

Hoe weet je of cognitieve stoornissen waarschijnlijk zijn?

Jolien Janssen, Paula Koekkoek, Eric Moll van Charante, Jaap Kappelle, Geert Jan Biessels, Guy Rutten

Inleiding Het kan voor huisartsen lastig zijn om bij patiënten met cognitieve klachten vast te stellen of er sprake is van milde cognitieve stoornissen of dementie. Wij stelden een diagnostisch algoritme op dat hierbij behulpzaam kan zijn, met als belangrijkste uitgangspunt dat de voorafkans op een cognitieve stoornis – ingeschat op basis van de (hetero)anamnese – bepaalt welke aanvullende test het meeste nut heeft.

Methode De voorafkans is als volgt ingedeeld: niet waarschijnlijk, mogelijk en waarschijnlijk. Voor elk van deze situaties hebben we op basis van literatuuronderzoek en vooraf opgestelde criteria over de gewenste testkarakteristieken de meest geschikte test gekozen.

Resultaten Is een cognitieve stoornis niet waarschijnlijk, dan kan een foutloze kloktekentest helpen om de patiënt gerust te stellen. Is er mogelijk sprake van een cognitieve stoornis, dan lijkt de Montreal Cognitive Assessment het meest geschikt om deze uit te sluiten of juist waarschijnlijker te maken. Is het waarschijnlijk dat de patiënt een cognitieve stoornis heeft, dan kan de Mini-Mental State Examination een stoornis nog waarschijnlijker maken.

Conclusie Wij hopen dat huisartsen met dit algoritme zo optimaal mogelijk gebruik kunnen maken van cognitieve tests.

INLEIDING

Wanneer de patiënt zelf, diens partner of huisarts opmerkt dat er mogelijk sprake is van cognitieve klachten, is het belangrijk om op een betrouwbare en efficiënte manier na te gaan of de patiënt mogelijk een milde cognitieve stoornis, in de literatuur ook wel *mild cognitive impairment* (MCI) genoemd, of dementie heeft. Het is dan soms lastig om onderscheid te maken tussen klachten die passen bij de leeftijd en een cognitieve stoornis.^{1,2} Mensen zijn vaak ongerust omdat ze bang zijn dat ze dementie hebben. Zorgvuldige diagnostiek is daarom cruciaal. De anamnese en heteroanamnese zijn fundamentele pijlers van het diagnostische proces.³ Daarnaast kan een cognitieve test de waarschijnlijkheid van een cognitieve stoornis vergroten of juist verkleinen.

Er is veel onderzoek gedaan naar de waarde van cognitieve tests als een op zichzelf staand middel, bijvoorbeeld voor het screenen op cognitieve stoornissen bij mensen zonder klachten.⁴ Daarbij kijkt men meestal niet naar de waarde van een cognitieve test als aanvulling op de informatie uit de (hetero)anamnese, terwijl dat wel de werkwijze van huisartsen is.

Ons doel was het opstellen van een gemakkelijk toepasbaar algoritme voor de diagnostiek van cognitieve stoornissen in de huisartsenpraktijk. Omdat het nut van een test in belangrijke mate afhangt van de voorafkans op een ziekte,⁵ wilden we de voorafkans op cognitieve stoornissen en de testkarakteristieken mee laten wegen in de keuze voor een aanvullende cognitieve test.

METHODE

Voor het algoritme zijn we uitgegaan van de situatie dat langzaam progressieve cognitieve klachten zijn opgemerkt door de patiënt zelf, diens partner of de huisarts. We hebben de geschatte kans op een cognitieve stoornis na de (hetero)anamnese als volgt ingedeeld: niet waarschijnlijk, mogelijk (een cognitieve stoornis is mogelijk, maar het dagelijks functioneren lijkt niet beperkt) en waarschijnlijk (het dagelijks functioneren is beperkt en er is een verdenking op dementie). Hierna hebben we alle relevante systematische reviews en meta-analyses van de afgelopen vijftien jaar bekeken, op basis van de resultaten van een zoekopdracht in PubMed (zie oorspronkelijke publicatie).⁴ Vervolgens hebben we de beschikbare relevante lite-



De keuze voor de juiste cognitieve test wordt makkelijker door de voorafkansen van een cognitieve stoornis te bepalen.

Foto:Gettyimages

WAT IS BEKEND?

- Cognitieve tests worden in de huisartsenpraktijk gebruikt als aanvulling op de anamnese en de heteroanamnese.
- Ondanks de grote hoeveelheid literatuur over cognitieve tests is het niet duidelijk welke test het meeste nut heeft in de spreekkamer.
- Het nut van een bepaalde test hangt in belangrijke mate af van de voorafkansen op de ziekte.

WAT IS NIEUW?

- De voorafkansen op een cognitieve stoornis – geschat na de [hetero]anamnese – bepaalt welke cognitieve test het meest geschikt is om na te gaan of een milde cognitieve stoornis, ook wel *mild cognitive impairment* [MCI] genoemd, of dementie meer of minder waarschijnlijk zijn.
- Als een cognitieve stoornis onwaarschijnlijk is, verdient de kloktekeningtest de voorkeur om MCI uit te sluiten. Bij twijfel kan de Montreal Cognitive Assessment meer duidelijkheid bieden over de aan- of afwezigheid van cognitieve stoornissen. Bij een hoge voorafkansen kan de Mini-Mental State Examination het vermoeden van dementie verder versterken.

ratuur vertaald naar een praktisch toepasbaar algoritme. Om deze vertaalslag te kunnen maken hebben we via onderlinge discussies consensus verkregen over de eisen waaraan een test in elk van de drie situaties zou moeten voldoen (zie beneden).

Testeigenschappen

We hebben cognitieve tests alleen beoordeeld wanneer ze maximaal tien minuten tijd kosten en in ten minste twee verschillende eerstelijns onderzoeken waren onderzocht, die bovendien dezelfde afkapwaarde hanteerden. Om de toegevoegde waarde van de tests mee te kunnen nemen, hebben we voor elk van de drie bovengenoemde situaties de voorafkansen op een cognitieve stoornis geschat. Daardoor konden we rekening houden met de prevalentie van cognitieve stoornissen in de onderzoekspopulaties.

Aangezien cognitieve stoornissen niet altijd herkend worden,^{1,2} gingen we voor de situatie dat een cognitieve stoornis *niet waarschijnlijk* wordt geacht op zoek naar een korte test met een hoge negatief voorspellende waarde (NVW) voor MCI om een cognitieve stoornis betrouwbaar uit te kunnen sluiten. Een hoge positief voorspellende waarde (PVW) vonden we minder belangrijk omdat de huisarts eventueel een tweede test kan doen in geval van een mogelijke (fout-) positieve uitslag.

Voor de situatie waarin de huisarts een cognitieve stoornis

mogelijk acht, zochten we een test die MCI en dementie zowel kan aantonen als uitsluiten. Ook in deze situatie vonden we de NVW belangrijker dan de PVW om onterechte geruststelling te voorkomen.

Voor de situatie dat een cognitieve stoornis *waarschijnlijk* is, waren we op zoek naar een test met een hoge PVW voor dementie om te kunnen bevestigen dat er sprake is van verminderd cognitief functioneren.

RESULTATEN

Slechts een van de tien systematische reviews (en twee meta-analyses) die we hebben beoordeeld, bevatte voldoende gedetailleerde informatie om een cognitieve test te kunnen kiezen.⁴ Deze uitgebreide review vergeleek cognitieve tests,

op voorwaarde dat ze onderzocht waren in onderzoeken van voldoende tot hoge kwaliteit.⁶

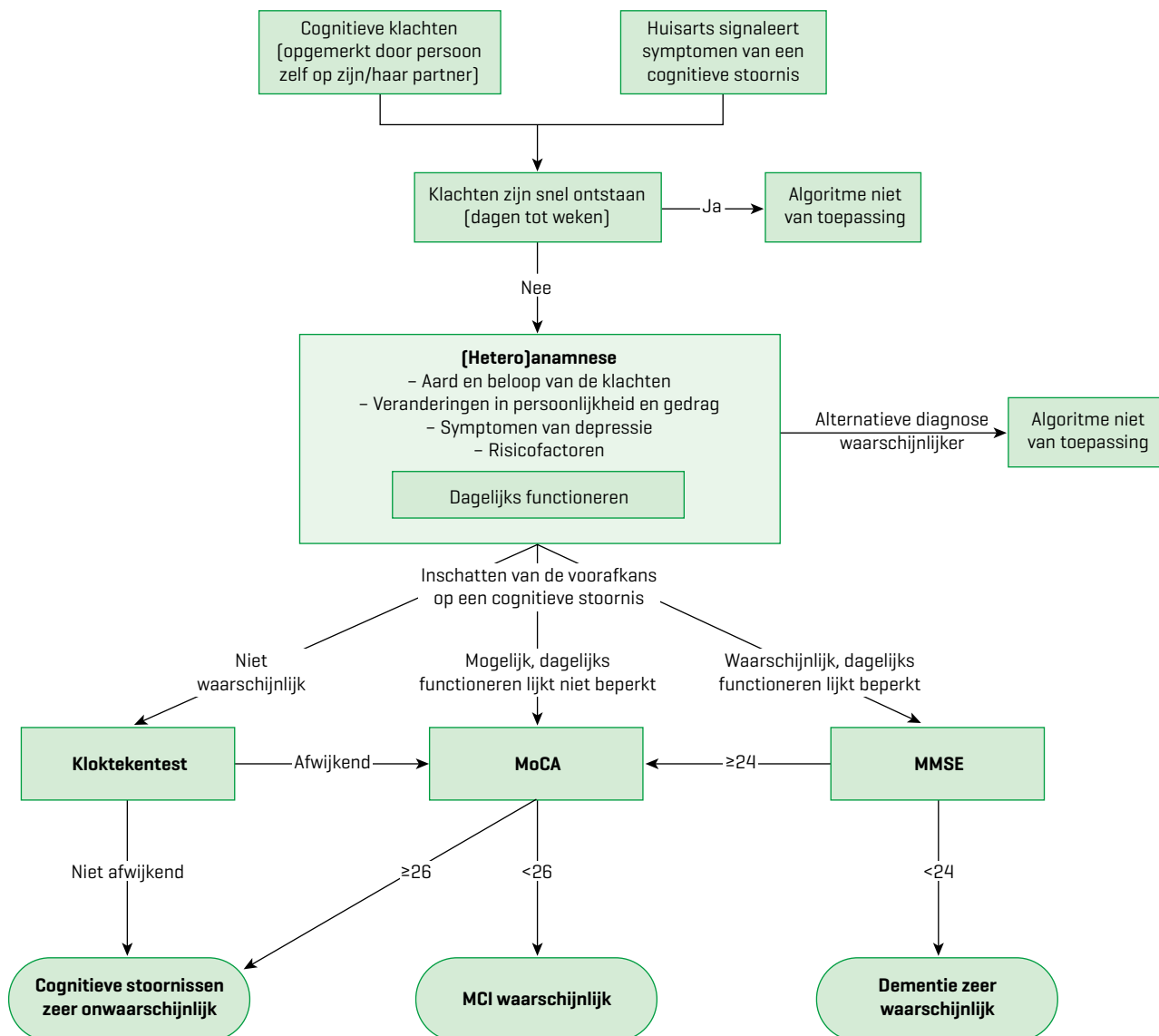
Selectie van cognitieve tests

Wanneer cognitieve stoornissen *niet waarschijnlijk* zijn kan de huisarts zowel de kloktekentest⁷ als de Montreal Cognitive Assessment (MoCA)⁸ gebruiken; beide hadden een hoge NVW ($\geq 89\%$) voor MCI in onderzoekspopulaties met een relatief lage prevalentie van cognitieve stoornissen (14-24%).⁴ We hebben voor de kloktekentest gekozen omdat de afnametijd daarvan korter is (drie minuten) dan die van de MoCA (tien minuten). De MoCA is beschikbaar op <http://www.platform-ouderenzorg.nl/bestanden/MoCA-Test-Dutch.pdf>.

Alle tests die we hebben overwogen voor de situatie dat een

Figuur 1

Algoritme voor de diagnostiek naar cognitieve stoornissen in huisartsenpraktijk



Afkortingen: MCI = mild cognitive impairment; MoCA = Montreal Cognitive Assessment; MMSE = Mini-Mental State Examination

cognitieve stoornis *mogelijk* is, hadden een matige PVW voor MCI en voor MCI en dementie samen (met uitzondering van enkele onderzoeken in populaties met $\geq 50\%$ cognitieve stoornissen). De MoCA had de beste NVW ($\geq 94\%$) en daarom hebben we deze test voor ons algoritme gekozen.⁴

Voor de situatie dat een cognitieve stoornis *waarschijnlijk* is hebben wij de Abbreviated Mental Test (AMT), de Mini-Cog en de Mini-Mental State Examination (MMSE) overwogen.⁹ Deze hadden een vergelijkbare PVW (71-73%) voor dementie. De Mini-Cog en de MMSE hadden tevens een goede NVW ($> 90\%$).⁴ Vanwege de vergelijkbare testeigenschappen en het voordeel van de ruime ervaring met de MMSE hebben we voor de laatstgenoemde test gekozen.

Voorgesteld diagnostisch algoritme

Het diagnostische traject start met de (hetero)anamnese, waarbij aard en beloop van de klachten, eventuele veranderingen in persoonlijkheid en gedrag, depressieve klachten, risicofactoren en de invloed op het dagelijks functioneren aan bod komen [figuur 1].¹⁰ Deze informatie kan de huisarts gebruiken om in te schatten hoe waarschijnlijk het is dat de patiënt een cognitieve stoornis heeft. Als een cognitieve stoornis op basis daarvan vrijwel uitgesloten of vrijwel zeker is, zal een cognitieve test weinig diagnostische meerwaarde hebben. In de overige gevallen kan de huisarts een cognitieve test kiezen volgens het voorgestelde algoritme. Indien MCI of dementie na de test (zeer) waarschijnlijk is, gaat de huisarts na of het wenselijk is om de patiënt voor verdere diagnostiek te verwijzen, conform de NHG-Standaard Dementie.¹⁰

Wanneer de uitslag van de test niet goed bij de (hetero)anamnese past of wanneer de onzekerheid over de diagnose blijft bestaan, kan de huisarts besluiten om de patiënt na enkele maanden opnieuw te beoordelen of om deze te verwijzen voor aanvullende diagnostiek.

BESCHOUWING

Ook in andere landen zijn er richtlijnen ontwikkeld over het gebruik van cognitieve tests in de huisartsenpraktijk. De aanbevelingen in die richtlijnen lopen sterk uiteen en meestal adviseren ze standaard een of twee cognitieve tests te gebruiken voor alle patiënten met cognitieve klachten, onafhankelijk van de kans op een cognitieve stoornis.⁴ Deze richtlijnen bevelen de MMSE het meest aan, gevolgd door de MoCA, de kloktekentest en de Mini-Cog.⁴ Ook wij komen bij deze tests uit. We stellen echter voor om de keuze voor de cognitieve test(s) af te laten hangen van de al beschikbare informatie, om de toegevoegde waarde ervan te verhogen. Zo heeft de MMSE nauwelijks diagnostische meerwaarde bij een hoogopgeleide patiënt met milde cognitieve klachten. Het gebruik van deze test kan er in zo'n geval zelfs toe leiden dat de huisarts de patiënt ten onrechte geruststelt.

De NHG-Standaard Dementie gaat uit van de situatie dat de huisarts dementie vermoedt en adviseert de huisarts in dat geval voor alle patiënten de MMSE en de kloktekentest te gebruiken. De standaard beveelt diagnostiek van milde cogni-

tieve stoornissen niet aan. Voor het opstellen van dit algoritme zijn wij juist (ook) uitgegaan van de situatie dat de patiënt of zijn/haar partner op het spreekuur komt met cognitieve klachten en zorgen hierover. Vaak betreft het klachten die niet meteen dementie doen vermoeden, maar die ook te serieus zijn om de betrokkenen zonder meer gerust te stellen. Om in zo'n geval goed bij de patiënt aan te kunnen sluiten is het naar onze mening waardevol wanneer de huisarts de patiënt meer duidelijkheid kan bieden, zelfs als dat niet direct een diagnose oplevert. Door ook bij ogenschijnlijk milde klachten een cognitieve test te verrichten zal dementie naar verwachting minder snel gemist worden. Ons algoritme kan worden gebruikt als aanvulling op de NHG-Standaard Dementie, waarbij de huisarts de cognitieve tests gericht kan kiezen.

We zijn ons ervan bewust dat onze aanpak ook beperkingen heeft. Ondanks de uitgebreide literatuur over cognitieve tests was het bewijs voor de gekozen tests beperkt. Dit kwam vooral doordat de onderzoeken uiteenlopende afkappunten gebruikten en de patiëntpopulaties sterk van elkaar verschilden. Daarnaast speelde bij de selectie van tests een zekere mate van subjectiviteit een rol. Dat geldt ook voor het inschatten van de voorafkans op cognitieve stoornissen voor de drie situaties die we hebben onderscheiden. Ten slotte kunnen we geen uitspraak doen over de precieze meerwaarde van dit algoritme – een vervolgonderzoek is nodig om het algoritme te valideren.

CONCLUSIE

Wij verwachten dat ons diagnostisch algoritme de huisarts beter in staat stelt patiënten en/of hun partners met cognitieve klachten of zorgen over hun cognitie een antwoord te geven op hun vragen. Het kan helpen bij een eventuele beslissing om de patiënt te verwijzen voor aanvullend onderzoek of de patiënt zelf verder te vervolgen. ■

LITERATUUR

1. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009;23:306-14.
2. Van den Dungen P, Moll van Charante EP, Van de Ven PM, Foppes G, Van Campen JP, Van Marwijk HW, et al. Dutch family physicians' awareness of cognitive impairment among the elderly. *BMC Geriatr* 2015;15:105.
3. Olazarán J, Torrero P, Cruz I, Aparicio E, Sanz A, Mula N, et al. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Fam Pract* 2011;28:385-92.
4. Janssen J, Koekkoek PS, Moll van Charante EP, Jaap Kappelle L, Biessels GJ, Rutten GEHM. How to choose the most appropriate cognitive test to evaluate cognitive complaints in primary care. *BMC Fam Pract* 2017;18:101.
5. Grobbee D, Hoes A. *Clinical epidemiology: principles, methods, and applications for clinical research*. London: Jones and Bartlett, 2014.
6. Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Burda BU, Thompson M, et al. Screening for cognitive impairment in older adults: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence report no. 107. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

7. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:548-61.
8. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695-9.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
10. Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, et al. NHG-Standaard Dementie. *Huisarts Wet* 2012;55:306-17.

Janssen J, Koekkoek P, Moll van Charante E, Kappelle J, Biessels GJ, Rutten G. Hoe weet je of cognitieve stoornissen waarschijnlijk zijn? *Huisarts Wet* 2018;61[8];DOI: 10.1007/s12445-018-0222-0. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: J. Janssen, aiotho, j.janssen-5@umc-utrecht.nl; dr. P. Koekkoek, huisarts; prof. dr. G. Rutten, hoogleraar Diabetologie in de Huisartsgeneeskunde. AMC Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. E. Moll van Charante, huisarts. UMC Utrecht, Hersencentrum: prof. dr. J. Kappelle, hoogleraar neurologie; prof. dr. G.J. Biessels, hoogleraar neurologie. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Janssen J, Koekkoek P, Moll van Charante E, Kappelle J, Biessels GJ, Rutten G. How to choose the most appropriate cognitive test to evaluate cognitive complaints in primary care. *BMC Fam Pract* 2017;18[1]:101.