

Verwirrt oder Alzheimer?

Ist jede Gedächtnisstörung gleich eine Demenz vom Typ Alzheimer? Diese und weitere Fragen zur Therapie und Fahrtüchtigkeit im Alter waren Inhalt der Fortbildung

«Verwirrt oder Alzheimer?» Anfang September in Zürich.

ANNEGRET CZERNOTTA

Mehr als 50 Erkrankungen sind bekannt, die sich ähnlich äussern wie Alzheimer. Denn nicht jede Erinnerungsstörung ist gleich ein Morbus Alzheimer. Demenz ist vielmehr die generelle Bezeichnung für Erkrankungen mit Verlusten des Erinnerungsvermögens zusammen mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns. Die Alzheimer-Krankheit ist mit 50 Prozent die häufigste Form, gefolgt von der vaskulären Demenz (18%). Häufig liegen auch Mischformen vor, die eine Differenzialdiagnose erschweren. Risikofaktoren für eine Alzheimer-Demenz sind hohes Alter, ein tiefer Mini-Mental-Status, eine mesotemporale Atrophie und ein ApoE4 (bei Alzheimer-Kranken beträgt die Häufigkeit des ApoE4 30–42%). Schwierig sei es allerdings, Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen direkt zu Beginn der Alzheimer-Demenz zu diagnostizieren, meinte Prof. Dr. med. Claudio Bassetti, Neurologische Klinik am Universitätsspital Zürich, zu Beginn der Fortbildung. Gerade zu Beginn weisen die Patienten nämlich keine Verwirrtheit auf; auch die Laborparameter oder das CT sind normal. Werden allerdings semantische Tests durchgeführt, ist sehr früh ersichtlich, dass Ge-

dächtnis- und Wortfindungsstörungen vorhanden sind, die auf eine Demenz vom Typ Alzheimer hinweisen, so Bassetti. Denn durch die frühe Beteiligung des Hippocampus sind die ersten Symptome fast immer Kurzzeitgedächtnisstörungen, insbesondere die Aufnahme, Speicherung und (verzögerte) Wiedergabe neuer Informationen ist gestört. Abgegrenzt werden muss die Alzheimer-Demenz von der vaskulären Demenz, die sehr häufig bei alten Menschen mit arteriosklerotischen Veränderungen der Gefässe vorkommt, wodurch multiple Infarkte auftreten. Der Krankheitsverlauf ist im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz saltatorisch und nicht chronisch. Auch ein «Mild Cognitive Impairment» (MCI) kann eine Vorstufe zum Alzheimer darstellen. Ein MCI entwickelt sich häufig bei Patienten zwischen 50 und 60 Jahren. Die Patienten berichten, dass sie «Angst haben, einen Alzheimer zu entwickeln». «Auch wenn das MCI nicht auf einen Alzheimer hinweisen muss, ist es sehr ernst zu nehmen, entwickeln doch 25 bis 50 Prozent später einen M. Alzheimer», meinte Bassetti. Weitere 22 Prozent aller Demenzen betreffen die Pick'sche Krankheit oder Demenz mit Lewy-Körpern. Auch ein Morbus Parkinson ist diagnostisch nicht immer einfach von

**«Verwirrt oder Alzheimer?»,
8. September 2005,
Swissôtel Zürich**

der Alzheimer-Demenz abgrenzbar. Zur Abklärung in der Hausarztpraxis empfiehlt sich laut Bassetti:

- *der Mini-Mental-Status (ist allerdings nicht sehr sensitiv)*
- *der Uhrentest*
- *eine Abklärung der Wortfluenz (beispielsweise Wörter mit S auf-sagen lassen)*
- *eine Schriftprobe*
- *die Fremdanamnese.*

Zusätzliche Abklärungen sind das Schädel-CT oder PET oder MRI sowie das Labor mit CRP, BSG, BB und so weiter. Red Flags, die gegen einen M. Alzheimer sprechen, sind ein plötzlicher Krankheitsbeginn, fokale-neurologische Ausfälle, Gangstörungen und eine Störung vor dem 40. Lebensjahr.

Therapie der Alzheimer-Demenz

Bestimmte Formen von Demenzsyndromen (10%) sind kausal behandelbar. Dazu zählen der Vitamin-B₁₂-Mangel, die Hypothyreose, der Hydrozephalus (CT-positiv), raumfordernde Prozesse, eine Depression, infektiös-entzündliche Demenzen und medikamentös-toxische Substanzen wie Medikamente, Alkohol oder Anticholinergika. «Für die Alzheimer-Demenz steht auch heute noch keine kausale Therapie zur Verfügung, dafür ist es heute möglich, sie früh zu erfassen», meinte auch Prof. Christoph

Hock, Burghölzli Zürich. Denn obwohl der Verlauf des Alzheimers chronisch ist und die präklinische Phase 15 bis 30 Jahre dauert – im Vergleich mit einer klinischen Phase von 5 bis 10 Jahren –, kann heute mittels neuropsychologischer Tests jede Gehirnregion in ihrer Funktionalität erfasst werden. Antidepressiva oder Antipsychotika sollen nach Ansicht des Experten nur nach Indikation eingesetzt werden und dann in der niedrigsten noch wirksamen Dosierung, da beispielsweise Antipsychotika die Sturzgefahr erhöhen können. Alternativ könnten Unruhezustände durch Laufen, Singen und so weiter aufgefangen werden.

Therapie der Alzheimer-Demenz

Die Degeneration cholinergener Neurone steht bei der Alzheimer-Demenz im Vordergrund. Sie korreliert mit dem Schweregrad des demenziellen Syndroms und führte zur Entwicklung der Acetylcholinesterasehemmer (AChE-Hemmer) wie Galantamin, Donepezil oder Rivastigmin. 5 bis 10 Prozent der von Alzheimer Betroffenen zeigten unter der Therapie eine deutliche Verbesserung kognitiver Symptome mit Auswirkungen auf die Alltagskompetenz. Die Verträglichkeit ist insgesamt gut. Acetylcholinesterasehemmer werden zur Behandlung einer leichten bis mittelschweren Demenz eingesetzt. Die Medikamente wirken stabilisierend, aber nicht kausal und besser, je früher sie eingesetzt werden. Bei Galantamin (Reminyl® Prolonged Release) und Donepezil ist eine einmal tägliche Dosierung möglich. Rivastigmin bietet laut Hock den Vorteil, dass sich das Medikament sehr gut in geringen Dosen verabreichen lässt. Hock erwähnte auch die Studie der AD2000 Collaborative Group (Lancet 2004; 364: 2105–2115). In dieser Studie wurde die Wirksamkeit von Donepezil untersucht. Die Autoren konnten nach dreijähriger Therapie mit Donepezil keine signifikanten Verbesserungen bei Kognition und Verhalten feststellen. Daraufhin wurde der Cholinesterasehemmer als unwirksam bezeichnet, was zu einer grossen Verunsicherung auf Seiten der Ärzte und



Weicht der Patient im Gespräch aus, oder hat er Angst, einen Alzheimer zu entwickeln, weil er Dinge nicht mehr findet? Spätestens dann sollten weitere Abklärungen erfolgen.

Angehörigen führte. Hock meinte dazu, dass die Therapie mit AChE-Hemmern bei guter Verträglichkeit nicht einfach unterbrochen werden solle. Nach rund einem Jahr medikamentöser Therapie lasse die Wirkung zwar nach, allerdings auf einem höheren Niveau. Wird das Medikament abrupt abgesetzt, wird der Patient nie mehr das Ausgangsniveau erreichen. Verschiedene Schweizer Ärzte haben sich in der Zwischenzeit öffentlich zu Studienmängeln der AD2000 geäussert (siehe Schweiz Med Forum 2005; 5: 805–806). Erkenntnisse über Mechanismen der Neurodegeneration durch exzitatorische Neurotransmitter wie zum Beispiel Glu-

tamat führten zur Entwicklung von Glutamat-Rezeptor-Antagonisten wie Memantin (Ebixa®, Axura®), das seit Anfang 2004 therapeutisch eingesetzt wird. Bei der Alzheimer-Krankheit «rauscht» gewissermassen ständig die Leitung. Lern- und Erinnerungsimpulse bleiben dadurch ungehört. Memantin verbessert die neuronale Signalübertragung, bewirkt dadurch eine Verbesserung von Kognition und Verhalten und ist neuroprotektiv. Es ist für die Behandlung mittelschwerer und schwerer Demenzen zugelassen. Nach Angaben von Hock macht die Kombination eines Cholinesterasehemmers mit Memantin aufgrund der ver-

schiedenen Demenzstadien, die medikamentös abgedeckt werden, Sinn. Zudem sei die Verträglichkeit insgesamt gut. Ist allerdings die Alzheimer-Demenz sehr weit fortgeschritten, eine Kommunikation mit dem Patienten nicht mehr möglich und fehlen Indikatoren einer Besserung, kann die medikamentöse Therapie gestoppt werden, so Hock.

Neue Forschungsergebnisse

Die experimentellen Strategien konzentrieren sich derzeit auf eine Verminderung von Amyloid-beta-Peptid sowie auf eine Stimulierung der Amyloid-Clearance im Gehirn. Weiterhin gehört die aktive und passive Immunisierung zu den neuen Forschungsansätzen. Nachdem in der Impfung beim Menschen in der Phase I eine gute Verträglichkeit vorhanden war, traten in der Phase II gehäuft Meningoenzephalitiden auf.

Autofahren im Alter

Die Anzahl älterer Autofahrer wächst. Was ältere Autofahrer von jüngeren unterscheidet, ist die abnehmende Geschwindigkeit der Informationsaufnahme, das eingeschränkte Sehvermögen – speziell nachts und in der Dämmerung – und die Einschränkung der Beweglichkeit vornehmlich beim Kopfdrehen. In Artikel 7 Abs. 3b der VZV ist festgehalten,

dass über 70-jährige Ausweisinhaber sich alle zwei Jahre einer Kontrolluntersuchung unterziehen müssen. Nur, wie kann der Hausarzt feststellen, ob er es mit einem gesunden betagten Autofahrer oder mit einem bereits dementen Autofahrer zu tun hat? Denn dass die Demenz unter älteren Autofahrern ein Problem ist, beweist eine im Jahr 1998 bei 149 Autolenkern über 70 Jahre durchgeführte Untersuchung, die von Drittpersonen gemeldet wurden. Es zeigte sich, dass 48 Prozent eine beginnende Demenz, 24 Prozent Sehprobleme und 6 Prozent Alkoholprobleme aufwiesen. Nur bei einem Drittel konnte die Fahreignung überhaupt befürwortet werden. Neben «der Zucker- und Blutdruckmessung» soll das Anamnesegespräch auch Aufschluss über eine vorliegende Demenz bringen, sagte Dr. med. Rolf Seeger, Institut für Rechtsmedizin, Zürich. Denn im Gegensatz zum «nur» älteren Autofahrer, der seine Mängel kompensieren kann, ist der demente eine Gefahr für andere Verkehrsteilnehmer.

«Marker», auf die im Patientengespräch geachtet werden muss, sind laut Seeger:

- *Weicht der Patient im Arztgespräch Fragen aus?*
- *Erklärt er weitschweifig?*
- *Bleibt er bei einem Thema kleben?*
- *Hat er Wortfindungsstörungen?*
- *Liegen Verhaltensauffälligkeiten wie eine Aggression vor?*

- *Zeigt er ein umständliches Vorgehen beim Anziehen?*
- *Sind Zeichen einer beginnenden Verwahrlosung vorhanden (verschmutzte Kleidung)?*

Der MMS-Status oder Uhrentest können den Verdacht auf eine Demenz erhärten. Im Zweifelsfall ist die Überweisung der Verantwortung ans Strassenverkehrsamt durchaus möglich, speziell dann, wenn das Vertrauensverhältnis durch die Uneinsichtigkeit des Patienten gestört ist. Dieses Gesuch kann der Hausarzt schriftlich eingeben, eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist nicht nötig (SVG Art. 14 Abs. 4). Weitere Informationen finden sich im Internet, unter: www.irm.unizh.ch/irm_downloads/pdfs/Verkehrsmedizin/Fahreignung_Artikel/fe_alter.pdf. ■

Annegret Czernotta

Quelle:
«Verwirrt oder Alzheimer?», 8. September 2005,
Swissôtel Zürich. Veranstalter: Merz

Nachdruck aus «The Medical Journal»
10/2005 mit freundlicher Genehmigung von
Verlag und Autorin.