

Alzheimer: Diagnose früh stellen und handeln

«Mild cognitive impairment» (MCI) kann und muss hingegen nicht therapiert werden

Für die Betroffenen wiegt die Diagnose Demenz so schwer wie die einer Krebserkrankung. Dennoch sollte eine Alzheimer-Erkrankung frühzeitig diagnostiziert und dann behandelt werden, forderte Professor Michael Hüll, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie am Universitätsklinikum Freiburg.

«Die Alzheimer-Demenz ist kein Sprint, sondern ein Marathonlauf.» Mit dieser Bemerkung veranschaulichte Michael Hüll, dass die Alzheimer-Demenz einen sehr langen Vorlauf hat, ehe sie sich schliesslich manifestiert. «Jeder hier im Saal, der über 35 ist, hat schon einen Tangle im Hippocampus», sagte der Psychiater anlässlich eines State-of-the-art-Symposiums zur Demenztherapie. Heute lasse sich unter Ausschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Alzheimer-Demenz feststellen. «Ich plädiere deshalb dafür, die Diagnose früh und definitiv zu stellen», sagte Hüll. So könnten die Behandlungsmöglichkeiten voll ausgeschöpft werden.

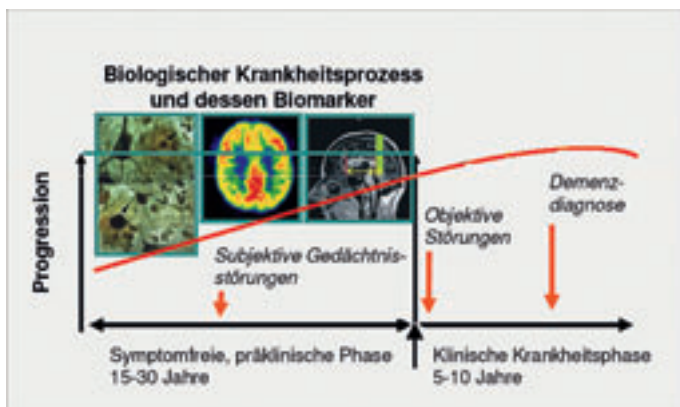
Dagegen grenzte er die Diagnose «mild cognitive impairment» (MCI) klar ab. MCI sei zwar eine mögliche Vorform der Demenz – wer darunter leidet, hat ein erhöhtes Risiko, an Alzheimer zu erkranken –, allerdings zeigten populationsbasierte Studien, dass die kognitiven Einbussen sich bei mehr als 50 Prozent nicht über das alterstypisch zu

erwartende Mass verschlechtern. Persönliche Klagen über kognitive Störungen haben sich laut Hüll als untaugliches prognostisches Kriterium erwiesen. Häufig seien MCI durch Depression, Schlafstörungen oder internistische Erkrankungen verursacht.

Eine spezifische Therapie gegen MCI gebe es derzeit nicht, auch für Ginkgo biloba, grünen Tee oder Vitamine gäbe es letztlich keine hinreichende therapeutische Evidenz. Ausdrücklich als ungeeignet bezeichnete er eine Östrogenbehandlung bei Frauen in der Postmenopause, auch das vermutete therapeutische Potenzial von Statinen müsse in dieser Indikation noch eingehender untersucht werden. Acetylcholinesterasehemmer seien sicher unwirksam. Angesichts fehlender Optionen sollte man es bei allgemeinen Ratschlägen an die Patienten belassen. Hierzu zählen möglichst viel körperliches Training und die Einstellung eines Hypertonus. Ein erhöhter Blutdruck sei ein Risikofaktor für Demenz. Gelingt es frühzeitig, den Blutdruck zu normalisieren, reduziert sich auch das Demenzrisiko. Im Übrigen empfahl Hüll, Patienten mit MCI in regelmässigen Abständen von drei oder sechs Monaten zur Kontrolle einzubestellen.

Welche Therapien helfen?

Ist eine Demenz diagnostiziert, benötigen Patienten eine umfassende Therapie und Unterstützung. Was die medikamentöse Behandlung angeht, so konnte Hüll keine praxisrelevanten Neuheiten präsentieren. Er bestätigte stattdessen, dass die Wirksamkeit der neuromodulatorisch wirkenden Acetylcholinesterasehemmer bewiesen sei, wobei diese Substanzen zumindest einige Monate einen Aufschub der Krankheitsprogression versprechen. Ob es qualitative Unterschiede zwischen Donepezil, Rivastigmin und Galantamin gebe, lasse sich mangels aussagefähiger Studien nicht beantworten, meinte Hüll. Me-



Jahrzehntelanger neurodegenerativer Verlauf vor dem ersten klinischen Symptom der Alzheimer-Krankheit.



2006 gab es in England Proteste gegen die NICE-Entscheidung, den Einsatz von Antidementiva zu beschränken. Acetylcholinesterasehemmer gehören mit Memantin immer noch zu den einzigen befristet wirksamen Medikamenten.

mantin als Glutamatmodulator kommt nach Darstellung des Psychiaters im fortgeschrittenen Stadium der Demenz zum Einsatz.

Hüll forderte Geduld bei der Anwendung der Antidementiva. Es komme darauf an, die Dosis langsam zu erhöhen, und zwar bis zur höchstmöglichen Dosis. «Je höher die Dosis, desto besser die Wirkung», sagte er. Er ermahnte dazu, nicht grundlos bei einer niedrigen Dosis stehen zu bleiben.

Sehr problematisch bleibt die Behandlung der akzessorischen Demenzsymptome wie Halluzination, Wahn, Agitation oder Aggression, die zumeist im mittleren Krankheitsstadium auftreten und eine schwere Last für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeuten. Es sei schwierig, eine gute Empfehlung zu geben, meinte Hüll. Zwar wirke das dafür zugelassene Risperidon beispielsweise gut auf aggressives Verhalten, aber man müsse gerade in höheren Dosierungen mit erheblichen Nebenwirkungen bei den betagten Patienten rechnen. Zudem habe sich gezeigt, dass Atypika und auch Typika das Sterblichkeitsrisiko erhöhen könnten, weshalb die Behandlung mit diesen Substanzen ein sehr sorgfältiges Abwägen voraussetze. Die Praxis zeige aber, dass man bei schweren Verhaltensstörungen handeln müsse und dann oft nicht um Neuroleptika herumkomme.

Hüll ging auch kurz auf neue Therapieansätze ein. Seiner Meinung nach werden Sekretasehemmer in einiger Zeit auf den Markt kommen, auch die Bemühungen um eine passive Impfung würden weitergehen, während die Aktivitäten hinsichtlich der aktiven Impfung nach dem ersten gescheiterten Versuch offenbar «heruntergefahren» wurden. Mit grossem Interesse und wohl auch einigen Hoff-

nungen schauen Kliniker und Forscher auf Dimebon, ein Antihistaminikum, das in einer «Lancet»-Studie im Juli letzten Jahres hervorragende Erfolge bei Alzheimer-Demenz erbrachte. Nun müsse man abwarten, ob sich die Ergebnisse in grossen kontrollierten Studien bestätigten, meinte Hüll.

Ergotherapie zu Hause

Schwierig ist seiner Meinung nach die genaue Bewertung nicht medikamentöser Massnahmen. Es gebe zwar eine Vielzahl von Studien, die Methodik sei aber in vielen Fällen «zum Davonlaufen». Vor allem bemängelte er, dass oft eine Vergleichsintervention vorgenommen wurde. Als sehr wichtig habe sich aber das Training der Angehörigen erwiesen. Es trägt dazu bei, die Lebensqualität zu erhöhen, und es gebe Hinweise darauf, dass die Unterstützung der Angehörigen sogar die Psychopathologie der Patienten verbessere. Das sei gut nachvollziehbar: Wenn ein Angehöriger es schaffe, gelassener mit den Defiziten des Kranken umzugehen, entspanne das für alle die Situation. Grosse Erwartungen setzt Hüll in die Ergotherapie, die die Betroffenen in ihrer eigenen Wohnung durchführen. Eine erste Studie sei Erfolg versprechend verlaufen. In Freiburg sei man gerade dabei, die Untersuchung zu replizieren.

Die Abbildungen stammen von Professor Wolfgang Meier, Psychiatrische Universitätsklinik Bonn.

Take home messages

- Die Alzheimer-Demenz sollte früh diagnostiziert und behandelt werden.
- «Mild cognitive impairment» erhöht das Alzheimer-Risiko, führt aber keinesfalls zwangsläufig in die Demenz. Eine spezifische Therapie ist nicht möglich.
- Bei Demenzkranken sollten Acetylcholinesterasehemmer früh eingesetzt werden, für fortgeschrittene Stadien steht Memantin zur Verfügung.
- Bei aggressivem Verhalten kommt man um eine Neuroleptikatherapie nicht immer herum. Bei den betagten Patienten ist aber mit schweren Nebenwirkungen zu rechnen.
- Schulung und Unterstützung der Angehörigen ist unbedingt erforderlich.
- Ergotherapie in der eigenen Wohnung könnte sich als wichtige Massnahme etablieren.