

Aktuelles zur Diagnostik und Therapie der Alzheimer-Demenz



Dr. med. Dr. phil. Günter Niklewski

Angesichts der Veränderung der Lebenserwartung und der Schichtung der Altersgruppen in der Bevölkerung sind demenzielle Erkrankungen die große Herausforderung an die medizinische Versorgung der Zukunft. Demenzielle Syndrome zeigen einen typischen Altersgang: Die Erkrankungsrate nimmt mit steigendem Alter zu, in der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen findet man beispielsweise rund 24 Prozent an einer Demenz erkrankte Personen.

Im Folgenden werden die charakteristischen Merkmale der Alzheimer-Demenz und aktuelle diagnostische und therapeutische Optionen dargestellt. Auf die bei Frühstadien der Alzheimer-Demenz wichtige differenzialdiagnostische Möglichkeit einer Depression im Senium wird eingegangen.

Pathogenese

Die häufigste Demenzform ist die nach ihrem Erstbeschreiber Alois Alzheimer benannte Demenz. Die Alzheimer-Demenz ist ein langsam fortschreitender Krankheitsprozess, bei dem es über viele Jahre, bevor die ersten klinischen Symptome auftreten, zu einem kontinuierlichen Untergang von Neuronen kommt. Auf der morphologischen Ebene ist die Erkrankung durch extrazelluläre Amyloidablagerungen (Plaques) und intrazelluläre Neurofibrillenbündel gekennzeichnet.

Anfänglich ist besonders die Temporalregion betroffen, später kommt es zu einer umfassenden Hirnatrophie. Der Schweregrad der Symptomatik korreliert weitgehend mit dem Verlust von Neuronen. Selten sind familiäre Formen, für die bisher auf den Chromosomen 1, 14 und 21 Mutationen nachgewiesen werden konnten. Der weitaus größere Teil der Fälle ist sporadisch und durch komplexe zellbiologische Veränderungen im Gehirn gekennzeichnet; eine eindeutige Ätiologie konnte bisher nicht gefunden werden. Im Verlauf entwickelt sich ein Acetylcholinmangel in den cholinergen Projektionsbahnen des Gehirns, was die kognitiven Störungen erklärt.

Diagnostik

Die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ stützt sich auf mehrere Säulen: den klinischen Eindruck – wobei die psychopathologischen

Kriterien nach ICD 10 erfüllt sein müssen – Anamnese und Fremdanamnese, die internistische und neurologische Untersuchung. Testpsychologische Untersuchungsmethoden wie Mini-Mental-Status-Test (MMST), der Uhren-Test, DemTect, Syndromkurztest (SKT) und andere objektivieren das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigungen. Einfachere testpsychologische Untersuchungen (MMST, Uhren-Test, DemTect) lassen sich durchaus auch in der Sprechstunde des Hausarztes durchführen. Komplexere testpsychologische Abklärungen und neuropsychologische Diagnostik werden von den mittlerweile fast flächendeckend etablierten Gedächtnissprechstunden an psychiatrischen und geriatrischen Einrichtungen angeboten. Bildgebende Verfahren lassen den Grad der Hirnatrophie und das Ausmaß anderer etwa vaskulärer, neoplastischer oder entzündlicher Schädigungen erkennen. Der MRT ist gegenü-

ber einem CCT der Vorzug zu geben. Laborchemische Untersuchungen, gegebenenfalls auch des Liquor cerebrospinalis, helfen entzündliche Hirnerkrankungen auszuschließen oder laborchemische Verlaufsmarker einer Demenz vom Alzheimer-Typ (TAU-Protein, Beta-42 Amyloid) festzustellen.

Differenzialdiagnose Depression

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind die im Beitrag von Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Frank Erbguth (Seite 478 ff.) dargestellten kausal behandelbaren Demenzen, andere Demenzformen wie die vaskuläre Demenz oder Demenzen im Kontext neurologischer Systemerkrankungen wie die Parkinson-Demenz.

Diagnostische Kriterien einer Demenz (nach ICD 10)

Die folgenden Störungen müssen mindestens über sechs Monate bestehen:

- Gedächtnisstörungen
Aufnahme und Reproduktion neuer Gedächtnisinhalte sind zunehmend beeinträchtigt, später im Krankheitsverlauf verlieren sich auch vertraute und erlernte Inhalte und Prozeduren.
- Denkstörungen
Verminderung des Gedankenflusses, Verlust des Abstraktionsvermögens und der Urteilskraft.
- Störungen der emotionalen Kontrolle
Motivationsverlust und zunehmende Störungen des Sozialverhaltens durch Desorientierung, Wahrnehmungsstörungen, Hostilität und (in fortgeschrittenen Stadien) psychotisches Erleben.

Der Depression im Senium kommt bei den differenzialdiagnostischen Überlegungen die höchste Bedeutung zu. Die Depression im höheren Lebensalter geht fast immer auch mit kognitiven Störungen einher. Die Abgrenzung zu einer beginnenden Demenz kann im Einzelfall sehr schwierig sein, da im Vorfeld einer demenziellen Entwicklung sehr häufig auch ein mitunter sehr stark depressiv gefärbtes affektives Syndrom mit sozialem Rückzug, Antriebs- und Motivationsverlust, Ängstlichkeit, Lebensüberdross und Stimmungstief stehen kann. Dieses depressive Syndrom tritt in aller Regel 30 bis 40 Monate vor der Diagnosestellung einer Alzheimer-Demenz auf. Im Einzelfall kann nur die Verlaufsbeurteilung näheren Aufschluss geben.

Auf alle Fälle sollten derartige depressive Syndrome aber (auch) medikamentös mit Antidepressiva behandelt werden (siehe unten). Neueren Antidepressiva ohne anticholinerge Nebenwirkungen, welche sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken, ist dabei der Vorzug zu geben. Mit wenigen Ausnah-

Demenz oder Depression?

Depressive neigen dazu, ihre Einbußen zu dramatisieren, während Demenzpatienten ihre Störungen bagatellisieren. Bei depressiven Patienten finden sich in der Anamnese häufig Hinweise auf frühere Episoden. Depressive Patienten beklagen eine globale Leistungsschwäche, demente Patienten neigen zu umschriebenen Fehlleistungen (gestörte Handlungsfolgen, Verirren, Fehlbedienungen von Geräten usw.).

Bei depressiven Patienten bessern sich unter antidepressiver Therapie auch die kognitiven Störungen, bei dementen Patienten bestenfalls die affektiven Symptome der Demenz.

men, wie etwa Nortriptyllin, sollten Trizyklika deswegen nicht mehr die erste Therapieoption darstellen. Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (etwa: Citalopram, Sertralin und andere) sind mittlerweile bei der Depression im Senium die Antidepressiva der ersten Wahl. Allerdings können diese Wirkstoffe gerade bei älteren Patienten auch extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (Tremor und andere) zeitigen; dann würden sich der Wechsel auf eine noradrenerge Behandlungsstrategie (Nortriptyllin, Reboxetin) anbieten.

Die medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz

Obwohl durch Mitteilungen in der Laienpresse die Wirksamkeit der neueren Antidementiva angezweifelt wurde, ist der Nutzen einer Therapie mit Acetylcholinesterasehemmern oder/und Glutamatrezeptorantagonisten unumstritten. Der Einsatz dieser Medikamente wird auch in den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen. Leider kommen in der Therapie der Demenz in Deutschland

Anzeige

Kredite & Finanzierung

Mehrwertsteuererhöhung

Kurz vor 19!

Es wird hochprozentig für Ihre Investitionen.

Sie planen für die nahe Zukunft Anschaffungen? Dann sollten Sie jetzt investieren! Ab dem 1. Januar 2007 ist sie Realität: Die Mehrwertsteuer auf Rekordhöhe von 19 Prozent. Profitieren Sie also noch von dem heutigen Steuersatz. Zusätzlich nutzen Sie das erhöhte Abschreibungspotenzial: 10 Prozent mehr, noch in diesem und im kommenden Jahr.

Die Finanzierung: Mit dem apoZinscapDarlehen lassen sich sämtliche Investitionsvorhaben realisieren – der noch günstige Zins bleibt Ihnen länger erhalten.

Weitere Informationen in Ihrer Filiale oder unter www.apoBank.de

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker- und ärztebank

Wirkstoff	Wirkmechanismus	Tagesdosis
Donepezil	Hemmung der Acetylcholinesterase	5 bis 10 mg
Galantamin	Hemmung der Acetylcholinesterase Potenzierung nikotinergischer Acetylcholin-Rezeptoren	8 bis 24 mg
Rivastigmin	Acetylcholinesterasehemmer und Butyrylcholinesterasehemmer	10 bis 30 mg
Memantine	NMDA-Glutamatrezeptorantagonist	3 bis 12 mg

Tabelle: Antidementiva in der Behandlung der Alzheimer-Demenz.

aber immer noch eine Vielzahl von Substanzen zum klinischen Einsatz, deren Wirkung nicht in der erforderlichen Weise nachgewiesen werden konnte, wie etwa bestimmte Phytotherapeutika, Kalziumantagonisten und andere. Der weitaus größte Teil der Aufwendungen für Medikamente bei der Demenzbehandlung wird für diese eher zweifelhaften therapeutischen Ansätze ausgegeben, zum Nachteil einer sinnvollen Medikation, die allerdings den Krankheitsprozess auch nur verlangsamen und nicht kausal beeinflussen kann.

Die Antidementiva sollten in ausreichender Dosierung mindestens sechs Monate gegeben werden. In die Beurteilung der klinischen Wirksamkeit sind sowohl Verbesserungen der Kognition wie auch mögliche Verbesserungen der nicht kognitiven Symptome der Demenz zu berücksichtigen. Bei Acetylcholinesterasehemmern kann zur besseren Verträglichkeit eine langsam einschleichende Dosierung bis zur wirksamen Tagesdosis notwendig sein, bei schlechter Verträglichkeit sollte ein Medikationswechsel in der Substanzklasse erwogen werden. Bei Unverträglichkeit oder Nichtwirk-

samkeit ist der Wechsel auf einen anderen Acetylcholinesterase-Inhibitor oder auf Memantine, welches das glutamaterge System über die NMDA-Rezeptoren beeinflusst, zu empfehlen.

An relevanten Nebenwirkungen der Acetylcholinesterasehemmer sind auf Bradykardien, gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Blutungen), Harnverhalt und gegebenenfalls Bronchialasthma zu achten.

Die nicht-kognitiven Störungen der Alzheimer-Demenz beeinträchtigen die Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen oft deutlicher als die kognitiven Störungen. Dazu gehören Depressionen (siehe oben), Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, Halluzinationen und Wahn, Angst und Aggressivität. Eine niedrig dosierte neuroleptische Therapie mit einem hoch oder niederpotenten Neuroleptikum (zum Beispiel Haloperidol 0,5 bis 2 mg, Melperon 25 bis 100 mg) kann hilfreich sein. Bei den neueren atypischen Neuroleptika ist derzeit nur Risperidon (0,5 bis 2 mg) zugelassen, wegen häufiger zerebrovaskulärer Ereignisse unter klinischer Beobachtung allerdings nur für „schwere chro-

nische Aggressivität mit Selbst- oder Fremdgefährdung oder psychotische Symptome mit erheblicher Beeinträchtigung“. Eine Behandlung mit anderen neueren atypischen Neuroleptika ist derzeit immer eine off-label-Therapie. Die erhöhten Aufklärungspflichten sind zu beachten.

Die in der Laienpresse viel beachteten klinischen Studien zur Impfmunisierung mit rekombinantem A-Beta-42-Peptid wurden wegen hoher Nebenwirkungsraten beendet. Mittelfristig ist wohl nicht damit zu rechnen, dass dieser neue Therapieansatz seinen Weg in die klinische Behandlungsroutine findet.

Die nicht-medikamentöse Therapie

Die nicht-medikamentöse Behandlung kommt häufig zu kurz. Zu nennen sind psychotherapeutische Ansätze in Frühstadien der Erkrankung, welche es dem Betroffenen gestatten, seine eigene Lebensgeschichte nochmals rekonstruktiv zu verinnerlichen. Übende Verfahren zur Erhaltung der sozialen Kompetenz, im Einzelfall auch kognitives Training und Bewegungstherapie kommen hinzu.

Wesentlich ist aber auch eine krankheitsgerechte Umgestaltung des häuslichen Umfeldes mit dem Ziel, die häusliche Versorgungssituation mit entsprechenden psychosozialen und krankenschwermindernden Hilfen so lange als möglich zu erhalten. Entscheidende Bedeutung hat die Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger, etwa durch die Angebote der Alzheimer Gesellschaft. Dies betrifft alle Stadien der Erkrankung. Gerade in den Anfangsstadien der Erkrankung werden die Leistungseinbußen der betroffenen Patienten nicht selten von den Angehörigen als neurotische Fehleinstellungen missverstanden. Pflegende Angehörige tragen eine enorme Last und entwickeln auffallend häufig auch selbst psychische Störungen, meist Depressionen. Es empfiehlt sich auch, frühzeitig im Krankheitsprozess, möglichst bei Diagnosestellung, auf juristische Probleme und Konsequenzen des Betreuungsrechtes hinzuweisen. Im Einzelfall empfiehlt sich der Hinweis auf die Einrichtung einer Vorsorgevollmacht wenn die Geschäftsfähigkeit des betroffenen Patienten noch erhalten ist.

*Dr. med. Dr. phil. Günter Niklewski,
Leitender Arzt der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg Nord,
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1,
90419 Nürnberg*



Im Alter zu Hause

Der Autor, Dr. Dr. Erich Grassl, ist selbst das beste Beispiel für einen rüstigen alten Menschen und lebt, über neunzigjährig, immer noch zu Hause. In diesem Buch gibt der erfahrene Arzt und Seniorenbeirat der Stadt München praktische Tipps, die helfen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben.

Sie erfahren in diesem Buch, wie man für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorsorgen kann durch Vorsorgevollmacht und Betreuungs- und Patientenverfügung, die als Formularmuster beigelegt sind. Die aufgeführten Adressen von Selbsthilfegruppen sind auch für pflegende Angehörige von Interesse, die – nicht selten überfordert – selbst Hilfe benötigen. Dieser Ratgeber

gibt Auskunft darüber, wo man Hilfe holen kann und welche Möglichkeiten der Erholung es gibt.

Herausgeber: Dr. Dr. Erich Grassl. Im Alter zu Hause – Ein Ratgeber für Senioren, ihre Angehörigen und Pflegekräfte. 192 Seiten, ISBN 3-7766-2376-4, 14,90 Euro. Buchverlage LangenMüller, Herbig, Nymphenburger, München.