

# **Nevrološki pristop k dementnemu bolniku**

## **Neurological approach to patients with dementia**

*Anton Mesec<sup>1</sup>*

### **Izvleček**

Demenca prizadene predvsem starejše ljudi. Zanimanje zanjo je poraslo s staranjem prebivalstva, z dosežki temeljnih znanosti in z novimi obeti v zdravljenju.

Izkušnje kažejo, da demenca ne prizadene le posameznika, ampak občutno vpliva na bolnikovo družino in tudi na širše okolje. V celostni obravnavi bolnikov z demenco ima nevrologija svoje mesto tako v diagnostiki kot pri odločanju o zdravljenju in v njegovem izvajanju.

V prispevku je poudarek na posebnostih nevrološke preiskave dementnega bolnika in na smiselni uporabi dobljenih podatkov pri odločanju za nadaljnje laboratorijske ter instrumentalne preiskave. Omenjene so tudi sodobne evropske nevrološke smernice v obravnavi dementnih bolnikov.

### **Abstract**

Dementia affects mostly elder people. Interest in the disease increased with the ageing of population, with achievements in basic sciences and with new promises regarding treatment. Experiences show that not only individuals with the disease are affected but that it significantly influences patients' families as well as broader social surroundings. Neurology has its place in the integral treatment of patients with dementia, be it in the diagnostics or in making decisions about the treatment and its implementation.

In this article special emphasis is put on the particularities of a neurological examination of patients with dementia and on reasonable use of the gathered data when deciding about further laboratory and clinical tests.

---

<sup>1</sup> *Doc. dr. Anton Mesec, dr. med., Klinični center Ljubljana, SPS Nevrološka klinika, Klinični oddelek za nevrologijo, 1525 Ljubljana*

Also some modern European treatment guidelines regarding patients with dementia are mentioned.

## NEVROLOŠKA PREISKAVA

“Klasična” klinična nevrološka preiskava je usmerjena pretežno v iskanje žariščnih nevroloških simptomov in znakov. Na njihovi osnovi skušamo locirati žariščno okvaro živčevja ali ugotoviti prizadetost določenega sistema. Nevrološke spremembe, ki jih najdemo pri difuzni možganski okvari, so v učbenikih manj poudarjene. Le redko je v njih zaslediti napotke, ki bi pomagali pri nelahkem razmejevanju sprememb, ki jih pripisujemo “normalni” starosti, in sprememb, ki so izraz patološkega dogajanja v živčevju. Pri demenci imamo praviloma opravka z obojim – z difuzno možgansko prizadetostjo in s starejšimi ljudmi. Dobljene nevrološke znake pri teh bolnikih lahko tolmačimo kot izraz zelo pospešene staranja, saj dobimo iste a manj izrazite znake tudi pri zelo starih zdravih ljudeh (1).

### **Nevrološke spremembe pri starejših ljudeh in pri bolnikih z demenco**

Vid oslabi, zenici sta ožji in zato manj reagirata na osvetlitev. Gibi zrkla so manj tekoči, najbolj je omejena njihova gibljivost navzgor. Oslabita voh in okus, slabše slišijo zlasti visoke tone. Govorica je vse slabše artikulirana in postaja bolj monotona. Imajo težave pri poimenovanju (anomija) in večkrat zaidejo v perseveracije. Kasno v starosti oslabi še žrelni refleks in refleks kašljanja (1-3).

Gibljivost udov je pogosto omejena zaradi lokalnih vzrokov, predvsem zaradi degenerativnih okvar v sklepih. Mišične atrofije so najprej opazne v malih mišicah rok. Groba moč utegne biti še presenetljivo dobra, zmanjšana pa je hitrost in spretnost gibov. Presoja zvišanega mišičnega tonusa je neredko težavna. Paratonija (Gegenhalten) je le rahlo zvišan mišični tonus, ki daje vtis bolnikove nesproščenosti. Za razliko od parkinsonske rigidnosti je paratonija spremenljiva in zadovoljivo popusti med zelo počasnimi pasivnimi gibi. Spremeni se tudi izzivnost fizioloških refleksov. Oslabijo ali ugasnejo predvsem in najprej Ahilovi in trebušni kožni refleksi, medtem ko refleksi na zgornjih udih ostanejo dobro izzivni. Okvarjena je tudi globoka senzibilnost, predvsem oslabi občutek za

vibracije na nogah. Drža je vse bolj sključena in koraki so krajši in bolj drsajoči (1-3).

## **Znaki difuzne možganske disfunkcije, ki jih rutinsko ne iščemo (1-3)**

### Primitivni refleksi

**Glabelarni refleks:** Preiskovalec udarja s konico prsta na glabelo. Normalno refleksno mežikanje poneha (se habituir) po nekaj udarcih. Pri difuznih možganskih okvarah in pri Parkinsonovi bolezni se refleks ne habituir.

**Refleks šobljenja:** Po rahlem udarcu s prstom ali refleksnim kladivcem na sredino zgornje ustnice se bolnik našobi. Refleks je pogosto izrazit pri Alzheimerjevi bolezni.

**Refleks sesanja:** Poteg z loparčkom po spodnji ustnici izzove vsaj nakazane gibe sesanja.

**Korneomandibularni refleks:** Normalno dotik roženice z vato sproži le zapiranje očesa. Abnormen je istočasen premik spodnje čeljusti v nasprotno smer.

**Nuhocefalni refleks:** Preiskovalec stoječega in sproščenega bolnika hitro zasuč v ramenih nekoliko v levo ali v desno. Normalno temu gibu sledi tudi ustrezno obračanje glave, patološko je vztrajanje glave v prvotnem položaju. Pri starejših je treba upoštevati omejeno gibljivost vratu zaradi sprememb na hrbtenici.

**Palmomentalni refleks:** Po potegu s topim predmetom po tenarju desne in leve roke normalno ni odziva na bradi. Vidna kontrakcija m. mentalis na isti strani je abnormna.

**Refleks prijemanja:** Poteg s predmetom ali prstom po dlani normalno ne sproži nobenega odziva. Refleksno prijemanje predmeta ali prsta je patološko. Stisk popusti po udarcu na hrbtnišče roke.

**Pomanjkljiva vztrajnost in perseveracija:** Bolnik ne uspe vztrajati pri zahtevanem gibu, na primer ne zdrži pol minute z zaprtimi očmi, pri

neprekinjenem gledanju vstran ali pri kazanju jezika.

Po prenehanju enakomernih pasivnih gibov bolnik z njimi aktivno nadaljuje, na primer z gibi v komolcu.

Pogostnost znakov difuzne okvare v starosti in pri demenci je težko oceniti, saj so bile ustrezne študije zastavljene povsem različno (4, 5). Prisotnost teh znakov pri starih ljudeh naj bi povečala verjetnost, da se bo kasneje razvila tudi demenca (5).

## **Presoja višjih živčnih dejavnosti**

Pri oceni teh motenj je potrebna previdnost, saj dementni bolnik morda sploh ne razume navodil. Motnje posameznih dejavnosti imajo večji pomen, kadar s svojo izrazitostjo presegajo splošni upad intelektualnih funkcij.

Med motnjami govora je pri dementnih bolnikih v ospredju nominalna (anomična) afazija. Njihov govor je vse manj tekoč. Težave imajo z iskanjem pravih besed že pri spontanem govoru, še hujše motnje se pokažejo pri zahtevi, naj pokazane predmete poimenujejo.

Pri apraksiji ločimo nesposobnost izvedbe določene aktivnosti v pravem zaporedju gibov, na primer pri umivanju zob (ideatorna apraksija), od nesposobnosti bolnika, da na zahtevo naredi simbolične gibe, na primer mahanje v slovo (ideomotorna apraksija). Te gibe bolnik sicer avtomatično naredi brez težav. Pri kliničnem delu ugotovljeno apraksijo pogosto poimenujemo kar po vsakdanjih težavah bolnikov, na primer apraksija hoje ali oblačenja.

Agnozije - motnje prepoznavanja s posameznim čutom so pri dementnih bolnikih redko izoliran pojav, saj jih najdemo v sklopu drugih spoznavnih motenj.

Za hitro (ambulantno) presojto se je v nevrologiji tudi pri nas dokaj uveljavil Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (Mini-Mental State Examination) (6), ki pa seveda ne more nadomestiti natančnejše nevropsihološke ocene upada bolnikovih kognitivnih sposobnosti.

## DIFERENCIALNA DIAGNOZA

S klinično nevrološko preiskavo naj bi pojasnili predvsem naslednje:

- ali so ugotovitve v skladu z difuzno možgansko okvaro?
- ali so prisotni znaki, ki kažejo na žariščno ali sistemsko okvaro?

V prvem primeru je verjetnejša primarna degenerativna narava sindroma demence (največkrat Alzheimerjeva bolezen), v drugem pa so vzroki možganske okvare lahko zelo različni in temu primerno naj sledijo tudi nadaljnji diagnostični postopki.

V pomoč nam je lahko tudi (za nekatere sporna) delitev na kortikalno in subkortikalno demenco. Pri kortikalni obliki so v ospredju kombinacije motenj spomina in višjih živčnih dejavnosti, pri subkortikalni pa prevladujejo upočasnenost z moteno pozornostjo in motivacijo, dizartrijska in ekstrapiramidna motnja (7).

Vzroki demence so številni – od primarno degenerativnih bolezni osrednjega živčevja do vsakršnih škodljivosti, ki difuzno okvarijo možgane (vaskularne, metabolične, toksične, vnetne, poškodbe, tumorji). Neredko so nam pri opredelitvi v veliko pomoč dovolj natančni anamnestični podatki.

Pri iskanju vzroka je praktično pomembno naslednje izhodišče:

- daleč najbolj pogosti sta Alzheimerjeva bolezen in vaskularna demenca,
- obe sta izrazito pogostejši v starosti,
- druge oblike so redke, vendar so nekatere med njimi potencialno ozdravljive.

V kliničnem razlikovanju primarno degenerativne in vaskularne demence se je že pred desetletji uveljavila Ishemična točkovna lestvica (tabela 1) (8).

Po tej lestvici kažejo na vaskularno naravo demence zlasti že prebolena možganska kap, nenaden začetek, neenakomeren potek in žariščni nevrološki izpadi. Pri teh bolnikih naj bi bil seštevek vsaj 7 točk. Na drugi strani seštevek točk do 4 kaže na primarno degenerativno demenco. Neredke so mešane oblike demence, saj prebolena možganska kap bolnika ne varuje pred kasnejšo Alzheimerjevo boleznijo (in obratno).

Tabela 1. Ishemična točkovna lestvica (Hachinski):

	točke
nenaden začetek	2
slabšanje v zagonih	1
neenakomeren potek	2
nočna zmedenost	1
ohranitev osebnosti	1
depresija	1
telesni simptomi	1
čustvena inkontinenca	1
arterijska hipertenzija	1
inzulti v anamnezi	2
znaki ateroskleroze	1
žariščni nevrološki simptomi	2
žariščni nevrološki znaki	2

Možganski tumorji naj bi se kazali z znaki zvišanega intrakranialnega tlaka in z žariščnimi znaki. Težave se včasih presenetljivo začnejo s kognitivnim upadom, na primer pri gliomih v čelnem režnju in v korpus kalozumu. Paraneoplastični sindrom se lahko sprva kaže predvsem s spominskimi motnjami ("limbični encefalitis"), ki včasih prehitujejo znake primarnega tumorja tudi do dve leti.

Hujša poškodba glave je običajno dovolj opazen dogodek in tedaj je povezava s kasnejšimi kognitivnimi motnjami jasna. Spregledamo lahko kronični subduralni hematoma. Pri starejših ljudeh včasih zadostuje že majhna topa poškodba glave, katere se poškodovanci kasneje – v okviru posledičnih spominskih motenj - seveda ne spomnijo.

Normotenzivni hidrocefalus naj bi prepoznali po klasičnem triasu: demenca, urinska inkontinenca in apraksija hoje. Še zlasti je treba pomisliti nanj, če med pojavljanjem teh motenj demenca ni bila vodilna in najbolj izražena.

Dodatne **laboratorijske in instrumentalne** preiskave naj bodo pretehtane, temeljijo naj na predhodnih kliničnih ugotovitvah. Ob osnovnih laboratorijskih preiskavah krvi in urina so potrebni še jetrni testi. Med redkejšimi vzroki je treba preveriti pomanjkanje vitamina B<sub>12</sub> in hipofunkcijo ščitnice (TSH). Redkeje so potrebne še dodatne razširjene

laboratorijske preiskave. Vnetni vzroki se s časom spreminjajo – lues je imel veliko vlogo v preteklosti, sedaj se pojavljajo novi povzročitelji (Borrelia, HIV). Pretehtane naj bodo tudi indikacije za pregled cerebrospinalnega likvorja.

Nove slikovne tehnike (CT, MRT) so v veliko pomoč pri ugotavljanju sekundarnih oblik demence. Pri primarno degenerativnih demencah so manj pomembne, saj ni pravega sorazmerja med ugotovljeno možgansko atrofijo in bolnikovim intelektualnim upadom. EEG je indiciran le pri sumu na določene bolezni (epilepsija, Creutzfeldt Jakobova bolezen), pri Alzheimerjevi in vaskularni demenci je povsem neznačilen.

## ZAKLJUČEK

V sodobnih usmeritvah obravnave dementnega bolnika se vse bolj uveljavlja multidisciplinarni pristop. V okviru le-tega ima svoje mesto tudi nevrolog. Njegovo specifično vlogo bi lahko strnili v naslednje točke (9):

- Iskanje vaskularnih in drugih nevroloških dogodkov v anamnezi.
- Nevrološki pregled s poudarkom na žariščnih znakih, moteni gibljivosti zrkla, ekstrapiramidnih motnjah in moteni hoji.
- Indiciranje dodatnih preiskav in interpretiranje dobljenih izvidov.
- Identificiranje in zdravljenje vaskularnih dejavnikov.
- Diagnosticiranje in zdravljenje epilepsije ali ekstrapiramidnih motenj.
- Svetovanje vsem, ki so vključeni v obravnavo dementnega bolnika, kako naj ravnajo ob njegovih nevroloških problemih.

---

## Literatura:

1. Paulson GW. The neurological examination in dementia. In: Wells CE, ed: Dementia. Philadelphia: Davis Company, 1977: 169-88.
2. Jenkyn LR, Walsh DB, Culver CM, Reeves AG. Clinical signs in diffuse cerebral dysfunction. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1977; 40: 956-66.
3. DeMyer WE. Technique of the neurologic examination. New York: Mc Graw-Hill, 1994.
4. Schiffter R. Das Gangbild des alten Menschen. Akt Neurol 1986; 13: 19-22.
5. Kumamoto T, Sannomiya K, Ueyama H, et al. Neurological abnormali-

ties in cognitively impaired but not demented patients. *Acta Neurol Scand* 2000; 102: 292-8.

6. Jensterle J, Mlakar J, Vodušek DB. Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. *Zdrav Vestn* 1996; 65: 577-82.
7. Rossor MN. The dementias. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD, eds. *Neurology in clinical practice*. Boston: Butterworth Heinemann, 2000: 1701-44.
8. Hachinski VC, Illif LD, Zihlka H, et al. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol* 1975; 32: 632-7.
9. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Scheltens P, Tariska P, Rossor M. Diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia. The role of neurologists in Europe. *Europ J Neurol* 2000; 7: 133-44.