

Demenz

Die Alzheimer-Erkrankung wird heute als Kontinuum gesehen; das stellt die Grundlage für die Erstellung von neuen Alzheimer-Kriterien dar. Zusätzlich zu den unverändert geltenden Schlüsselkriterien kommen nun auch nicht-amnestische Präsentationen der Alzheimer-Demenz dazu. **Von Reinhold Schmidt und Maximilian Zarfl***

Aktuelle Entwicklungen

Weltweit leben derzeit 46,8 Millionen Menschen mit Demenz, 2030 werden es 74,7 Millionen sein. Bis 2050 wird sich die Zahl nochmals auf 131,5 Millionen fast verdoppeln. Erste Langzeitergebnisse aus epidemiologischen Studien geben jedoch Anlass zur Hoffnung, dass dieser Trend weniger stark ausgeprägt ist als derzeit prognostiziert. In der Framingham-Studie wurden mehr als 5.000 über 60-jährige Personen in vier Epochen untersucht. Darin wird beschrieben, dass die Inzidenz von Demenzen im Vergleich zu den späten 1970er Jahren bis heute um 44 Prozent abgenommen hat. Diese Verringerung der Inzidenz wurde vorwiegend bei Personen mit höherer Schulbildung und bei abnehmender Häufigkeit vaskulärer Risikofaktoren beschrieben. Der Trend zu Risikofaktor-Reduktion erklärt die verminderte Demenz-Inzidenz nur teilweise.

Neue Kriterien der Alzheimer-Demenz

Grundlegende Überlegungen für die Erstellung von neuen Alzheimer-Kriterien waren, dass die Alzheimer-Erkrankung heute als Kontinuum gesehen wird, bei dem die anfänglich asymptotische pa-

thophysiologische Kaskade der Erkrankung eventuell symptomatisch wird. Ein prä-symptomatisches Stadium der Erkrankung geht dem prodromalen („Mild Cognitive Impairment“-Stadium) und letztlich dem Demenz-Stadium voraus. Die lange asymptotische Phase kann nur durch Nachweis von in vivo-Biomarkern identifiziert werden. Auch die Kriterien für das Demenz-Stadium der Alzheimer-Krankheit wurden 2011 revidiert.

Obwohl die Schlüsselkriterien unverändert zu den seit 1984 geltenden Kriterien sind, sehen die neuen Kriterien nun auch nicht-amnestische Präsentationen der Alzheimer-Demenz vor. Weiters wird der individuelle Abbau von Kognition und Alltagsfunktion als das wesentliche Merkmal identifiziert. Im Nachweis von Biomarkern sieht man eine Möglichkeit, die Diagnose-Sicherheit zu erhöhen. Wichtig ist, dass die neuen Kriterien den Einsatz von Alzheimer-Biomarkern für diagnostische Zwecke in der täglichen Routine nicht erfordern.

Neue Therapieansätze bei Tau-Pathologie

Die Krankheitsmodifikation steht im Zentrum der Entwicklung von neuen Therapien gegen die Alzheimer-Krankheit. Bisher scheiterten alle Anti-Amyloid-

Strategien in Phase-III, sodass derzeit der Tau-Pathologie als mögliches Therapieziel zunehmendes Interesse zukommt. Die Tau-Pathologie des Alzheimer-Kranken korreliert mit Neuronen- und Synapsenverlust und mit kognitivem Abbau. Tau-Pathologie könnte durch Verhinderung von Tau-Aggregation und Hyperphosphorylierung oder durch Immuntherapie beeinflusst werden. Erste Studien befinden sich im Frühstadium; die erste Impfstudie gegen pathologisches Tau wurde in Österreich durchgeführt.

Krankheitsbild und wichtige Symptome

Die Schlüsselemente der Diagnose einer Demenz sind in Tab. 1 ersichtlich.

Differentialdiagnose

Eine frühzeitige syndromale und ätiologische Diagnostik ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen und deshalb allen Betroffenen zu ermöglichen. Man unterscheidet primäre Demenzen (80 bis 90 Prozent) von sekundären Formen im Rahmen anderer Erkrankungen (zehn bis 20 Prozent). Die häufigste Demenzursache in der westlichen Welt ist die Alzheimer-Krankheit (60 bis 70 Prozent), ge-

Typische Symptome der Demenz

1) Gedächtnis

- a) Wiederholte Fragen oder Konversationen
- b) Verlegen persönlicher Gegenstände
- c) Vergessen von Ereignissen oder Terminen
- d) Verlorengehen auf bekannten Wegen

2) Logisches Denken, Urteilsvermögen

- a) Schwierigkeiten beim Verstehen von Sicherheitsrisiken
- b) Unfähigkeit, Finanzen zu managen
- c) Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen
- d) Unfähigkeit, komplexe Aktivitäten zu planen

3) Beeinträchtigung visuell-räumlicher Fähigkeiten

- a) Unfähigkeit, Gesichter oder bekannte Objekte zu erkennen oder Gegenstände im direkten Gesichtsfeld zu finden trotz guter Sehfähigkeit.
- b) Unfähigkeit, einfache Werkzeuge oder Geräte zu bedienen
- c) Schwierigkeiten beim Ankleiden

4) Sprache

- a) Schwierigkeiten in der Wortfindung
- b) Beeinträchtigung der Sprachflüssigkeit
- c) Sprach-, Buchstabier-, Schreibfehler

5) Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten

- a) Stimmungsschwankungen wie Agitiertheit, fehlende Motivation und Initiative, Apathie, Antriebsstörung, sozialer Rückzug, eingeschränktes Interesse an früheren Aktivitäten, Verlust von Empathie, zwanghaftes Verhalten, sozial inakzeptables Verhalten.

Tab. 2

►► ten konkreten visuellen Halluzinationen - meist in Form von Tieren oder Menschen -, illusionären Verkennungen und einem spontanen Parkinson-Syndrom ist die progrediente Demenz dieser Charakteristik die Kernsymptomatik der Demenz mit Lewy-Bodies.

Das Parkinson-Syndrom zeigt häufig eine Betonung der Körperachse (mit Stand- und Gangstörungen, deutlichem Antekollis, Nackenrigor, starrem Gesichtsausdruck, deutlicher Dysarthrie). Ruhetremor wird bei Demenz mit Lewy-Bodies seltener als bei der Parkinson-Krankheit ohne Demenz beobachtet. Meist sprechen die motorischen Parkinson-Symptome der Demenz mit Lewy-Bodies schlechter auf die L-Dopa-Therapie an als bei Parkinson-assoziiierter Demenz und Parkinson-Patienten ohne Demenz. Parkinson-Symptome und dementieller Abbau treten meist zeitlich assoziiert auf (innerhalb eines Jahres = Ein-Jahres-Re-

Gegenüberstellung der neuen Alzheimer-Kriterien

Alzheimer-Demenz (IWG-2)	Demenz durch Alzheimer-Krankheit (NIA-AA)	Major Neurokognitive Erkrankung durch Alzheimer-Demenz (DSM-5)
Typische AD Gedächtnisstörung vom hippocampalen Typ (episodisch) plus mindestens eine kognitive Domäne Ausschluss anderer Ursachen	Demenz durch Alzheimer-Krankheit Amnestisch und nicht nicht-amnestisch wahrscheinlich und möglich	Gedächtnis und Lernstörung erforderlich
Atypische AD (Präsentation ist nicht primär amnestisch) Zur atypischen AD gehören u.a. logopenische Aphasie, frontale AD Variante und posteriore kortikale Atrophie mit Amyloidnachweis	wahrscheinliche AD mit erhöhter Sicherheit Dokumentierter Abbau kognitiver Funktionen Mutationsträger Biomarkernachweis Erniedrigte Sicherheit = Mögliche AD Atypischer Verlauf Ätiologisch gemischte Präsentation	Keine Unterscheidung in typische versus atypische oder amnestische versus nicht-amnestische Formen
Gemischte AD Typische AD plus klinische und Imaging-Evidenz von substantieller Komorbidität wie zerebrovaskuläre Erkrankung oder Lewy-Body-Demenz	Für Forschung Biomarkernachweis erforderlich 3 Stufen der Wahrscheinlichkeit für zugrundeliegenden AD patho-physiologischen Prozess	Kein Biomarkernachweis gefordert
Biomarkernachweis erforderlich Vermindertes Aβ ₁₋₄₂ mit erhöhtem Gesamt-Tau oder Phospho-Tau im Liquor oder erhöhte Tracer-Anreicherung im Amyloid-PET	Hohe Wahrscheinlichkeit Amyloidmarker und Neurodegenerationsmarker (Tau im Liquor, FDG-PET oder Hippocampus-Atrophie) positiv Mittlere Wahrscheinlichkeit Amyloidmarker oder Neurodegenerationsmarker positiv Niedrige Wahrscheinlichkeit Weder Amyloidmarker noch Neurodegenerationsmarker positiv	

Tab. 3

Symptome der Demenz mit Lewy-Bodies*

Zentralsymptom: Progrediente Demenz

Kern-Symptome („core features“)

Fluktuationen der Hirnleistung

Wiederholte spontane visuelle Halluzinationen
Parkinson-Syndrom

Symptome, die auf eine Demenz mit Lewy-Bodies hinweisen („suggestive features“)

REM-Schlaf-Verhaltensstörung
Erhöhte Neuroleptika Sensitivität
Niedrige Dopamin-Transporter-Aufnahme in den Basalganglien nachgewiesen mit SPECT- oder PET-Imaging

*nach McKeith

Symptome, welche die Diagnose Demenz mit Lewy-Bodies unterstützen („supportive features“)

Orthostatische Hypotonie („neurokardio-vaskuläre Instabilität“)
Harninkontinenz
Obstipation
Erektile Dysfunktion
Schluckstörungen
Systemisierter Wahn
Halluzinationen anderer Modalität als der visuellen

Tab. 4

gel). REM-Schlaf-assoziierte Verhaltensstörungen, eine ausgeprägte Sensitivität gegenüber Neuroleptika mit erhöhter Morbidität und Mortalität infolge eines akuten Beginns oder Exazerbation einer Parkinson-Symptomatik und von Bewusstseinsstörungen sowie ein pathologischer Dopamintransporter-SPECT oder Dopamin-PET sind weitere Symptome beziehungsweise Befunde, die auf die Diagnose Demenz mit Lewy-Bodies hinweisen. Eine Zusammenfassung der Symptome ist in Tab. 4 ersichtlich.

gung zu erhalten wird entweder eine zeitliche Assoziation zwischen Schlaganfällen und dem Beginn der Demenz oder eine abrupte Verschlechterung der kognitiven Funktion oder eine stufenweise Progression der Demenz gefordert. Eine andere Möglichkeit, die eine Assoziation wahrscheinlich macht, ist der Nachweis von Läsionen im MRI oder CT, welche häufig mit kognitiver Beeinträchtigung einhergehen. Eine Zusammenstellung der geforderten MR/CT-Befunde ist in Tab. 7 ersichtlich.

Die subkortikale Enzephalopathie mit ausgedehnten konfluierenden Marklagerveränderungen (Leuko-Araiose), die durch eine Kleingefäßerkrankung hervorgerufen wird, stellt die häufigste Ursache einer vaskulären Demenz dar. Die Betroffenen leiden typischerweise an einem dysexekutiven Syndrom, das oft die Alltags-Aktivitäten durch Langsamkeit im Denken, fehlerhafte Zielsetzung sowie Planung und Organisation beeinträchtigt. Auch depressive Symptome, Gangstörungen und Miktionsstörungen sind häufig.

Die frontotemporale Degeneration (FTD)

Die frontotemporale Degeneration setzt in der Regel zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr ein - meist in der fünften Dekade und damit knapp zehn Jahre früher als die Alzheimer-Krankheit. Man differenziert drei klinische Varianten: Die frontotemporale Demenz mit primären Verhaltensauffälligkeiten (bvFTD), die nicht-flüssige Variante der primären progressiven Aphasie und die semantische Variante der primären progressiven Aphasie. Bei der frontotemporalen Demenz mit primären Verhaltensauffälligkeiten (bvFTD) fallen die Patienten initial klassischerweise durch Wesensänderungen ►►

Vaskuläre Demenz

Vaskuläre Demenzen sind bezüglich ihrer Ätiologie und klinischen Präsentation heterogen. In Tab. 5 wird versucht, eine ursächliche Klassifizierung vorzunehmen.

Die größte Schwierigkeit bei der Diagnose einer vaskulären Demenz besteht darin, dass vaskuläre Läsionen sehr häufig im Gehirn von älteren Personen gesehen werden und diese nicht zwingend mit kognitiver Dysfunktion einhergehen. Die beobachtete kognitive Dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit vaskulären Veränderungen kann also durchaus auch durch ebenfalls vorhandene Alzheimer-Pathologie verursacht sein. Mischformen sind ebenfalls sehr häufig. Um Hinweise für einen kausalen Zusammenhang zwischen vaskulären Erkrankungen und dem Auftreten einer kognitiven Beeinträchti-

Ätiologische Klassifizierung der vaskulären Demenz

Ätiologie	Morphologisches Substrat
Demenz bei Mikroangiopathie	Morbus Binswanger und assoziierte Entitäten Multiple Lakunen Ausgedehnte Marklagerläsionen Amyloidangiopathie CADASIL
Demenz bei strategischem Infarkt	Infarkte A. cerebri anterior, media Gyrus angularis dominante Hemisphäre A. cerebri posterior, Thalamus Basales Frontalhirn
Multiinfaktdemenz	Multiple Territorialinfarkte
Demenz bei Hypoperfusion	Globale zerebrale Ischämie oder Ischämie in den Wasserscheiden bei lokaler Hypoperfusion
Demenz bei zerebraler Blutung	Intrazerebrale Hämorrhagien (auch bei Amyloidangiopathie), chronische Subduralhämatome, Folgezustände nach Subarachnoidalblutung wie superfizielle zerebrale Hämosiderose
Demenz durch andere Mechanismen	Kombination obiger Ätiologien und andere Entitäten wie Vaskulitis

Tab. 5

» im Sinn von reduzierter sozialer Kompetenz sowie im weiteren Krankheitsverlauf durch repetitive und stereotype Handlungen und Sprechweisen auf. Echolalien sind häufig; die Sprache kann monoton und gepresst wirken. Die Ausführung von organisatorischen Handlungen, welche Abstraktions- und Planungsvermögen voraussetzen (exekutive Funktionen), sind oft schon früh eingeschränkt.

Klinisch-neurologisch zeigen sich bei der Untersuchung gelegentlich Primitivreflexe wie ein positiver Greifreflex; im weiteren Verlauf der Erkrankung lassen sich möglicherweise extrapyramidale Symptome mit hypokinetisch-rigidem Syndrom nachweisen. Häufig findet sich

eine Inkontinenz, in einigen Fällen ergeben sich Hinweise für eine koexistente Motoneuronenerkrankung.

Die primär progressive Aphasie (PPA) hat eine nicht-flüssige Variante (NFV-PPA), welche anfänglich durch eine isolierte, nicht-flüssige agrammatische Aphasie, Sprechapraxie und Benennstörung bei erhaltenem Verständnis für Einzelwörter und Objektbenennung charakterisiert ist. Atrophien der linksseitigen Inselregion, des Gyrus frontalis inferior sowie des prämotorischen und supplementärmotorischen Kortex sind typische Imaging-Korrelate. Bei der semantischen Variante der primär progressiven Aphasie (SV-PPA) sind das Sprach-

verständnis, Benennen von Objekten, das Wissen über Wortbedeutungen, Funktionen und Aussehen von Objekten und das Erkennen von Gegenständen und Personen beeinträchtigt. Dementsprechend stehen bei der semantischen Demenz eine flüssige, aber inhaltsarme Sprache, Wortfindungsstörungen sowie eine Sprachverständnisstörung im Vordergrund. Patho-anatomisch korreliert die klinische Symptomatik mit einer bi-temporalen, meist linksseitig betonten Atrophie (siehe Abb. 2)

Erkrankungen, die zu teils reversiblen dementiellen Syndromen führen können (reversible Demenzen):

- Neoplasmen (Gliome, Meningeome, Hirnmetastasen, paraneoplastisches Symptom)
- Metabolische Erkrankungen (Schilddrüsenerkrankungen, Hyperglykämie, Hyper- und Hyponatriämie, Hyperkalzämie, Nieren- oder Leberversagen, Morbus Cushing, Morbus Addison, Hypopituitarismus, Morbus Wilson)
- Schädelhirntrauma: akutes bzw. chronisches subdurales Hämatom, Dementia pugilistica = Boxer-Demenz
- Toxine (Alkoholismus, Schwermetalle, organische Gifte, Lösungsmittel, Insektengifte, Korsakow-Syndrom)
- Infektionen (bakterielle, parasitäre Meningitis oder Enzephalitis, Streptokokken-Meningitis, virale Meningitis und Enzephalitis, Hirnabszesse, Neurosyphilis, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung)

Zerebrovaskuläre Läsionen im radiologischen Befund, die häufig mit Demenz assoziiert sind

1) Schlaganfälle in Großgefäß-Territorien

- a) Beidseitig A. cerebri anterior
- b) A. cerebri posterior
- c) Parietotemporale und temporoparietale Assoziationszentren
- d) Superiore frontale und parietale Wasserscheidengebiete

2) Kleingefäß-Erkrankung des Gehirns

- a) Basalganglien und frontale Marklagerlakunen
- b) Ausgedehnte periventrikuläre Marklagerläsionen
- c) Beidseitige Thalamusläsionen

Ausmaß und Lokalisation

- a) Großgefäßläsionen in der dominanten Hemisphäre
- b) Beidseitige hemisphärische Großgefäßläsionen
- c) Leukenzephalopathie => 25 Prozent des Marklagers

Tab. 6

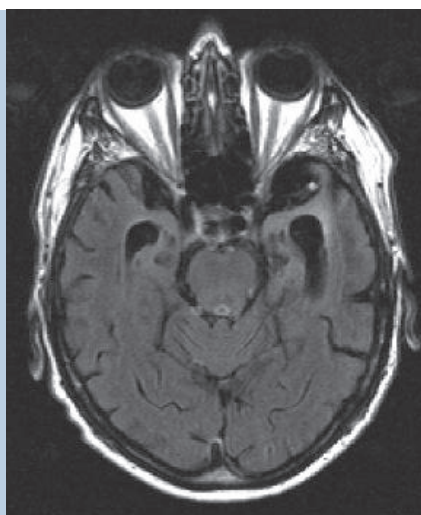
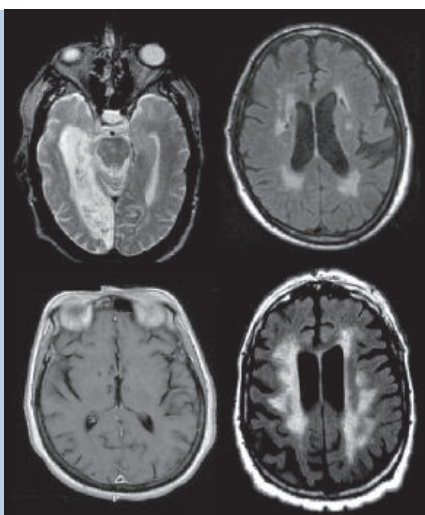


Abb. 1: Typische MR-Läsionen, die mit vaskulärer Demenz einhergehen. Oben links: Thromboembolischer Infarkt im medialen Temporallappen; oben rechts: Lakune im Caput nuclei caudati; unten links: Lakune im linken Thalamus; unten rechts: Ausgedehnte konfluierende Marklager-Hyperintensitäten (Leuko-Araiiose)

Abb. 2: Typische Veränderung bei primär progressiver Apathie Linksseitig betonte massive Atrophie der Temporalpole (wie mit dem Messer geschnitten-„knife-edge atrophy“) und subkortikale Hyperintensität im Bereich des dem atrophierten Kortex benachbarten Marklagers.

- Autoimmunerkrankungen (systemische Vaskulitis mit ZNS-Beteiligung, Arteriitis temporalis, systemischer Lupus erythematoses mit ZNS-Beteiligung, multiple Sklerose)
- Pharmaka (Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika, Sedativa, Antiarrhythmika, Antihypertensiva, Antikonvulsiva, kardiale Medikamente inklusive Digitalis und Derivate, Drogen mit anticholinergen Effekten)
- Ernährung (Mangel an Thiamin, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin B6)
- Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie und andere Psychosen)
- Andere Erkrankungen wie Normaldruck-Hydrozephalus, Morbus Whipple oder Sarkoidose.

Im Folgenden spezifische Anmerkungen zum diagnostischen Verfahren; diese entsprechen den S3-Leitlinien Demenzen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Bei der Diagnose „Demenz“ handelt es sich um eine Syndrom-Diagnose, die auf anerkannten Kriterien fußen soll. Es soll eine genaue Eigen-, Fremd-, Familien- und Sozialanamnese unter Einschluss der vegetativen und Medikamentenanamnese erhoben werden. In der Folge sind eine erste ätiologische Zuordnung und die Einschätzung des Schweregrads möglich; ebenso auch sollten Problembereiche, Alltagsbewältigung und bisheriger Verlauf abschätzbar sein.

Bei jedem Patienten mit Demenz oder Verdacht auf Demenz sollte bereits bei der Erstdiagnose eine Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbuße erfolgen. Für die ärztliche Praxis sind die einfachen und zeitökonomischen Tests wie zum Beispiel MMSE, MoCA oder Uhrentest empfehlenswert. Die Sensitivität dieser Verfahren bei leichtgradiger und fraglicher Demenz ist jedoch begrenzt; für die Differentialdiagnose der verschiedenen Demenzen sind sie nicht geeignet. Bei fraglicher oder leichtgradiger Demenz und für die differentialdiagnostische Abklärung sollten ausführliche neuropsychologische Tests eingesetzt werden.

Die Wahl des Verfahrens richtet sich jeweils nach der Fragestellung, dem Krankheitsstadium und der Erfahrung des Untersuchers. Im Rahmen der vertieften neuropsychologischen Früh- und Differentialdiagnostik sollten die kognitiven Bereiche Lernen und Gedächtnis, Orientierung, Raumkognition, Aufmerksamkeit, Praxie, Sprache und Handlungsplanung möglichst unter Zuhilfenahme von standardisierten Instrumenten untersucht werden. Demenz-assoziierte psychische und Verhaltenssymptome und Beeinträchtigungen der Alltagsbewältigung sowie die Belastung der pflegenden Bezugspersonen sollten erfasst werden. Dazu

stehen validierte Skalen zur Verfügung. Neben den in Tab. 7 angeführten Laboruntersuchungen ist die weiterführende Labordiagnostik im Fall einer klinisch unklaren Situation (zum Beispiel atypische Symptomausprägung inklusive junges Manifestationsalter oder rascher Progredienz) oder bei spezifischen klinischen Verdachtsdiagnosen sinnvoll. Beispiele dafür sind: Differentialblutbild, Blutgas-Analyse, Drogenscreening, Urin-Untersuchungen, Lues-Serologie, HIV-Serologie, Konzentrationsmessungen von Phosphat, HBA1c, Homocystein, fT3, fT4, SD-Antikörper, Kortisol, Parathormon, Coeruloplasmin, Vitamin B6, Borrelien-Serologie, Pb, Hg, Cu, Folsäure. ►►

Frontotemporale Degeneration: Algorithmus zur klinischen Diagnose

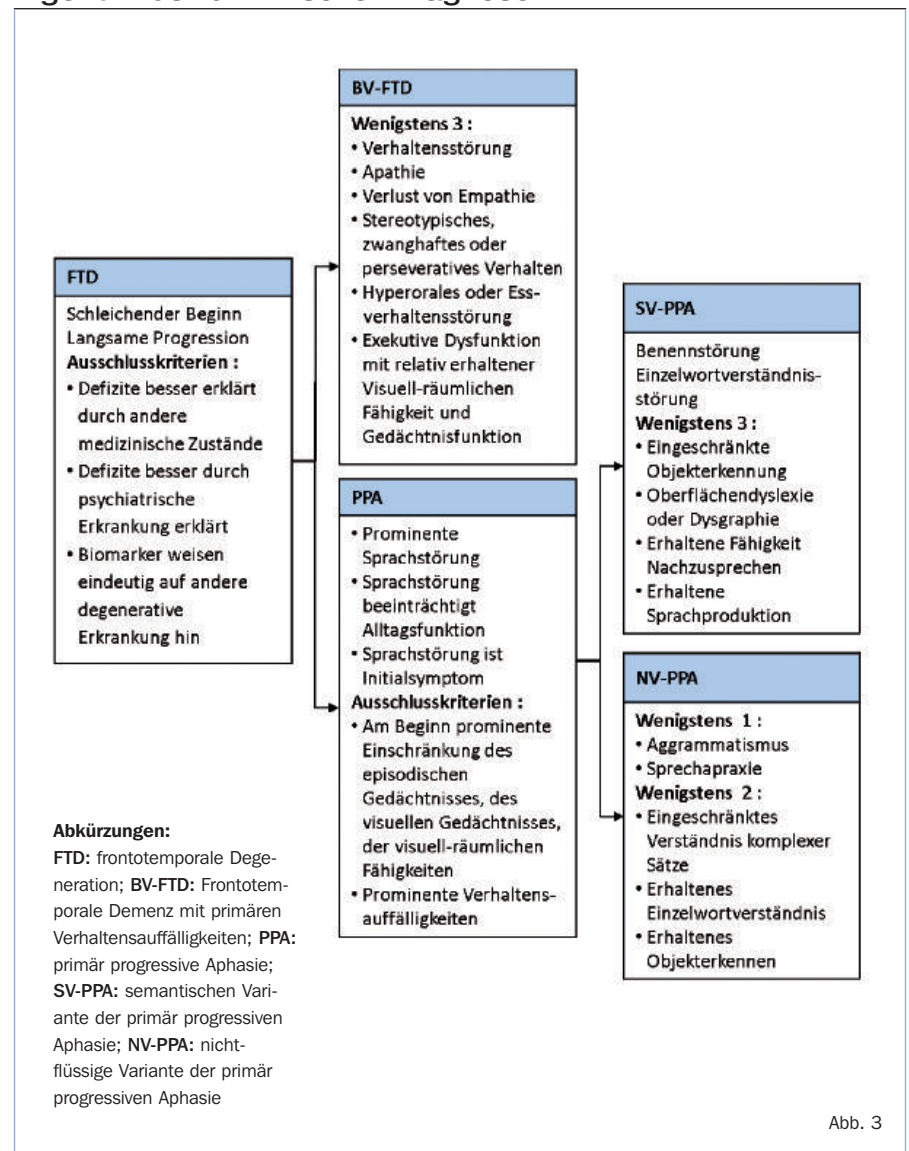


Abb. 3

Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf Demenz

Obligatorisch	Optional
Anamnese	EEG
Eigenanamnese	SPECT/PET
Außenanamnese	Optional
Familienanamnese	Genetik
Sozialanamnese	Apolipoprotein E
Neurologischer Status	Autosomal dominante Mutationen
Psychiatrischer Status	CADASIL
Internistischer Status	Liquoranalyse
Neuropsychologie	Tau-Protein, Phospho-Tau-Protein
Kognitive Tests	Amyloid β42-Peptid
Depressionsskalen	14-3-3 Protein
Laborparameter	Serologie
Komplettes Blutbild	Luesserologie
Elektrolyte (Na ⁺ , K, Cl, Calcium, Phosphat)	HIV
Nierenfunktionsparameter	Parathormon
Leberfunktionsparameter	Autoantikörper
Blutzucker	TAK/MAK
Schilddrüsenfunktionsparameter	
Vitamin B12/ Folsäure	
CCT, besser MRT	
Coronare Schichten	
Atrophiemuster	

Derzeit gültige Empfehlungen der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft

Tab. 7

Ein EEG ist bei bestimmten Verdachtsdiagnosen indiziert (Anfallsleiden, Delir, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung). Das EEG kann zur Abgrenzung von neurodegenerativen und nicht-neurodegenerativen Erkrankungen beitragen, ist jedoch zur Differentialdiagnose von neurodegenerativen Demenzerkrankungen von geringem Wert. Ein regelhafter Einsatz in der ätiologischen Zuordnung von Demenzerkrankungen wird nicht empfohlen.

Bei Verdacht auf eine monogenetisch vererbte Demenzerkrankung (zum Beispiel bei einer früh beginnenden Demenz in Verbindung mit einer richtungsweisenden Familienanamnese) soll eine genetische Beratung angeboten werden. Im Rahmen dieses Angebots soll darauf hingewiesen werden, dass sich aus der molekulargenetischen Diagnostik keine kausale Therapie oder Prävention der klinischen Manifestation ergibt und das Wissen um eine monogenetisch determinierte Demenz Implikationen für die Patienten und die Angehörigen hat. Nach Beratung kann eine molekulargenetische Diagnostik angeboten werden. Vor einer prädiktiven genetischen Diagnostik bei gesunden Angehörigen von Patienten mit monogenetisch vererbter Demenzerkrankung, die von den Angehörigen gewünscht wird, sind die Vorgaben der human-genetischen prädiktiven Diagnostik einzuhalten.

Therapie

Die Empfehlungen der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft – ergänzt durch die Kommentare der Autoren – werden in der folgenden Zusammenfassung dargestellt.

Alzheimer-Krankheit

Donepezil, Galantamin, Rivastigmin sowie Memantin zeigen eine günstige Beeinflussung kognitiver Funktionen, der Alltagsaktivitäten und des globalen klinischen Eindruckes. Cholinesterase-Hemmer sind als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz zu empfehlen. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird empfohlen, dass die höchste verträgliche Dosis angestrebt wird. Memantin ist für die Behandlung der schweren Alzheimer-Demenz als Mittel erster Wahl zu

►► Bei der Erstdiagnostik einer Demenz sollte eine Liquordiagnostik zum Abschluss einer entzündlichen Gehirnerkrankung erfolgen, wenn sich entsprechende Hinweise aus der Anamnese, dem körperlichen Befund oder der Zusatzdiagnostik ergeben. Die Liquor-basierte neurochemische Demenz-Diagnostik kann in klinisch unklaren Fällen im Rahmen der Erstdiagnostik die Differenzierung zwischen primär neurodegenerativen Demenzerkrankungen und anderen Ursachen eines Demenzsyndroms eingesetzt werden. Die kombinierte Bestimmung der Parameter beta-Amyloid-1-42 und Gesamt-Tau beziehungsweise beta-Amyloid-1-42 und Phospho-Tau ist der Bestimmung eines einzelnen Parameters überlegen und wird empfohlen. Die Spezifität der strukturellen MRT ist zu gering, um allein damit die Differenzierung der Alzheimer-Demenz oder der frontotemporalen Demenz von anderen neurodegenerativen Demenzen zu begründen. Für die Feststellung einer vaskulären Demenz sollten neben der Bildgebung (Ausmaß und Lokalisation von vaskulären Läsionen) Anamnese, klinischer Befund und neuropsychologisches Profil herangezogen werden.

FDG-PET und HMPAO-SPECT können, wenn es Unsicherheit bei der Differentialdiagnostik von Demenzen gibt, zur Klärung beitragen. Ein regelhafter Einsatz in der Diagnostik wird nicht empfohlen. Demenz-typische metabolische oder Perfusionsmuster treten aber meist schon vor Atrophie auf. Ein PET oder SPECT zur Feststellung eines dopaminergen Defizits kann in klinisch unklaren Fällen für die Differentialdiagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz vs. Nicht-Lewy-Körperchen-Demenz eingesetzt werden.

Die Darstellung des zerebralen Amyloids mittels PET kann bei Vorliegen eines klinisch unklaren Demenz-Syndroms zur Differentialdiagnose beziehungsweise ätiologischen Zuordnung erfolgen. Ein positiver Amyloid-Nachweis mittels PET muss im Gesamtkontext insbesondere unter Beachtung des klinischen Befundes und anderer Biomarker-Informationen interpretiert werden. Bei Demenz kann ein positiver Amyloid-PET-Befund auf eine zugrunde liegende Alzheimer-Krankheit hindeuten, während ein negativer Amyloid-PET-Befund dagegen spricht.

empfehlen. Bei mittelschwerer Alzheimer-Demenz ist Memantin Mittel der zweiten Wahl. Bei leichtgradiger Alzheimer-Demenz ist eine Wirksamkeit von Memantin nicht belegt. Die Kombinationstherapie von Cholinesterase-Hemmern plus Memantin wird durch eine rezente Europäische Leitlinie unterstützt; der Empfehlungsgrad ist jedoch schwach.

Vaskuläre Demenzen

Für vaskuläre Demenzformen, die einen regelhaften Einsatz rechtfertigen, existiert keine zugelassene oder durch ausreichende Evidenz belegte medikamentöse symptomatische Therapie. Es gibt Hinweise für die Wirksamkeit von Acetylcholinesterase-Hemmern und Memantin, besonders auf exekutive Funktionen bei Patienten mit subkortikaler vaskulärer Demenz.

Demenz mit Lewy-Bodies

Rivastigmin ist bei Demenz mit Lewy-Bodies zu empfehlen. Donepezil kann mit niedrigerer Zuverlässigkeit als Rivastigmin empfohlen werden.

Frontotemporale Degeneration

Für frontotemporale Degeneration existiert keine nachgewiesene wirksame Therapie.

Antipsychotika bei Demenz: allgemeine Empfehlungen

Alle Antipsychotika sollten nur eingesetzt werden, wenn die Symptome beträchtlich sind, physische Ursachen oder ein Zusammenhang mit der Begleitmedikation ausgeschlossen sind. Vor dem Einsatz von Antipsychotika wird der Einsatz von Cholinesterase-Hemmern oder Memantin empfohlen. Außer mit Risperidon kann nur off-label behandelt werden.

Vor dem Einsatz von Antipsychotika müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Wirkungslosigkeit nicht-medikamentöser Maßnahmen

- Überprüfung der Indikationsstellung (Symptomschwere, Symptomauswirkung)
- Exakte Dokumentation (Dosis, Behandlungsbeginn)
- Aufklärung des Patienten beziehungsweise der Angehörigen über Nutzen/Risiko
- Regelmäßige Kontrollen mit Überprüfung des Risikoprofils

Antidepressiva und Benzodiazepine

Bei dementen Patienten mit Depres-

sionen sind SSRIs oder der reversible MAO-A-Hemmer Moclobemide Mittel der ersten Wahl. Eine Kombination von SSRIs und Moclobemid kann schwere Nebenwirkungen verursachen und wird nicht empfohlen.

Bei Angst und Agitiertheit kann ein Therapieversuch mit einem Benzodiazepin (Oxazepam, Lorazepam, Alprazolam) erfolgen, wobei auf die Nebenwirkungen (Muskelschwäche, Doppelbilder, Sturzneigung, Schläfrigkeit, paradoxe Reaktion mit Verwirrtheit) mit häufig negativer Gefahren-Nutzen-Analyse geachtet werden muss.

Wichtige Fallgruben

Demenz mit Lewy-Bodies versus Alzheimer-Demenz

Die Österreichische Alzheimer-Gesellschaft und die Österreichische Parkinson-Gesellschaft haben einen Erhebungsbogen für die Diagnose der Demenz mit Lewy-Bodies erstellt. Dieser ist nicht validiert; kann aber bei der oft schwierigen Diagnosestellung dieser Demenzform und deren Abgrenzung zur Alzheimer-Demenz behilflich sein.

Wichtige Fallgruben

a) Depression versus Demenz

Hinweise auf Depression	Hinweise auf Demenz
Rascher Beginn, Dauer weniger als sechs Monate	Meist langsamer Beginn, erste Zeichen meist länger als ein Jahr zurück
Auffällige Leistungsschwankungen bei Aufgaben gleichen Schweregrades	Meist gleichmäßige Leistungsminderung bei Aufgaben gleichen Schweregrades
Klagsamkeit, „Ich weiß nicht“ - Antworten	Dissimulation, gute Leistungs- und Testmotivation
Schlafstörung, Gewichtsverlust, Grübelzwang, Suizidgedanken	Kurzzeitgedächtnisdefizit im Vordergrund
Orientiert, weiß Hilfe zu finden	Desorientiert, ungezielt Hilfe suchend
Allgemeine Leistungsschwäche, über die geklagt wird; oft detaillierte Schilderung der kognitiven Defizite	Umschriebene Fehlleistungen (Verlaufen, Desorientiertheit, Fehlbedienung von Geräten); kognitive Werkzeugstörungen (Dyspraxie, visuell-räumliche Störung, Dysphasie, Dyskalkulie, Störung des abstrakten Denkens)
Im Vordergrund meist Antriebsmangel, subjektives Versagen, psychomotorische Verlangsamung	Kognitive Werkzeugstörungen (Dyspraxie, visuell-räumliche Störung, Dysphasie, Dyskalkulie, Störung des abstrakten Denkens)
Gute Alltagskompetenz im Gegensatz zum schlechten Abschneiden in Tests	Schlechte Alltagskompetenz und schlechtes Abschneiden in Tests entsprechen sich
Meist gutes Ansprechen auch der kognitiven Symptome auf Antidepressiva und Psychotherapie	Kein Ansprechen der kognitiven Symptome auf Antidepressiva und Psychotherapie; bei gleichzeitiger Depression aber Besserung der Stimmung und Beruhigung

» b) Delir versus Demenz

Hinweise auf Delir	Hinweise auf Demenz
Rascher Beginn	Meist langsamer Beginn; erste Zeichen liegen meist länger als ein Jahr zurück
Bewusstsein getrübt	Keine Beeinträchtigung des Bewusstseins
Aufmerksamkeit vermindert	Aufmerksamkeit normal-vermindert
Wahn; akustische/optische Halluzinationen	Kein Wahn oder Halluzinationen; wenn, dann meist spät im Krankheitsverlauf
Psychomotorik: gesteigert oder vermindert	Meist normal
Vegetative Symptome	Keine ausgeprägten vegetativen Symptome
Dauer: Stunden bis sechs Monate	Mehr als sechs Monate

Tab. 9

c) Differentialdiagnose: Demenz mit Lewy-Bodies – Alzheimer-Demenz

Kern- u Stützsymptome der Demenz mit Lewy-Bodies	Klinische Merkmale der DLB	Vorhanden	Nicht vorhanden
Schwankungen in Kognition und Wachheit	ja		
Wiederholt visuelle Halluzinationen ab Frühstadium der Demenz (konkret beispielsweise: Personen, Tiere, Gegenstände)	ja		
Parkinson-Symptomatik (selten Tremor)	Parkinson- und Demenzbeginn innerhalb eines Jahres		
REM-Schlafstörung	ja		
Schwere Neuroleptika-Sensitivität	ja		
Visuell-Räumliches Defizit ab Frühstadium der Demenz	ja		
Geringe striatale Dopamintransporter-Aufnahme in SPECT/PET-Imaging	ja		
Auswertung: Demenz mit Lewy-Bodies wahrscheinlich: 2 Kernsymptome (rot) oder 1 Kern + 1 Stützsymptom (blau) Demenz mit Lewy-Bodies möglich: nur 1 Kernsymptom oder nur 1 Stützsymptom			

Tab. 10

d) Medikamente, die eine Demenz verschlimmern können

Schlafmittel Barbiturate Benzodiazepine Bromide Antihypertensiva Alpha-Methyldopa Betablocker Clonidin Diuretika	Schmerzmittel Opiate Phenazone Antibiotika, Antimykotika Chloramphenicol Griseofulvin Metronidazol Penicillin Polymyxin Rifampicin Sulfonamide	Psychopharmaka Antidepressiva Benzodiazepine Butyrophenone Lithium Phenothiazine Antiepileptika Ethosuximid Phenobarbital Phenytoin Primidon Topiramat Valproinsäure	Anticholinergika/ Spasmolytika Atropin Belladonna-Alkaloide Propylphenazon Trosipiumchorid Zytostatika	Andere Substanzen Amphetamine Ciclosporin Digitalis Ergot-Alkaloide Steroide Sulfonylhamstoffe
--	--	--	---	---

Tab. 11

Literatur bei den Verfassern

*) **Univ. Prof. Dr. Reinhold Schmidt**, Universitätsklinik für Neurologie/Klinische Abteilung für Neurogeriatrie, Medizinische Universität Graz; **cand. med. Maximilian Zarfl**, Medizinische Universität Graz;
Korrespondenzadresse: Univ. Prof. Dr. Reinhold Schmidt, Tel.: 0316/385-13136; E-Mail: reinhold.schmidt@medunigraz.at

Lecture Board

Univ. Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, AKH Wien/Universitätsklinik für Neurologie;
Univ. Prof. Dr. Josef Marksteiner, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Landeskrankenhaus Hall

Ärztlicher Fortbildungsanbieter
 Klinische Abteilung für Neurogeriatrie, Universitätsklinik für Neurologie/Medizinische Universität Graz

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind. **Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Fachpunkte im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden.**

Schicken Sie diese Seite bis 5. Dezember 2016 entweder per Post oder Fax an:
Verlagshaus der Ärzte GmbH z. H. Frau Claudia Chromy,
1010 Wien, Nibelungengasse 13, **Fax: 01/512 44 86/55**



auch online unter:

[www.aerztezeitung.at/
DFP-Literaturstudium](http://www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium)

1) Welche Untersuchung ist für die Diagnose „Alzheimer-Demenz“ nicht obligatorisch? (eine Antwort richtig)

- a) Eigenanamnese, Außenanamnese und Kognitive Testung
- b) CT/MRT des Gehirns
- c) EEG und Liquordiagnostik
- d) Erhebung von Demenz-assoziierten psychischen und Verhaltenssymptomen

2) Charakteristika der Demenz mit Lewy-Bodys sind:

(drei Antworten richtig)

- a) kann in Form von Delir-ähnlicher Verwirrtheit einsetzen;
- b) ein Parkinson-Syndrom mit besonders starker Ausprägung des Tremors;
- c) anfangs relativ geringe Beeinträchtigung von Gedächtnis und Merkfähigkeit;
- d) visuelle Halluzinationen.

3) Welche Aussage trifft auf die vaskuläre Demenz nicht zu?

(eine Antwort richtig)

- a) Die subkortikale vaskuläre Demenz ist der häufigste Subtyp.
- b) Der Nachweis eines stattgehabten Infarktes im Gehirn eines dementen Patienten ist gleichbedeutend mit der Diagnose „Vaskuläre Demenz“.
- c) Die Diagnose wird durch eine zeitliche Assoziation zwischen Schlaganfällen und dem Beginn der Demenz unterstützt.
- d) Punktförmige oder fleckförmige Marklager-Hyperintensitäten im MRI treten häufig auch bei älteren Normalpersonen auf.

4) Für die Frontotemporale Degeneration trifft nicht zu

(zwei Antworten richtig):

- a) Sie setzt knapp zehn Jahre später als die Alzheimer-Krankheit ein.
- b) Sie liegt nur vor, wenn auch schwere Verhaltensauffälligkeiten bestehen.
- c) Extrapyramidale Symptome und Zeichen einer Motoneuronenerkrankung sind möglich.
- d) Progrediente Sprachstörungen sind ein häufiges Symptom.
- e) Bei der klinisch neurologischen Untersuchung kann gelegentlich ein positiver Greifreflex bestehen.

5) Im Gegensatz zum Delir zeigt sich bei der Demenz:

(drei Antworten richtig)

- a) Der Beginn ist meist langsam.
- b) Meist gesteigerte oder verminderte Psychomotorik.
- c) Es gibt keine ausgeprägten vegetativen Symptome.
- d) Wahn und Halluzinationen kommen – falls überhaupt – meist erst spät im Krankheitsverlauf vor.
- e) Ein getrübbtes Bewusstsein.

6) Für die Therapie trifft Folgendes zu (zwei Antworten richtig):

- a) Cholinesterase-Hemmer sind für die Therapie der Alzheimer-Demenz und Lewy-Body Demenz zugelassen.
- b) Bei dementen Patienten mit Depressionen werden SSRIs und Moclobemid in Kombination empfohlen.
- c) Vor dem Einsatz von Antipsychotika zur BPSD-Behandlung wird der Einsatz von Cholinesterasehemmern oder Memantin empfohlen.
- d) Der Einsatz von Benzodiazepinen bei Demenzpatienten mit Angst und Agitiertheit ist weitgehend unbedenklich.
- e) Die Medikamente zur Therapie der Alzheimer-Demenz sind auch bei frontotemporaler Degeneration wirksam.

Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name:

Meine ÖÄK-Arztnummer:

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto. Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | > 60 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |