

Somatische Begleiterkrankungen der Demenz

Metabolisches Syndrom und Demenz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Monika Lechleitner

Das metabolische Syndrom mit den Hauptsymptomen abdominelle Adipositas, Insulinresistenz mit Beeinträchtigung des Glucosemetabolismus, Hypertonie, Hypertriglyceridämie, reduziertes HDL-Cholesterin und Hypertonie betrifft rund 30% der Bevölkerung. Neben der starken Korrelation des metabolischen Syndroms zum kardiovaskulären Risiko wird auch eine Beziehung zur Entwicklung eines demenziellen Syndroms diskutiert.

Vonseiten der Pathophysiologie tragen die Teilsymptome des metabolischen Syndroms vor allem zu einer Zunahme der vaskulären Demenz bei, aber auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Demenz vom Alzheimer-Typ wird diskutiert. In experimentellen Untersuchungen konnte bei eingeschränkter Insulinwirkung eine verstärkte intrazerebrale Akkumulation von Beta-Amyloid beobachtet werden. Patienten mit Alzheimer-Demenz weisen häufiger die Symptome eines metabolischen Syndroms auf als die Vergleichspopulation.

Die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen unterstützen die Annahme einer Korrelation zwischen Insulinresistenz und kognitiver Beeinträchtigung. In der InCHIANTI-Studie mit 597 Teilnehmern im Lebensalter über 73 Jahren fand sich eine Assoziation zwischen Insulinresistenz und Indikatoren für eine kognitive Beeinträchtigung.

Auch in der prospektiven Hoorn Study zeigten Patienten mit einem metabolischen Syndrom und Typ-2-Diabetiker eine gegenüber der Vergleichspopulation ausgeprägtere Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit. In der Leiden-85-Plus Studie fand sich eine Zunahme des Risikos eines demenziellen Syndroms bei Vorliegen eines metabolischen Syndroms für die Altersgruppe bis zu 75 Jahren, nicht jedoch für Hochbetagte.

Das metabolische Syndrom könnte somit auch als Indikator für ein erhöhtes Demenzrisiko gelten. Hinsichtlich der therapeutischen Interventionen zeigen sowohl Lebensstilmaßnahmen wie auch die antihypertensive, lipidsenkende und antiglykämische Therapie günstige Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit.

Mangelernährung

Univ.-Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die metabolisch hochaktive fettfreie Körpermasse ab. Zusätzlich sind ältere Menschen häufig bewegungsmäßig eingeschränkt. Dies bedingt insgesamt eine Abnahme des Energiegrundumsatzes und der Muskelmasse (= Sarkopenie). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass alte Menschen ihr Essen genießen und körperlich aktiv bleiben sollen, um die benötigte Energieaufnahme und die Mobilität zu sichern und der zunehmenden Adipositas vorzubeugen.

Nationale und internationale Datenerhebungen haben ergeben, dass viele ältere Menschen, vor allem aber jene, die aufgrund funktioneller Defizite in Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt werden, niedrige Aufnahmeraten von Energieträgern, Vitaminen und Spurenelementen aufweisen. In weiterer Folge entstehen ernährungsbedingte Defizite, die von den Betroffenen nur schwer auf physiologischem Wege kompensiert werden können. Sekundär führen diese Mangelzustände zu Störungen im Stoffwechsel und in verschiedenen Organfunktionen, die mit einer erhöhten Komplikationsrate, Multimorbidität und Mortalität verbunden sind.

Die Auswirkungen der Mangelernährung sind multidimensional, wobei konstatiert werden kann, dass sich der Ernährungs- und der Gesundheitszustand wechselseitig beeinflusst. In der Regel ziehen die entsprechenden Folgen auch aufwendige medizinische Behandlungen und eine langwierige pflegerische Versorgung nach sich.

Aus Sicht der behandelnden Ärzten sollte danach getrachtet werden, die Kontrolle des Ernährungszustands und entsprechende ernährungsmedizinische Interventionen als fixen Bestandteil in das Behandlungs- und Betreuungskonzept bei ihren geriatrischen Patienten aufzunehmen. Die Basis des Erkennungs- und Screeningprogramms sowie der zu setzenden Interventionen sind enge Kooperationen unterschiedlicher medizinischer Berufsgruppen auf Grundlage nationaler und internationaler Empfehlungen.

In Österreich befinden sich entsprechende Leitlinien zur Ernährung alter Menschen in der Langzeitpflege kurz vor der Publikation. Das vorliegende Referat wird eine kurze Darstellung der aktuellen Empfehlungen wiedergeben, um den medizinischen Verantwortlichen die praktische Umsetzung wichtiger Interventionsstrategien zu erleichtern.

Schmerz und Demenz

Univ.-Doz. Dr. Regina Katzenschlager

Mit zunehmendem Alter nehmen chronische und mit Schmerzen verbundene Erkrankungen laufend zu. Die Angaben zur Häufigkeit von chronischen Schmerzzuständen bei Personen über 65 Jahren liegen zwischen 50 und 86%. Als häufigste Ursachen finden sich degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats, Osteoporose, Tumorschmerz, rheumatische Erkrankungen, die Folgen vaskulärer Prozesse – wie peripherer Durchblutungsstörungen und Schlaganfällen – sowie Neuropathien. Es bestehen Hinweise darauf, dass Schmerzen bei älteren Patienten zu wenig berichtet, erkannt und behandelt werden.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die am häufigsten mit chronischen Schmerzen assoziierten Erkrankungen bei dementen Patienten wesentlich seltener auftreten als bei nicht dementen. Trotzdem werden Schmerzerkennung und Schmerzbehandlung bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung oft nicht als Therapieziel wahrgenommen. Daraus ergeben sich unter Umständen sowohl klinische als auch ethische Probleme.

Wesentliche Faktoren, die dazu beitragen, dass Schmerzen bei Demenzpatienten zu selten diagnostiziert und behandelt werden, sind die Schwierigkeit, Schmerz bei unzureichender Verbalisierungsmöglichkeit zu erfassen und zu messen, und die unterschiedliche klinische Manifestation von Schmerz bei kognitiv eingeschränkten Personen, wo Unruhe, Agitiertheit und Verhaltensstörungen im Vordergrund stehen können. Aus diesen Gründen wurden in den letzten Jahren Schmerzskalen speziell für die Anwendung bei dementen Patienten entwickelt.

Ein altersspezifisches Problem, das die Schmerztherapie dementer Patienten betrifft, liegt in der sehr häufigen Polypharmazie in dieser Altersgruppe. Daraus ergibt sich das Risiko, durch Hinzufügen weiterer Präparate Morbidität auszulösen oder zu verstärken. Aus diesem Grund ist es bei älteren Personen von wesentlicher klinischer Bedeutung, die gesamte Vormedikation zu erfassen und mögliche Medikamenteninteraktionen zu beachten.