

Vormen van *dementie I* *De ziekte van Alzheimer*

De afgelopen decennia zijn ‘dementie’ en ‘Alzheimer’ in de publieke opinie min of meer synoniem geworden, constateerde Frans Gilson in het vorige nummer van *Denkbeeld*. En ook in het onderzoek naar oorzaken en behandel mogelijkheden trekt de ziekte van Alzheimer het leeuwendeel van geld en menskracht naar zich toe. In de komende nummers zal *Denkbeeld* aandacht besteden aan een aantal minder op de voorgrond tredende leden van de ‘dementiefamilie’. Maar eerst – onvermijdelijk – ‘de moeder aller dementieën’: de ziekte van Alzheimer.

Om te beginnen: dementie is eigenlijk geen ziekte. Binnen de geneeskunde – en meer in het bijzonder de psychiatrie – geldt dementie als een syndroom, een aandoening waarvan je kunt spreken als een aantal symptomen tegelijkertijd aanwezig is. In het geval van dementie gaat het om verandering van gedrag en een zodanige achteruitgang in de hersenfuncties dat onafhankelijk functioneren erdoor wordt belemmerd. Belangrijke hersenfuncties zijn bijvoorbeeld taal, logisch redeneren, geheugen, aandacht, rekenen, zintuig-

lijke waarneming, initiatief, coördinatie, plannen van activiteiten, abstract denken, rekenen, en ruimtelijk inzicht. Hoewel geheugenstoornissen vroeger als kenmerkend voor dementie golden, gaat men er tegenwoordig van uit dat iemand ook dementie kan hebben zonder dat hij of zij aan geheugenstoornissen lijdt.

Vaststellen of iemand dementie heeft doe je door met die persoon te praten (*anamnese*), door informatie in te winnen bij mensen uit diens omgeving (*heteroanamnese*) en door testen af te nemen die de bovengenoemde hersenfuncties in kaart brengen (een reken-som laten doen, een spreekwoord laten verklaren, etc.).

Dementie is dus geen ziekte, maar wordt wel veroorzaakt door een ziekte. Eén van die ziekten is de ziekte van Alzheimer (we spreken dan van ‘Alzheimerdementie’). Andere oorzaken van dementie zijn bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson en verstoringen van de bloedvoorziening in de hersenen: vasculaire dementie. Veel vormen van dementie worden veroorzaakt door abnormale eiwitophopingen in of buiten de hersencellen (de ziekte van Alzheimer, dementie met Lewy Body’s,

de ziekte van Parkinson) en/of door het afsterven van hersencellen (frontotemporale en vasculaire dementie).

ABNORMALE OPEENHOPINGEN

Dementie is niet altijd de ziekte van Alzheimer, maar de ziekte van Alzheimer is wel altijd dementie. Ook bij de ziekte van Alzheimer zien we in de hersenen een abnormale opeenhoping van eiwitten *buiten* de hersencellen (*plaques* van *beta-amyloid*) en onoplosbare strengtjes eiwit *in* deze cellen (*tau-eiwit*). Deze opeenhopingen leiden tot een afname van hersencellen. Meestal begint die in een deel van de hersenen dat belangrijk is voor de geheugenfuncties (de *hippocampus*); ook de vermindering van hersencellen is op die plek het sterkst.

Waardoor en waarom zo’n abnormale opeenhoping van eiwitten ontstaat, weten we in de meeste gevallen niet. Het is goed voorstelbaar dat wat nu de ziekte van Alzheimer heet, uiteindelijk anders genoemd zal gaan worden. Bijvoorbeeld naar de echte oorzaak van die opeenhoping. Misschien worden daarvoor wel meer oorzaken gevonden en kan het zijn dat we ook meer nieuwe ziektes krijgen die nu nog alle-

maal onder de noemer 'Alzheimer' vallen. Dan zou het zomaar kunnen dat er uiteindelijk geen 'ziekte van Alzheimer' meer overblijft. Bij minder dan vijf procent van de gevallen weten we de oorzaak van de eiwitopeenhopingen inmiddels wel en blijkt de aandoening erfelijk te zijn. In dat geval ontstaat de ziekte op jonge leeftijd (30 tot 50 jaar) en worden meer mensen uit een familie erdoor getroffen.

De heersende mening op dit moment is dat de ziekte van Alzheimer in ongeveer zeventig procent van de gevallen de oorzaak is van dementie. Daarbij gaat het in overgrote meerderheid (95%) om mensen ouder dan 65 jaar; tachtig procent van de patiënten is zelfs ouder dan 75. De ziekteduur (de tijd dat we symptomen zien) is gemiddeld acht tot dertien jaar.

De ziekte van Alzheimer begint ongemerkt, de achteruitgang verloopt sluispenderwijs en heel geleidelijk. De eerste zichtbare verschijnselen zijn vaak problemen met het geheugen, vooral het opslaan van nieuwe informatie. Dat merk je bijvoorbeeld aan het feit dat iemand dingen vergeet die pas geleden zijn gebeurd. Ook zijn er vaak moeilijkheden met de oriëntatie (weten waar je bent, hoe laat het is, e.d.). Later gaan ook spreken en handelen (bijvoorbeeld huishouding en zelfzorg) moeilijker en krijgt iemand problemen om het overzicht te bewaren en mensen en voorwerpen te herkennen.

Gedragsveranderingen komen eveneens regelmatig voor. Bij mensen met de ziekte van Alzheimer zie je nogal eens dat zij snel overstuur, boos of achterdochtig worden. Daarnaast raakt het slaap/waakritme vaak verstoord en

zie je veel 'zoekgedrag': steeds opnieuw naar iets of iemand op zoek zijn. Deze gedragsveranderingen kunnen zowel voor de persoon met Alzheimer zelf als voor diens naasten erg belastend zijn. Uit onderzoek blijkt dat apathie hier zwaar weegt: veel mensen met de ziekte van Alzheimer vertonen apathisch gedrag en mantelzorgers zeggen dit het meest belastende symptoom te vinden.

De hierboven genoemde verschijnselen kunnen niet alleen worden gebruikt om te bepalen of er sprake is van dementie, maar ook om te ontdekken of het om Alzheimerdementie of een ander type gaat. Stoornissen in de herkenning zijn bijvoorbeeld een belangrijk symptoom om Alzheimer van andere vormen van dementie te onderscheiden. Laat je mensen met de ziekte van Alzheimer een lijstje van vijf woorden leren, dan hebben zij vaak veel moeite om die een paar minuten later te herkennen in een lijstje waaraan tien extra woorden zijn toegevoegd. Mensen met vasculaire dementie kunnen dit dikwijls nog wel.

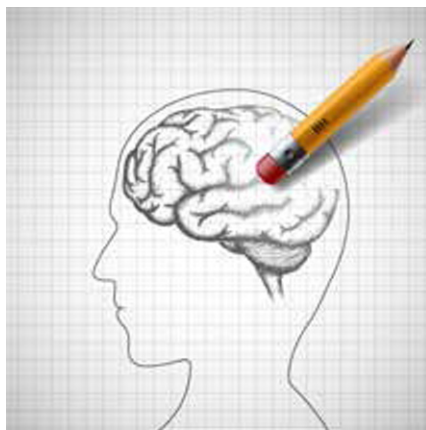
De diagnose 'ziekte van Alzheimer' stellen we op basis van het verhaal dat de patiënt en zijn naaste vertellen, aangevuld met het testen van belangrijke hersenfuncties als geheugen, taal, en aandacht. Daarnaast wordt tegenwoordig steeds vaker onderzoek gedaan naar zogenoemde 'biomarkers' (stofjes – vaak eiwitten – in bloed of hersenvocht die 'passen' bij Alzheimer). Ook van hersenscans wordt meer gebruik gemaakt. Biomarkers zijn niet doorslaggevend voor het stellen van de diagnose, maar kunnen helpen om de waarschijnlijkheid ervan te verhogen. Scans van de hersenen maken afwijkingen zichtbaar in de hersengebieden die bij Alzheimer vaak zijn aangetast (zoals de hippocampus) en ondersteunen de diagnose op die manier.

›



RISICOFACTOREN

De ziekte van Alzheimer is niet te genezen. Er zijn wel enkele medicijnen, zoals *rivastigmine* en *memantine*, die bij een aantal patiënten de achteruitgang tijdelijk kunnen vertragen en op sommige gedragingen een positief effect hebben. Om het effect van dergelijke medicijnen te bepalen en om toe te zien op bijwerkingen, gebeurt voortschrijven ervan door artsen die ervaring hebben met dementie. Behandeling en begeleiding van mensen met Alzheimer richt zich vooral op verlichten van bepaalde symptomen (zoals stemming en gedrag), behoud van de kwaliteit van leven en ondersteuning van mantelzorgers. Niet-medicateuze behandeling en begeleiding zijn bij Alzheimer belangrijk. Denk aan een gezonde levensstijl, goede psychosociale ondersteuning (o.a. door de casemanager dementie) en aanpassingen in het dagelijks leven die omgaan met de beperkingen makkelijker maken.



Dementie, en ook de ziekte van Alzheimer, is helaas niet te voorkomen, maar een gezonde levensstijl (voldoende beweging, gezond eten, matig alcoholgebruik, niet roken) kan wel een positieve invloed hebben op het ziekteproces. Ook weten we dat mensen met zogenoemde vasculaire risicofactoren (suikerziekte, hoge bloeddruk en over-

gewicht) meer kans hebben op dementie, ook op dementie door de ziekte van Alzheimer. Deze risicofactoren hebben tevens een negatieve invloed op het beloop van de ziekte. Kortom, met een gezonde leefstijl en een goede aanpak van vasculaire risicofactoren valt er bij de ziekte van Alzheimer zeker wat te winnen! ♦

TEKST MARTIN SMALBRUGGE, DEBBY GERRITSEN EN JOHN EKKERINK

BEELD THINKSTOCK

Martin Smalbrugge is redacteur van *Denkbeeld* en specialist ouderengeneeskunde; hij is werkzaam bij de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde van het VUmc te Amsterdam.

Deby Gerritsen is redacteur van *Denkbeeld* en ouderpsycholoog; zij is verbonden aan de afdeling eerstelijns geneeskunde van het Radboud UMC te Nijmegen.

John Ekkerink is als gz-psycholoog verbonden aan Stichting De Waalboog te Nijmegen.

LEVEN MET ALZHEIMER

Mevrouw Van Zanten is een lichamelijk vitale 78-jarige alleenwonende weduwe die de ziekte van Alzheimer heeft. Zo'n vier jaar geleden zou het allemaal begonnen zijn. Tijdens een vakantie met haar zoon in Italië wilde ze op een zondag met de bus naar Arnhem, omdat ze gewend was daar in het weekend haar dochter te bezoeken. Maar achteraf bekeken waren er misschien al eerder signalen. Mevrouw Van Zanten ging immers al een tijd niet meer naar haar kaartclub – 'dat gezeur van de mensen altijd' – en vertelde haar kinderen steeds vaker dezelfde verhalen. In september wilde ze inkoop doen voor de Paasdagen. En ze belde haar zoon regelmatig op omdat de wasmachine kapot was, terwijl dan steeds bleek dat de stekker er niet in zat. Ook beschuldigde zij de burens ervan dat zij haar geld hadden gestolen. Maar dat had zij zelf, zo bleek later, op allerlei plaatsen in huis verstopt: onder de matras, in

een boek, in de voorraadbus met suiker... Door haar stereotiepe verhalen en beschuldigingen verloor ze haar vroegere contacten. En zij die altijd dol was geweest op kinderen, schold nu opeens op spelende kinderen voor haar huis. Ook ging zij zich meer en meer verwaarlozen. Ze at eenzijdig en liet voedsel bederven. Op een dag bleek ze in haar broek te hebben geplast, maar daarop aangesproken zei ze: 'Oh, dat is niets, ik heb water gemorst.' Ze ontkende hardnekkig dat er iets met haar aan de hand was en vond hulp nergens voor nodig. Toch, vier jaar na haar vakantie in Italië ging het thuis niet meer. Haar huis en zijzelf waren vervuild. Overdag sloot ze zich op met de gordijnen dicht en schold tegen iedereen die aan haar deur kwam. Tegen de avond zwierf ze zonder jas in regen en kou door de stad, op zoek naar haar overleden ouders. In het begin van haar verblijf in het verpleeghuis was ze vaak onrustig omdat ze naar huis

wilde waar haar ouders en haar broers immers om haar zorg verleggen zaten. Met haar koffer liep ze voortdurend van het kastje naar de muur, met grote vasthoudendheid op zoek naar huis. Maar gelukkig zonder frustratie, omdat ze niet in de gaten leek te hebben dat ze in een kringetje ronddraaide. Langzaam nam haar onrust af en trad gewenning op. Steeds vaker ging ze zich bekommeren om het reilen en zeilen van de kleinschalige woonvorm met vijf medebewoners. Die woonvoorziening werd meer en meer haar huis waarin zij zich voor alles en iedereen verantwoordelijk ging voelen. Ook nu overschat ze haar mogelijkheden en helpt ze haar omgeving regelmatig van de regen in de drup. Maar met begeleiding en permanent toezicht lukt het gelukkig heel vaak om haar goede bedoelingen om te zetten in daden waarmee zij voor anderen – en daarmee ook voor zichzelf – iets kan betekenen.