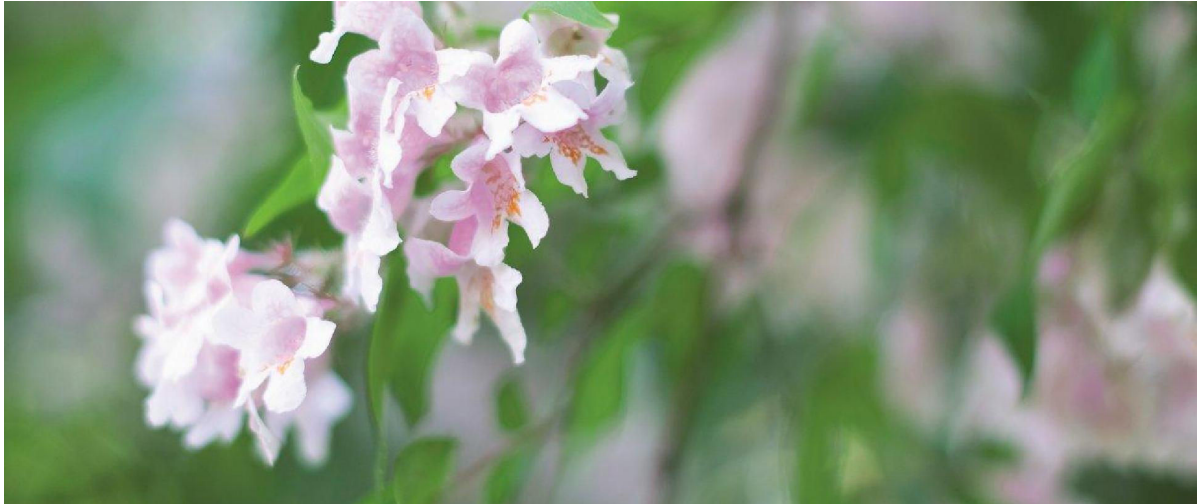


State of the Art: Alterspsychiatrie aktuell

Aus der Wissenschaft für die Praxis



Zusammenfassung der Tagung vom 1. Dezember 2011

Programm

Erster Teil: Medizinische Tagung

- 13.45 – 13.55** **Begrüssung**
Dr. med. René Bridler M.H.A.,
Ärztlicher Direktor, Sanatorium Kilchberg
- 13.55 – 14.10** **Einführung und Moderation**
Dr. med. Alice Walder EMBA HSG,
Chefärztin Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie,
Sanatorium Kilchberg
- 14.10 – 14.45** **Die Demenz beginnt schleichend: Herausforderung
Mild Cognitive Impairment und beginnende Demenz**
Dr. med. Irene Bopp, Leitende Ärztin Innere Medizin,
Schwerpunkt Geriatrie, Stadtspital Waid und Memory-Klinik, Zürich
- 14.45 – 15.20** **Neue Aspekte der Demenzdiagnostik**
PD Dr. med. M. Axel Wollmer, Oberarzt Alterspsychiatrie,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
- 15.20 – 16.00** **Verhaltensstörungen bei Demenz und deren Behandlung**
Prof. Dr. med. Urs Peter Mosimann, Direktor Alterspsychiatrie,
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Kaffeepause

Zweiter Teil: 3 Parallel-Seminare mit Falldiskussionen nach Wahl

16.30 – 17.45

- Seminar 1** **Verhaltensstörungen und Depression beim älteren Menschen**
Prof. Dr. med. Urs Peter Mosimann und
Dr. med. Nurith Jakob, Oberärztin Gerontopsychiatrie,
Sanatorium Kilchberg
- Seminar 2** **Abklärungen in der Memory-Klinik**
Dr. med. Iris Zemlitz, Oberärztin Memory-Klinik und
Dr. med. Dimitrios Iliakis, Oberarzt Gerontopsychiatrie,
Sanatorium Kilchberg
- Seminar 3** **Polypharmazie im Alter? Chance oder Risiko?**
Dr. med. Alice Walder EMBA HSG, und
Dr. med. Annkathrin Pöpel, Oberärztin Privatstation,
Sanatorium Kilchberg

Anschliessend Apéro mit allen Teilnehmenden

Im Rahmen des am 1. Dezember 2011 im Sanatorium Kilchberg durchgeführten Symposiums wurde auf die Problematik der beginnenden Demenz eingegangen, die sowohl von den Betroffenen als auch von den Angehörigen häufig lange ignoriert wird. Der Früherkennung von kognitiven Defiziten kommt eine entscheidende Bedeutung zu, da sich durch eine zielgerichtete Therapie eine Verzögerung der Progression und eine Besserung der oft schon früh im Krankheitsverlauf vorhandenen Verhaltensstörungen erreichen lässt.

Dr. med. Alice Walder EMBA HSG, Sanatorium Kilchberg, wies in ihrer Einleitung darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen mit steigendem Lebensalter deutlich zunimmt. Die psychische Belastung und der Leidensdruck vieler älterer Menschen wird durch die hohe Suizidrate verdeutlicht, die von jährlich 60 Suiziden pro 100'000 Einwohner bei den 80- bis 85-Jährigen auf über 100 Suizide pro 100'000 Einwohner bei den 85- bis 90-Jährigen ansteigt. Angesichts des seit Jahren stark wachsenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stellen die psychischen Erkrankungen im Alter, die wegen der häufig vorhandenen Multimorbiditäten und der dadurch notwendigen Polypharmazie äusserst komplex sind, eine enorme Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Zur Verbesserung der Lebensqualität und der Autonomie der älteren Menschen muss das Versorgungssystem optimiert werden, was durch den Ausbau und die Vernetzung von Gemeindeangeboten, Spitexdiensten, ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung sowie durch die Betreuung seitens des Hausarztes und in Memory-Kliniken erreicht werden kann.

Herausforderung Mild Cognitive Impairment – beginnende Demenz

Nach den Ausführungen von *Dr. med. Irene Bopp, Stadtspital Waid und Memory-Klinik Zürich*, handelt es sich beim Mild Cognitive Impairment (MCI) um ein heterogenes Syndrom, das durch leichte kognitive Beeinträchtigungen ohne wesentliche Alltagseinschränkungen gekennzeichnet ist. Das MCI geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für eine Progression zur Alzheimer-Erkrankung einher, wobei die jährliche Konversionsrate ungefähr 7 bis 15 Prozent beträgt. Umgekehrt kann das MCI aber auch über lange Zeit stabil verlaufen, oder es kommt zu einer Verbesserung oder sogar Normalisierung der Symptomatik, insbesondere da kognitive Symptome auch durch andere Erkrankungen wie Depressionen, Schilddrüsenerkrankungen oder Vitamin-B₁₂-Mangel hervorgerufen werden können. Zur Bedeutung der neuropsychiatrischen Symptome auf den Verlauf des MCI zeigen mehrere Studien, dass Angstsymptome und Apathie Prädiktoren für eine Progression des MCI zur Alzheimer-Erkrankung sind. Darüber hinaus haben Patienten mit einem MCI vom amnestischen Typ, welches durch eine isolierte Gedächtnisstörung charakterisiert ist, ein deutlich höheres Risiko für eine Konversion zur Alzheimer-Erkrankung als Patienten mit einem durch multiple kognitive Defizite gekennzeichneten MCI vom nicht-amnestischen Typ. Bei Patienten mit einem MCI sollte möglichst frühzeitig eine umfassende Abklärung erfolgen, um die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Ängste und im

Umgang mit der neuen Lebenssituation zu unterstützen. Des Weiteren sollte versucht werden, durch eine gesunde Ernährung und ausreichend körperliche Aktivität sowie durch ein gezieltes Gedächtnistraining die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten zu verzögern und den oft bereits früh im Krankheitsverlauf auftretenden, sehr belastenden neuropsychiatrischen Symptomen entgegenzuwirken. Zur präventiven Wirksamkeit von Ginkgo zeigen erste Resultate der multizentrischen Doppelblindstudie «GuidAge», dass bei den über 70-jährigen Teilnehmern, die an leichten Gedächtnisstörungen litten, das Risiko für die Alzheimer-Erkrankung durch die Verabreichung von Ginkgo im Vergleich zu Placebo nach einer Nachbeobachtungsdauer von vier Jahren signifikant gesenkt wurde. Darüber hinaus wurde in einer doppelblinden Multizenterstudie bei Patienten mit einer leichten bis mittleren Demenz unter der Therapie mit Ginkgo gegenüber Placebo eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und der neuropsychiatrischen Symptome erreicht, weshalb dieser sehr gut verträgliche und überdies kostengünstige Wirkstoff zur Behandlung des MCI und der beginnenden Demenz durchaus empfohlen werden kann. Ein interessantes Resultat lieferte eine Doppelblindstudie mit Patienten mit einem amnestischen MCI und Depressionen, in welcher die Behandlung mit dem Acetylcholinesteraseinhibitor Donepezil eine Verzögerung der Progression zur Alzheimer-Erkrankung bewirkte.

Neue Aspekte der Demenzdiagnostik

PD Dr. med. M. Axel Wollmer, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, betonte, dass bereits bei ersten kognitiven Defiziten – insbesondere bei einer subjektiven Gedächtnisstörung – eine diagnostische Abklärung erfolgen sollte. Mit den in der ärztlichen Praxis zur Verfügung stehenden Screeningtests lässt sich eine Demenz erkennen und deren ungefähre Schweregrad bestimmen, wobei die Sensitivität dieser Verfahren bei leichter und fraglicher Demenz begrenzt ist. Zur einfachen und schnellen Entscheidung, bei welchen Patienten eine weiterführende Abklärung erforderlich ist, wurde mit dem MemenTool[®] ein neues Screeninginstrument entwickelt, das auf drei Fragen und einem vereinfachten Uhrentest beruht. Nach dem heutigen Verständnis der Pathogenese der Alzheimer-Erkrankung kommt es bereits Jahre vor dem Auftreten der kognitiven Störungen zur Bildung von Beta-Amyloid-Peptid-Plaques und zur Ablagerung von Tau-Proteinen in den Neurofibrillen, während im weiteren Verlauf die Neurodegeneration und die neuronale Dysfunktion zum vorherrschenden pathophysiologischen Prozess werden. Die charakteristischen pathologischen Veränderungen können heute dank der erzielten Fortschritte bei den diagnostischen Verfahren zumindest teilweise nachgewiesen werden, was in Zukunft eine frühere und zuverlässigere Diagnose der Alzheimer-Erkrankung ermöglichen könnte. So lässt sich mit Hilfe der Magnetresonanztomographie, welche eine äusserst detaillierte Darstellung der betroffenen Gehirnstrukturen liefert, die für die Alzheimer-Erkrankung typische Hippokampusatrophie aufzeigen. Bei Patienten mit leichten kognitiven Störungen können mittels der Positronen-Emissions-Tomographie die Amyloidablagerungen sowie der bei Alzheimer-Patienten in bestimmten Regionen der Hirnrinde herabgesetzte zerebrale Glukosemeta-

bolismus dargestellt werden, während mittels der Single-Photon-Emissions-Computertomographie die Reduktion des zerebralen Blutflusses nachgewiesen werden kann. Als weitere Methode zur Früherkennung der Alzheimer-Erkrankung könnte sich die Liquoruntersuchung etablieren, welche im Falle von Amyloidablagerungen erniedrigte Beta-Amyloid-Werte bei gleichzeitig erhöhten Tau-Werten zeigt. Zur Bedeutung der genetischen Risikofaktoren ergab eine genomweite Assoziationsstudie mit 20'000 an der Alzheimer-Erkrankung leidenden Patienten, dass neben dem bereits seit längerem bekannten APOE-Gen auch das CLU-Gen, das wie das APOE-Gen die Aggregation von Beta-Amyloid begünstigt, sowie das synaptische und intrazelluläre Übertragungsprozesse vermittelnde PICALM-Gen und das als ein immunreaktionssteuernder Faktor angesehene CR1-Gen das Risiko für eine Alzheimer-Erkrankung erhöhen. Als beeinflussbare Risikofaktoren für die Alzheimer-Erkrankung haben sich gemäss einer grossen Metaanalyse eine geringe kognitive Aktivität, Rauchen, körperliche Inaktivität, Depressionen, Übergewicht und Hypertonie im mittleren Lebensalter sowie Diabetes mellitus erwiesen, wobei die strikte Kontrolle dieser Risikofaktoren einen wichtigen Beitrag zur Prävention der Alzheimer-Erkrankung darstellen würde.

Verhaltensstörungen bei Demenz und deren Behandlung

Wie *Prof. Dr. med. Urs Peter Mosimann, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern*, unterstrich, treten Verhaltensstörungen und psychologische Symptome im Verlauf der Alzheimer-Erkrankung bei 50 bis 90 Prozent der Betroffenen auf. Die Verhaltensstörungen, deren Prävalenz mit fortschreitender Demenz ansteigt und die sich bei einem beträchtlichen Anteil der Patienten mit mehreren Symptomen gleichzeitig manifestieren, stellen für die Angehörigen und die Betreuungspersonen eine oft grössere Belastung dar als die kognitiven Defizite. Dabei werden Symptome wie sozialer Rückzug, Depressionen und Suizidgedanken häufig bereits rund zwei Jahre vor der Diagnose beobachtet, während sich Stimmungsschwankungen, anklagendes Verhalten und Reizbarkeit in der Regel ungefähr zum Zeitpunkt der Diagnose und Agitation, Halluzinationen und Aggression erst ungefähr 10 Monate nach der Diagnose bemerkbar machen. Bei der Entstehung der Verhaltensstörungen spielen neben der Ätiologie und dem Schweregrad der Demenz auch Komorbiditäten sowie soziale Faktoren wie Umfeld und Art der Betreuung, aber auch psychologische Faktoren wie Persönlichkeit und Lebensgeschichte eine Rolle. Zur Diagnose von Verhaltensstörungen werden nach dem Ausschluss von medizinischen Komorbiditäten die Verhaltensauffälligkeiten der Patienten mit Hilfe eines durch die Angehörigen geführten Wochenjournals erfasst und anschliessend genau ausgewertet, da nur eine eingehende Verhaltensanalyse eine zielgerichtete Behandlung erlaubt. Nach den heutigen Empfehlungen sollte die Behandlung der Verhaltensstörungen und der psychischen Symptome immer mit nicht-pharmakologischen Interventionen begonnen werden, wobei sich verschiedene Therapieformen in kleineren Studien als wirksam erwiesen haben. Ausserdem kann durch eine regelmässige Weiterbildung der Betreuungspersonen – beispielsweise durch ein mobiles Spitexteam, das die Angehörige

oder das Pflegeteam in der häuslichen Umgebung besucht – oft eine Verbesserung der Verhaltensstörungen und damit eine Entlastung der Betreuungspersonen erreicht werden. Zur medikamentösen Therapie der Verhaltensstörungen werden aufgrund der gegenwärtigen Evidenz im Falle von Patienten mit Depressionen oder Angstzuständen selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer eingesetzt, während bei Apathie und Psychose die Acetylcholinesteraseinhibitoren und Memantin wirksam sein könnten. Die atypischen Antipsychotika sollten der Behandlung von Psychosen oder schwerer Aggression vorbehalten sein, wobei diese Wirkstoffe in der niedrigsten Dosierung und über weniger als zwölf Wochen angewendet und deren Indikation regelmässig überprüft werden sollte. Dieser zurückhaltende Einsatz ist durch die geringe Verträglichkeit der Antipsychotika begründet, da nach den Resultaten von mehreren Metaanalysen bei älteren Patienten mit Demenz unter der Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum ein gegenüber Plazebo erhöhtes Risiko für ein zerebrovaskuläres Ereignis, eine schnellere Demenzprogression oder einen Todesfall besteht. Im Einklang mit diesen Daten ergab eine britische Doppelblindstudie zur Verträglichkeit der Langzeittherapie mit Antipsychotika bei Alzheimer-Patienten, dass die Fortsetzung der Behandlung mit den Antipsychotika Thioridazin, Chlorpromazin, Haloperidol, Trifluoperazin oder Risperidon während weiteren zwölf Monaten im Vergleich zu Plazebo zu einem signifikanten Anstieg des Mortalitätsrisikos führte. Die Problematik der zu hohen Verschreibungsrate an Psychopharmaka zeigt eine schweizerische Erhebung mit über 1'800 Bewohnern eines Pflegeheimes, wonach 71 Prozent der Demenz-Patienten mit Psychopharmaka und 45 Prozent der Patienten mit Antipsychotika behandelt wurden, die in den meisten Fällen über längere Zeit eingenommen wurden. Wie jedoch eine US-amerikanische Erhebung mit 254'564 an Demenz leidenden Teilnehmern zeigt, begann die Anwendung von Antipsychotika im Zeitraum von 2003 bis 2005 nach ersten Hinweisen auf Nebenwirkungen leicht zu sinken, und im Zeitraum von 2005 bis 2007 kam es nach einer Sicherheitsmitteilung des FDA sogar zu einer deutlichen Abnahme der Verschreibung von Antipsychotika.

Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung

Dr. med. Alice Walder
Chefärztin Allgemeine Innere Medizin EMBA HSG

Telefon 044 716 42 62
a.walder@sanatorium-kilchberg.ch