

Neurogeriatrische Komplikationen bei (Alzheimer-)Demenz

NeuroGeriatric 2012; 9 (2): 53 – 55
© Hippocampus Verlag 2012

T. Günnewig, Recklinghausen

Demenzpatienten leiden nicht nur an den Symptomen des neurodegenerativen Syndroms: Häufig treten komorbide Komplikationen wie Stürze, Schmerz, Epilepsie, ein Restless-Legs-Syndrom, Delir oder Mangelernährung hinzu.

Demenz und Stürze

Demenzpatienten haben ein ca. 20-fach erhöhtes Sturzrisiko. Dabei ist die Sturzanamnese meist unzuverlässig und eine Fremdanamnese häufig nicht erhältlich oder verwertbar. Schmerzen, die aus unbeobachteten Stürzen resultieren, verleiten zu pseudokausalen Erklärungen aufgrund bestehender komorbider schmerzhafter Erkrankungen (u. a. Arthrose). Nicht selten werden Frakturen im Hüft- oder Beckenbereich (eingestauchte Schenkelhalsfraktur, Beckenringfraktur) erst bei der zweiten Röntgen-Kontrolldiagnostik nachgewiesen. Auch ein chronisches subdurales Hämatom kann unter dem Leitsymptom einer kognitiven Verschlechterung übersehen werden.

Wie eine Metaanalyse von Woolcott und Mitarbeitern zeigen konnte, treten Stürze in vielen Fällen als Folge einer Pharmakotherapie auf. Die Sturzgefahr erwies sich in der Studie als abhängig von der jeweils bei den Patienten eingesetzten Substanzklasse: Besonders häufige Auslöser für Stürze waren demnach in absteigender Häufigkeit Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Hypnotika, Antihypertensiva, nichtsteroidale Antirheumatika, Diuretika und Betablocker [7].

Der Zugang zur Rehabilitation ist für Patienten mit einem MMST < 24 oft erschwert [6]. Dennoch profitieren auch kognitiv eingeschränkte Patienten von einem Kraft- und Ausdauertraining [2].

Demenz und Schmerz

Eine posttraumatische Schmerzbehandlung findet sich häufiger unzureichend, verspätet oder aber mit gravierenden Nebenwirkungen, und dann zumeist als Delir.

Demente sind in der Schmerztherapie unterversorgt, und übliche Schmerzskalen verlieren ihre Aussagekraft wegen der mangelnden Kognition im Rahmen der Demenz. Insbesondere in fortgeschrittenen Stadien der Demenz lassen sich Evaluationsinstrumente wie die verbale Schmerzsskala, die visuelle Analogskala oder die Smiley-Schmerzskala nicht mehr einsetzen. Der Fremdanamnese der Pflegenden kommt zunehmend Bedeutung zu. Die klinische Krankenbeobachtung kann unter Einsatz von demenzgeeigneten Schmerzskalen (z. B. PAINAD, MOBID, DOLOPlus-2 [s. Tab. 1]) in der Beurteilung von Schmerzen optimiert werden.

Hinweise auf Schmerz bei Demenzpatienten sind:

- vegetative Zeichen,
- verbale Äußerungen,
- Gesichtsausdruck,
- spontane Ruhehaltung,
- Reaktionen während der Pflege,
- Schlafveränderungen,
- Appetitveränderungen,
- ängstliche Abwehr,
- Reaktionen bei Mobilisation.

In der Schmerztherapie steht die Ursachenbehandlung an erster Stelle. Als Schmerzursache immer bedacht werden sollten

Verbaler Schmerz-ausdruck		Schlaf		Kommunikation	
0	keine Äußerungen	0	gewohnter Schlaf	0	unverändert
1	Schmerzäußerung bei Patientenkontakt	1	Einschlafschwierigkeiten	1	intensiviert (Aufmerksamkeit erregend)
2	gelegentliche spontane Äußerung	2	Häufiges Erwachen (motorische Unruhe)	2	vermindert (Pat. zieht sich zurück)
3	dauernde spontane Schmerzäußerung	3	Schlaflosigkeit mit Auswirkung auf Wachzustand	3	Fehlen oder Abweisen jeglicher Kommunikation
Schonhaltung in Ruhe		Waschen/Ankleiden		Soziale Aktivitäten	
0	keine Schonhaltung	0	gewohnte Fähigkeiten	0	Teilnahme an gewohnten Aktivitäten
1	vermeidet gelegentlich gewisse Haltungen	1	wenig eingeschränkt (vorsichtiger, zögernd, aber eingeschränkt)	1	gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen
2	ständige, wirksame Schonhaltung	2	stark eingeschränkt, nur teilw. u. erschwert	2	teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten
3	ständige, ungenügend wirksame Schonhaltung	3	unmöglich. Pat. wehrt sich bei jedem Versuch	3	Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten
Schutz von schmerzhaften Körperzonen		Bewegung/Mobilität		Verhaltensstörungen	
0	kein Schutz	0	gewohnte Fähigkeiten	0	gewohntes Verhalten
1	keine Hinderung von Pflege und Untersuchung	1	aktiv wenig vermindert (vermeidet gewisse Bewegungen)	1	wiederholte Verhaltensstörungen bei Kontakt
2	Hinderung jeglicher Handlungen	2	aktiv und passiv eingeschränkt (auch b. Hilfe)	2	dauernde Verhaltensstörungen bei Kontakt
3	Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt	3	Bewegung unmöglich, Mobilisationsversuch wird abgewehrt	3	dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass
Mimik				Gesamtpunktzahl:	
0	übliche Mimik			Datum:	
1	Schmerz ausdrückende Mimik bei Pat.-Kontakt	Morgens: ----- Punkte		Handzeichen:	
2	Schmerz ausdrückende Mimik ohne Pat.-Kontakt	Mittags: ----- Punkte		5 und mehr Punkte = Schmerzhinweis Dokumentation im Verlauf vergleichbar Erfolgskontrolle	
3	dauernde ungewohnte, ausdruckslose Mimik (leer, starr)	Abends: ----- Punkte			

Tab. 1: Schmerzskala DOLOPlus-2

- Immobilität mit Kontrakturen, Dekubitus,
- Frakturen (auch spontan), Osteoporose,
- Ulkus, Gastritis, Koprostase,
- Restless Legs Syndrom.

Allgemein gelten die gleichen Therapieprinzipien wie bei kognitiv Gesunden, wobei Wirkungen und Nebenwirkungen sehr genau beobachtet werden sollten.

Schmerzen durch Immobilitätsfolgen bei Pflegetätigkeiten führen mitunter zu Abwehrverhalten und Aggression und stellen eine Pflegerschwernis für pflegende Angehörige dar. Wenn die konventionelle Therapie nach WHO-Schema nicht ausreicht oder Nebenwirkungen bestehen, können alternativ ultrakurz wirkende Opiate (z. B. Fentanyl Nasenspray) off label eingesetzt werden (cave Atemdepression).

Demenz und Epilepsie

Eine mitunter schwierige Differentialdiagnose bei Demenz stellen epileptische Anfälle dar – insbesondere bei fehlender Fremdanamnese. Überwiegend finden sich bei der Alzheimer-Demenz generalisierte tonisch-klonische Anfälle; bei vaskulären Demenzen mit Hirnsubstanzdefekten hängt die Anfallssemiologie von der Schädigungslokalisation ab.

Postiktal kommt es häufiger zur Zunahme von neurologischen Defiziten auf motorischer, apraktischer, sprachlicher oder kognitiver Ebene. Auch ein prolongierter Verlauf ist möglich. Die Differentialdiagnose zur Todd'schen Lähmung ist dann ein Schlaganfall oder je nach Dauer eine TIA (s. Tab. 2). Der komplex-fokale Anfall und der nonkonvulsive Status epilepticus können leicht mit einem

Verwirrheitszustand respektive Delir verwechselt werden.

Unprovozierte Anfälle sollten möglichst mit interaktionsarmen und wenig sedierenden Antikonvulsiva behandelt werden. Ziel der Behandlung ist es, Krankenhausaufenthalte, Verletzungsfolgen und persistierende postiktale Defizite zu vermeiden. Die Indikation zur Behandlung ist bei einem isolierten ersten Anfall fakultativ, bei zusätzlichen zerebralen Läsionen, einem Anfallsrezidiv oder einer Statuserstmanifestation zwingend gegeben. Bekannte Nebenwirkungen einzelner Antiepileptika sollten bei einer entsprechenden Vorbelastung des Patienten gemieden werden. Dazu zählen beispielsweise:

- die Valproatenzephalopathie,
- die mögliche Exazerbation von Gangstörungen unter Pregabalin sowie
- negative kognitive Effekte /Sedierung unter Carbamazepin.

Dagegen können duale Wirkungen der Antiepileptika genutzt werden:

- Bei parallel bestehenden nicht kognitiven Verhaltensauffälligkeiten mit z. B. Aggressivität ist Carbamazepin eine geeignete Substanz,
- bei Depression und Angst Pregabalin und
- bei neuropathischem Schmerz Gabapentin/Pregabalin.

Bezüglich der Dosierung sollte bedacht werden, dass sich bei älteren häufiger als bei jüngeren Menschen Low-Dose-Responder finden und dass es trotz regelrechtem Serumspiegel zu Neurotoxizität kommen kann.

Provozierte Anfälle sollten mit der Sanierung des Provokationsfaktors (Infekt, Exsikkose) oder durch Pharmakohygiene – also Absetzen von anfallsprovozierenden Medikamenten – behandelt werden. So konnten Daten der WHO zeigen, dass Pharmaka wie Maprotilin, Escitalopram, Bupropion, Clozapin, Chloprothixen, Amoxapin, Donepezil, Rivastigmin, Quetiapin oder Trimipramin gehäuft mit kon-

vulsiven Ereignissen assoziiert sind [4].

Demenz und RLS

Die im Alter häufige Restless-Legs-Erkrankung findet sich auch bei dementen Patienten mit dann allerdings nahezu fehlender Anamnese-möglichkeit. Die International-RLS-Study-Group hat essentielle und unterstützende RLS-Kriterien bei der Altersdemenz definiert. Problematisch bei RLS und Demenz ist die häufige Verwendung von Psychopharmaka mit RLS-induzierenden Nebenwirkungen in Pflegeheimen, die auch zur Symptomverstärkung einer vorbestehenden RLS-Erkrankung führen können. Zudem besteht bei dieser Patientengruppe das Risiko einer zeitweiligen Fixierung bei Sturzgefahr, Weglaufgefahr oder Unruhe im Rahmen der Demenz oder bei RLS.

Demenz und Delir

Delir und Demenz stellen eine häufige Komorbidität dar. Allerdings findet sich weniger häufig das vom Alkoholentzug bekannte hyperaktive und vegetativ stigmatisierte Delir im Alter. Häufiger ist das hypoaktive Delir mit seinen klinisch unscheinbareren Symptomen vorzufinden.

Häufiger Verursacher eines Delirs im Alter sind Medikamente mit anticholinergem Potential. In der AgeCoDe-Studie von Jessen et al. [3], in der Patienten aus 130 Hausarztpraxen untersucht wurden, erhielten 20,5% aller Alterspatienten und 34,5 der Demenzkranken solche Medikamente (s. Kasten S. 55).

Delirartige Überdosierungserrscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Hypertonie und Halluzinationen können z.B. auftreten, wenn demente Patienten vergessen, das Rivastigminpflaster zu entfernen, und mehrere Pflaster gleichzeitig angewendet werden. Patienten, Angehörige und Pflegepersonal müssen über die sachgemäße Anwendung transdermaler Pflaster ausführlich informiert werden.

epileptisch	nicht epileptisch
komplex fokaler Anfall	Verwirrheitszustand
einfach fokaler Anfall	TIA
Todd'sche Lähmung	Schlaganfall
Grand mal	konvulsive (kardiale) Synkope/Sturz

Tab. 2 Differentialdiagnose Anfall im Alter/bei Demenz

Delir und Demenz Risikofaktor Medikation

■ ZNS:

Anticholinergika, Alprazolam, Biperiden, Chlodiazepoxid, Chlorpromazin, Clomipramin, Clozapin, Diazepam, Duloxetin, Fluphenazin, Flurazepam, Maprotilin, Olanzapin, Oxazepam, Paroxetin, Thioridazin, Trizyklika

■ Gastrointestinaltrakt:

Digitalis, Disopyramid, Furosemid, ISDN, Nifedipin, Betablocker

■ Urologika:

Trospiumchlorid, Oxybutinin, Tolterodin

■ Diverse:

Dipyridamol, Warfarin, Kortikosteroide, Codein, Opiate, Theophyllin, NSAR, Antibiotika (Beta-Lactam, Chinolone)

Zur Therapie des Delirs bedarf es eines multimodalen Therapiekonzepts. Auslösende Faktoren wie Pharmaka, Exsikkose, Dehydratation oder Infekte sollten saniert werden. Weiterhin sollte ggfs. eine Schmerztherapie optimiert oder beendet werden, die kardiale und pulmonale Situation kompensiert und eine Koprostase beseitigt werden. Zur Pharmakotherapie deliranter Syndrome können Haloperidol i.m. oder s.c. oder Risperidon sublingual eingesetzt werden, wenn die orale Applikation scheitert.

Ernährung bei Demenz

In einer Studie von Mitchell et al. zeigten 86 % dementer Heimbewohner Ernährungsprobleme, die Sechsmonatsmortalität lag in dieser Gruppe bei 39 % [5]. Die gestörte Nahrungsaufnahme im fortgeschrittenen Stadium der Demenz ist durch Verlust des Hunger- und Durstgefühls und eine Schluckapraxie bedingt. Allerdings führen komorbide Zweiterkrankungen (gastrointestinal, kardiopulmonal, Pharmakanebenwirkungen, psychische Erkrankungen mit [Vergiftungs-] Wahn oder Depression) auch zu einer gestörten Nahrungsaufnahme. Die unzureichende Anamnese kann

nur durch eine gute körperliche und psychische Untersuchung sowie im Zweifel eine doch relevante Gastroskopie (Helicobacterinfekt etc.) ausgeglichen werden.

Therapeutisch sollte bei fortgeschrittener Demenz eine Anpassung der Ernährung mit hochkalorischen Nahrungsmitteln erfolgen (positiver Einfluss auf Gewicht und möglicherweise Decubiti). Positiv sind eine familienähnliche Esssituation, eine bewusste Initiation der Mahlzeit sowie das haptische Erleben der Nahrung. Bei Schluckstörungen sollte die Ernährung entsprechend angepasst werden, eine Anleitung der pflegenden Angehörigen wirkt sich positiv auf Gewicht und Kognition der Patienten aus.

Angehörige setzen häufig zu hohe Erwartungen in eine perkutane enteroskopische Gastrostomie (PEG) [1]. Studien zum Thema PEG und Demenz zeigen keine Lebensverlängerung und keine Verbesserung von Ernährungsstatus oder Lebensqualität durch eine PEG. Allerdings kann die PEG individuell für eine begrenzte Zeit eine sinnvolle Alternative sein. Gleiches gilt für die PEG-Anlage bei vorherigen Schlaganfallerkrankungen und nachfolgender Demenz. Wesentlich ist, dass eine einmal angelegte PEG nicht zwangsläufig zu einer unumkehrbaren Dauerernährung führt. Nach heutiger Rechtslage und ethischem Verständnis kann eine begonnene PEG-Ernährung gemäß Patientenwille respektive Patientenverfügung entfernt und die Ernährung somit eingestellt werden.

Beratung bei Demenz

Relevante Beratungsaufgaben für den Arzt sind neben dem Standardthema »Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht« im Weiteren die Themen Kfz-Fahreignung im Straßenverkehr, die selten diskutierte Jagdwaffennutzung bei beginnender Demenz sowie der »Kümmerschuttschutz« von pflegenden und zum Teil überforderten Ehepartnern, Lebensgefährten und Angehörigen (»Senioren-sitter, -begleiter«).

Die Überlebenszeit bei schwerstgradiger Demenz wird häufig überschätzt: So starben in der Studie von Mitchell et al. 71 % der Demenzen in den ersten sechs Monaten nach Pflegeheimaufnahme [5]. 55 % dieser Patienten hatten »keine Reanimation« verfügt (AND = allow natural death).

Literatur

1. Carey TS et al. Am J Med 2006; 119: 526.e11-16.
2. Heyn PC et al. J Nutr Health Aging 2008; 12: 4091-09.
3. Jessen F et al. Study on Aging, Cognition and Dementia. Eur Arch Psychiatry Clin Neuro 2010; 260 Suppl. 2: 9, 111-5.
4. Kumlien & Lundberg, 2010.
5. Mitchell SL et al. NEJM 2009; 361: 1529-38.
6. S3-Leitlinie Demenz 2009.
7. Woolcott et al. Arch Intern Med 2009; 169 (21): 1952-60.

Der vorliegende Beitrag beruht auf dem Abstract und ausgewählten Charts des Vortrags am 11.2.2012 in Recklinghausen.

Ann. d. Red.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Günnewig
Abteilung Geriatrie/Neurologie
Elisabeth Krankenhaus Recklinghausen
Röntgenstraße 10
45661 Recklinghausen
dr.guennewig@ekonline.de