

Hans Förstl
Carola Kleinschmidt

Demenz

Diagnose und Therapie

MCI
Alzheimer
Lewy-Körperchen
Frontotemporal
Vaskulär
u.a.



Hans Förstl ■ Carola Kleinschmidt

Demenz

Diagnose und Therapie

Wir danken der Firma Lundbeck für die freundliche Unterstützung bei der Drucklegung dieses Buches.

Hans Förstl ■ Carola Kleinschmidt

Demenz

Diagnose und Therapie

MCI, Alzheimer, Lewy-Körperchen,
Frontotemporal, Vaskulär u.a.

Mit Unterstützung von

H. Bickel, G.D. Borasio, A. Kurz, P. Landendorfer,
W.E. Müller, E. Pinker u.v.a.

Und einem Beitrag von

B. Pointon

Mit 26 Abbildungen und 17 Tabellen

Der Text wurde von beiden Autoren verfasst. Alle Abbildungen – mit Ausnahme der Umschlagsabbildung – wurden von HF konzipiert (die künstlerische Umsetzung der vierfarbigen Abbildungen in den Kapiteln 5, 6, und 7 erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Fa. Novartis, die Abbildung in Kapitel 8 mit Unterstützung der Fa. GE Healthcare). Auf exakte Dosierungshinweise wurde bewusst verzichtet, da sich sowohl bei Antidementiva als auch bei Neuroleptika in nächster Zeit neue Erkenntnisse ergeben können.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2011 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Umschlagabbildung: Hans Leonhard Schäufelein: „Hiob, vom Teufel gequält“ – Federzeichnung (ca. 1510)

Satz: am-productions GmbH, Wiesloch

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

ISBN 978-3-7945-2708-3

Vorwort

Fast alle entwickeln ab dem mittleren Lebensalter Hirnveränderungen, die im höheren Alter zu einer Demenz führen können. In den westlichen Ländern erlebt ein Drittel der Menschen die Demenz. Durch die Größe des Problems kann die Bewältigung der Demenz nicht an eine einzelne Berufsgruppe delegiert werden. Bei den Medizinern bilden die Hausärzte eine klare Mehrheit der praktisch tätigen Ärzte. Aufgrund der Zahlen und durch ihre umfassende Kompetenz sind sie in erster Linie aufgerufen, sich des Demenzproblems der alten Patienten anzunehmen, die meist nicht nur unter „Alzheimer“, sondern gleichzeitig unter einer ganzen Reihe weiterer Erkrankungen leiden. Als Neurologe und Psychiater halte ich meine Berufsgruppe dennoch für sehr wichtig. Psychologen finden in der neuropsychologischen Diagnostik und in der Psychotherapie von Patienten und von Angehörigen dementer Patienten ein großes und in Zukunft wachsendes Betätigungsfeld. Wahrscheinlich enthält das Buch einige medizinisch geprägte Informationen, die für sie interessant sind und ich hoffe, dies gilt auch für Kunst- und Ergotherapeuten, Sozialpädagogen und vor allem Pflegekräfte, ohne die eine moderne und effektive Demenzbehandlung nicht möglich wäre.

München, im August 2010

Hans Förstl

Adressen der Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Hans Förstl

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Technische Universität München

Ismaningerstraße 22

81675 München

E-Mail: hans.foerstl@lrz.tu-muenchen.de

Carola Kleinschmidt

Oelkersallee 11

22769 Hamburg

E-Mail: kontakt@carolakleinschmidt.de

Inhalt

Kleine Terminologie der Demenzen	1
Abkürzungsverzeichnis	3
Einleitung	7
1 Demenz	13
1.1 Demenzsyndrom	13
1.2 Differenzialdiagnostik (DD)	16
2 Basisdiagnostik und -therapie	23
2.1 Anamnese	25
2.2 Untersuchung	26
2.3 Tests und Skalen	30
2.4 Aufklärung	34
2.5 Psychosoziale Unterstützung	37
2.6 Medizinische Basistherapie	40
2.7 Kooperation und Klinik	43
2.8 Lebensende mit Demenz	48
3 Leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment, MCI)	59
3.1 Diagnose	59
3.2 Therapie	61
3.3 Prä-Alzheimer statt MCI	63

4	Alzheimer-Demenz (AD)	65
4.1	Diagnose.....	66
4.2	Therapie.....	70
5	Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB)	87
5.1	Diagnose.....	88
5.2	Therapie.....	93
6	Frontotemporale Lobärdegenerationen (FTLDs)	97
6.1	Frontotemporale Demenz (FTD).....	100
6.2	Primär-progressive (nichtflüssige) Aphasie.....	102
6.3	Semantische Demenz (SD).....	103
6.4	Therapie.....	104
7	Vaskuläre Demenzen (VDs)	107
7.1	Diagnose.....	108
7.2	Therapie.....	111
8	Gemischte Demenz (mixed dementia)	115
8.1	Diagnose.....	115
8.2	Therapie.....	117
9	Sekundäre und seltene Demenzen	119
10	Ausblick	123

11 Exkurs	127
Erfahrungen und Ratschläge einer indirekt Betroffenen – von Barbara Pointon	127
Anhang	137
„NINCDS-/ADRDA-Kriterien“ für die Diagnose der AD	137
Weiterführende Literatur	139
Sachverzeichnis	143

This page intentionally left blank

Kleine Terminologie der Demenzen

Alzheimer-Demenz, AD: häufigste klinische Demenzform – nach der gemischten Demenz.

Alzheimer-Erkrankung: Plaque- und Neurofibrillenpathologie als häufigste und wichtigste Ursache der Demenz im Alter.

Gemischte Demenz: mit Abstand häufigste Demenzform auf der Grundlage von Alzheimer, vaskulären und anderen Hirnveränderungen.

Kortikale Demenz: Demenzen mit vorrangiger Beteiligung von Neokortex und Allokokortex (limbischem System) mit typischen Werkzeugstörungen (z.B. Sprache, räumliches Denken, visuelle Gnosis, Praxis); z.B. Alzheimer-Erkrankung und FTD (s. Tab. 1.2, S. 21).

Mild Cognitive Impairment, MCI (leichte kognitive Beeinträchtigung): leichte, im Alltag geringfügig störende und neuropsychologisch messbare Defizite mit einem erhöhten Risiko innerhalb der nächsten Jahre zu einer Demenz fortzuschreiten.

Präsenile Demenz: Manifestation einer Demenz vor dem 65. Lebensjahr. Hier sind behandelbare, familiäre und rasch fortschreitende Demenzformen häufiger und eine rasche fachärztliche und spezialisierte Diagnostik und Betreuung ist besonders wichtig.

„Pseudodemenz“: damit wird gelegentlich das „Demenzsyndrom der Depression“ bezeichnet, also eine depressive Erkrankung vor allem alter Menschen, die mit erheblichen kognitiven Defiziten einhergeht und damit eine Demenz vortäuschen kann; diese Defizite sind (meist) reversibel.

Reversible Demenzen: eine angeblich schwindende Gruppe demenzieller Erkrankungen, die sich bei geeigneter Ursachenbehandlung zurückbilden kann (z.B. Benzodiazepine, Meningeom, Hashimoto-Enzephalitis, Schlaf-Apnoe-Syndrom). Diese Gruppe wird vor allem deshalb kleiner, weil die modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Allgemeinen gut genutzt werden!

Sekundäre, symptomatische Demenz: im Gegensatz zur primären Demenz handelt es sich hier nicht um prozesshafte neurodegenerative oder vaskuläre Erkrankungen, sondern um die Folge zum Teil vermeidbarer anderer Erkrankungen (z.B. Hypothyreose) oder Läsionen (schweres Schädel-Hirn-Trauma).

Sporadische Demenz: bei den allermeisten demenziellen Erkrankungen handelt es sich **nicht** um Erbkrankheiten im engeren Sinn, die mit **einem** Gen von einer auf die nächste Generation weitergegeben werden, sondern um „sporadische“ Erkrankungen, die ohne eindeutigen Erbgang in der Bevölkerung auftreten.

Subkortikale Demenz: klinischer Subtyp von Demenzen bei Läsion des Marklagers und/oder der Basalganglien. Im Vordergrund stehen mentale und motorische Verlangsamung, Aufmerksamkeits- und Antriebsstörung (z.B. subkortikale vaskuläre Enzephalopathie, progressive supranukleäre Parese) (s. Tab. 1.2, S. 21).

Abkürzungsverzeichnis

AD	Alzheimer-Demenz
ADL	Activities of Daily Living, Alltagsaktivität
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
ApoE	Apolipoprotein E
ASS	Acetylsalicylat
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, „nicht-kognitive“ Störungen des Erlebens und Verhaltens bei Demenz
CADASIL	cerebrale autosomal dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukoenzephalopathie
CDK5	Cyclin-Dependent Kinase 5
CGA	Clinical Global Assessment
COMT	Catechol-O-Methyl-Transferase
COPD	Chronisch Obstruktive Atemwegserkrankung
CT	Craniale Computertomographie
DD	Differenzialdiagnose
DDD	Defined Daily Doses, (rechnerisch) angenommene mittlere Tagesdosis
DLB	Dementia with Lewy-Bodies, Demenz mit Lewy-Körperchen
DPP-4	Dipeptidyl-Peptidase 4
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Ausgabe
EEG	Elektroenzephalographie
EMPS	Extrapyramidalmotorische Störungen
FAST	Functional Assessment Staging, Skala zur Erfassung der ADL
FTD	Frontotemporale Demenz
FTLD	Frontotemporale Lobärdegeneration, Oberbegriff von FTD, PA, SD

GLP-1	Glukagon-like Peptide 1
GSK-3	Glykogen-Synthetase-Kinase 3
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
MCI	Mild Cognitive Impairment, leichte kognitive Beeinträchtigung
MD	Mixed Dementia, gemischte Demenz
MID	„Multi-Infarkt-Demenz“
MMST	Mini-Mental-State-Test
MRT	Magnetresonanztomographie
MS	Multiple Sklerose
NaRI	Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor
NDH, NPH	Normaldruckhydrozephalus, Normal Pressure Hydrocephalus
NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association
NMDA	Glutamat-Rezeptor
NOSGER	Nurses Observation Scale for Geriatric Patients
PA	langsam progrediente Aphasie
PCA	posteriore kortikale Atrophie
PDD	Parkinson’s Disease Dementia
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PET	Positronen-Emissionstomographie
PSP	progressive supranukleäre Parese, Steele-Richardson-Olszewski Syndrom
RDC	randomisierte, doppelt-verblindete, kontrollierte Studie
REM	Rapid Eye Movement
SAE, SVE	subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie, subkortikale vaskuläre Enzephalopathie, „Morbus Binswanger“
SD	semantische Demenz
SDH	Subduralhämatom
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SPECT	Single-Photon-Emissionscomputertomographie

SSRI	selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitor
TDP-43	TAR DNA-binding protein
UAW	unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung
VDs	vaskuläre Demenzen
WML	White Matter Lesions, Marklagerveränderungen