Waldemar et al., 2007; ² Pijnenburg et al., 2008 für FTD

EFNS Empfehlungen 2007

Einschätzung Alltagsaktivitäten

Allgemeine Tätigkeiten (essen, bekleiden)

Anamnese für Komorbiditäten

Initial im Behandlungsverlauf und fortlaufend

Laborchemische Untersuchungen

Ausschluss der sekundären Demenzen

BSG, BB, DiffBB, Elektrolyte, Calcium, Glukose, Leberenzyme,
Nierenretentionswerte, Vitamin B12, Folsäure, Harnstoff, TSH, Bilirubin
individuell entschieden: HIV, Borrelien, TPHA

Nicht-kognitive Symptome

Fremdbeurteilung (z.B. NPI, BEHAVE-AD) (*strukturierte Anamnese*)

Waldemar et al., 2007; Leitlinien der DGPPN

EFNS Empfehlungen 2007

Neuroimaging

Generell CCT (*im typischen Alter über 75 Jahre*)

MRT bei V.a. vaskuläre Läsionen (*im Alter unter 75 Jahre*)

SPECT und PET bei Unklarheiten (*alternativ zum Liquor*)

EEG

Bei V.a. Creutzfeldt-Jakob Erkrankung, Anfallsleiden

Liquor

Zusätzlich in Zweifelsfällen: neben der Liquor-Routine nur zusätzlich
CJD Protein 14-3-3

(*immer im ungewöhnlichen Fall: ‚junge‘ Patienten, schnelle Verläufe*)

Waldemar et al., 2007

Hilfen während der Exploration

- Verlauf
- erstes Symptom
- Vergesslichkeit für Episoden?
- Helfen Gedankenbrücken oder Wiedererkennen?
- Fällt ihm die Unordnung im Geräteschuppen selber auf?
- Fällt ihm auf, dass er Neues meidet?

Die Therapie der Demenz setzt sich aus einer pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapie (z.B. Umgestaltung der Wohnung) zusammen.

Die Therapie der Demenz ist eine Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und der pflegenden Angehörigen bzw. Pflegekräfte im Interesse des Patienten.

Die Behandlung der Patienten schließt die Begleitung der Angehörigen ein.

Antidementivum früh und ausreichend hoch dosiert

Substanz	Tagesdosis (mg)	Wirkung
Donepezil	10	AChE-Hemmer
Galantamin	16 - 24	+ nicotinerge Rez.
Rivastigmin Pflaster	4,6 - 9,5	+ ButyrylChE
Memantine	10-20	NMDA - Antagonist

Kontraindikation und Nebenwirkungen: Acetylcholinesterasehemmer (Aricept®, Exelon®, Galantamin®)

- absolute Kontraindikation: Bradykardie, Sick-Sinus-Syndrom, hochgradiger AV-Block, schwere Leberfunktionsstörung
- relative Kontraindikation: obstruktive Lungenerkrankungen, erhöhtes Ulcusrisiko
- Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Hypotonie, Diarrhoe, Obstipation

Kontraindikation und Nebenwirkungen: Memantine (Axura®, Ebixa®)

- Kontraindikation: schwere Nierenfunktionsstörung, Krampfanfälle in der Vorgeschichte
- 1-10%: Halluzinationen, Verwirrtheit, Schwindel, Kopfschmerzen u. Müdigkeit
- 0,1-1%: Angstzustände, erhöhter Muskeltonus, Erbrechen
- Wirkungsverstärk. von L-Dopa, dopaminergen Agonisten u. Anticholinergika mögl.

Rote Liste 2006

Vaskuläre Demenz: NINDS-AIREN-Kriterien

- Vorhandensein einer Demenz nach ICD-10
- Anamnestischer, zeitlicher o. radiologischer Nachweis einer zerebrovaskulären Erkrankung
- Zeitlicher Zusammenhang (3 Monate)
- Klinisch plötzlich
 - fokalneurologische Zeichen (auch bei small vessel disease)¹
 - Verschlechterung der Kognition
- Schubförmiger Verlauf
 - gute und schlechte Tage
- Störung Aufmerksamkeit, Antrieb, Affekt, Planung > Gedächtnis

¹Staekenborg et al., 2008



Frontotemporale Demenz (Morbus Pick, Neary 1998)

Früh

- Auffälligkeiten im Sozialverhalten
- Verflachter Affekt
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Gute Orientierung

Atrophie

- Frontalkortex und/oder vorderer Temporalkortex

Neuropsychologisch

bei DAT ist das Gedächtnis immer am schwersten von allen Gedächtnisfunktionen gestört, bei FTD ist die Störung nicht im Vordergrund ¹

Giovagnoli et al, 2008



Diffuse Lewy-Body-Demenz

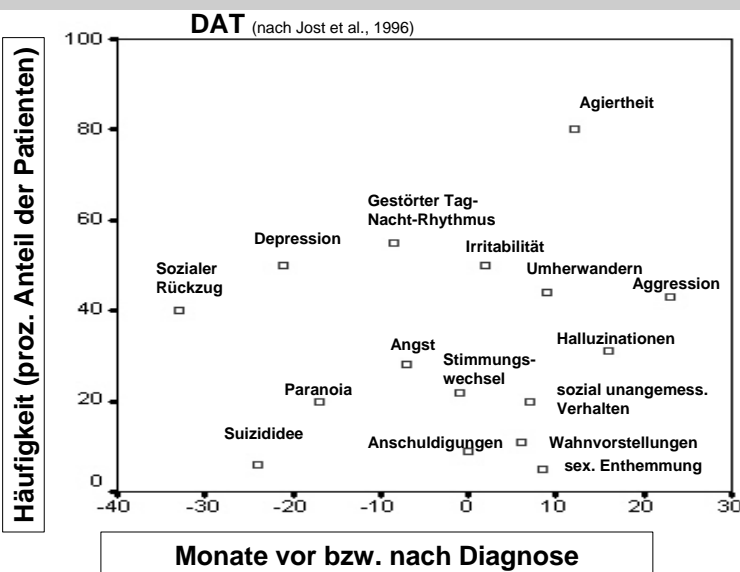
- Progrediente Demenz
- Parkinsonsymptome
 - spontan
 - nach Neuroleptikagabe
 - Posturale Instabilität, Gangstörung, Bradykinese, Rigor > Tremor
- Optische Halluzinationen (70-80%)
 - detaillierter und farbiger Ausgestaltung
- Fluktuierende Wachheit/Aufmerksamkeit

McKeith et al., 1996

Parkinson Demenz

- 30-40% aller IPS bekommen Demenz
- Kognitive Defizite i.S. einer Demenz
- IPS: 5-10 Jahre nach der Erstmanifestation motorischer Symptome

Colloby et al., 2004



Therapie der Verhaltensstörungen

- Identifikation und Beseitigung möglicher aktueller Trigger
- Psychoedukation aller Beteiligten am Anfang und fortlaufend
- Antidementive Pharmakotherapie vorhanden?
- Therapie der aktuellen Symptome und individuell abgestimmt
Nicht-pharmakologisch
Pharmakologisch
- Individuelle präventive Maßnahmen

Erkennbare Trigger der Verhaltensstörung: *unmet needs*

- Blasenentleerungsstörung
- Obstipation
- Schmerzen
- Nachlassen der Sinne (Sehen, Hören)
- Hunger
- Durst
- Misshandlung

Aggression

- Aggression: verbale oder physische Bedrohung gegenüber Menschen oder Gegenständen
- Folge von
 - wahnhaften Erlebens (Diebstahl, Betrug, Eifersucht)
 - Halluzinationen
 - Verkennungen
 - Agitation, die ‚behindert‘ wird

Aggression: Mögliche Pharmakologische Therapieansätze

- Risperidon (3 x 0.5-1.0 mg)
- Quetiapin (2 x 50-100 mg)
- Olanzapin (3 x 2.5 mg)
- Melperon (3 x 25-50 mg)
- Pipamperon (3 x 20-40 mg)

Bitte beachten:

- typische und atypische Neuroleptika tragen zu einem erhöhten zerebrovaskulären Risiko bei
- Gute Dokumentation der Indikation erforderlich



Apathie

Fehlen

- einer Antwort auf Stimuli durch fehlende selbstinduzierte Aktion
- einer Reaktion kann auf der Ebene des Affekts, des Verhaltens und der Kognition auftreten

Häufig bei Heimbewohnern: 84.1 %

Wegen der Schwere der Erkrankung?

Wegen der mangelnden Stimulation?