



# Tijdige detectie van dementie - Interventies bij diagnose dementie

Sophie Vermeersch  
Klinisch neuropsycholoog (MsC)



Universitair Ziekenhuis Brussel



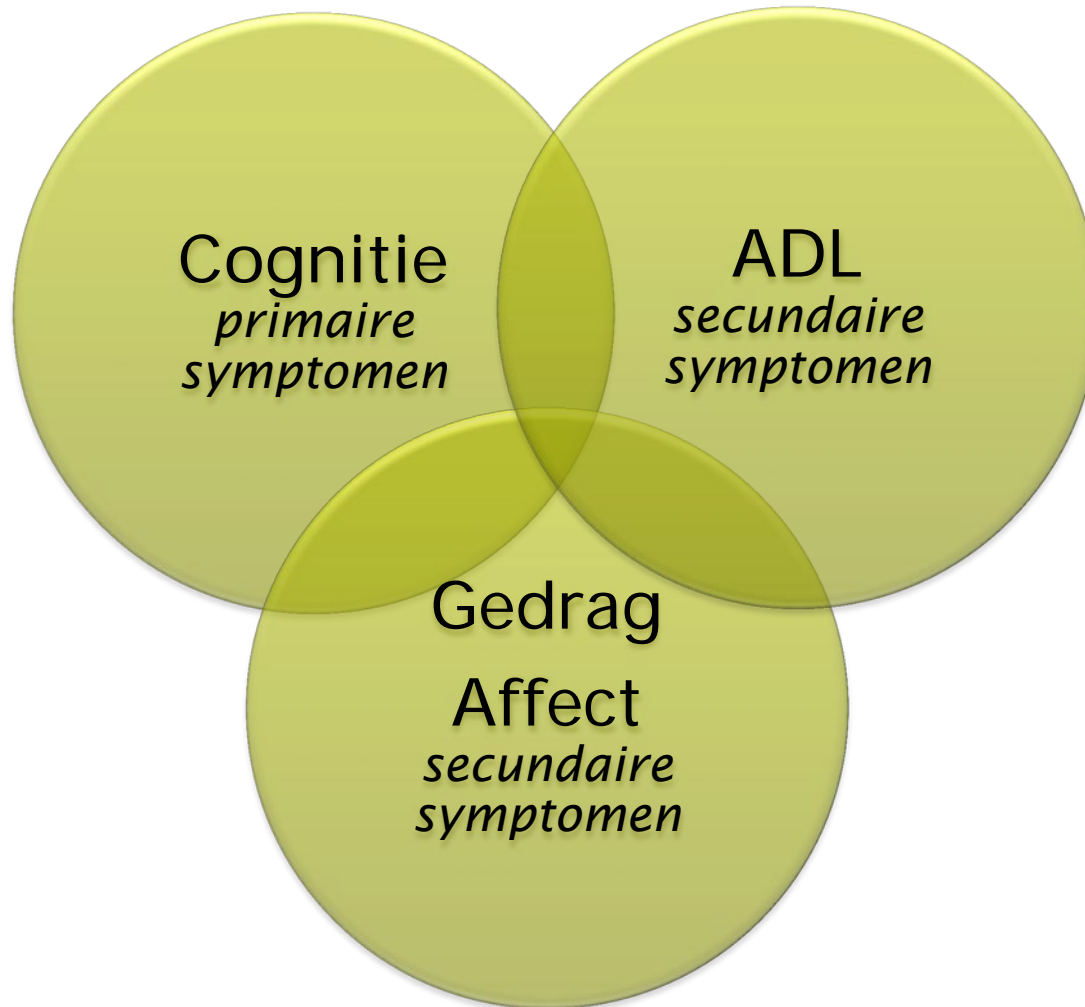
Vrije Universiteit Brussel

- **Detectie van dementie**
  - cognitieve screening in de eerste lijn
  - ADL evaluatie
  - evaluatie gedrag en affect
  
- **Niet- medicamenteuze behandelingen**
  - types interventies
  - effectiviteit
  - Geheugenkliniek UZ Brussel

# Welke stelling m.b.t. screening naar dementie is correct?

- a. De contacten als huisarts (medisch dossier) volstaan in de detectie van dementie. Screening biedt geen meerwaarde.
- b. Een MMSE-score van 23/30 wordt beschouwd als afwijkend en wijst op een dementie.
- c. Screeningstools voor dementie kunnen niet gebruikt worden bij lage scholingsgraad.
- d. **De Mini- Cog heeft een hoge specificiteit: 89% van de cognitief normale patiënten vertonen geen afwijkende Mini- Cog.**
- e. Het gebruik van screeningtools voor dementie vereist tijd en training.

# Dementie als syndroom



# Cognitieve screening eerste lijn

- Mini-Cog
- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Montreal Cognitive Assessment (MOCA)
- ...

*(Brodaty et al, 2006; Milne et al., 2008; Ismail et al., 2010;  
Sheehan, 2012)*

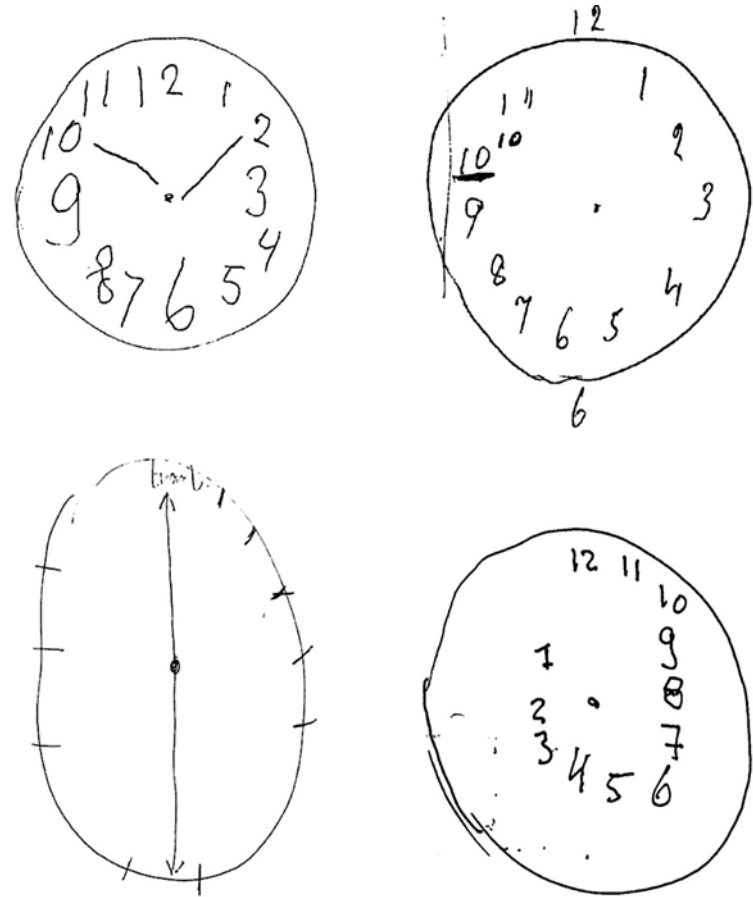
**Table 1.** Short dementia screening tests suitable for primary and secondary care.

Instrument	Time to use (min)	Gold standard	Cutoff	Sensitivity	Specificity	Reference
MMSE	5–10	DSM-IV diagnosis	<b>23/24</b>	0.79	0.95	Hancock and Larner [2011]
AMTS	3–4	Clinical diagnosis	<b>6/7</b>	0.81	0.84	Antonelli Incalze <i>et al.</i> [2003]
Clock-drawing test	3	DSM III-R dementia	Shulman method, score 2/3	0.86	0.96	Brody and Moore [1997]
6-CIT	3–4	Clinical diagnosis of dementia	<b>7/8</b>	0.90	1.00	Brooke and Bullock [1999]
GPCOG	6	DSM-IV dementia	<b>10/11</b> on total score	0.82	0.83	Brodaty <i>et al.</i> [2002]
Mini-Cog	3	Independent clinical diagnosis of dementia	Probably normal/ <b>possibly impaired</b>	0.76	0.89	Borson <i>et al.</i> [2003]
TYM	5–10	DSM-IV dementia	<b>30/31</b>	0.73	0.88	Hancock and Larner [2011]
MoCA	10	Clinical diagnosis of Alzheimer's disease	<b>25/26</b>	1.00	0.87	Nasreddine <i>et al.</i> [2005]
ACE-R	15–20	DSM-IV dementia	<b>73/74</b>	0.90	0.93	Hancock and Larner [2011]
MIS	Under 5	Clinical diagnosis of dementia	<b>5/6</b>	0.86	0.91	Buschke <i>et al.</i> [1999]

Bold text indicates scoring direction of positive screen for dementia.  
ACE-R, Addenbrookes Cognitive Assessment – Revised; AMTS, Abbreviated Mental Test Score; DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*; GPCOG, General Practitioner assessment of Cognition; MIS, Memory Impairment Screen; MMSE, Mini-Mental State Examination; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; TYM, Test Your Memory.

# Mini-Cog

- Procedure  
3 woorden inprenten  
Kloktekentest  
3 woorden herinneren
- Opleiding, cultuur,  
taal?
- Sensitiviteit 76%,  
specificiteit 89%  
(Borson et al., 2003)



# Mini-Cog scorings algoritme

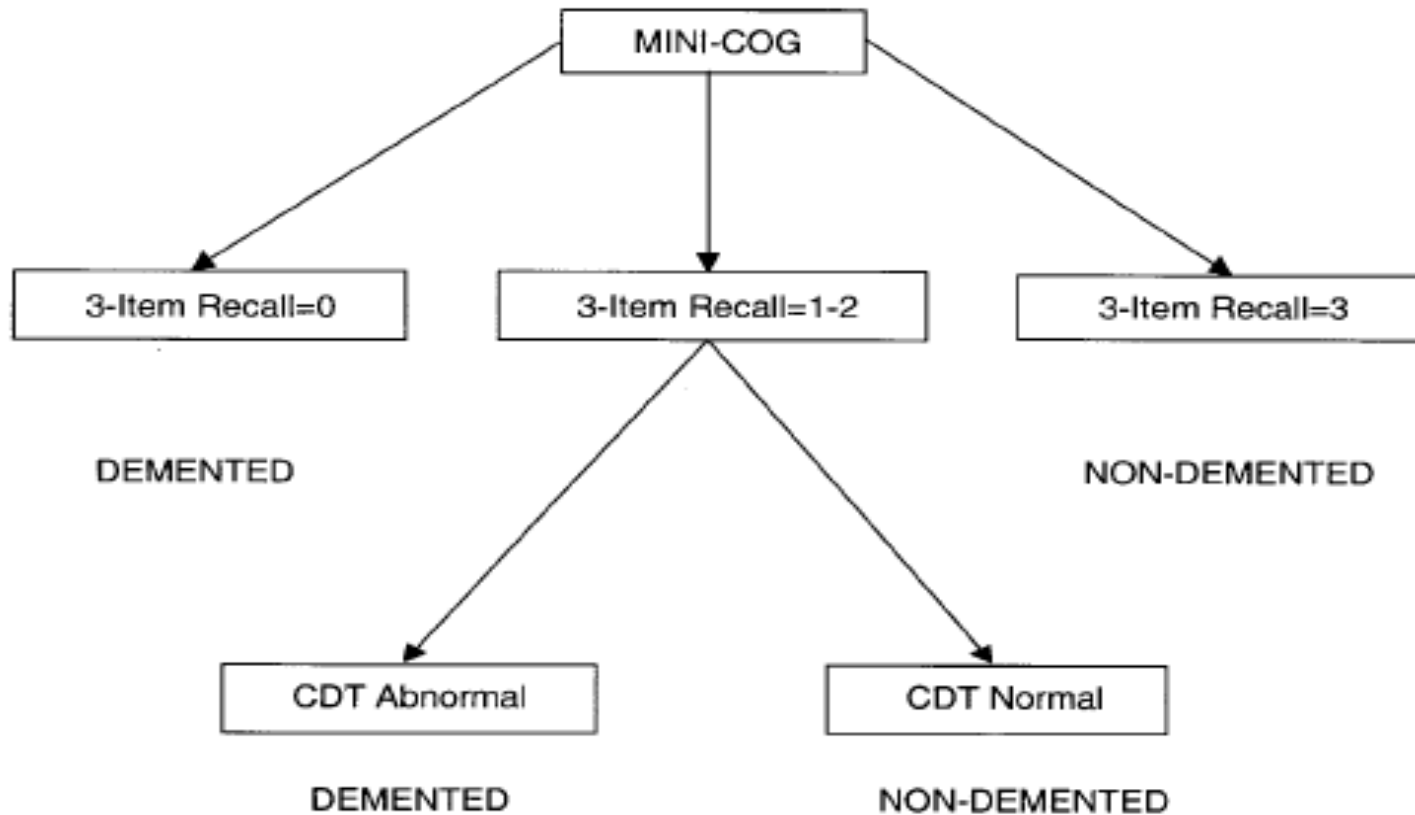


Fig. 1. Mini-Cog scoring algorithm



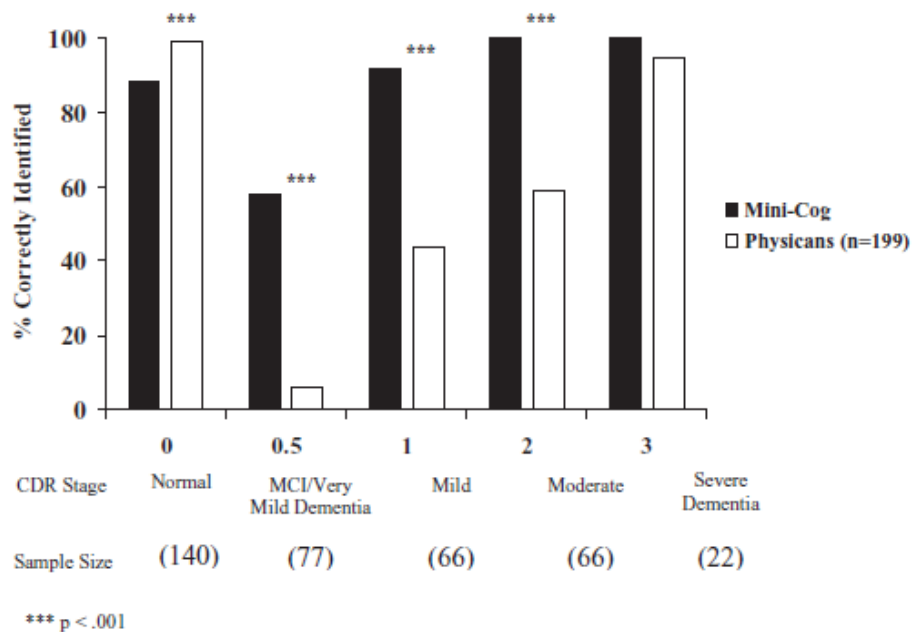


Figure 1. Classification of impairment by the Mini-Cog vs physicians (all subjects)

Table 1. Recognition of specific cognitive disorders by Mini-Cog and primary care physicians

Diagnosis	Recognition of Impairment, N (%) <sup>b</sup>		
	Total N (%) <sup>a</sup>	By Mini-Cog	By Physicians
<i>Dementias</i>			
Probable AD	112 (47)	111 (99)	69 (62)**
AD + vascular dementia	22 (10)	20 (91)	15 (56)*
Vascular dementia	15 (6)	15 (100)	6 (40)**
Other dementias	11 (6)	9 (82)	5 (45)*
<i>Mild Cognitive Impairment</i>	71 (32)	39 (55)	4 (6)**
<i>Total</i>	231	194 (84%)	94 (41%)

Mini-Cog superior to physician detection of cognitive impairment in all diagnostic subgroups. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  (McNemar).

<sup>a</sup>% indicates percent of all cognitively impaired subjects.

<sup>b</sup>% indicates percent of recognized impaired subjects in each diagnostic group.

# Van screening tot diagnostiek

Eerste lijns screening

MiniCog, MMSE, MOCA...



Eerste of tweede lijns screening

MMSE, MOCA,...



Tweede lijns screening

Diagnostiek

CamCog, ADAScog,  
Addenbrooke...



Neuropsychologische testing

# Neuropsychologische evaluatie

- Bevraging en observatie patiënt
- Neuropsychologisch testonderzoek
  - Leren en geheugen
  - Aandacht
  - Informatieverwerkingsnelheid
  - Globaal intellectueel functioneren
  - Taal
  - Executief functioneren
  - Perceptie
  - Praxis
  - Begrips- en beoordelingsvermogen
  - ...
- Bevraging mantelzorger

# IQ-CODE

- Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
- Afname bij mantelzorger
- Discrimineert tussen normale veroudering en dementie
- Hoge sensitiviteit en specificiteit

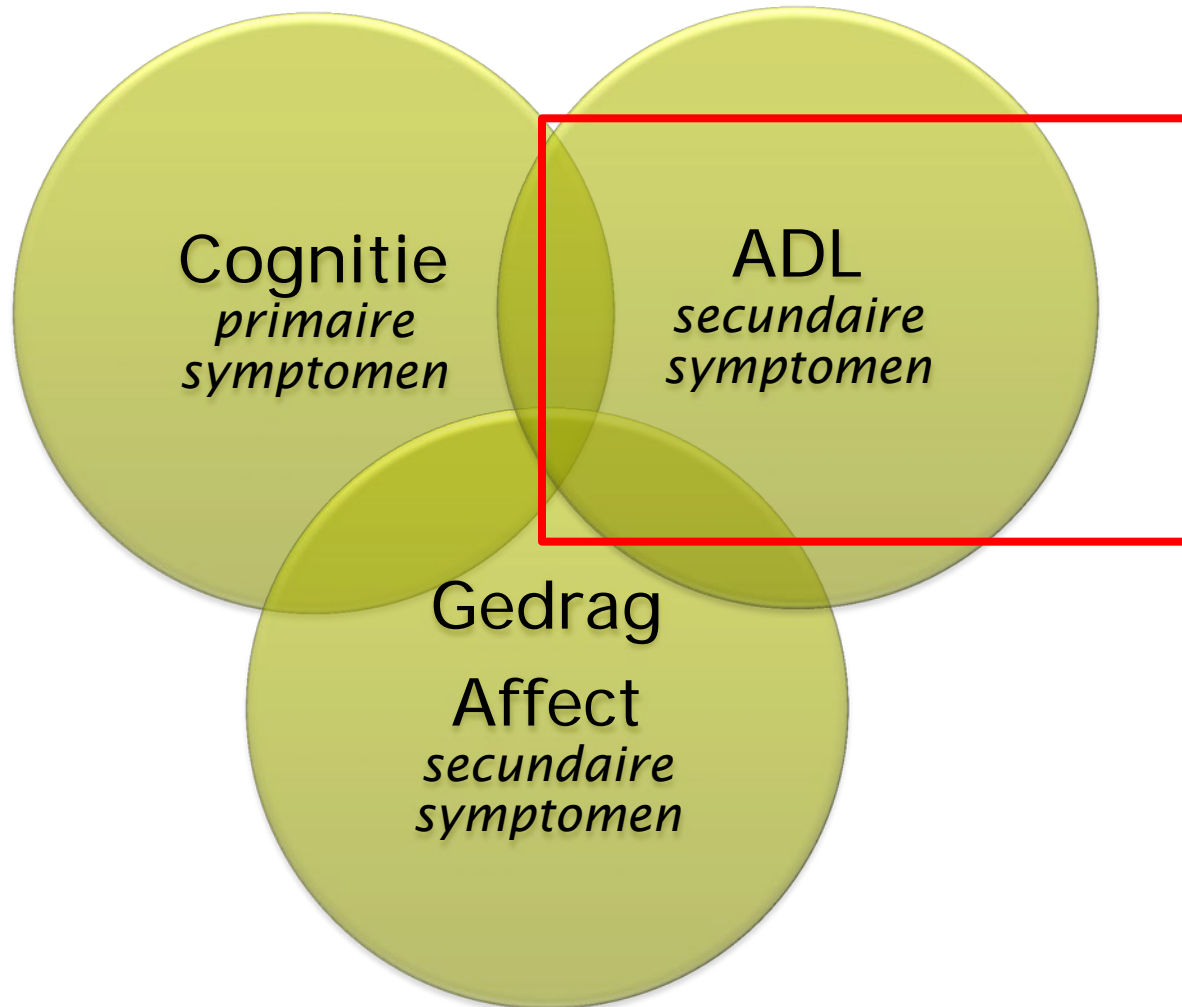
# IQ-CODE: items uit de verkorte versie

**Hoe is mevrouw/meneer, vergeleken met 10 jaar geleden, bij:**

1. Feiten herinneren over familieleden en vrienden, zoals beroepen, verjaardagen of adressen.	1 veel beter	2 iets beter	3 niet veranderd	4 iets slechter	5 veel slechter
2. Herinneren wat er pas geleden is gebeurd.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
3. Gesprekken herinneren van een paar dagen geleden.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter
4. Onthouden van zijn/haar adres en telefoonnummer.	veel beter	iets beter	niet veranderd	iets slechter	veel slechter

*Jorm A.F. A short form of the IQ-CODE, 1994.*

# Dementie als syndroom



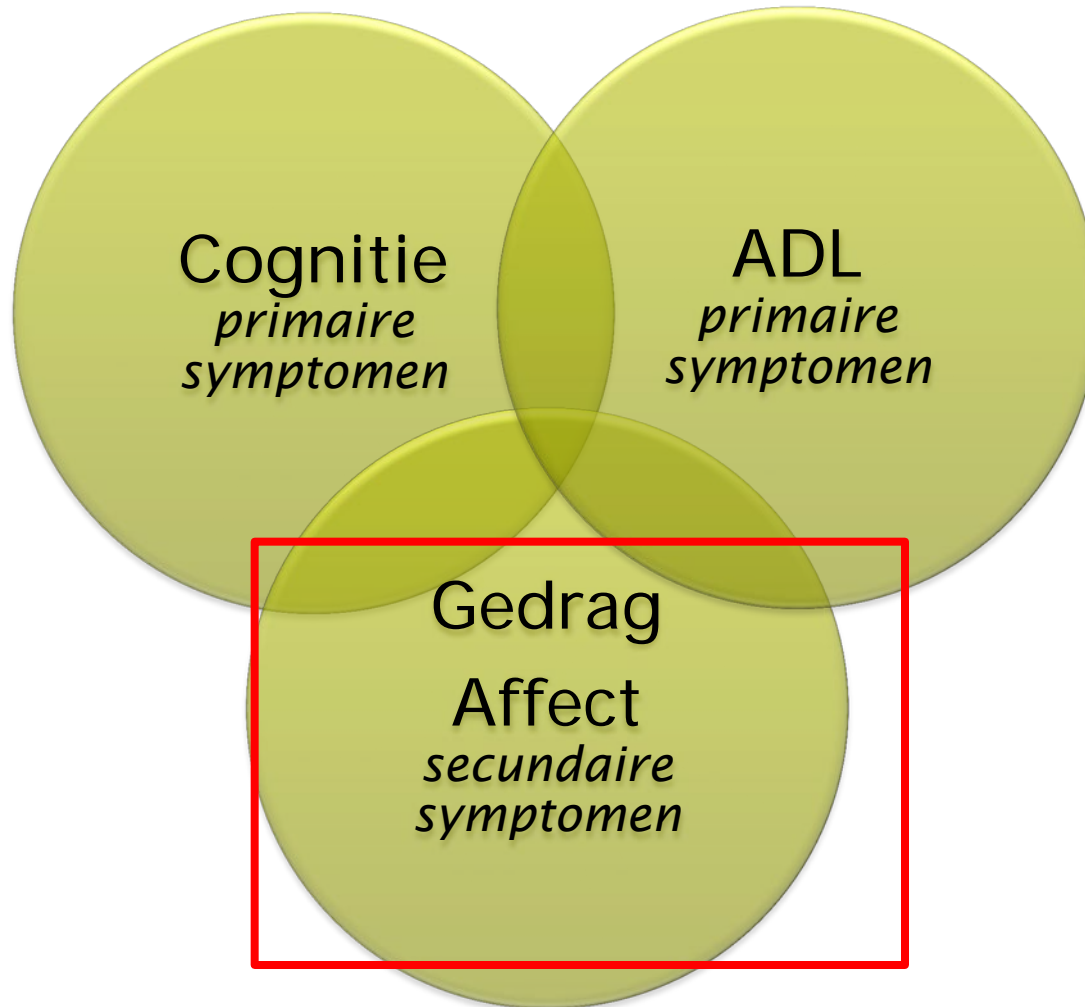
# ADL-evaluatie

- Volgens complexiteit en cognitieve eisen (Reuben et al., 1990)

Basale ADL	Instrumentele ADL	Advanced ADL
Zelfzorg	Zelfstandig wonen	Zelfontplooiing
<i>persoonlijke verzorging</i>	<i>Huishoudelijke vaardigheden</i>	<i>Participatie, vrije tijd</i>
KATZ-schaal	LAWTON-schaal	A-ADL-schaal

- (zorg)diagnostische informatie!
- 'Subtiele' problemen in A-ADL = hoe hoger de cognitieve eisen van de taak hoe gevoeliger voor subtiele cognitieve problemen

# Dementie als syndroom





# Evaluatie van gedrag en affect

BPSD = behavioural and psychological symptoms of dementia:

- Affect: depressie, angst, apathie,...
- Persoonlijkheid en gedrag: slaapstoornissen, rusteloosheid, zwerven,...
- Psychotische symptomen: wanen, hallucinaties,...

# BPSD soms eerste signaal

- Angst en depressie bij > 40% van MCI patiënten
- Frontotemporale dementie:
  - Ontremming, apathie, stereotypie, verlies van decorum en empathie
- Dementie type Lewy body
  - Hallucinaties, wanen, fluctuerende cognitie, rigiditeit

# Belang van niet-medicamenteuze interventies bij dementie?

- a. Cognitieve stimulatie (zoals R.O.T. en Reminiscentie) heeft geen invloed op de cognitie.
- b. Het uitstellen van institutionalisering kan enkel beïnvloed worden door een medicamenteuze behandeling van dementie.
- c. Enkel bij zeer milde (beginnende) dementie kunnen deze interventies zinvol zijn.
- d. Algemeen is het effect van deze interventies gelijk of zelfs groter dan medicamenteuze behandelingen.**
- e. Deze interventies dienen enkel aangewend wanneer medicamenteuze behandeling niet aan de orde is.

# Niet-medicamenteuze behandelingen bij dementie

- Afhankelijk van focus:  
patiënt, mantelzorger of beiden
- Type interventie:  
gericht op cognitie  
psychologisch  
psycho-sociaal

*Alzheimer Disease International: World Alzheimer Report 2011*

*Cochrane review, 2009 en 2012*

*Grossberg & Desai, 2003*

# Effectiviteit (1)

- **Positieve effecten op vlak van**
  - cognitie
  - ADL
  - kwaliteit van leven (QoL)
  - belasting, depressie bij MZ
  - gedragsproblemen
- **Grootte effecten  $\approx$  AChEIs**
- **Bij milde tot matige dementie**

## Effectiviteit (2)

- **Cognitieve stimulatie** (in combi met AChEIs) → cognitie
- **Psycho- educatie, training en ondersteuning voor MZ** → uitstel WZC

*Clare L., Woods B., Cochrane Review 2009*

*Woods B. et al., Cochrane Review 2012*

*Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report, 2011*

*Tournoy, J., 2012*

## Cognitief revalidatieprogramma RIZIV Geriatric - Neurologie

- Team
  - Coördinerend geneesheren-specialisten, neuropsycholoog, ergotherapeut, sociaal verpleegkundige, secretariaat
- Locatie
  - Dagziekenhuis geriatric - poli IG
- Start
  - Conventie juni 2011; start november 2011

## Inclusiecriteria

- Thuiswonende patiënt
- Milde tot matige dementie
- Mantelzorg aanwezig
- PT en MZ tonen interesse en motivatie tot deelname EN kennen diagnose



# Geheugenkliniek UZ Brussel

- Inhoudsbepalingen RIZIV
  - Evalueren bewaarde en verloren vaardigheden (bilan)
  - Cognitieve revalidatie en vaardigheidstraining
  - Begeleiden en ondersteunen van mantelzorg(er)s
  - Aanpassen dagelijkse omgeving
  - Psycho-educatie
- Minstens 1 thuiszitting voor bilan en voor revalidatie
- Max 25 zittingen per patiënt (thuiszitting = 1.75)
- Duur traject: 12 maanden na aanvang reva

# Revalidatietraject



# Geheugenkliniek UZ Brussel

## Ons geheugenteam

De geheugenkliniek van het UZ Brussel is een multidisciplinair initiatief van de diensten geriatrie en neurologie.



### ARTSEN

- ✓ Dr. Katrien Van Puyvelde, geriater
- ✓ Prof. dr. Jan Versijpt, neuroloog

### ERGOTHERAPEUT – GERONTOLOOG

- ✓ Mevr. Elise Cornelis

### NEUROPSYCHOLOOG

- ✓ Mevr. Sophie Vermeersch

### SOCIAAL VERPLEEGKUNDIGE

- ✓ Mevr. Sandra Boon

### SECRETARIAAT

- ✓ Mevr. Vera Albert

## Contactgegevens

### GEHEUGENKLINIEK UZ BRUSSEL

Laarbeeklaan 101  
1090 Brussel  
Tel. 02/477.63.66  
Fax. 02/477.63.64  
geheugenkliniek@uzbrussel.be

Deze folder is indicatief en geeft enkel informatie van algemene aard. Volledige informatie, aangepast aan de situatie van elke patiënt afzonderlijk, wordt door de arts verstrekt. Volledige of gedeeltelijke overname van de tekst is uitsluitend toegestaan na voorafgaande toestemming van de verantwoordelijke uitgever.

Universitair Ziekenhuis Brussel  
Laarbeeklaan 101  
1090 Brussel  
tel: 02 477 41 11  
www.uzbrussel.be  
info@uzbrussel.be

Uitgave: maart 2012  
Verantwoordelijke uitgever:  
Prof. dr. J. Versijpt, dr. K. Van Puyvelde



Informatie voor professionele zorgverleners

Geheugenkliniek UZ Brussel

Dementie heeft vaak een grote impact op het leven van patiënten, mantelzorgers en familie. De progressief optredende cognitieve problemen en secundaire functionele beperkingen en veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en emoties zorgen voor vele problemen, vragen en twijfels.

De hulp die we in onze multidisciplinaire geheugenkliniek aanbieden is dan ook gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en het bevorderen van de levenskwaliteit van alle betrokkenen.

