

## Dementie, meer dan MMSE en casemanager!

De diagnostiek van geheugenstoornissen en behandeling van dementie is een van de uitdagendste vraagstukken van de ouderenzorg. Voor de medicamenteuze behandeling van diverse vormen van dementie bestaan sedert ruim tien jaar trialdata, die nog altijd worden aangevuld<sup>1</sup>. In Nederland wordt de patiënt met dementie behandeld conform de CBO-Richtlijn uit 2005.<sup>2</sup> Echter, in relatie met deze richtlijn werd in de herziene NHG-Standaard Dementie een controversie zichtbaar over wat de huidige beste diagnostiek en behandeling is voor een patiënt met geheugenstoornissen en dementie.<sup>3</sup>

### DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van geheugenstoornissen en dementie is lastig en tijdrovend; beeldvormend onderzoek van de hersenen is daarbij frequent noodzakelijk. Het uitvoeren van eenvoudige bedside screeningsinstrumenten, zoals een Mini Mental State Examination (MMSE) en het tekenen van een klok, is daarbij onvoldoende. Zelfs het uitbreiden van dit onderzoek met een batterij aan neuropsychologische tests die 1 à 2 uur duren, levert niet altijd een juiste diagnose op.<sup>4</sup> Mede doordat bij de interpretatie van deze tests groepsnormen worden gehanteerd, blijkt na obductie de klinisch gestelde diagnose ziekte van Alzheimer in 1:3 gevallen niet door onderzoek te worden bevestigd.<sup>4</sup> Beeldvormend onderzoek van het brein op een geheugenpolikliniek laat bij vrijwel alle patiënten afwijkingen zien, waarbij deze MRI bij 26% van de patiënten bijdraagt tot een nieuwe of andere oorzaak voor dementie.<sup>5</sup>

Mede onder invloed van gerichte publiekscampagnes wensen steeds minder ouderen geheugenstoornissen als een fysiologisch aspect van de ouderdom te accepteren. Patiënten met geheugenklachten zoeken eerder medische diagnostiek en eventueel behandeling. Door deze afname van het zogenaamde patiëntendelay verschuift het moment waarop diagnostiek naar geheugenstoornissen wordt ingezet steeds verder naar voren. Longitudinaal bevolkingsonderzoek laat zien dat 80 maanden voordat de diagnose dementie wordt gesteld, de te objectiveren achteruitgang van het geheugen start.<sup>6</sup> Als de diagnose dementie nog niet kan worden gesteld, zullen deze patiënten met zogenaamd Mild Cognitive Impairment (MCI) moeten worden gevolgd. Het herhaald gebruikmaken van MMSE en het tekenen van een klok bij MCI-patiënten zal resulteren in leereffecten, hetgeen het onderzoek nog verder onbetrouwbaar maakt. Interpretatie van deze tests en het bepalen van noodzakelijk vervolg vraagt veel ervaring, te meer daar niet alle patiënten met MCI dement worden.<sup>7</sup>

### BEHANDELING

De afgelopen jaren zijn verschillende medicamenteuze behandelingen voor de ziekte van Alzheimer in diverse fases van klinisch onderzoek niet effectief gebleken.<sup>8,9</sup> Er zijn geen negatieve trials gepubliceerd van de in Nederland geregistreerde medicamenten voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer, Lewy-Body-dementie of Parkinson-dementie. Wel is voor rivastigmine een nieuwe transdermale toepassing geregistreerd. Een overzicht van de medicamenteuze behandeling van dementie is recent elders gepubliceerd.<sup>10</sup>

### BEGELEIDING

Een van de gevolgen van dementie kan ontkenning van de ziekte zijn, waardoor een gebrek aan besef en inzicht ontstaat. Goedbedoelde adviezen van mantelzorgers en professionals worden mede hierdoor niet door de patiënt opgevolgd. Het inzetten van casemanagers alleen is hiervoor geen oplossing. Voor het doorvoeren van, volgens de patiënt, ongewenst beleid is verwijzing naar een specialistisch centrum onontbeerlijk volgens huisartsen en mantelzorgers.<sup>11</sup> Een dergelijke verwijzing dient in een vroeg stadium van dementie te gebeuren, omdat hierdoor met bepaalde aanpassingen behoud van functie mogelijk is in plaats van een verbod, bijvoorbeeld met autorijden.<sup>12</sup>

### TOEKOMST

De diagnose dementie wordt gesteld op dat moment dat geobjectiveerde tekorten een negatief effect hebben op het dagelijks functioneren van een patiënt. De onderliggende pathologie die deze tekorten veroorzaakt, is op het moment van de diagnose dementie bij de ziekte van Alzheimer dan al zo'n 10 jaar actief. Met liquor- en PET-onderzoek zijn in dit voorstadium al afwijkingen aantoonbaar. Dit gegeven heeft er recent toe geleid dat bij een aantal van deze patiënten de diagnose ziekte van Alzheimer is gesteld zonder dat er sprake is van dementie dankzij het introduceren van de term prodromale Alzheimer.<sup>13</sup> Door nieuwe geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer in een eerder stadium van de ziekte toe te dienen, hopen onderzoekers de therapeutische kracht te verbeteren. Volgens dit principe worden momenteel al fase II-onderzoeken uitgevoerd. Tevens onderscheiden onderzoekers momenteel subtypen van de ziekte van Alzheimer,<sup>14</sup> hetgeen mogelijk kan bijdragen aan een selectievere inzet van medicamenteuze behandelingen.

### NHG-STANDAARD DEMENTIE

Het is goed dat de NHG-Standaard Dementie is herzien. De standaard negeert echter het continuüm van MCI naar dementie en presenteert de diagnostiek naar dementie als een alles-of-nietskwestie. Patiënten met geobjectiveerde geheugenklachten, maar zonder dementie, bestaan hier niet. Dit

Jeroen Bosch Ziekenhuis, afdeling Geriatrie, Henri Dunantstraat 1, 5223 GZ 's-Hertogenbosch; dr. P.L.J. Dautzenberg, geriater • Correspondentie: p.dautzenberg@jbz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is als adviseur opgetreden bij de firma's Novartis, Janssen-cilag en Lundbeck, en betrokken bij fase III-onderzoek van de firma Pfizer.

is voor de dagelijkse praktijk een misser, te meer daar de wet deze groep patiënten wel erkent. In tegenstelling tot wat de standaard meldt, dienen niet alleen patiënten met dementie maar ook patiënten met geheugenstoornissen (MCI) bij CBR hun rijvaardigheid hernieuwd aan te tonen.<sup>15</sup> Ook voor de mantelzorger kan samenleven met een patiënt met MCI een belasting betekenen, zeker als voor veranderd gedrag bij de patiënt geen (medische) verklaring wordt gegeven.

De diagnostiek naar dementie wordt in de standaard beperkt tot MMSE en het tekenen van een klok. Beide zijn alleen maar screeningsinstrumenten en nooit bedoeld om als diagnosticum te dienen. Ze kunnen wel aantonen dat er iets aan de hand is, maar niet wat. Ook zijn er factoren bekend die de score van de MMSE negatief beïnvloeden zonder dat er sprake is van dementie en bestaan er twijfels over de cut-off van 24/30.<sup>16,17</sup> De standaard brengt beeldvormend onderzoek alleen in relatie met een zoektocht naar behandelbare aandoeningen, hetgeen de diagnostische waarde naar de oorzaak van dementie ten onrechte negeert.<sup>5</sup>

De stelling in de standaard dat 'de huisarts de diagnostiek van dementie meestal zelf kan uitvoeren' is op grond van al het voorgaande niet te handhaven. De huisarts kan bij een gevorderde dementie de syndroomdiagnose dementie stellen, maar niet de onderliggende oorzaak vaststellen. De huisarts kan diagnostiek naar dementie bij een minderheid van de patiënten uitvoeren onder strikte voorwaarden:

- Als er sprake is van al jaren bestaande, duidelijke, cognitieve stoornissen met een duidelijk negatief effect op het dagelijks functioneren.
- Als hij een breder palet aan neuropsychologische tests hanteert.
- Als hij neurologisch onderzoek adequaat bij iedere patiënt uitvoert (en niet alleen bij verdenking CVA, ziekte van Parkinson of normal pressure hydrocephalus).
- Als de mogelijkheid bestaat tot beeldvorming via een samenwerkingsverband met een geheugenpolikliniek of neuroloog.

De standaard suggereert een samenwerkingsverband met specialisten in de ouderengeneeskunde maar meldt alleen een samenwerking tussen huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde die over het algemeen geen toegang hebben tot deze beeldvormende diagnostiek en meestal alleen zijn betrokken bij het laatste stadium van dementie en niet bij de diagnostiek.

De samenstellers van de standaard staan nationaal en internationaal geïsoleerd in hun mening dat '(...) voor antidementie medicatie geldt dat de balans tussen effectiviteit en veiligheid dusdanig is dat er geen overwegend voordeel te verwachten is'. De internationaal meest kritische organisatie NICE stelt dat antidementiemiddelen een onderdeel vormen van de behandeling van milde en matige vorm van de ziekte van Alzheimer.<sup>18</sup> De standaard stelt dat bij een wens tot be-

handeling de patiënt moet worden doorverwezen naar een specialist, terwijl onderzoek nog nooit heeft aangetoond dat een huisarts, mits hij de goede diagnose stelt en in staat is de behandeling adequaat te evalueren, deze behandeling niet zelf zou kunnen initiëren.<sup>19</sup> De standaard adviseert het inschakelen van een casemanager bij de begeleiding van een demente patiënt. Dit is een terecht advies, echter dit inschakelen kan niet de totale behandeling zijn. Ook goed geïnformeerde patiënten met dementie wensen een behandeling.<sup>20</sup>

Samengevat simplificeert de standaard de diagnostiek en de behandeling van de patiënt met dementie naar 'MMSE + klok = casemanager'. Hierdoor leidt navolging van de standaard tot een verdeelde zorg en laat de standaard mijns inziens de patiënt en de mantelzorger in de kou staan omdat een deel van de hulpvraag van deze mensen nu niet meer goed kan worden ingevuld. ■

## LITERATUUR

- 1 Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Eng J Med* 2012;366:893-903.
- 2 Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: CBO, 2005.
- 3 Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJF, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:306-17.
- 4 Storandt M, Morris JC. Ascertainment bias in the clinical diagnosis of Alzheimer Disease. *Arch Neurol* 2010;67:1364-9.
- 5 Borghesani PR, DeMers SM, Manchanda V, Pruthi S, Lewis DH, Borson S. Neuroimaging in the clinical diagnosis of dementia: observations from a memory disorders clinic. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1453-8.
- 6 Wilson RS, Leurgans SE, Boyle PA, Bennett DA. Cognitive decline in prodromal Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2011;68:351-6.
- 7 Ganguli M, Snitz BE, Saxton JA, Chang CC, Lee CW, Vander Bilt, et al. Outcomes of mild cognitive impairment by definition: a population study. *Arch Neurol* 2011;68:761-7.
- 8 Sabbagh MN. Drug development for Alzheimer's disease: where are we now and where are we headed? *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7:167-85.
- 9 Bezprozvanny I. The rise and fall of Dimebon. *Drug News Perspect* 2010;23:518-23.
- 10 Dautzenberg PLJ. Medicatie bij dementie. *MFM* 2011;1:32-7.
- 11 Livingston G, Leavey G, Manela M, Livingston D, Rait G, Sampson E, et al. Making decisions for people with dementia who lack capacity: a qualitative study of family carers in UK. *BMJ* 2010;341:c4184.
- 12 Ball K, Edwards JD, Ross LA, McGwin G. Cognitive training decreases motor vehicle collision involvement in older drivers. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:2107-13.
- 13 Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Cummings JL, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol* 2010;9:1118-27.
- 14 Murray ME, Graff-Radford NR, Ross OA, Petersen RC, Durara R, Dickson DW. Neuropathologically defined subtypes of Alzheimer's disease with distinct clinical characteristics: a retrospective study. *Lancet Neurol* 2011;10:785-96.
- 15 Wegenverkeerswet; regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid. 27 juli 2011.
- 16 Monsch AU, Foldi NS, Emini-Fünfschilling DE, Berres M, Taylor KI, Seifritz E, et al. Improving the diagnostic accuracy of the Mini-Mental State Examination. *Acta Neurol Scand* 1995;92:145-50.
- 17 O'Bryen SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graf-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting dementia with the mini-mental state examination in highly educated individuals. *Arch Neurol* 2008;65:963-7.
- 18 CG42 Dementia: NICE guideline. [www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/303179.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/303179.pdf).
- 19 Meeuwssen EJ, Melis RJ, Van der Aa GC, Golüke-Willems GAM, De Leest BJM, Van Raak FHJM, et al. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2012 May 15;344:e3086. doi: 10.1136/bmj.e3086.CG42 Dementia: NICE guideline, 23 March 2011. [www.guidancenice.org.uk](http://www.guidancenice.org.uk).
- 20 [www.alzheimer-nederland/informatie/verloop-ziekte/behandeling](http://www.alzheimer-nederland/informatie/verloop-ziekte/behandeling).