

PREPOZNAVANJE DEMENCE

*Miro Denišlič**

UVOD

Za demenco zbolijo 3 – 11 % oseb starejših od 65 let. Število obolelih oseb se nato vsakih pet let podvoji, tako da ima v starosti nad 85 let demenco 20 – 50 % oseb. V deželah Evropske skupnosti živi 8 – 10 milijonov oseb z demenco. S pomočjo demografskih raziskav pričakujemo, da bo leta 2025 v Evropi živel 50 % več oseb starih, 60 do 80 let, število oseb nad 80 let starosti pa se bo povečalo za 100 %. Tako predvidevajo, da se bo leta 2025 število oseb z demenco v sosednji Avstriji povečalo od sedanjih 90.000 na 200.000 (1).

Pri osebah starejših od 50 let je sposobnost učenja in zapomljivosti novih spoznanj spremenjena. V primerjavi z mlajšimi potrebujejo več časa za shranjevanje novih podatkov (2). Spremembe, povezane s starostjo, so našli predvsem v prefrontalni skorji in medialnem delu senčnega režnja (3). Motnje spomina tako ugotovimo pri več kot 40 % oseb, starejših od 60 let. Čeprav med motnjami prevladujejo predvsem subjektivne motnje spomina, je ogroženost teh oseb, da bodo zbolele za demenco, 4 x večja v primerjavi z osebami brez motenj spomina. Pri osebah, ki so jih napotili na kliniko za obravnavo motenj spomina, so kar v 43 % ugotovili znake demence (4).

OBRAVNAVA BOLNIKA Z MOTNJAMI SPOMINA

Pri obravnavi bolnika z motnjami spomina ne podcenjujmo blagih motenj spomina oz. jih ne pripisujemo izključno starosti bolnika. Pri osebah z blagimi motnjami spomina je tako kot pri osebah z že spremljajočimi motnjami vedenja oz. spremenjenimi dnevnimi aktivnostmi, treba opraviti ustrezne preiskave. Zgodnja prepoznavna motenj spomina je zlasti pomembna zaradi možnih popravljivih vzrokov kot tudi novih možnosti zdravljenja.

Zdravniku so pri obravnavi oseb s spominskimi motnjami v pomoč izdelane smernice, ki olajšajo prepoznavanje motenj višjih živčnih dejavnosti (5,6).

Merila Ameriškega psihiatričnega združenja za prepoznavanje demence (DSM IV)(5):

I. Spoznavne motnje:

- Motnje spomina,
- vsaj ena od naslednjih motenj:

* Prof. Dr. Miro Denišlič, dr.med., Zasebna nevrološka ambulanta, Peričeva 7, 1000 Ljubljana.

- afazija,
- apraksija,
- agnozija,
- motnje izvršilnih dejavnosti.

II. Pomemben upad socialne ali delovne uspešnosti.

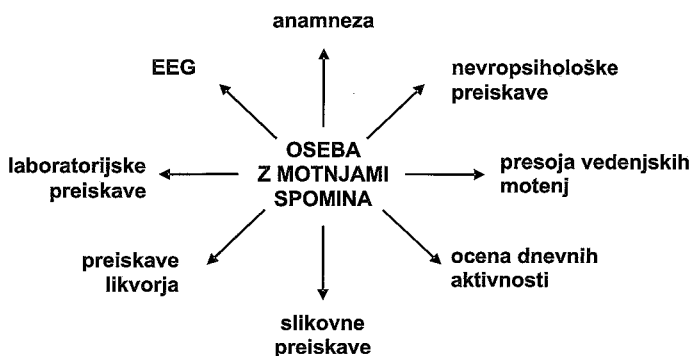
III. Postopen začetek in postopno napredovanje.

IV. Motnje niso posledica delirija, znanih bolezni osrednjega živčevja, zastrupitve, drugih duševnih in sistemskih bolezni.

Obravnavanje bolnika z motnjami spomina je kompleksna (Slika 1). Kajti za simptomi se lahko skrivajo različne bolezni (Tabela 1). Zlasti pozorni moramo biti pri mlajših osebah in osebah s hitro nastalimi motnjami spomina.

Tabela 1. Razvrstitev demenc

Vrsta demence	Vzrok
Demenca kot poglavitni simptom bolezni	Degenerativne, žilno pogojene, prionske in infekcijske bolezni
Demenca kot pomemben simptom bolezni	Huntingtonova bolezen, hidrocefalus, Parkinsonova bolezen
Demenca kot redek simptom pogostih bolezni	Multipla skleroza, poškodbe glave, subduralni hematomi, možganski tumor, zasevki CŽS
Demenca kot simptom redkih bolezni	Različne presnovne bolezni



Slika 1. Obravnavanje bolnika s spominskimi motnjami.

Anamneza

Osnovni pristop k obravnavi osebe z motnjami spomina je skrben pogovor z njim in njegovimi svojci oziroma bližnjimi. Že sam pogovor nas bo pogosto usmeril v nadaljnje ustrezne preiskave.

Naslednji korak k prepoznavanju vzroka motenj spomina je splošni pregled bolnika.

Nevropsihološka preiskava

Nevropsihološka preiskava je izredno pomembna, ker nam omogoča zanesljivejšo opredelitev motenj spomina. Pomembno je, da zdravnik obvlada določene psihološke metode, s katerimi lahko že pred izvidom razširjene nevropsihološke preiskave v določeni stopnji opredeli motnje (6,7). To je zlasti pomembno pri prvem srečanju z osebami z napredovalimi motnjami, ko zdravnik nima na voljo razširjene psihološke obdelave.

Ocena spoznavnih sposobnosti

Za oceno motenj spoznavnih sposobnosti je zdravniku v pomoč pomemben presejalni test tj. **Kratek preiskus spoznavnih sposobnosti (KPSS)** (8). S pomočjo KPSS ocenimo stopnjo demence: **blaga (26-20 točk), zmerno huda (19 – 10 točk) in huda (< 10 točk)**. Pri oceni je pomembno upoštevati spol, starost in stopnjo izobrazbe preiskovanca. Pri upoštevanju predvsem starosti in stopnje izobrazbe je občutljivost KPSS 82 %, specifičnost pa 57 – 90 % (9). Na osnovi ocenjene stopnje demence se odločamo za zdravljenje z antidementivi. Za izboljšanje spoznavnih sposobnosti pri bolnikih z **blago in zmerno hudo stopnjo demence**, torej pri bolnikih, ki pri KPSS dosežejo **10 – 26 točk**, priporočamo zdravljenje z inhibitorji acetilholinesteraze (7). Natančnejšo oceno spoznavnih sposobnosti omogoča lestvica ADAS-kog, ki smo jo v prirejeni obliki izdali tudi pri nas (10).

Ocena dnevnih aktivnosti

Pomembno je oceniti dnevne aktivnosti osebe in njeno samostojnost pri različnih opravilih. Za hitro oceno nam bo v pomoč prirejena **Lestvica štirih dnevnih aktivnosti (11)**.

Laboratorijske preiskave

Laboratorijske preiskave so nujne zaradi izključitve drugih, primarno nedegenerativnih vzrokov demence.

Priporočljive laboratorijske preiskave pri osebah z motnjami spomina:

- sedimentacija in hemogram,
- elektroliti,
- krvni sladkor,
- TSH,

- jetrni in ledvični parametri in
 - določitev vitamina B12.
- preiskave na borelijo,
 - določitev lipidov,
 - lues.

Smiselnost preiskav za izključitev borelioze in sifilisa določa okolje, v katerem živi oseba z motnjami spomina.

Slikovne preiskave

Pri vsaki osebi z znaki demence je treba opraviti eno od slikovnih preiskav. Te preiskave nam omogočajo izključitev tumorske rašče, žariščnih nevroloških bolezni oz. odkritje vzrokov, ki so lahko popravljivi (12).

Priporočljivi slikovni preiskavi:

- računalniška tomografija (CT) brez dodatka kontrastnega sredstva,
- preiskava z magnetno resonanco (MRI).

V določenih ustanovah opravijo tudi SPECT, PET in volumetrično oceno medialnega senčnega režnja.

Preiskave možgansko-hrbtenjačne tekočine-likvorja

Pomembne podatke o stopnji aktivnosti bolezni nam omogoča preiskava likvorja. Zaradi neprijetnosti in strahu pred glavobolom se ledveni (lumbalni) punkciji pri bolnikih z demenco pogosto izogibamo, čeprav je bilo dokazano, da je glavobol pri ledveni punkciji pri bolnikih z demenco redkejši kot pri mladih osebah (13).

Pomembni označevalci v likvorju bolnikov z motnjami spomina so (14):

- celokupna koncentracija beljakovine tau,
- amiloid beta ($A\beta_{1-42}$) in
- fosforilirana beljakovina tau.

Beljakovina tau je povezana z degenerativnim dogajanjem v živčevju.

Amiloid beta ($A\beta_{1-42}$) nastane s cepljenjem amiloidne prekursorske beljakovine. Zmanjšanje količine $A\beta_{1-42}$ v likvorju je verjetno posledica kopičenja amiloida v senilnih lezah živčevja.

Fosforilirana beljakovina tau je pomemben označevalec degenerativnega procesa v živčevju. V nasprotju s celokupno beljakovino je tau specifičen označevalec nastanka pentelj pri Alzheimerjevi bolezni.

Vrednost določanja označevalcev v likvorju je večja ob istočasnem določanju vseh treh navedenih kazalcev (15).

Pri sumu na Creutzfeldt-Jakobovo bolezen je pomembna določitev **beljakovine 14 – 3 – 3** v likvorju, ki pa jo lahko ugotovimo tudi pri nekaterih drugih nenadnih boleznih živčevja – inzultu, virusnem encefalitisu in paraneoplastičnih sindromih (16).

Elektroencefalografska preiskava (EEG)

EEG preiskava je neobvezna. Napravimo je predvsem pri sumu na spongiformno encefalopatijo.

Možgansko biopsijo napravimo le izjemoma.

Genetske preiskave nudijo nove možnosti predvsem zaradi svetovanja bolnikom, toda trenutno niso vključene v sprejetih smernicah (12).

ZAKLJUČEK

Zgodnje prepoznavanje vzrokov motenj spomina je pomembno zaradi novih možnosti zdravljenja in pravočasnega svetovanja bolnikom kot tudi njihovim svojcem.

LITERATURA

1. Jellinger K.: What is new in degenerative dementia disorders. Wien Klin Wochenschr 1999; 111:682-04.
2. Ritchie K, Touchon J.: Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status. Lancet 2000; 355:225-8.
3. Small SA, Perera GM, DeLaPaz R et. Al.: Differential regional dysfunction of the hippocampal formation among elderly with memory decline and Alzheimer's disease. Ann Neurol 1999; 45:466-72.
4. Heil A, Hogg P, Waldemar G.: Potentially reversible conditions in 1000 consecutive memory clinic patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 73:390-4.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV. Washington: American Psychiatric Association 1994; 133-55.
6. Waldemar G, Dubois B, Emre M et al. Diagnosis and management of Alzheimer's disease and related disorders. European Journal of Neurology 2000; 7:133-44.
7. Denišlić M.: Zdravljenje Alzheimerjeve bolezni. Zdrav Vestn 2000; 69:107-8.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state for the clinicians. J Psychiatr Res 1975; 12:189-198.
9. Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ et al. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. Mayo Clin Proc 1996; 71:829-837.

10. Denišlić M, Zalar B, Meh D. Lestvica za očno kognitivnih sposobnosti bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo (ADAS-kog). *Med Razgl* 1999; 38:395-422.
11. Denišlić M.: Demenca - vzroki, klinična slika. *Psihogerijatrija. Zbornik prispevkov* 2002; 9-18.
12. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56:1143-53.
13. Blennov K, Wallin A, Hager O. Low frequency of post-lumbar puncture headache in demented patients. *Acta Neurol Scand* 1993; 88:545-46.
14. Blennov K, Hampel H. CSF markers for incipient Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2003; 2:605-13.
15. Hulstaert F, Blennow K, Ivanoiu A, et al.: Improved discrimination of AD patients using beta-amyloid(1-42) and tau levels in CSF. *Neurology* 1999; 1555-62.
16. Saiz A, Graus F, Dalmau J et al.: Detection of 14-3-3 brain protein in the cerebrospinal fluid of patients with paraneoplastic neurological disorders. *Ann Neurol* 1999; 46:774-7.