

De differentiële diagnose delier, dementie of depressie

Of gewoon geen fut of zin meer, mag dat?

M. J. A. Kocks · M. Perry · M. G. M. Olde Rikkert

Samenvatting Patiënten en hun familie wijten cognitieve achteruitgang vaak aan het ouder worden. De huisarts kan meestal een diagnose stellen. Door het niet stellen en bespreken van de diagnose krijgen patiënten en familie niet de meest passende behandeling en uitleg over het ziektebeeld. Ook is de zorg onvoldoende aangepast en anticiperend. Vanwege de verwevenheid van de klachten ‘geen fut of zin meer’, met de differentiële diagnose delier/dementie/depressie, kan het antwoord nooit direct een simpelweg ‘ja dat mag’ zijn. Dit artikel geeft een handreiking voor de probleemverheldering bij cognitieve stoornissen en de diagnostiek en het beleid bij verdenking op delier, depressie en dementie.

Keywords delier · dementie · depressie · cognitieve achteruitgang

Inleiding

In de gemiddelde huisartsenpraktijk heeft bijna één op de tien vrouwen en ongeveer één op de twintig mannen van 75 jaar en ouder een vorm van dementie. Per huisartsenpraktijk komen daar op dit moment per jaar drie tot vier nieuwe patiënten bij.¹ Uit huis-aan-huisonderzoek komen in de algemene bevolking veel hogere prevalenties van cognitieve en/of geheugenklachten naar voren.² Uit de Tweede Nationale Studie naar klachten in de huisartsenpraktijk blijkt dat slechts 2 op de 100 patiënten bij de huisarts komen met klachten van cognitieve achteruitgang (geheugen, concentratie en oriëntatie).³ Zowel patiënten als hun familie wijten de klachten vaak aan het ouder worden en bezoeken hun huisarts pas als er sprake is van ernstige ontregeling in de thuissituatie met een acute hulpvraag. In de differentiële diagnose bij een acute hulpvraag van een ‘verwarde’ patiënt of zijn familie staan drie D’s onder elkaar: delier, dementie en depressie,

en eventueel een combinatie van twee (of drie) van deze D’s.

Deze bijdrage zal allereerst het belang benadrukken van het stellen van de diagnose in de eerste lijn. Vervolgens zetten wij de definities van de verschillende beelden nog eens bijeen en geven wij een handreiking voor de probleemverheldering bij de eerste, meestal acute, presentatie van cognitieve stoornissen bij de oudere patiënt. Diagnostiek en beleid bij verdenking op achtereenvolgens delier, depressie en dementie worden gepresenteerd in de daaropvolgende drie paragrafen. Tot slot gaan we in op de vraag: ‘Gewoon geen fut of zin meer, mag dat?’

De diagnose stellen in de eerste lijn

De huisarts kan bij cognitieve problemen in principe meestal de diagnose stellen en een goed beleid inzetten. In de praktijk gebeurt dit echter niet altijd. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat gemiddeld 50% van de patiënten met een dementieel syndroom niet als zodanig bij hun huisarts bekend is.⁴ Ook depressies bij ouderen worden vaak niet onderkend en dus niet behandeld.⁵ Cijfers voor een delier ontbreken.

Oorzaken voor de onderdiagnostiek in de oudere populatie zijn divers. Door een sluipend begin en comorbiditeit is het moeilijk in een vroeg stadium de diagnose te stellen. Het idee – bij de patiënt, de omgeving en de dokter – dat de klachten horen bij het ouder worden, speelt een belangrijke rol. Daarnaast willen de omgeving en de dokter de patiënt beschermen tegen slecht nieuws en vinden huisartsen het moeilijk om de diagnose dementie met patiënten te bespreken. In die gevallen wordt echter aan de autonomie en het recht op informatie van de patiënt niet optimaal recht gedaan. Gemiddeld heeft slechts de helft van de patiënten een zodanig inzicht in de situatie dat zij de diagnose kunnen en willen bespreken. Doordat de diagnose niet gesteld en niet besproken wordt, blijven de betreffende patiënten verstoken van de meest passende uitleg over ziekte en prognose, en is de zorg onvoldoende aangepast en anticiperend.

M.J.A. Kocks (✉)
huisarts i.o., Kenniscentrum Geriatrie/Alzheimer Centrum
Nijmegen, UMC St Radboud Nijmegen.

Ditzelfde geldt voor de naaste omgeving van de patiënt, voor wie het moeilijker is het gedrag van de patiënt te accepteren zonder begrip van het ziektebeeld. Vroege diagnostische zekerheid en daaropvolgend goede informatieverstrekking en begeleiding kunnen problemen voorkomen bij de patiënt, en zeker ook bij diens omgeving. Alleen met een goed begrip van het probleem en heldere afspraken kan de huisarts goede zorg leveren en anticiperen op problemen die zich zullen gaan voordoen in de nabije toekomst. Zo kan een ongewenste of een onterechte opname worden uitgesteld en soms voorkomen.

Definities

Om goede diagnostiek te kunnen verrichten naar, en helder uitleg te kunnen geven over, de oorzaak van cognitieve stoornissen is het belangrijk om vooraf de onderliggende ziektebeelden c.q. syndromen helder te definiëren. In 2003 zijn NHG-Standaarden gepubliceerd over Delier bij ouderen (M77)⁶, Depressieve stoornis (M44)⁷ en Dementie (M21).⁸ Daaruit halen wij de volgende definities.

Delier

Stoornis in het bewustzijn met een verminderd vermogen de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen, en een verandering in cognitie (incoherent denken, geheugenstoornis, onsamenhangende spraak en desoriëntatie), soms met hallucinaties en wanen. Kenmerkend zijn het acute begin, in uren tot dagen, en de over het etmaal fluctuerende symptomen. Er is vrijwel altijd een onderliggende somatische stoornis.

Een delier kent drie verschijningsvormen:

- de onrustige/hyperactieve vorm (agitatie, desoriëntatie, bewustzijnsdaling, wanen en hallucinaties);
- de apathische/hypoactieve vorm (bewustzijnsdaling staat op de voorgrond);
- de gemengde vorm (afwisselend hyper- en hypoactief).

Depressie

Stoornis waarbij gedurende ten minste twee weken bijna dagelijks vijf of meer van de volgende symptomen optreden, waarbij ten minste één van de twee eerstgenoemde symptomen obligaat is:

- depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag;
- duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten;

- duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename;
- slapeloosheid of overmatig slapen;
- psychomotorische agitatie of remming;
- moeheid of verlies van energie;
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens;
- concentratieproblemen of besluiteloosheid;
- gedachten aan de dood, suïcidedachten of -plannen.

Dementie

Klinisch syndroom dat wordt gekenmerkt door vier criteria.

- Geheugenstoornissen: verminderd vermogen nieuwe informatie te leren (inprentingsstoornis) of zich eerder geleerde informatie te herinneren (stoornis in de reproductie).
- Een of meer van de andere cognitieve stoornissen:
 - afasie: verminderd taalbegrip en problemen met taalexpressie;
 - apraxie: verminderd vermogen handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies;
 - agnosie: verminderd vermogen objecten te herkennen ondanks intacte sensorische functies;
 - stoornis in uitvoerende functies: verminderd vermogen plannen te maken, te organiseren, logische conclusies te trekken en te abstraheren.
- Bovengenoemde stoornissen hebben elk een duidelijke negatieve invloed op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten of relaties.
- De stoornissen doen zich niet uitsluitend voor tijdens een delier of andere psychiatrische aandoening.

Zoals al blijkt uit de definitie van dementie, moeten een delier en een depressie worden uitgesloten voordat de diagnose dementie mag worden gesteld. Een depressie of delier kan echter bovenop een bestaande dementie komen.

Probleemverheldering in de eerste fase

Goede diagnostiek vergt tijd, zeker bij ouderen. Vaak zijn er meerdere contacten nodig voordat een diagnose kan worden gesteld. Het is echter in de praktijk van belang snel een werkdiagnose te hebben. In deze paragraaf geven we een voorzet voor een werkwijze bij het eerste consult die kan leiden tot een goede werkdiagnose.

Anamnese

Begin altijd met u zelf voor te stellen. Benader de patiënt rustig en stel korte, eenvoudige vragen. De simpele vraag:

‘Hoe gaat het met u?’ kan al veel informatie verschaffen. Bagatelliseren of ontkennen van de problemen kan wijzen op een verminderd ziektebesef of op een poging de problemen te verhullen (façadegedrag, confabuleren).

Wanneer een gesprek goed te voeren is en de patiënt herhaaldelijk adequaat en tijdig vragen beantwoordt, is het bewustzijn goed. Aan het einde van de anamnese in engere zin kan de huisarts ook het bewustzijn, de concentratie en aandacht en de cognitieve functies testen. In feite is dat een deel van het onderzoek en het is goed dit ook als zodanig aan te geven.

Klachten

De actuele lichamelijke klachten kan de patiënt vaak zelf duidelijk maken. Het is belangrijk hierbij na te gaan welke onderliggende aandoening er eventueel is die een delier kan verklaren. Voor de overige vragen moet men zich toch vaak richten tot familie of verzorgenden. Zijn er aanwijzingen voor hallucinaties of wanen? Bij een delier zijn hallucinaties of illusies vaak aanwezig, vluchtig, inhoudelijk niet complex en gerelateerd aan wat zich in de omgeving van de patiënt voordoet. Ook bij een dementie komen hallucinaties voor, maar vaak pas in een vergevorderd stadium. Bij een depressie is er vaak sprake van een preoccupatie met een negatief thema (hulpeloosheid, dood, eenzaamheid). Wanen komen voor bij psychotische depressies. Het kan dan om complexe waansystemen gaan.

Beloop

Als er nog geen andere gegevens beschikbaar zijn, geeft het beloop de sterkste aanwijzingen of er sprake is van een delier, een dementie of een depressie. Een acuut begin (uren tot dagen) en een fluctuerend beloop over de dag, doorgaans meer uitgesproken in de avond en nacht, wijst op een delier. Depressies beginnen meestal geleidelijker (weken) en gaan gepaard met dagschommelingen die 's ochtends meestal erger zijn dan 's avonds. Een dementie heeft in de meerderheid van de gevallen een meer sluipend begin, met klachten of beperkingen die bij het bezoek aan de arts vaak al langere tijd (maanden tot jaren) bestaan. Een nauwgezette en concreet geïllustreerde heteroanamnese is vaak noodzakelijk om het beloop voldoende in beeld te krijgen en levert dan nogal eens de sleutel voor de diagnose.

Bewustzijn, aandacht en concentratie

In feite kan bepaling van aandacht en concentratie beschouwd worden als een detaillering van het bewustzijnsniveau. Een normaal bewustzijn is een voorwaarde

voor goede aandacht en concentratie. Het bewustzijn kan variëren van hyperalert tot comateus. Een delier is een stoornis met een wisselend bewustzijn, soms redelijk helder maar vaak ook tijdelijk suf of subcomateus (apathisch of hypoactief delier). Bij een delier is patiënt verhoogd afleidbaar en zijn aandacht en concentratie slecht. Aandacht en concentratie zijn bij een beginnend dementieel beeld meestal ongestoord. Bij een depressie is de aandacht meestal ongestoord maar door interesseverlies soms moeilijk te trekken en geïmpreciseerd.

Cognitieve functies

Het geheugen is bij een dementie per definitie gestoord, maar ook bij een delier altijd en wisselend in de tijd aangedaan. Goede aandacht en concentratie zijn immers een voorwaarde voor het goed functioneren van het geheugen, maar zijn ook noodzakelijk om andere cognitieve taken goed te kunnen uitvoeren. Oriëntatie in tijd, plaats en persoon zijn in de anamnese snel na te gaan. Bij een delier is de oriëntatie in persoon meestal ongestoord; bij een dementie is vaak als eerste alleen de oriëntatie in tijd gestoord. Bij een depressie blijven geheugen en oriëntatie intact, hoewel deze door desinteresse gestoord kunnen lijken.

Werkdiagnose

Op basis van alle verzamelde gegevens moet meestal de eerste inschatting gemaakt worden. Is er echt sprake van een acute situatie? Een delier is een levensbedreigende situatie. Bij aanwijzingen voor een delier zal dus op zeer korte termijn (uren!) gericht verder moeten worden gezocht naar de oorzaak. Zijn er geen aanwijzingen voor een organische oorzaak, dan zal verder onderzoek moeten volgen naar een eventuele depressie of dementie. De stappen zijn hieronder uitgewerkt.

Diagnostiek bij verdenking op delier

Bij aanwijzingen voor een medicamenteuze of somatische oorzaak van de bewustzijnsverandering en de cognitieve stoornissen, maar ook bij een plotselinge achteruitgang of bij onduidelijkheid over het tijdsverloop, moet een delier worden uitgesloten.

Anamnese

Men moet actief vragen naar mogelijke oorzaken van acute verslechtering:

- verschijnselen van een infectie (koorts, hoesten, dyspneu, mictieproblemen);

- medicatie (starten, dosisverandering, staken medicament, therapietrouw);
- intoxicatie (medicatie, alcoholgebruik en alcohol- of nicotineonttrekking);
- recent trauma;
- medische ingrepen, anesthesie;
- mictie (urineretentie), defecatie (ernstige obstipatie);
- neurologische uitval (recent CVA, intracerebraal proces, hematoom);
- cardiale, respiratoire, metabole of endocriene aandoeningen;
- visus- of gehoorbeperking.

Verder kunnen slaapttekorten en een insufficiënte inname van voeding en vocht een delirant beeld veroorzaken.

Lichamelijk onderzoek

Na de anamnese is het van belang om een gericht lichamelijk onderzoek te doen naar eventuele onderliggende oorzaken. Hierbij hoort onderzoek naar de lichaamstemperatuur, de voedings- en hydratietoestand (mondslijmvliezen en huidturgor zijn bij ouderen minder betrouwbaar), bloeddruk en pols, hart en longen, de buik (in het bijzonder overvulde blaas en obstipatie), neurologische uitvalsverschijnselen (recent CVA) en uitwendige letsels of fracturen. Ook 'direct aan het bed' zou de arts bloedsuiker en urine moeten controleren met behulp van een nitriettest (asymptomatische bacteriurie bij oudere vrouwen is echter geen afdoende verklaring voor delier).

Aanvullend onderzoek

Afhankelijk van de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek kan aanvullend onderzoek worden ingezet: BSE (of CRP), Hb, Ht, leukocyten, TSH, creatinine, natrium, kalium, calcium (vooral bij bedlegerige patiënten en bij (vermoeden van) botmetastasen), ALAT, gamma-GT en eventueel een dipslide of urinesedimentbepaling. Indien daartoe aanleiding is, wordt het aanvullend onderzoek gericht uitgebreid.

Evaluatie en beleid

Behandelbare oorzaken moeten zo spoedig mogelijk worden behandeld, rekening houdend met de comorbiditeit van de patiënt. De NHG-Standaard laat geen onduidelijkheid over de mogelijkheid tot behandeling in de thuissituatie:

‘Thuisbehandeling is alleen mogelijk als de oorzaak van het delier thuis adequaat behandeld kan

worden, als er 24 uur per dag adequate zorg geboden kan worden (lichamelijke verzorging, psychosociale maatregelen, medicatie), als de veiligheid gewaarborgd is, als de huisarts en waarnemers bereid zijn de continue coördinatie op zich te nemen en als de verzorgers instemmen met behandeling thuis en hieraan een bijdrage willen leveren.’

Indien therapie niet mogelijk is of niet aanslaat binnen 24 tot 48 uur, is de kans op uitdroging en verdere verslechtering reden tot verwijzing, bij voorkeur naar een afdeling klinische geriatrie. Dit kan in 40% van alle ziekenhuizen.

De kans op een recidief na een delier is groot. Daarom moet de zorg voor iemand met een delier in de voorgeschiedenis erop gericht zijn de risicofactoren voor een recidief (zoals polyfarmacie, medicatie met een sterk anticholinerge werking, dehydratie, inadequate voeding, slaapdeprivatie, immobiliteit) zo veel mogelijk te beperken, en daarnaast functionele beperkingen (visus, gehoor) te behandelen en optimale omgevingsfactoren te stimuleren. Ook zal men ervoor moeten waken dat de patiënt het delier goed verwerkt (eigen onbegrepen en achteraf als beschamend ervaren gedrag kan zelfs resulteren in een depressie). Nadien is expliciet onderzoek aangewezen vanwege de vaak aanwezige (beginnende) dementie of blijvende cognitieve stoornissen. Niet ieder delier geneest restloos!

Diagnostiek bij verdenking op een depressie

Psychomotorische agitatie of remming, gewichtsvermindering en concentratieproblemen kunnen al voldoende zijn om bij een sombere stemming en interesseverlies de diagnose depressie te stellen. Geen fut of geen zin in een dag hebben, of dit bij herhaling aangeven, kan in dit kader op een depressie wijzen maar kan ook passen bij de apathie die vaak een dementie vergezelt, of bij een hypoactief delier. Ook vermoeidheid of energieverlies, gevoelens van schuld en waardeloosheid, en gedachten over het naderend einde komen niet zelden voor in de oudere bevolking. Op basis hiervan is het onderscheid tussen depressie, delier en dementie bij ouderen derhalve moeilijk te maken. Verder onderzoek is nodig om de goede diagnose te stellen en een beleid te kiezen op de goede gronden.

Anamnese

Bij een depressie zijn de oriëntatie en het geheugen over het algemeen ongestoord. Het bewustzijn en de aandacht kunnen door verminderde interesse verminderd lijken, daarom is het extra van belang voldoende tijd te nemen,

de patiënt niet te interrumpen en vaker een stilte te accepteren. Bij patiënten met een depressieve stoornis of suïcidepogingen in de eigen voorgeschiedenis of in die van eerstegraads familieleden is de kans op een depressie groter. Ook bij patiënten met een angst- of paniekstoornis en bij patiënten met alcohol- of drugsproblemen moet men meer bedacht zijn op een depressie. Ook een ernstige lichamelijke aandoening is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie. Na een CVA ontstaat vaak een vasculaire depressie.

Bij oudere patiënten is er vaak sprake van een stapeling van kleine kwalen en handicaps. Een sombere stemming kan ontstaan door ongemerkt verslechterende visus of gehoor, of door niet-geaccepteerde beperkingen. Een beter gehoorapparaat of bril, het aanpassen van medicatie waarvan de bijwerkingen het functioneren beperken, en eventueel het zodanig bijstellen van longmedicatie of van het pijnbeleid dat er minder afhankelijkheid ontstaat, kan veel depressieve klachten wegnemen.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Strikt genomen is lichamelijk en aanvullend onderzoek niet nodig voor het stellen van de diagnose depressieve stoornis. Als de anamnese aanwijzingen oplevert voor andere aandoeningen, wordt gericht lichamelijk of aanvullend onderzoek gedaan. Bij ouderen is echter in geval van twijfel lichamelijk en aanvullend onderzoek geïndiceerd, omdat de differentiële diagnose lastig kan zijn en de voorafkans op een somatische aandoening groter is. Gericht onderzoek naar hartfalen, endocriene stoornissen (diabetes mellitus, functionele schildklierafwijkingen) en elektrolytstoornissen (natrium, calcium) kan een behandelbare oorzaak van klachten aan het licht brengen.

Evaluatie en beleid

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat therapie bij oudere depressieve patiënten net zo effectief is als bij jongere patiënten. Behandeling met activerende en/of psychologische begeleiding en medicatie mag deze bevolkingsgroep niet worden onthouden. Indien er problemen zijn met het instellen van medicatie of wanneer de patiënt wil afzien van verdere bemoeienis, is overleg met een geriater of met de ggz ouderenzorg aangewezen.

Diagnostiek bij verdenking op dementie

Als er signalen zijn die wijzen op een dementie, moet de huisarts meer gegevens verzamelen om meer duidelijkheid te krijgen over de diagnose (ziektediagnostiek) en de

hulpvraag (zorgdiagnostiek).⁹ Hoewel een eerste screening vrij snel gemaakt kan zijn (MMSE, OLD), vereist adequate diagnostiek tijdsinvestering. Een geschoolde verpleegkundige of praktijkondersteuner kan de tijdsbelasting voor de huisarts verminderen door diagnostische taken over te nemen.

Anamnese

De anamnese bij verdenking op dementie richt zich op het uitsluiten van delier en depressie (zie de paragraaf Probleemverheldering in de eerste fase) en vervolgens op de diagnostische criteria van dementie. Om goede en betrouwbare informatie te krijgen is het meestal noodzakelijk om familie of verzorgenden ook apart te spreken voor de heteroanamnese.

Geheugenstoornissen

Wat heeft u gisteren of vandaag gedaan? Wat kunt u zich herinneren van het nieuws van de afgelopen week? Wanneer bent u getrouwd? Welk beroep heeft u gehad? Heeft u (klein)kinderen? Hoeveel? Wat zijn de namen?

Andere cognitieve stoornissen

Afasie, apraxie, agnosie, overzicht en planning. Kan de patiënt minder goed op woorden komen? Voorwerpen benoemen? Heeft de patiënt moeite met ingewikkelde taken: koken, bedienen van huishoudelijke apparaten? Heeft de patiënt moeite met het herkennen van voorwerpen? Is er sprake van overzichtsverlies, problemen met het inschatten van nieuwe situaties? Zijn er problemen bij het maken van een planning?

Dagelijks functioneren

Eis bij het stellen van de diagnose dementie is een duidelijke negatieve invloed op het dagelijks functioneren. Wat doet patiënt nog zelf? Wat is zijn dagindeling? Heeft hij nog hobby's en hoe gaat dat? Treden er gevaarlijke situaties op? Kan de patiënt nog alleen thuis blijven?

Voorgeschiedenis en tractusanamnese

Naast de vragen die in de anamnese van delier gesteld zijn om somatische problemen op te sporen, is een aantal vragen extra relevant om de nosologie van een dementie te analyseren. De combinatie van incontinentie, loopstoornissen en cognitieve stoornissen kan wijzen op een normotensieve hydrocefalus. Ook familiale belasting met dementie en de ziekte van Parkinson is geassocieerd met dementie.

Zorgdiagnostiek

Zoals al aangegeven zal naast de ziektediagnostiek ook zorgdiagnostiek moeten worden verricht. Wat zijn de problemen waar de omgeving mee te maken heeft?

Problemen in de (I)ADL

Welke verzorging moet worden overgenomen of begeleid door mantelzorger of verzorgende? Eten, toiletgang, persoonlijke hygiëne, aan- en uitkleden, huishouden, boodschappen doen, koken, telefoneren et cetera? Is deze belasting voor de mantelzorger aanvaardbaar, of leidt die ook daar tot gezondheidsproblemen?

Veranderd gedrag

Ontremd of agressief gedrag, imitatiegedrag, impulsief en onaangepast gedrag, dwangmatig handelen.

Veranderingen in karakter en stemming

Verscherping of verandering van karaktertrekken, initiatiefverlies/apathie, sneller emotioneel dan voorheen, verhoogde prikkelbaarheid.

Waarnemings- en denkstoornissen

Achterdocht, hallucinaties, wanen, angst, paranoïdie.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

De huisarts doet een algeheel lichamelijk onderzoek om andere oorzaken van cognitieve stoornissen uit te sluiten en de huidige gezondheidstoestand vast te stellen:

- inspectie van huid en slijmvliezen (uitdroging);
- gewicht (ondervoeding);
- pols, bloeddruk, onderzoek van hart en longen;
- oriënterend neurologisch onderzoek;
- looppatroon, paresen, reflexverschillen, hemianopsie (CVA's);
- rigiditeit, hypokinesie, tremor, tandradfenomeen (parkinson?).

Ook het aanvullend onderzoek is gericht op vastleggen van de huidige toestand en het opsporen van een andere oorzaak. Hierbij zou standaard de MMSE (mini-mental state examination) of de OLD (observatielijst voor vroege symptomen van dementie) moeten worden afgenomen en een screenend laboratoriumonderzoek worden verricht (Hb, Ht, MCV, BSE, glucose, TSH en creatinine). Bij diureticagebruik kan de serumconcentratie van natrium en kalium worden toegevoegd aan de bepalingen

en bij ondervoeding een bepaling van vitamines en albumine. Daarnaast kan bij aanwijzingen voor een stemmingsstoornis de GDS (geriatrische depressiescore) worden afgenomen

Evaluatie en beleid

De huisarts stelt de diagnose dementie bij een combinatie van geheugenstoornissen, stoornissen in andere hogere cognitieve functies en vermindering van het dagelijks functioneren.⁸ Soms is er sprake van duidelijke geheugenstoornissen, al dan niet met andere cognitieve stoornissen, zonder dat het dagelijks functioneren daaronder lijdt. Men spreekt dan van 'lichte cognitieve stoornissen' oftewel *mild cognitive impairment*. Dit is lang niet altijd een voorstadium van dementie.

De differentiële diagnose bij dementie kan naast delier en depressie nog worden uitgebreid met andere psychiatrische aandoeningen, zoals alcoholverslaving, psychose en angststoornissen. Met het vaststellen van een dementiesyndroom doet de huisarts niet automatisch een uitspraak over het beloop van het ziektebeeld. Daarvoor is het van belang vast te stellen welke ziekte de oorzaak is van de dementie. In een Nederlands onderzoek werd bij 6,3% van de 7528 deelnemers tussen de 55 en 106 jaar een dementieel syndroom vastgesteld. In 72% van de gevallen was er sprake van alzheimerdementie.¹⁰ In respectievelijk 16%, 6% en 5% was er sprake van vasculaire dementie, dementie bij parkinson of een andere vorm van dementie. Het aantal alzheimerpatiënten nam toe met de leeftijd, de andere vormen kwamen juist minder frequent voor op oudere leeftijd. Een onderscheid is echter, zeker op oudere leeftijd, niet altijd goed te maken. Een plotseling begin, een stapsgewijs of snel progressief beloop, focale neurologische verschijnselen of loopstoornissen in een vroeg stadium van de ziekte maken de diagnose alzheimerdementie minder waarschijnlijk en een vasculaire oorzaak waarschijnlijker. Bij het gebruik van betere beeldvormende technieken blijken patiënten met dementie van het alzheimertype ook vele witte stofafwijkingen te hebben. De klinische consequentie hiervan is nog niet duidelijk.

Behandeling van bloeddruk en andere vasculaire risicofactoren heeft mogelijk wel een beschermende werking.¹¹ Ongeveer een kwart van de patiënten die in verband met een CVA naar het ziekenhuis verwezen worden, blijkt na drie jaar een dementieel syndroom te hebben ontwikkeld. Cognitieve stoornissen voorafgaand aan het CVA vergroten de kans op een dementieel syndroom.^{12,13}

Symptomen die wijzen op zeldzamere vormen van dementie zijn een vroeg begin, ontremd gedrag en visuele hallucinaties. Ontremd gedrag in een vroeg stadium kan

een aanwijzing zijn voor frontotemporale dementie. Visuele hallucinaties in een vroeg stadium kunnen duiden op een lewylichaampjesdementie, maar komen ook voor bij alcoholproblematiek. Bovengenoemde symptomen zijn reden voor verwijzing. Een minderheid van de dementieën heeft geen neurodegeneratieve maar een (reversibele) lichamelijke oorzaak. Hiertoe behoren onder meer andere intracerebrale problematiek en intoxicaties.

Het te volgen beleid zal grotendeels ook worden bepaald door de uitkomsten van de zorgdiagnostiek: wat zijn de hulpvragen van de patiënt en diens omgeving? Bij toenemende zorgbehoefte kan bijvoorbeeld verwezen worden naar thuiszorg, dagopvang of ggz.

Verwijzing naar een geheugenpolikliniek, waarin klinisch geriater, neuroloog en psychiater samenwerken, is het beste wanneer de huisarts twijfelt aan de diagnose dementie. Verwijzing is ook op zijn plaats wanneer de onderliggende oorzaak onduidelijk is of als er aanwijzingen zijn die de ziekte van Alzheimer minder waarschijnlijk maken, zoals een opvallend verloop, stapsgewijs of snel progressief, of opvallende frontale of focale verschijnselen. Hetzelfde geldt voor patiënten met een dementie die in aanmerking willen komen voor een behandeling met cholinesteraseremmers (medicatie die in 7-10% van de behandelde patiënten op termijn een positief effect heeft op het cognitief en dagelijks functioneren⁹) en voor patiënten jonger dan 65 jaar.

Gewoon geen fut of zin meer, mag dat?

In de bovenstaande tekst hebben wij geprobeerd u te overtuigen van het belang van gedegen onderzoek naar cognitieve achteruitgang, en te laten zien hoe u dit kunt aanpakken. Een afwachtend beleid is wat ons betreft niet aan te bevelen indien de genoemde klachten geplaatst kunnen worden in het kader van een delier of depressie. Bij een dementie hangt de keuze voor een afwachtend dan wel proactief beleid af van een aantal factoren. De NHG-Standaard⁸ en de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak¹⁴ doen de aanbeveling de diagnose dementie expliciet vast te stellen en mee te delen, de CBO-richtlijn⁹ doet over het meedelen geen uitspraak. Naast deze proactieve houding is ook het meedelen van de diagnose aan patiënt en mantelzorger van groot belang. Dit heeft de volgende voordelen:

- men respecteert de autonomie van de patiënt en diens recht op informatie;
- het neemt onzekerheid weg bij de patiënt en diens naasten;

- het stimuleert acceptatie bij de patiënt en diens naasten;
- het maakt het mogelijk de patiënt te betrekken bij beslissingen rondom de medische verzorging, in het heden maar ook voor de toekomst;
- het maakt het mogelijk een wilsverklaring op te stellen en toekomstplannen te maken;
- men kan tijdig ondersteuning regelen voor de naasten;
- het voorkomt gevaarlijke situaties (verkeersdeelname).

In alle individuele gevallen moet men vanuit een goede arts-patiëntrelatie, waarbij de huisarts voldoende kennis heeft van de patiënt en zijn familie, een afgewogen beslissing nemen over het wel of niet meedelen van de diagnose en het al dan niet voeren van een actief beleid. Goed overwogen diagnostiek bij cognitieve stoornissen voorkomt onterechte berusting, en een proactieve houding bij zorgproblemen verbetert de kwaliteit van leven met of zonder uitgesproken diagnose. Juist vanwege de mogelijke verwevenheid van de specifieke klachten 'gewoon geen fut of zin meer' met de complexe differentiële diagnose delier, dementie of depressie bij ouderen, kan het antwoord nooit direct simpelweg zijn: 'Ja, dat mag', maar zijn wedervragen altijd op hun plaats. Iedere oudere heeft immers recht op goede diagnostiek én op medeleven van de huisarts.

Literatuur

- 1 Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 4e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2003.
- 2 Dik MG, Jonker C, Comijs HC, Bouter LM, Twisk JW, Kamp GJ van. Memory complaints and APOE-epsilon4 accelerate cognitive decline in cognitively normal elderly. *Neurology* 2001;57(12):2217-22.
- 3 Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM; 2004.
- 4 Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000;160(19):2964-8.
- 5 Licht-Strunk E, Kooij KG van der, Schaik DJ van, Marwijk HW van, Hout HP van, Haan M de, et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(11):1013-9.
- 6 Wee GM van der, Dijk A van, Eekhof JAH, Olde Rikkert MGM, Scholtes ABJ, Veehof LJG, et al. NHG-Standaard Delier bij ouderen. *Huisarts Wet* 2003;46(3):141-6.
- 7 Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG van, Haan M de, Weel-Baumgarten EM van, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46(11):614-33.
- 8 Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2003;46(13):754-67.
- 9 CBO-Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications; 2005.

- Verkregen van internet via http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_dement_2005.pdf? Geraadpleegd januari 2007.
- 10 Ott A, Breteler MM, Harskamp F van, Claus JJ, Cammen TJ van der, Grobbee DE, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: Association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 1995;310(6985):970-3.
 - 11 Olde Rikkert MGM, Flier WM van der, Leeuw FE de, Verbeek M, Jansen RW, Verhey F, et al. Multiple diagnostic tests are needed to assess multiple causes of dementia. *Arch Neurol* 2006;63(1):144-6.
 - 12 Desmond WD, Moroney JT, Sano J, Stern Y. Incidence of dementia after ischemic stroke: Results of a longitudinal study. *Stroke* 2002;33(9):2254-62.
 - 13 Zhou DH, Wang JY, Li J, Deng J, Gao C, Chen M. Study on frequency and predictors of dementia after ischemic stroke: The Chongqing stroke study. *J Neurol* 2004;251(4):421-7.
 - 14 Boomsma LJ, Bont M de, Engelsman C, Gussekloo J, Hartman C, Persoon A, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Dementie. *Huisarts Wet* 2005;48(3):124-6.