

Demenz

Kognitive und nicht-kognitive Störungen Diagnostik und Therapie

Prof. Dr. med. Markus Jüptner
Professor für Neurologie und Psychiatrie
der Universität Duisburg-Essen
markus.jueptner@uni-duisburg-essen.de



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Definition der Demenz

Alltagsrelevante Abnahme
von Gedächtnisleistungen
und anderen kognitiven Funktionen,
die länger als 6 Monate besteht.



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Klinik der Demenz

Störungen kognitiver Funktionen objektivieren

- Gedächtnis (Merkfähigkeit, Kurz-, Langzeitgedächtnis)
- Lernfähigkeit (neue Aufgaben oder Betätigungen)
- Orientierung (räumlich, situativ, zur Person)
- Sprache (Wortfindungsstörungen, Floskeln)
- Rechnen (eigene Finanzen regeln)
- Urteilsvermögen (Klima-adäquate Kleidung)
- logisches Denken (Probleme managen können)
- Auffassung (Sinn und Inhalt verstehen können)



Kognition = Aufnahme + Verarbeitung von Informationen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Klinik der Demenz

Nicht-kognitive Störungen ("Verhaltensstörungen")

- | | |
|--------------------------------|--------|
| • Wahnvorstellungen | 40-60% |
| • Halluzinationen | 25-50% |
| • Erregtheit/Aggressionen | 30-50% |
| • Depression/ Dysphorie | 30-70% |
| • Apathie | 50-90% |
| • Enthemmung | 10-40% |
| • Reizbarkeit/Labilität | 10-40% |
| • abnormes motor. Verhalten | 50-80% |
| • Schlaf/nächtliches Verhalten | 60-80% |



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Klinik der Demenz

Alltagskompetenz: B-ADL-Bogen

- Termine einhalten
- finanzielle Angelegenheiten regeln
- zwei Dinge gleichzeitig tun
- Freizeitaktivitäten ausüben
- Verkehrsmittel benutzen
- sich an Unterhaltung beteiligen
- Telefon benutzen
- Nachrichten entgegennehmen
- Einkaufen, Geld abzählen
- Essen zubereiten
- Körperpflege



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

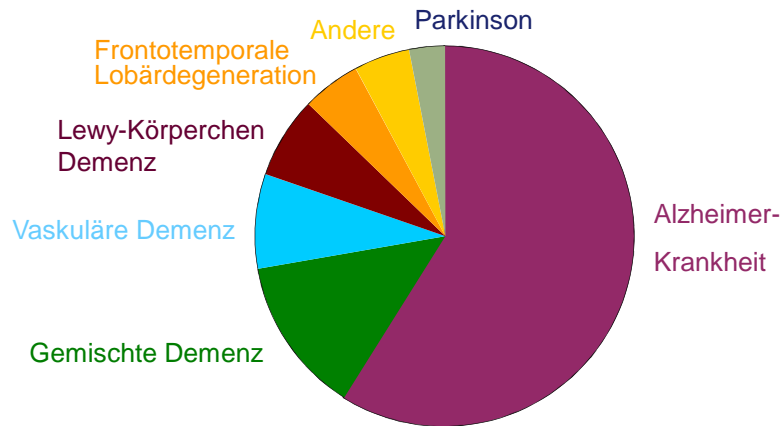
Diagnostik der Demenz

- Anamnese:
Eigen-A., Fremd-A., Familien-A., Alltagsaktivitäten, Hobbys, Biographie, psychosoziale Situation
- Untersuchung:
psychiatrisch, neurologisch, internistisch
- Labor:
Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nüchtern-Blutzucker, TSH, BSG oder CRP, GOT, GGT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B₁₂
- Testpsychometrie:
Uhrentest, DemTect, MMST, MWT-B, SKT, GDS, CDR
- Bildgebung:
CCT oder MRT
- Liquordiagnostik:
bei V.a. entzündliche Erkrankungen, zur Differenzialdiagnose degenerativer Demenzen
- Aufwändig:
PET, SPECT, MRT quant., Hirnbiopsie



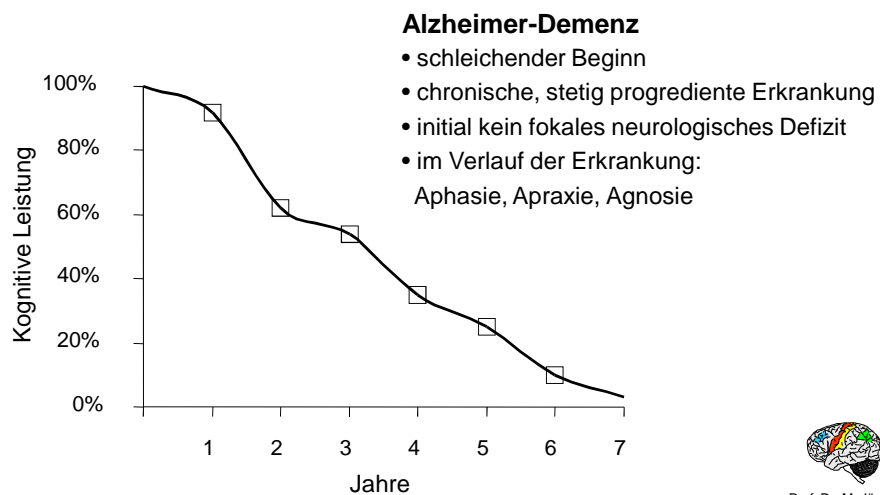
Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Differenzialdiagnostik der Demenzen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Differenzialdiagnostik der Demenzen



Alzheimer-Demenz

- schleichender Beginn
- chronische, stetig progrediente Erkrankung
- initial kein fokales neurologisches Defizit
- im Verlauf der Erkrankung:
Aphasie, Apraxie, Agnosie

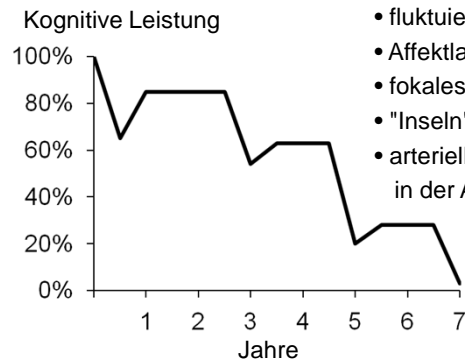


Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Differenzialdiagnostik der Demenzen

Vaskuläre Demenz

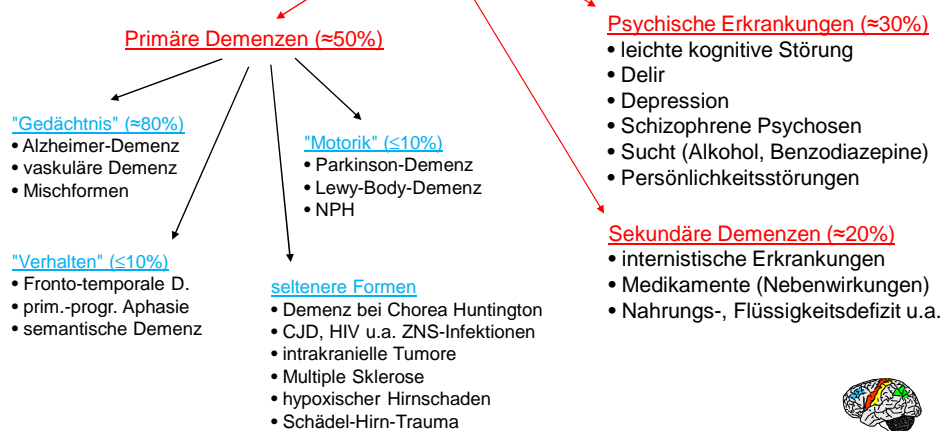
- plötzlicher Beginn (kortikale Läsionen)
- schleichender Beginn (subkortikale Läsionen)
- schrittweise Verschlechterung
- fluktuierender Verlauf
- Affektlabilität
- fokales neurologisches Defizit
- "Inseln" erhaltener kognitiver Leistungen
- arterielle Hypertonie und Schlaganfälle in der Anamnese



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

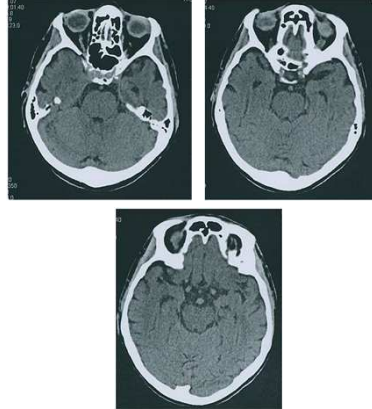
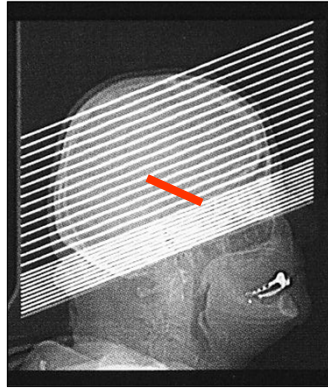
Differenzialdiagnostik der Demenzen

Demenz-Syndrom (klinisch)



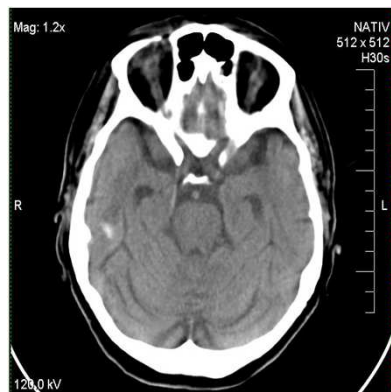
Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Bildgebung: CCT oder MRT?

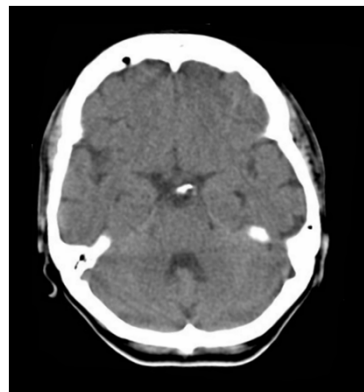


Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Bildgebung: Hippocampusatrophie



Pathologisch



Normal

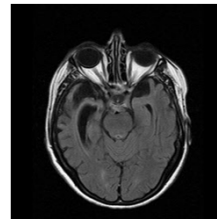


Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Bildgebung: selbst ansehen !!



Semantische Demenz
Progrediente Auffälligkeiten der
Sprache seit 10 Jahren
seit 3 Jahren auch für Fremde
auffällig, vergesslicher
Im MRT "alles in Ordnung"



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Demenzkrankungen: Therapie

1. Medikamentöse Therapien
 - 1.1. kognitive Defizite
 - 1.2. nicht-kognitive Symptome
2. Nicht-medikamentöse Therapien
 - 2.1. Angehörigenarbeit
 - 2.2. Training der Alltagskompetenz
 - 2.3. Verhaltenstherapie
 - 2.4. Physiotherapie
 - 2.5. Logopädie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Demenzerkrankungen: Therapie

3. Prävention

- 3.1. Primärprävention (körperliche, geistige und soziale Aktivitäten)
- 3.2. Sekundärprävention (Antidementiva, vaskuläre Risikofaktoren)

4. Beratung und Hilfen

- 4.1. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuung
- 4.2. Beratungsstellen, ambulanter Pflegedienst
- 4.3. Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, Altentagesstätten
- 4.4. Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen
- 4.5. Altenheim, gerontopsychiatrisches Heim



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.1. Medikamentöse Therapie kognitiver Defizite

1. Ausgleich des Acetylcholin-Mangels (Alzheimer-Demenz)

- Acetylcholinesterase-Hemmer (AChE-Hemmer)
- Galantamin (Reminyl®), Rivastigmin (Exelon®), Donepezil (Aricept®)
- erhalten kognitive Leistungsfähigkeit
- erhalten die Selbständigkeit des Patienten
- positiver Effekt nachgewiesen über 48 Monate
- verzögern die Heimeinweisung über 1-2 Jahre
- reduzieren nicht-kognitive Symptome der Demenz



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Antidementive Therapie

- Dauerhafte Behandlung mit AChE-Hemmstoffen ist evidenzbasierte Therapie der ersten Wahl bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Erkrankung
- Der Nutzen ist umso größer, je früher die Therapie beginnt
- In jedem beliebigen Zeitraum profitieren die behandelten gegenüber den unbehandelten Patienten



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Möglichkeiten der Prävention

- Medikamentöse Basistherapie der Demenz
- Training der Alltagskompetenz
- Schulung von Bezugspersonen (Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten)
- Entlastung von pflegenden Angehörigen
- Strukturierung des Tagesablaufs
- Merk- und Orientierungshilfen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Demenzform	Medikamentöse Prävention
Alzheimer Demenz	Acetylcholinesterase-Hemmer (z.B. NICE ³⁸ , Cochrane Collaboration ³⁷ , IQWiG ³⁸ , DGN ³⁵)
Gemischte Demenz	Acetylcholinesterase-Hemmer (Erkinjuntti, Lancet 2002) ³⁹
Vaskuläre Demenz	Behandlung der Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes, Hyperlipoproteinämie, Bewegungsmangel)
Lewy-Body-Demenz	Acetylcholinesterase-Hemmer (Edwards, Dement Geriatr Cogn Disord 2004) ⁴⁰ (Verschlüsselung als atypische AD)
Frontotemporale Demenz	Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) (Ikeda ⁴¹ , Dement Geriatr Cogn Disord 2004; Swartz ⁴² , J Clin Psychiatry 1997) USA: Idazoxan® (Alpha2-Rezeptor-Antagonist); (Coul ⁴³ , Psychopharmacology 1996)
Parkinson-Demenz	Acetylcholinesterase-Hemmer (Emre, N Engl J Med 2004) ⁴⁴



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Aggressivität / Unruhe / Enthemmung: somatische Ursachen

- Schmerzen (Frakturen, unerkannte Stürze, Osteoporose, Zähne)
- Exsikkose
- Delir
- Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz
- Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, COPD, Pneumonie
- Antibiotika (Gyrasehemmer, Cephalosporine u.a.)
- Digitalis-Überdosierung
- Neuroleptika-Überdosierung
- Benzodiazepin- oder Alkoholentzug



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

"Nahrungsverweigerung" / Apathie: somatische Ursachen

- Helicobacter pylori-Gastritis
- Digitalis-Überdosierung
- Psychopharmaka-Überdosierung
- Polypharmazie (Cave: mehr als 5 Medikamente)
- Zahnprobleme, Entzündung im Mund (Cave: Prothese)
- Cerebrale Ischämie mit Schluckapraxie/-lähmung (z.B. Wallenberg)
- Harnwegsinfekt, Pneumonie, Herzinfarkt, Exsikkose, Delir



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung: somatische Ursachen

- Psychopharmaka-Überdosierung (Unruhe)
- dekompensierte Herzinsuffizienz (Nykturie)
- Hypoglykämien
- Hyperthyreose (Schlaflosigkeit)
- Schmerzen
- Schlafapnoe (vermehrte Schläfrigkeit)
- Benzodiazepin- oder Alkoholentzug
- Harnwegsinfekt
- Herzinfarkt
- Delir



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Behandlung der produktiven Symptome

- Aggressivität, Unruhe, Wahn, Enthemmung, Halluzinationen
- Risperidon 1 mg (0.5 – 2 mg/d), einzig zugelassenes Atypikum für
 - schwere Verhaltensstörungen bei Demenz
 - schwere chronische Aggressivität mit Selbst-/ Fremdgefährdung
 - beeinträchtigende psychotische Symptome
- Cave
 - Olanzapin, Risperidon („Rote-Hand-Brief“: vermehrt cerebro- und kardiovaskuläre Ereignisse)
 - EPMS oder Delir häufig unter trizyklischen Neuroleptika
 - Neuroleptika mit anticholinergen Eigenschaften (z.B. Quetiapin, Olanzapin)
 - Benzodiazepine (Abhängigkeitspotential, Sturzgefahr)
 - niederpotente Neuroleptika: Sedierung, Sturzgefahr
- Dauer der Anwendung 6-12 Monate (DGPPN: Jüptner & Gastpar 2004, Fritze 2006)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Behandlung der reaktiven Symptome

- Depression, Apathie, sozialer Rückzug, Angst
 - Mittel zur Stimmungsaufhellung, Anxiolyse, Antriebssteigerung
- Hinweise
- SSRI (Mittel der Wahl: Doody, Neurology 2001)
 - Cave: TZA (Anticholinerge Eigenschaften)
 - Amantadin nicht zugelassen
 - Memantine nicht zugelassen, Unruhe (Indikation: schwere AD)
 - Cave: Benzodiazepine (Abhängigkeitspotential, Sturzgefahr)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Publikationen zur Akutbehandlung

- Petrovic M et al.: Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease consortium (EADC) study. Acta Clin Belg. 2007 Nov-Dec;62(6)
- Four NPI-based factors were identified (58% of the common variance): **psychosis factor** (irritability, agitation, hallucinations and anxiety), **psychomotor factor** (aberrant motor behaviour and delusions), **mood liability factor** (disinhibition, elation and depression) and **instinctual factor** (appetite disturbance, sleep disturbance and apathy)
- => spezifischere Therapie orientiert an Faktoren / Clustern?!



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Publikationen zur Akutbehandlung

- Ruths S et al.: Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study--the Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Sep;23(9):889-95
- 55 Patienten in Altenheimen, Alter Ø 84 Jahre
- Medikation: Haldoperidol, Risperidon, Olanzapin
- randomisiert: Absetzen (n=27) oder Fortführung der Med. (n=28)
- Nachbeobachtung über 4 Wochen (NPI)
- nach 4 Wochen blieben 23 / 27 Patienten ohne Medikamente
- NPI konstant oder verbessert bei 18 / 27 "Absetzern" und 24 / 28 Kontrollen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Publikationen zur Akutbehandlung

- Konovalov S et al.: Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. Int Psychogeriatr. 2008 Apr;20(2):293-308
- 7 randomisierte, placebo-kontrollierte, doppelblinde Studien
- 5 Studien mit VPA, 2 Studien mit CBZ
- 1 Studie: positiver Effekt
- 5 Studien: kein Effekt
- 1 Studie: negativer Effekt
- alle Studien: signifikant mehr Nebenwirkungen in den Behandlungsgruppen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

1.2. Demenz-Therapie: nicht-kognitive Symptome

Publikationen zur Akutbehandlung

- Paleacu D et al.: Quetiapine treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease patients: a 6-week, double-blind, placebo-controlled study. Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Apr;23(4):393-400
- 40 Patienten, Alter $\bar{\approx}$ 82 Jahre, Quetiapin $\bar{\approx}$ 200 mg/d
- Primäre Erfolgsparameter: NPI, CGI-C
- Sekundäre Erfolgsparameter: MMSE, SAS, AIMS
- keine signifikanten Unterschiede Verum - Placebo
- signifikante Abnahme des NPI: 79% unter Placebo, 68% unter Quetiapin



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

2. Nicht-medikamentöse Therapien

- Angehörigenarbeit
- Training der Alltagskompetenz
- Verhaltenstherapie
- Physiotherapie
- Logopädie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

2.1. Angehörigenarbeit

- Information über die Erkrankung (Ursachen, Verlauf, Behandlung)
- Schulung und Beratung
 - Leben mit Demenzpatienten
 - häusliche Umgebung
 - Tagesrhythmus
 - Kommunikation mit Demenzpatienten
 - Pflege von Demenzpatienten
 - rechtliche Fragen, Kosten
- Hilfen für die Angehörigen
 - Beratungsstellen
 - Angehörigengruppen
 - ambulante Hilfen
 - Betreuungsgruppen
 - Tagespflege, Kurzzeitpflege, Heime



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Leben mit Demenzpatienten

Umgang mit dem Patienten

- Versuchen Sie nicht, den Betroffenen zu ändern bzw. ihn mit Argumenten zu überzeugen - Demenzerkrankte folgen einer eigenen Logik
- Appelle an sein Gedächtnis ("Du weißt doch, dass ...") führen oft zu sinnlosen Debatten
- Der Patient versteht besser, wenn man ihm auf der emotionalen Ebene begegnet und seine Gefühle wahrnimmt und erwidert



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Leben mit Demenzpatienten

Wichtig für Angehörige

- Vergessen Sie bei der berechtigten Sorge für den Betroffenen nicht sich selbst, z.B. durch Erholungspausen für Ihre eigenen Interessen
- Es ist auch kein Eingeständnis eigener Unzulänglichkeit, wenn Sie Hilfe von außen holen.
- Suchen Sie auch das Gespräch mit Menschen, die in derselben Lage sind wie Sie – der Erfahrungsaustausch gibt Ihnen wertvolle Anregungen und stärkt ihre Zuversicht.



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Demenz

**Kognitive und nicht-kognitive Störungen
Diagnostik und Therapie**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. med. Markus Jüptner
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Wallstr. 3, 45468 Mülheim
Mail: Markus@JueptnerMH.de
Internet: www.JueptnerMH.de



Prof. Dr. M. Jüptner
2010