

# Demens – diagnostik og behandling på en geriatrisk hukommelsesenhed

Overlæge Claus Moe

H:S Bispebjerg Hospital, Medicinsk Center, Geriatrisk Klinik G

## Resume

**Introduktion:** Man er i dag klar over, at demens skyldes sygdom og ikke aldring. Genstandsområdet ligger inden for de neurologiske, psykiatriske og geriatriske specialer. I Københavns Kommune finder udredning og behandling af demens sted på tre niveauer:

1) almen praksis, 2) lokale hukommelsesenheder med speciallægebemanding i geriatri, neurologi og/eller psykiatri og 3) H:S Hukommelseskliniken, H:S Rigshospitalet. På Geriatrisk Klinik, H:S Bispebjerg Hospital, oprettede man i 2000 en lokal Hukommelsesenhed. Det faktum, at enheden blev oprettet i et andet grundspeciale end neurologi som på Rigshospitalet, gjorde det nødvendigt at foretage et udviklingsarbejde.

**Materiale og metoder:** Der blev foretaget en deskriptiv opgørelse af 450 konsekutive patientforløb, som i perioden fra den 14. marts 2001 til den 31. december 2004 blev udredt og behandlet på Hukommelsesenheden.

**Resultater:** Af de 450 konsekutive patienter var 330 (73%) kvinder og 120 (27%) mænd. Medianalderen var 84 år (spændvidde 64-97 år), og den mediane *mini mental state examination* (MMSE)-score ved første konsultation på Hukommelsesenheden var 24 (spændvidde 1-30). Cerebral computertomografi blev foretaget hos 339 (75%), og 6 (1%) fik foretaget en single photon computertomografi. Halvfems (20%) blev i forløbet vurderet af en gerontopsykiater og 151 (34%) af en neuropsykolog. En irreversibel demensdiagnose blev stillet hos 322 (72%).

**Konklusion:** Patienterne blev overvejende henvist med en MMSE-score på over 20, men patienter med selv meget høje MMSE-scorer kan godt have en irreversibel demenssygdom. Sammenlignet med resultater af undersøgelser fra Hukommelsesklinikker i neurologisk regi fandtes en højere forekomst af patienter med en irreversibel demensdiagnose. Forskellen forklares mest sandsynligt ved forskelle i gennemsnitsalderen på de henviste patienter. Måske er tærsklen for at henvise til udredning for lettere kognitive dysfunktioner lavere for yngre end for ældre patienter. Det geriatriske koncept er velegnet som platform, når man skal udrede og behandle ældre patienter med kognitive dysfunktioner, for det ender med en akut indlæggelse på hospital eller et socialt sammenbrud. For at kunne udøve en helstøbt og kvalificeret udredning og behandling, er det nødvendigt med et lokalt og tæt samarbejde med gerontopsykiater, neurolog og neuropsykolog.

Udredning og behandling af demens har været i en hastig udvikling i de senere år. Man er i dag klar over, at demens skyldes sygdom og ikke aldring. I 2001 udsendte Sundhedsstyrelsen den første redegørelse vedrørende diagnostik og

behandling af demens [1], hvori det beskrives, at genstandsområdet ligger inden for de neurologiske, psykiatriske og geriatriske specialer, og der lægges i redegørelsen vægt på betydningen af et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Samme år udsendte Dansk selskab for almen medicin en klaringsrapport med vejledning til almen praksis [2]. Næste udgave af denne vejledning er under udarbejdelse.

Ifølge Fremtidig demensindsats i Hovedstadens Sygehusfællesskab [3] foreslås det, at udredning af demens finder sted på tre niveauer: 1) almen praksis, 2) lokale hukommelsesenheder med speciallægebemanding i geriatri, neurologi og/eller psykiatri og 3) H:S Hukommelseskliniken, H:S Rigshospitalet.

På Geriatrisk Klinik, H:S Bispebjerg Hospital, oprettede man i 2000 en lokal hukommelsesenhed. Det faktum, at enheden blev oprettet i et andet grundspeciale end neurologi som på H:S Hukommelseskliniken, H:S Rigshospitalet, gjorde det nødvendigt at foretage et udviklingsarbejde med udgangspunkt i geriatriens indsatsområder med sigte på, hvorledes de tre specialer komplementerer hinanden i samarbejdet.

## Definitioner

Et individs samlede funktionsevne kan – for simplificeret, men klinisk særdeles praktisk – opsplittes i en kognitiv funktionsevne (intellekt) og en fysisk funktionsevne (mobilitet). Ved kognitiv dysfunktion forstås nedsat funktion inden for områder som indlæring, hukommelse, strukturering, overblik, problemløsning, sprog og tænkning. Det er en dysfunktion af de hjerneprocesser, som foregår mellem en opstået situation og reaktionen herpå [4]. Demens er derimod en syndromdiagnose, hvor alle fem *The International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD)-10-kriterier skal være opfyldt (**Tabel 1**). Man kan godt være kognitivt dysfunktionel uden at være dement, men ikke omvendt. Kognitiv dysfunktion er altså et videre begreb end demens. På et tredje og ætiologisk niveau findes de forskellige typer af demenssygdomme.

## Beskrivelse af Hukommelsesenheden og flowdiagram

Hukommelsesenheden på H:S Bispebjerg Hospital er normeret med en speciallæge i intern medicin og geriatri, 37 timer, en sygeplejerske, 60 timer, en neuropsykolog, 18,5 timer og en sekretær, 30 timer, pr. uge i samarbejde med en gerontopsykiatriske konsulent, som foretager tilsyn en eftermiddag om ugen. Ved behov for neurologisk vurdering samarbejdes der afhængigt af problemet både med neurologer fra H:S Hu-

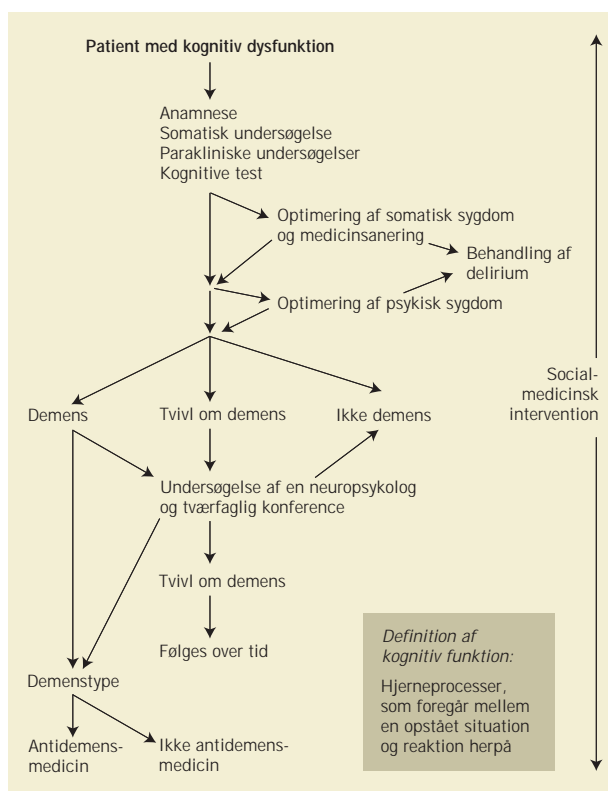
## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

kommunesklinikken, Rigshospitalet, og med neurologer fra Neurologisk Afdeling, H:S Bispebjerg Hospital. Enheden modtager overvejende ældre patienter, der er blevet henvist fra alment praktiserende speciallæger i hospitalets optageområde. Nogle patienter modtages fra egne sengeafsnit og fra Geriatrik Ambulatorium. Enkelte patienter henvises fra hospitalets øvrige afdelinger efter forudgående tilsyn fra Hukommelsesenhedens læge. Langt den overvejende del af konsultationerne finder sted på Hukommelsesenheden, men hvis det er påkrævet, kan de også finde sted i patientens hjem. Anamnesen optages af en læge og en sygeplejerske i fællesskab. Dermed sikres ensartet information og bedre koordinering af behandlingen. Enheden har gennem de fire år haft et stigende antal henvisninger.

Når patienten har fået stillet en diagnose, behandling herfor er iværksat, og den socialmedicinske intervention i samarbejde med hjemmeplejen fungerer, afsluttes patientens forløb på Hukommelsesenheden. For at gennemføre et patientforløb bruges almindeligvis to til tre eller måske fire lægekonsultationer. Patienter, som sættes i behandling med antidemensmedicin, følges dog så vidt muligt på enheden i et år efter et fastlagt skema med kontrol i optitreringsfasen og siden efter tre, seks og 12 måneder. Efter et års behandling tages der beslutning om, hvorvidt medicineringen skal fortsætte, og herefter overgår patienten til egen læge.

**Figur 1** viser på en skematisk måde patientens udrednings- og behandlingsforløb. Patienten henvises med uafklaret kognitiv dysfunktion og først når alt, som kan sløre billedet (reversibel demens og pseudodemens), er diagnosticeret og behandlet, kan den kognitive dysfunktion tages som et udtryk for en irreversibel demenssygdom. Læg mærke til at den socialmedicinske intervention begynder ved den første konsultation og finder sted i hele patientforløbet.

Ikke alle patienter, som henvises med kognitiv dysfunktion, får foretaget en cerebral computertomografi (CT). Hvis forklaringen f.eks. er somatisk sygdom af anden årsag, medicinbivirkninger, psykisk sygdom, eller at patienten ikke opfylder kriterierne for demens, er der ikke indikation for CT. Det er der heller ikke i de tilfælde, hvor en demenssygdom er meget fremskreden, og hvor anamnesen tyder på demens af



Figur 1. Flowdiagram for udrednings- og behandlingsforløb for patient med kognitiv dysfunktion.

f.eks. Alzheimers type. *Single photon*-tomografi (SPECT) foretages kun, hvis der er en diskrepans mellem den strukturelle skanning og resultatet af de kliniske undersøgelser.

Alle patienter, som gennemgår en neuropsykologisk undersøgelse, diskuteres efterfølgende på en tværfaglig konference, hvor en geriatr, en neuropsykolog, en sygeplejerske og undertiden en gerontopsykiater eller en ergoterapeut deltager. Lægen har ansvaret for den endelige diagnose. Hvis der efter den samlede vurdering fortsat er tvivl om, hvorvidt patienten opfylder kriterierne for en demensdiagnose, må udviklingen følges over tid. Det gøres ved at undersøge patienten igen efter et passende tidsrum, typisk et halvt til et år. Fordelen herved er, at man får to punkter på kurven for den kognitive funktionsevne, hvor man f.eks. ved Alzheimers demens vil forvente et fald. Tværfaglige konferencer er af stor betydning som platform, når man skal afklare svært diagnosticerbare patienter. Konferencerne er endvidere nyttige som middel til at give indsigt i indbyrdes terminologi og paradigmer. Man kan henvise til en neuropsykologisk undersøgelse på tre indikationer: 1) Hvis man er i tvivl om, hvorvidt patienten opfylder ICD-10-kriterierne for en demensdiagnose, 2) hvis man er i tvivl om typen af demenssygdom, eller 3) hvis der er behov for en beskrivelse af, i hvilken sværhedsgrad de forskellige domæner er ramt. Her kan f.eks. sprogforsstyrrelser være særlig vanskelige at diagnosticere.

Tabel 1. International Classification of Diseases (ICD)-10-kriterier for demens. Alle fem kriterier skal være opfyldt.

1. Svækkelse af hukommelsen (især for nye data).
2. Svækkelse af andre kognitive funktioner (abstraktion, tænkning, planlægning og dømmekraft).
3. Bevaret bevidsthedsklarhed<sup>a</sup> i et omfang, der gør det muligt at bedømme punkt 1.
4. Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst to af følgende symptomer: emotionel labilitet, irriterabilitet, apati og forgrovet social adfærd.
5. Varighed over seks måneder.

a) dvs. ikke delirøs.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Materiale og metoder**

I materialet indgår samtlige patienter, som i perioden fra den 14. marts 2001 til den 31. december 2004 blev udredt og behandlet på Hukommelsesenheden. Langt de fleste patienter blev udredt og behandlet af de samme to læger. Hvis patienten umiddelbart forud for forløbet på Hukommelsesenheden havde et forløb på det geriatriske sengeafsnit eller i Geriatrisk Ambulatorium, blev de i undersøgelsen registrerede data medtaget. Af de 450 patienter, som indgår i materialet, blev behandlingen af 420 afsluttet senest den 31. december 2004, og resten er fulgt ud over denne dato, efter at der var iværksat behandling med antidemensmedicin, langt overvejende cholinerg behandling (donepezil, rivastigmin eller galantamin). Som diagnostiske kriterier for demens af Alzheimers type og vaskulær demens anvendtes ICD-10.

**Resultater**

Af de 450 konsekutive patienter var 330 (73%) kvinder og 120 (27%) mænd. Aldersfordelingen fremgår af **Figur 2**. Fordelingen af MMSE-score ved første konsultation på Hukommelsesenheden for de 331 patienter, som besvarede samtlige items i MMSE, fremgår af **Figur 3**, hvor fordelingen af MMSE-score også er sammenholdt med det antal patienter, som fik stillet diagnosen irreversibel demens.

Cerebral CT blev foretaget hos 339 (75%), og seks (1%) fik foretaget en SPECT. Halvfems (20%) blev i forløbet vurderet af en gerontopsykiater og 151 (34%) af en neuropsykolog.

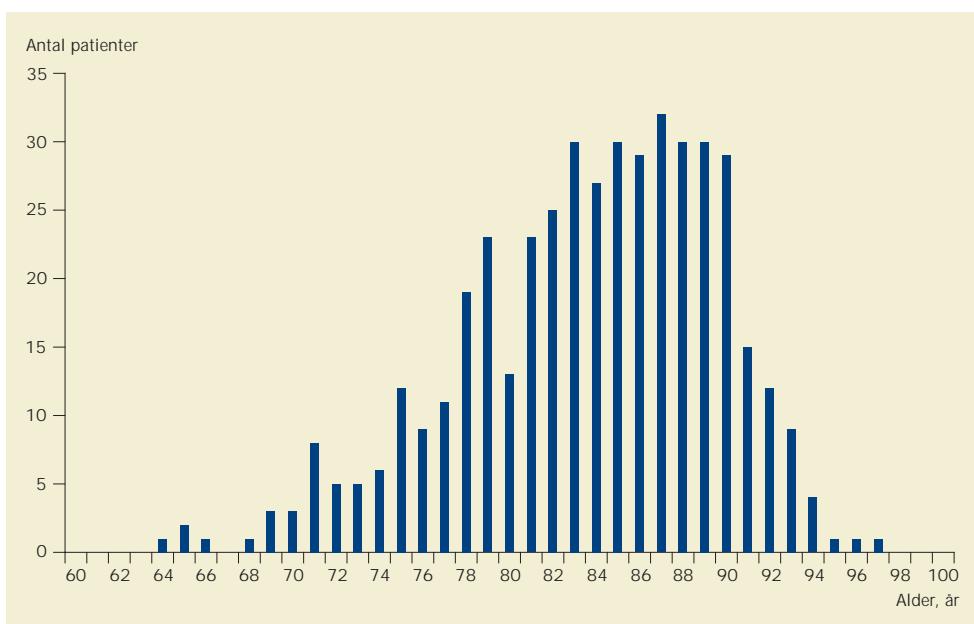
Fordelingen af aktionsdiagnoser fremgår af **Figur 4**. Diagnosen irreversibel demens blev stillet i 322 (72%) tilfælde, og 128 (28%) af de henviste patienter havde ikke en irreversibel demenssygdom. Af de patienter, som fik stillet en irre-

versibel demensdiagnose, blev 101 (31%) sat i cholinerg behandling.

**Diskussion**

Spredningen i MMSE ved første konsultation viser, at patienterne overvejende blev henvist med en MMSE-score på over 20, og at patienter med selv meget høje MMSE-scoringer godt kan have en irreversibel demenssygdom. Det understreger vigtigheden af at indhente en suffiecient anamnese, da velbegavede patienter alt andet lige typisk scorer højere ved MMSE end knap så velbegavede patienter gør. Ved meget lave MMSE-scoringer kan den kliniske problemstilling være, at pårørende ikke er blevet informeret om eller helt har forstået, hvad der er årsagen til den svære kognitive dysfunktion. Det kan også dreje sig om demensudløste adfærdsforstyrrelser, som kan bedres gennem adfærdsændringer hos pårørende eller plejepersonale.

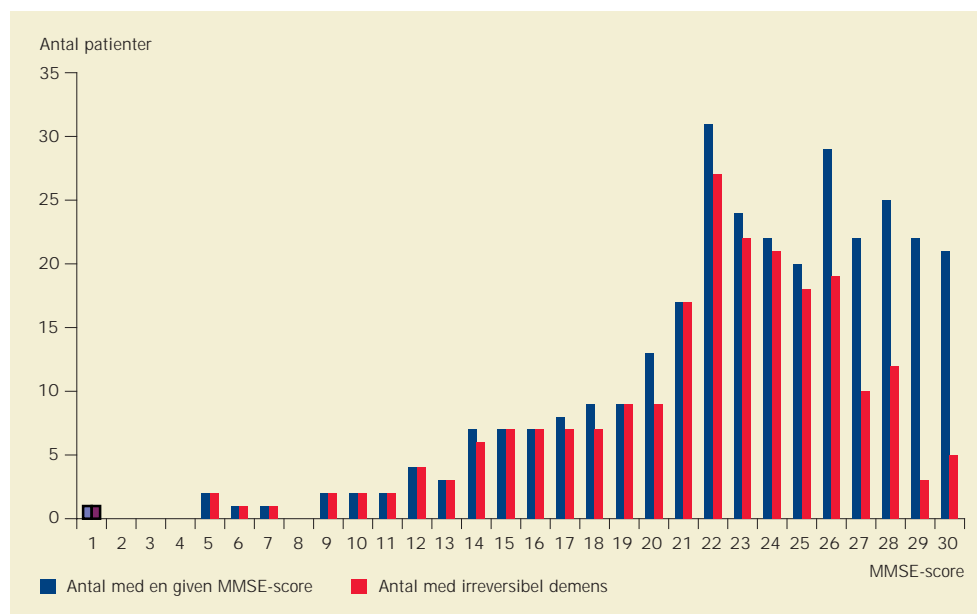
Relativt mange af patienterne blev vurderet af en gerontopsykiater. Forklaringen herpå er, at vurderingerne fandt sted på principielt to forskellige indikationer, nemlig dels i den indledende og afklarende fase som et led i behandlingen af psykiske symptomer, som ellers kunne maskere demensdiagnostikken f.eks. depression eller psykotiske tilstande, og dels i behandlingen af adfærdsforstyrrelser sekundært til diagnosen irreversibel demens. I nogle tilfælde blev patienten fulgt sideløbende af både en geriatrer og en gerontopsykiater. Hvis patienten f.eks. frembød sværere paranoide symptomer, blev patienten i en periode behandlet med små doser neuroleptikum, indtil vedkommende atter var i sin bedste (habituelle) kognitive tilstand, så en neuropsykologisk vurdering kunne finde sted.



**Figur 2.** Aldersfordeling (median 84 år (spændvidde 64-97 år)) af undersøgte patienter.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Figur 3.** Fordelingen af *mini mental state examination* (MMSE)-score (median 24) ved første konsultation for patienter, som besvarede samtlige items i MMSE sammenholdt med fordeling af patienter med irreversibel demens.



Demens er for patient og pårørende en alvorlig diagnose. Generelle krav om demensdiagnostik tidligt i sygdomsforløb øger risikoen for fejlskøn. For at opnå den størst mulige sikkerhed for, at diagnosen er rigtig, kan der i fremtiden blive øget behov for neuropsykologiske undersøgelser. At få afkræftet en mistanke om demenssygdom kan selvsagt også være væsentlig.

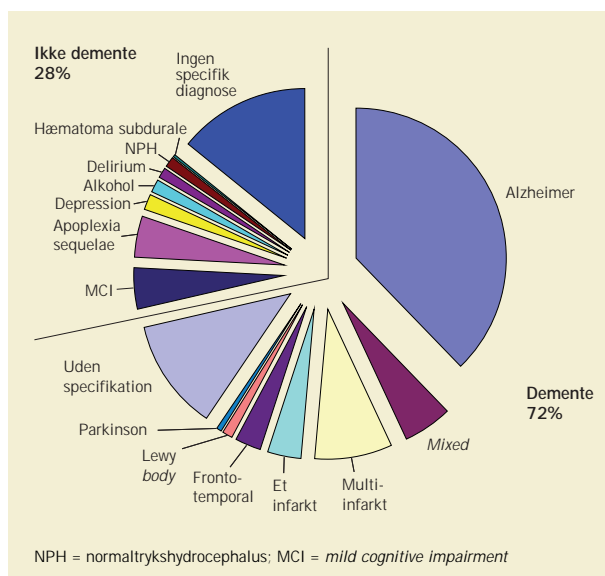
Hvad angår fordelingen af aktionsdiagnoser, fik 72% af de henviste patienter stillet diagnosen irreversibel demens. Hejl *et al* [5] fandt i en undersøgelse fra H:S Hukommelsesklinikken, Rigshospitalet, at 43% af 1.000 konsekutive patienter opfyldte DSM-IV-demenskriterierne, og at der i denne undergruppe var 4% med en potentielt reversibel årsag. Den mest sandsynlige forklaring på differencen er forskelle i gennemsnitsalderen på de henviste patienter på henholdsvis 84 år (median) og 66 år. Johannsen *et al* [6] fandt tilsvarende i en undersøgelse af 110 konsekutive patienter, som også blev udredt på en Hukommelsesklinik i neurologisk regi, at kun 47% opfyldte ICD-10-demenskriterierne. Måske er tærsklen for at henvise til udredning for lettere kognitive dysfunktioner lavere for yngre end for ældre patienter.

De internationale kriterier for demens af Lewy body-type er løbende blevet opdateret. Andelen af patienter med Lewy body-demens er relativt lav, men det skyldes, at man på H:S Bispebjerg Hospital har en specialklinik for patienter med Parkinsonsymptomer, samtidig med at nogle patienter er blevet behandlet i gerontopsykiatrisk regi.

Diagnosen demens uden specifikation blev stillet i de tilfælde, hvor demenssygdommen var så fremskreden, at man ikke længere kunne skelne mellem f.eks. demens af Alzheimers type og frontotemporal demens og i de tilfælde, hvor patienten opfyldte ICD-10-kriterierne for en

demensdiagnose, men ikke ønskede, at der blev foretaget cerebral CT.

Patienter, som ikke fik stillet en specifik diagnose, var typisk dem, som blev kognitivt bedre efter medicinsanering ved udtræning af f.eks. morfika og benzodiazepin, patienter, som var bekymrede for at have en demenssygdom, men hvor diagnosen kunne afkræftes, patienter med en særegen præmorbid psyke, hvor der ikke fandtes holdepunkt for en demensdiagnose, eller patienter, som selv afsluttede forløbet, før man nåede frem til en diagnostisk afklaring.



**Figur 4.** Fordelingen af aktionsdiagnoser. The International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Tilrettelæggelsen af udredning og behandling af kognitive dysfunktioner er endnu ikke nået at blive standardiseret i Danmark, men udviklingen går i retning af øget samarbejde på tværs af specialerne, og der arbejdes på fælles retningslinjer for elektronisk patientjournal (EPJ) og fælles database på området. Det geriatriske koncept er velegnet at anvende som platform ved udredning og behandling af ældre patienter med kognitive dysfunktioner, eftersom det har stor betydning at kunne sætte ind med behandling af internmedicinske sygdomme og/eller medicinsanering samt socialmedicinske tiltag, før det ender med en akut indlæggelse på hospital eller et socialt sammenbrud. For at kunne udøve en helstøbt og kvalificeret udredning og behandling er det nødvendigt med et lokalt og tæt samarbejde med gerontopsykiatrien og neurologien. Endvidere højner adgangen til at kunne rekvirere neuropsykologiske undersøgelser det diagnostiske niveau betragteligt, både hvad angår tidlig diagnostik og i differentieringen mellem de forskellige demenstyper.

Korrespondance: *Claus Møe*, Geriatrisk Klinik G, Medicinsk Center, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: cm05@bbh.hosp.dk

Antaget: 10. august 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

**Litteratur**

1. Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
2. Rubak JM, Bro F, Dinesen O et al. Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2001;(suppl 2):1-12.
3. H:S Direktionen. Forslag til fremtidig demensindsats i H:S området. København, 2001.
4. Hansen FR, Møe C, Schroll M. Geriatri, basisbog. København: Munksgaard Danmark, 2002.
5. Hejl A, Høgh P, Waldemar G. Potentially reversible conditions in 1000 consecutive memory clinic patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:390-4.
6. Johannsen P, Ehlers L, Abelskov KE et al. Klinik for demensudredning – 110 konsekutive patienter. *Ugeskr Læger* 1997;159:1246-51.

## Tarmiskæmi behandlet med stentanlæggelse

Reservelæge Hanne Heebøll Nygaard &

1. reservelæge Ulf Henrik Sigild

H:S Rigshospitalet, Røntgenafdelingen, Diagnostisk Center, og Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, Abdominalcentret

Tarmiskæmi er en sjælden tilstand, som er vanskelig at diagnosticere, idet symptom billedet er meget uspecifikt. Den hyppigste årsag er arteriosklerose. I den her omtalte sygehistorie beskrives en sjælden årsag til tarmiskæmi i form af vasculitis i tarmkarrene som debutsymptom ved polyarteritis nodosa og behandling af tarmiskæmi med perkutan transluminal angioplastik (PTA) og stentanlæggelse i mesenterialkarrene.

**Sygehistorie**

En 37-årig kvinde, som var ikkeryger, normalvægtig og tidligere rask fraset velreguleret hypertension gennem to år, blev via egen læge indlagt akut på kirurgisk afdeling på et lokalsygehus med tre dage varende, akut indsat, konstante mavesmerter. Hun havde forhøjet C-reaktivt protein og leukocytose. Blodsukker- og levergaldet var normale. En akut computertomografi (CT) af abdomen viste normale forhold. Hun blev appendektomeret samme dag. Appendix blev beskrevet som makroskopisk og mikroskopisk normal. Caecum var for-

størret og injiceret. Patienten blev i rimeligt velbefindende udskrevet til hjemmet tre dage efter operationen.

Patienten blev genindlagt på lokalsygehuset 19 dage senere på grund af mavesmerter, almen sygdomsfølelse og et vægttab på 7 kg. Hun havde daglige, akut indsatte, svære mavesmerter og opkastninger ca. 30 minutter efter hvert måltid samt tynd afføring. I fæcesprøver blev der fundet toksinproducerende *E. coli*. Resultaterne blev tolket som akut gastroenterit og behandlet med antibiotika uden effekt. Der var ingen objektive fund i øvrigt. Huden var normal. Patienten blev udredt med tyndtarmspassage og gastroskopi uden specifikke fund. Ved en coloskopi sås, at højre colon havde udstandsede ulcerationer og hyperæmisk slimhinde. En biopsi fra højre colon viste kronisk inflammation. På mistanke om morbus Crohn blev patienten sat i højdosis steroidbehandling, som dog ikke bevirkede nogen bedring i tilstanden.

Efter 29 dages indlæggelse blev patienten overflyttet til en specialiseret medicinsk gastroenterologisk afdeling til videre udredning og behandling. Grundet forværret almentilstand med peritoneal reaktion foretog man samme dag eksplorativ laparotomi. Man fandt hele tyndtarmen iskæmisk med spredte nekroser og uden peristaltik. Højre side af colon var let injiceret. Galdeblæren var nekrotisk. Der var ingen puls i a. mesenterica superior. Man foretogolecystektomi. Umiddelbart efter operationen blev der foretaget akut abdominal