

Rekomendacje

Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego 2011
i rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień IGERO z 2006 roku.

Rozpoznawanie otępienia

1.
Otępienie jest rozpoznaniem klinicznym, które powinno być udokumentowane na podstawie wywiadu uzyskanego nie tylko od chorego, ale również od innego, kompetentnego informatora, oraz na podstawie wyniku badania przedmiotowego, uwzględniającego co najmniej krótki test przesiewowy.
2.
Rozpoznając otępienie, należy kierować się określonymi kryteriami diagnostycznymi.
3.
Otępienie jest zespołem objawów, a nie chorobą.
Rozpoznanie otępienia jest wskazaniem do przeprowadzenia dalszych badań zmierzających do ustalenia prawdopodobnej przyczyny otępienia, ale **nie jest wystarczającą podstawą do podjęcia leczenia farmakologicznego.**
4.
Poprawne (wiarygodne) rozpoznanie otępienia wymaga specjalistycznej wiedzy i doświadczenia badającego. Brak takiej wiedzy i doświadczenia badającego powinien skłaniać lekarza lub psychologa do skierowania chorego na odpowiednią konsultację.
5.
Wynik testu przesiewowego (np. MMSE) lub innej krótkiej oceny funkcji poznawczych **nie może być podstawą rozpoznania lub wykluczenia otępienia** a jedynie podstawą jego podejrzenia.

Ocena neuropsychologiczna

1.
Skale przesiewowe mogą i powinny być wykonywane przez lekarzy wszystkich specjalności, psychologów, ale także przez pielęgniarki i pracowników socjalnych po przeszkoleniu w zakresie podstawowych zasad oceny oraz czynników mogących modyfikować wynik.
2.
Podstawowym narzędziem oceny przesiewowej powinna być MMSE (*Mini Mental State Examination*) z uwagi na liczne rzetelne opracowania, popularność, łatwość przeprowadzenia i możliwość oceny głębokości otępienia na podstawie szybko uzyskiwanych wyników.
3.
Pomimo istnienia oficjalnej wersji MMSE wydanej i sprzedawanej przez Pracownię Testów Psychologicznych, rekomendowane jest używanie wszystkich dostępnych,

4. Każdorazowo uzyskany wynik należy poddać klinicznej interpretacji oraz odnieść do wieku i wykształcenia pacjenta, posługując się w tym celu odpowiednią tabelą.

W warunkach codziennej praktyki klinicznej skorygowania wyniku można również dokonać, dodając do wyniku uzyskanego przez osobę badaną odpowiednią – z punktu widzenia jej wieku i wykształcenia – wartość liczbową.

5. W przypadku podejrzenia otępienia innego niż w przebiegu choroby Alzheimera wstępną ocenę uzyskaną za pomocą MMSE powinno się uzupełnić innymi testami ocen, na przykład Testem Rysowania Zegara lub skalami MoCA i STMS.

Łagodne zaburzenia poznawcze (*Mild Cognitive Impairment - MCI*)

1.

Nadal nie ma pełnej zgody, czy MCI jest samodzielną jednostką nozologiczną, czy też heterogennym zespołem objawów klinicznych z wysokim ryzykiem rozwinięcia się otępienia. Panuje natomiast zgodność poglądów, że MCI powinno być rozpoznawane.

2.

Indywidualna, obiektywna ocena spadku sprawności funkcjonalnej i poznawczej może być bardziej pomocna w rozpoznaniu niż ocena zgodna z normami dla wieku i wykształcenia.

3.

Rozpoznanie MCI jest użyteczne zarówno klinicznie, jak i jako jednostka do badań naukowych.

4

Wprawdzie nie dysponujemy obecnie metodami terapii o udokumentowanej skuteczności, ale pacjenci powinni być obserwowani pod kątem zwiększonego ryzyka pogarszania się sprawności poznawczej i funkcjonalnej, prowadzących do rozwinięcia się otępienia.

Neuroobrazowanie w otępieniu

1.

W diagnostyce różnicowej otępień niezbędne jest wykonanie badania neuroobrazowego.

2.

Zalecane jest wykonanie badania MR mózgowia, a jeżeli nie ma możliwości jego wykonania – badanie wielorzędowej tomografii komputerowej z rekonstrukcją 3D.

3.

Wykazanie zaniku struktur przyśrodkowych płata skroniowego wzmacnia rozpoznanie prawdopodobnej AD.

4.

Badanie PET z użyciem znaczników obecności złożeń amyloidu beta stanowi czułą, ale bardzo kosztowną metodę wykrywania złożeń A β w mózgowiu.

5.

Badania metabolizmu glukozy za pomocą PET i perfuzja SPECT mogą być źródłem dodatkowych informacji w diagnostyce różnicowej w wątpliwych przypadkach.

Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu

1.
Metody oddziaływań pozafarmakologicznych są rekomendowane u wszystkich pacjentów z AD.
2.
Działania pozafarmakologiczne mają szczególne znaczenie w korekcji towarzyszących otępieniu zaburzeń zachowania i, w takim przypadku, powinny być podjęte zanim wdroży się farmakologiczne leczenie.

Farmakoterapia zaburzeń funkcji poznawczych w chorobie Alzheimera

1.
W przypadku rozpoznania otępienia o lekkim i umiarkowanym nasileniu w AD zaleca się zastosowanie inhibitora cholinesteraz.
2.
W przypadku braku skuteczności jednego inhibitora cholinesterazy warto podjąć próbę leczenia innym lekiem z tej grupy.
3.
W przypadku otępienia w AD o nasileniu od umiarkowanego do znacznego zaleca się zastosowanie memantyny.
4.
Terapia łączona (inhibitor cholinesterazy i memantyna) może być rozważana jako opcja terapeutyczna.
5.
Monoterapia memantyną jest zalecana w przypadku przeciwwskazań do stosowania inhibitorów cholinesterazy, ich złej tolerancji lub udokumentowanego braku skuteczności.
6.
Wybór postaci farmaceutycznej leku (tabletki, płyn, system transdermalny) powinien być zindywidualizowany i uwzględniać preferencje chorego oraz jego opiekuna.
7.
Stosowanie innych leków niż inhibitory cholinesterazy i memantyna nie zostało potwierdzone w badaniach klinicznych i nie jest rekomendowane w rutynowym postępowaniu zmierzającym do poprawy zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych.

Farmakoterapia zaburzeń zachowania, zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju w chorobie Alzheimera

1.
Decyzję o zastosowaniu jakichkolwiek leków psychotropowych u chorego z otępieniem powinno poprzedzać dokładne przeanalizowanie możliwych czynników (somatycznych, środowiskowych, psychospołecznych i neuropsychiatrycznych) wpływających na wystąpienie tych zaburzeń; korekcja czynników precipitujących lub wywołujących zaburzenia zachowania może być wystarczającą interwencją i jest zalecana u każdego pacjenta.
2.
Niektóre objawy zaburzeń zachowania i towarzyszące otępieniu w AD objawy psychiatryczne ustępują po zastosowaniu inhibitora cholinesterazy i/lub memantyny. Włączenie tych leków lub korekcja ich dawki (o ile nie są już obecnie stosowane we właściwej dawce) są rekomendowane u wszystkich pacjentów z BPSD.
3.
Leki o działaniu neuroleptycznym, zarówno klasyczne, jak i drugiej generacji należy stosować

bardzo ostrożnie ze względu na znaczne ryzyko wystąpienia poważnych objawów niepożądanych. Są one rekomendowane do maksymalnie krótkiego stosowania w przypadku objawów psychiatrycznych oraz w niektórych przypadkach niespecyficznego pobudzenia towarzyszącego AD i niereagującego na inne metody, w tym nefarmakologiczne. Istnieją badania wskazujące na leki przeciwpsychotyczne jako środki podwyższające wskaźniki śmiertelności w AD i innych otępieniach.

4.

Przed zastosowaniem leku przeciwpsychotycznego u chorego z AD należy starannie ocenić ryzyko wystąpienia naczyniowych powikłań mózgowych (udar), regularnie monitorować stan funkcji poznawczych chorego w czasie leczenia, a po uzyskaniu efektu terapeutycznego podjąć próbę redukcji dawki i odstawienia leku.

5.

W stanach pobudzenia, zwłaszcza z towarzyszącą drażliwością, labilnością afektywną i agresją można rozważyć podanie małych dawek karbamazepiny (50-300 mg/dobę) lub pochodnych kwasu walproinowego (150-600 mg/dobę); karbamazepina może być skuteczna w niektórych przypadkach braku odpowiedzi na leki przeciwpsychotyczne.

6.

Leki o działaniu uspokajającym i nasennym należy stosować ostrożnie i możliwie krótko. Towarzyszy im zwiększone ryzyko upadków.

Jako alternatywę dla typowych leków nasennych rekomenduje się trazodon w dawkach 25-150 mg.

7.

W przypadku objawów depresyjnych i lękowych rekomenduje się zastosowanie leków przeciwdepresyjnych. Ze względu na działanie antycholinergiczne trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne nie powinny być stosowane w tej grupie chorych.

Jako leki pierwszego rzutu rekomenduje się inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, spośród których najlepiej przebadane są citalopram i sertralina.

Jako lek drugiego wyboru można zastosować moklobemid.

Brak dowodów na skuteczność innych leków przeciwdepresyjnych.

Leczenie otępienia z ciałami Lewy'ego (*Lewy Bodies Dementia - LBD*)

W leczeniu chorych z LBD kluczowe znaczenie ma uwzględnienie kilku istotnych i wzajemnie na siebie wpływających czynników terapeutycznych.

1.

Inhibitory cholinesterazy mogą mieć korzystne działanie zarówno na objawy zaburzeń poznawczych, jak i pozapoznawczych — szczególnie apatia i halucynacje.

Badanie randomizowane w tej grupie pacjentów ma jedynie rywastygmina [McKeith i wsp., 2000]; w przypadku innych inhibitorów istnieją doniesienia kazuistyczne lub serie przypadków.

2.

Konieczne jest osiągnięcie równowagi pomiędzy optymalnym leczeniem objawów parkinsonowskich a ryzykiem nasilenia objawów psychiatrycznych.

Rekomendowane są wyłącznie preparaty lewodopy.

Leczenie należy rozpocząć od małych dawek i powoli je zwiększać.

Nie należy stosować leków antycholinergicznych.

3.

W leczeniu charakterystycznych dla LBD zaburzeń psychiatrycznych należy zwracać uwagę na podwyższone ryzyko wystąpienia nadwrażliwości na neuroleptyki.

Zaleca się w związku z tym unikanie klasycznych neuroleptyków,

natomiast zalecane jest stosowanie leków przeciwpsychotycznych nowej generacji, szczególnie kwetiapiny, a w przypadku braku efektu działania risperidonu, klozapiny lub olanzapiny

4.

W leczeniu zaburzeń depresyjnych rekomendowane są leki przeciwdepresyjne z grup SSRI i inne leki przeciwdepresyjne.

Nie należy stosować leków o działaniu antycholinergicznym.

Leczenie otępienia w chorobie Parkinsona (*Parkinson Disease Dementia - PDD*)

1.
Postępowanie w PDD powinno w pierwszej kolejności obejmować diagnostykę różnicową z innymi przyczynami pogorszenia zaburzeń poznawczych u chorego z parkinsonizmem.
2.
Zawsze należy rozpocząć postępowanie od odstawienia leków obniżających zdolności poznawcze, np. antycholinergików.
3.
W leczeniu objawowym zaburzeń poznawczych zalecane są inhibitory cholinesterazy.
4.
W leczeniu zaburzeń psychiatrycznych nie zaleca się stosowania neuroleptyków klasycznych (nasilenie parkinsonizmu), natomiast zaleca się stosowanie neuroleptyków nowej generacji, szczególnie klozapiny. Kwetiapina jest bezpieczniejsza, ale mniej skuteczna.
5.
W leczeniu zaburzeń depresyjnych zaleca się stosowanie inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny .

Leczenie otępień czołowo-skroniowych (*Fronto Temporal Dementia - FTD*)

1.
Leki stosowane obecnie w FTD oddziałują głównie na typowe dla tej grupy chorób zaburzenia zachowania, natomiast ich wpływ na zaburzenia funkcji poznawczych jest znikomy.
2.
Leki o działaniu serotoninergicznym można zastosować w przypadkach FTD. Najlepiej przebadanym lekiem jest trazodon, inną opcją są leki z grupy SSRI.
3. Inhibitory cholinesterazy w „czystych” przypadkach FTD są prawdopodobnie mniej skuteczne niż w AD; wyniki pojedynczego badania wskazują na możliwość zastosowania rywastygminy w wybranych przypadkach. Otwarta pozostaje opcja stosowania mernantyny.

Leczenie otępień naczyniopochodnych (*Vascular Dementia - VaD*)

1.
Rozpoznanie VaD jest trudne i można tego dokonać w przypadku wystąpienia otępienia u osoby z objawami ogniskowego uszkodzenia mózgu pochodzenia naczyniowego, jeśli przed ujawnieniem się choroby naczyniowej mózgu nie było zaburzeń funkcji poznawczych. Obecność naczyniowych czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie, cukrzyca, choroby serca itd., bez klinicznych lub neuroobrazowych dowodów na istnienie choroby naczyniowej mózgu, nie może być podstawą rozpoznania VaD.
2.
Rozpoznanie VaD wymaga potwierdzenia istnienia zmian naczynio-pochodnych w mózgu za pomocą neuroobrazowania. Polecaną metodą neuroobrazowania w tym przypadku jest tomografia rezonansu magnetycznego.
3.
Jeśli obraz kliniczny na to pozwala, zaleca się rozpoznawanie postaci VaD, a szczególnie otępienia wielozawałowego i podkorowego.
4.
Kontrola i leczenie czynników ryzyka chorób naczyniowych

oraz bardziej specyficzne postępowanie w ramach wtórnej profilaktyki udaru mózgu jest rekomendowane mimo braku jednoznacznych dowodów na skuteczną prewencję otępienia.

5.

Istnieje wiele przesłanek z badań klinicznych, że inhibitory acetylocholinesterazy i memantyna są objawowo skuteczne w VaD, ale dotychczas organy rejestracji leków nie zaakceptowały takiego wskazania.

6. Nie ma dowodów, według współczesnych zasad oceny, że inne leki prokognitywne są skuteczne w leczeniu VaD.

Organizacja opieki nad chorym z otępieniem

1.

Od jakości opieki w znacznym stopniu zależą samodzielność pacjentów w wykonywaniu podstawowych czynności związanych z dbaniem o siebie oraz opóźnienie konieczności ich ewentualnej instytucjonalizacji.

2.

Bardzo istotna jest rola opiekuna rodzinnego, która wraz z czasem trwania choroby staje się coraz większa.

3.

Opiekun rodzinny wymaga wielokierunkowego wsparcia innych członków rodziny oraz instytucji w opiece nad pacjentem z otępieniem.

4.

Należy unikać zmian otoczenia pacjenta z otępieniem, a także zmiany jego opiekunów.

5.

Hospitalizacje chorych z otępieniem powinny wynikać jedynie ze wskazań życiowych.

Ogólnomedyczna opieka nad pacjentem z otępieniem

1.

Pacjenci z otępieniem powinni pozostawać pod główną kontrolą jednego lekarza i jeśli to możliwe — we własnym środowisku.

2.

Hospitalizacje powinny dotyczyć jedynie wskazań życiowych.

3.

W trakcie leczenia szpitalnego chorych z otępieniem istnieje konieczność wdrożenia zintensyfikowanych działań mających na celu zmniejszenie skutków hospitalizacji.

4.

Zakres diagnostyki i leczenia musi być dostosowany do stanu chorego, uwzględniać stopień zaawansowania otępienia, możliwość współpracy pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz rehabilitacji.

5.

Należy unikać leków o niudowodnionym lub niepewnym działaniu.

6.

Chorzy z otępieniem wymagają szczególnie dokładnego monitorowania działań ubocznych stosowanych leków.

7.

Opieka o charakterze paliatywnym powinna być stałym elementem terapii, szczególnie u chorych w zaawansowanym stadium otępienia.

Prawne aspekty otępienia

1.

Lekarze zajmujący się osobami z otępieniem powinni znać i rozumieć, co oznaczają przepisy prawne dotyczące tych osób, zasady opiniowania oraz hospitalizacji.

2.

W przypadku konieczności wystąpienia z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie, w razie potrzeby, lekarz może pomóc rodzinie w sformułowaniu wniosku, ewentualnie przedstawić jego gotowy wzór.

Współpraca między opiekunem a lekarzem

1.

Współpraca z opiekunem stanowi ważny element leczenia otępień i nie może być pomijana.

2.

Komunikacja z opiekunem powinna się skupiać na zrozumiałym wyjaśnieniu objawów otępienia, narastających obciążeniach wynikających z opieki, możliwości uzyskania efektów leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego, aspektów opieki pozadomowej, prawnych i instytucjonalizacji.

3.

Poprzez uświadomienie, w jaki sposób otępienie oddziałuje również na opiekuna, współpraca z nim powinna wyraźnie wskazywać na konieczność dbania o jego zdrowie, co powinno być monitorowane w takim samym zakresie jak zdrowie chorego z otępieniem.