Richtlijn ‘Diagnostiek van dementie in de huisartsenpraktijk’

Dr. Marlies De Brandt, Dr. Sicco Bakker, Dr. Steven Flerackers, Dr. Thomas Stulens

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Co-promotoren: Dhr. Jurn Verschraegen (Expertisecentrum Dementie)

Inhoud

I. Inleiding
II. Ontwikkelingsproces
III. Klinische vragen
IV. Aanbevelingen
V. Randvoorwaarden
VI. Toetselementen/kwaliteitsindicatoren

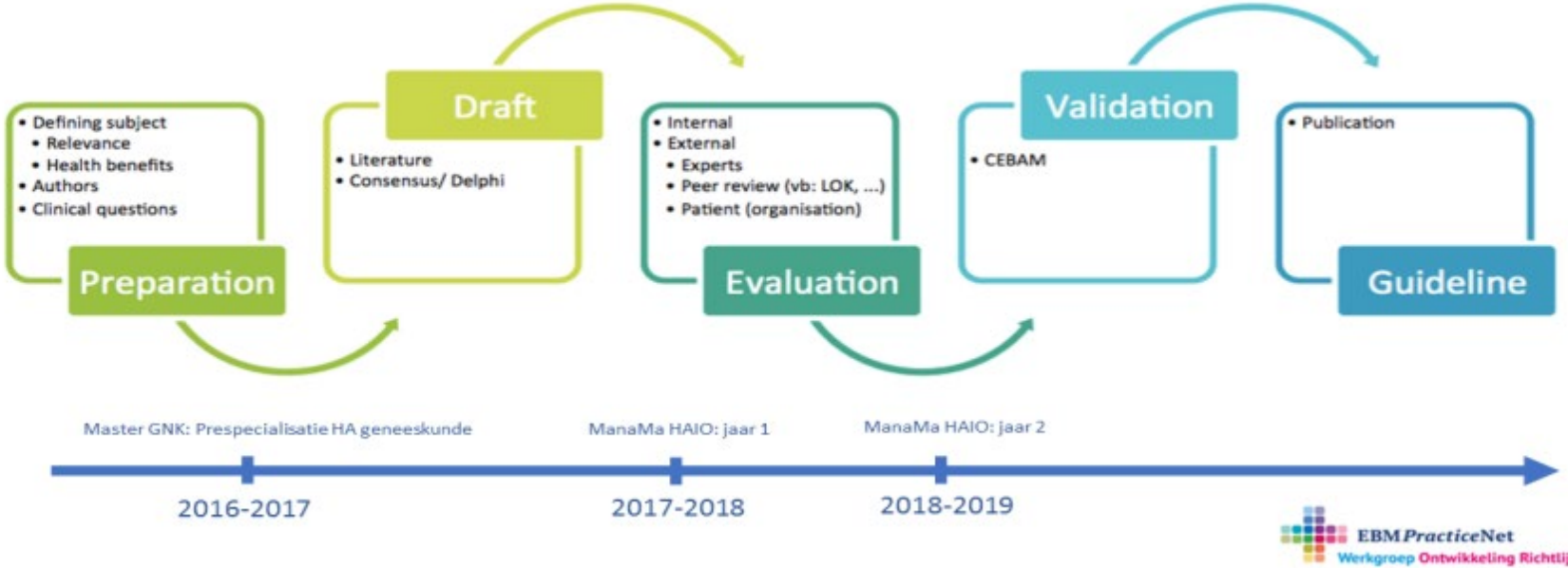
I. Inleiding

Dementieplan Vlaanderen (2010 en update 2016) benadrukt de rol van de huisarts wat betreft:

- Vroegtijdige herkenning van signalen
- Diagnose en zorgdiagnose
- Behandeling
- Opvolging
- In de toekomst: referentiearts?



II. Ontwikkelingsproces



EBM*PracticeNet*
Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste

III. Klinische vragen

- **Detectie van een geheugenprobleem**
  - Wat zijn voor de huisarts signalen, rode vlaggen en symptomen die doen denken aan een cognitieve stoornis?
- **Differentieel diagnose van dementie**
  - Hoe maakt de huisarts het onderscheid met andere oorzaken van cognitieve achteruitgang en welke ziektebeelden moeten in de differentiaal diagnostiek van dementie worden opgenomen?
- **Anamnese: anamnestische diagnostische tests**
  - Waaruit bestaat de anamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?
- **Heteroanamnese: heteroanamnestische tests**
  - Wat is de bijdrage van de heteroanamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?
- **Technische onderzoeken**
  - Welke technische onderzoeken hebben een plaats in de diagnostische evaluatie door de huisarts van een patiënt met het vermoeden van dementie?
- **Verwijzing naar de tweede lijn**
  - Wanneer en met welk doel verwijst de huisarts door naar de tweede lijn?

IV. Aanbevelingen

Detectie van een geheugenprobleem

Klinische vraag: wat zijn voor de huisarts signalen, rode vlaggen en symptomen die doen denken aan een cognitieve stoornis?

Aanbeveling

Er wordt gesuggereerd te letten op nieuw ontstane cognitieve problemen, psychologische/psychiatrische problemen, stoornissen in de motoriek en ontmaskerende gebeurtenissen met respect voor de draagkracht van de patiënt en zijn omgeving op ieder moment (Good Point of Practice)

IV. Aanbevelingen

Vroege symptomen en signalen van dementie: rode vlaggen vermeld in bestaande richtlijnen



Cognitief	BPSD	Motorisch	Demaskerende gebeurtenis	Andere
Geheugen-klachten	Apathie	Loop- en evenwichts-stoornissen	Delier	Frailty
↓ oriëntatie	Δ persoonlijk-heid		Medicatie opstarten	Onverklaard gewichts-verlies
Executive dysfunction	Depressie		↓ zelf-redzaamheid	Frequente vistites
↓ Taal	Angst			
↓ visuospatieel inzicht				

IV. Aanbevelingen

Differentieel diagnose van dementie

Klinische vraag: hoe maakt de huisarts het onderscheid met andere oorzaken van cognitieve achteruitgang en welke ziektebeelden moeten in de differentiaal diagnostiek van dementie worden opgenomen?

Aanbeveling

Er wordt aanbevolen de differentiaal diagnose van dementie in de eerste plaats te maken op basis van een goede anamnese en klinisch onderzoek (GRADE 1B).

De belangrijkste diagnoses waartussen men dient te differentiëren zijn een delirium, een depressie, milde cognitieve stoornissen, neveneffecten van toxische stoffen of geneesmiddelen, sensorische beperkingen en andere psychiatrische en neurologische aandoeningen. Voorbeelden daarvan zijn psychotische aandoeningen, de ziekte van Parkinson, een subduraal hematoom, een CVA, normale druk hydrocefalie, een metabole stoornis en een infectie. (Good Point of Practice).

Tabel: vergelijking tussen de verschillende klinische kenmerken

Klinisch kenmerk	Delirium	Dementie	Depressie
Begin	Abrupt, acuut (in uren tot dagen)	Traag, sluipend, vaak laat herkend (in maanden tot jaren)	Variabel, meestal geleidelijk in enkele weken
Beloop	Diurne fluctuaties van de symptomen, meestal erger ’s avonds of ‘s nachts	Chronisch progressief, geen diurn patroon	Variabel, meestal erger ‘s ochtends
Bewustzijn	Gedaald of hyperalert	Helder bewustzijn in het beginstadium	Ongestoord, helder
Aandacht	Aangetast, fluctuerend	Ongestoorde aandacht in het beginstadium	Kan gedaald zijn door interesseverlies
Oriëntatie	Meestal aangetast, fluctuerend	Kan gestoord zijn afhankelijk van subtype en ernst	Ongestoord, helder
Geheugen	Kortetermijngeheugen aangetast	Korte- en langetermijngeheugen aangetast	Selectief gestoord (door tekort aan aandacht, interesse of concentratie)
Denkproces	Incoherent, gedesorganiseerd	Verarmd, moeite met abstract begrip	Intact doch met een ondertoon van hopeloosheid en hulpeloosheid
Perceptie	Frequent vluchtige wanen of hallucinaties	Normale perceptie in het beginstadium	Normale perceptie (tenzij psychotische depressie)
Spraak	Incoherent	Afasie, afhankelijk van ernst en subtype	Normale spraak doch kan vertraagd zijn
Psychomotoor gedrag	Variabel: hypokinesie, hyperkinesie, kan afwisselen	Meestal normaal	Variabel
Beoordeling van cognitie	Snel afgeleid, maakt daardoor veel fouten	Heeft moeite om op een correct antwoord te komen	Fouten eerder door tekort aan motivatie, antwoordt vaak met ‘ik weet het niet’

IV. Aanbevelingen

Anamnese

Klinische vraag: Waaruit bestaat de anamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

- **De klachten van de patiënt worden duidelijk in kaart gebracht en de zelfredzaamheid van de patiënt kan getoetst worden door de ADL en I-ADL na te gaan. Daarnaast bevraagt men relevante comorbiditeiten, de eigen en de familiale voorgeschiedenis, de leefstijl en het medicatiegebruik. (Good Point of Practice)**
- **Overweeg een cognitieve test te gebruiken ter objectivering van de mogelijke cognitieve stoornis. De MMSE is hiervoor in Vlaanderen de meest gebruikte cognitieve test, maar andere testen zoals de GPCOG, MiniCog en de MIS hebben op het vlak van bewijskracht en toepasbaarheid een beter profiel. (GRADE 2B).**

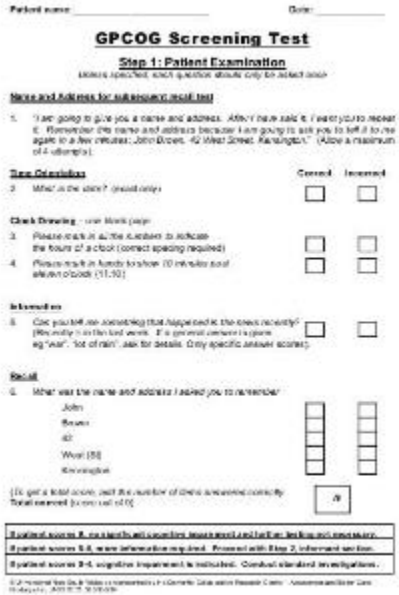
IV. Aanbevelingen

	VAAK tot ALTIJD	SOMS	ZELDEN tot NOOIT
Vragenlijsten / hulpmiddelen (N=331)			
MiniCog	5,14% (17)	11,48% (38)	83,38% (276)
MMSE	82,78% (274)	13,6% (45)	3,63% (12)
DSM IV / V	5,44% (18)	7,85% (26)	86,71% (287)
NPI-Q	0,30% (1)	3,63% (12)	96,07% (318)
Global deterioration scale	1,51% (5)	3,93% (13)	94,56% (313)
Lawton (iADL)	4,23% (14)	4,23% (14)	91,54% (303)
Katzschaal (ADL)	45,02% (149)	29,61% (98)	25,38% (84)
MOCA	0,30% (1)	2,11% (7)	97,58% (323)
MDS/RAI schaal	0,60% (2)	0,91% (3)	98,49% (326)
Meedelen diagnose dementie (N=331)	72,81% (241)	20,54% (68)	6,65% (22)
Multidisciplinair overleg bijwonen (N = 315)	66,98% (211)	29,52% (93)	3,49% (11)

Bron: Despriet D, Van de Putte E, Van Eecke H. Hoe handelt de Vlaamse huisarts bij dementie? : KULeuven; 2016.

IV. Aanbevelingen

GPCOG



GPCOG Screening Test

Step 1: Patient Examination

MIS

The Memory Impairment Screen

Memory Impairment Screen (MIS) evaluates episodic memory of an elderly person. This instrument is similar to the five-word test.

What does the test consist of?

The examiner shows a sheet on which is written a series of 4 words that do not belong to the same category cues (we say that these words belong to different semantic categories). For example:

1. Tomato
2. Hammer
3. Cod
4. Tulip

The subject is asked to read aloud these four words from a **printed** page. Then he is asked to identify each word that matches the category cue - e.g. *'what is the vegetable ?, 'what is the tool ?'* etc.

The examinee then performs an interference task that lasts 2 to 3 minutes in order to distract the patient's attention. e.g. *ask the patient to count backwards from 20 to zero.*

Then the examiner asks the patient to identify the four words that were previously shown (this is called 'the free recall').

The examiner presents category cues for *only* those words not recalled freely (this is called 'the cued recall').

The MIS Score

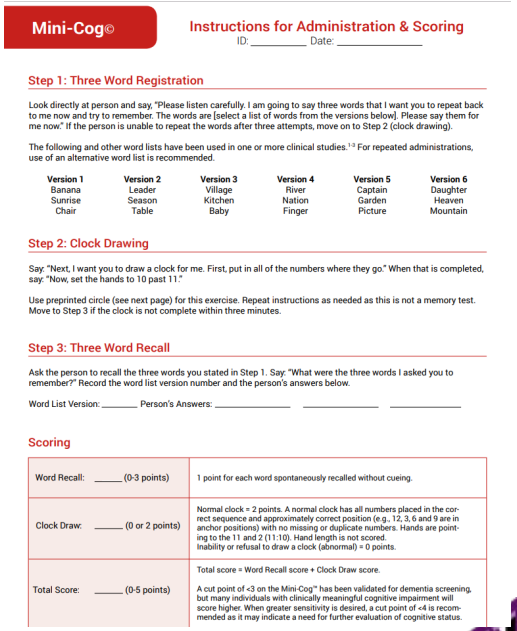
2 points are attributed for each remembered word without the assistance of the examiner. This is the free-recall scoring.

1 point is attributed for each remembered word with the assistance of the examiner. This is the cued recall scoring.

Total score = [(2 x free) + cued] remembered words. It ranges from 0 to 8.

A score below or equal to 4 indicates a high probability (above 60%) that the individual suffers from Alzheimer's disease.

MiniCog



Mini-Cog©

Instructions for Administration & Scoring

ID: _____ Date: _____

Step 1: Three Word Registration

Look directly at person and say, "Please listen carefully. I am going to say three words that I want you to repeat back to me now and try to remember. The words are [select a list of words from the versions below]. Please say them for me now." If the person is unable to repeat the words after three attempts, move on to Step 2 (clock drawing).

The following and other word lists have been used in one or more clinical studies.[1-3] For repeated administrations, use of an alternative word list is recommended.

Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Banana	Leader	Village	River	Captain	Daughter
Sunrise	Season	Kitchen	Nation	Garden	Heaven
Chair	Table	Baby	Finger	Picture	Mountain

Step 2: Clock Drawing

Say: "Next, I want you to draw a clock for me. First, put in all of the numbers where they go." When that is completed, say: "Now, set the hands to 10 past 11."

Use preprinted circle (see next page) for this exercise. Repeat instructions as needed as this is not a memory test. Move to Step 3 if the clock is not complete within three minutes.

Step 3: Three Word Recall

Ask the person to recall the three words you stated in Step 1. Say: "What were the three words I asked you to remember?" Record the word list version number and the person's answers below.

Word List Version: _____ Person's Answers: _____ _____ _____

Scoring

Word Recall: _____ (0-3 points)	1 point for each word spontaneously recalled without cueing.
Clock Draw: _____ (0 or 2 points)	Normal clock = 2 points. A normal clock has all numbers placed in the correct sequence and approximately correct position (e.g., 12, 3, 6 and 9 are in anchor positions) with no missing or duplicate numbers. Hands are pointing to the 11 and 2 (11:10). Hand length is not scored. Inability or refusal to draw a clock (abnormal) = 0 points.
Total Score: _____ (0-5 points)	Total score = Word Recall score + Clock Draw score. A cut point of <3 on the Mini-Cog™ has been validated for dementia screening, but many individuals with clinically meaningful cognitive impairment will score higher. When greater sensitivity is desired, a cut point of <4 is recommended as it may indicate a need for further evaluation of cognitive status.

IV. Aanbevelingen

Heteroanamnese

Klinische vraag: Wat is de bijdrage van de heteroanamnese door de huisarts bij het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Door een heteroanamnese af te nemen bij mantelzorgers, vertrouwenspersoon of familieleden van de patiënt dient de huisarts informatie te bekomen rond (gedrags)symptomen en zelfredzaamheid, hetgeen door de patiënt zelf niet altijd makkelijk in te schatten is (Good Point of Practice).

Overweeg het gebruik van een objectiverende vragenlijst zoals de AD8 of IQCODE (GRADE 2B).

IV. Aanbevelingen



AD8 Dementia Screening Interview

Patient ID#:_____
CS ID#:_____
Date:_____

Remember, "Yes, a change" indicates that there has been a change in the last several years caused by cognitive (thinking and memory) problems.	YES, A change	NO, No change	N/A, Don't know
1. Problems with judgment (e.g., problems making decisions, bad financial decisions, problems with thinking)			
2. Less interest in hobbies/activities			
3. Repeats the same things over and over (questions, stories, or statements)			
4. Trouble learning how to use a tool, appliance, or gadget (e.g., VCR, computer, microwave, remote control)			
5. Forgets correct month or year			
6. Trouble handling complicated financial affairs (e.g., balancing checkbook, income taxes, paying bills)			
7. Trouble remembering appointments			
8. **Daily** problems with thinking and/or memory			
TOTAL AD8 SCORE			

IV. Aanbevelingen

Technische onderzoeken

Klinische vraag: welke technische onderzoeken hebben een plaats in de diagnostische evaluatie door de huisarts van een patiënt met het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Overweeg om de volgende laboratoriumonderzoeken aan te vragen binnen de diagnostiek van dementie in de eerste lijn: WBC, RBC, Hb, Htc, thrombocyten, glucosegehalte, lever- en nierfunctie, TSH. De volgende laboratoriumonderzoeken zijn enkel aangewezen op basis van het klinisch beeld: de elektrolyten, foliumzuur, vitamine B6 en B12, HIV-antistoffen, syfilis-bloedtesten en een urineonderzoek (GRADE 2C).

Structurele beeldvorming in de vorm van een CT of een MRI wordt minstens eenmaal aanbevolen bij de diagnostische evaluatie van dementie (GRADE 1B).

IV. Aanbevelingen

Technische onderzoeken

Klinische vraag: welke technische onderzoeken hebben een plaats in de diagnostische evaluatie door de huisarts van een patiënt met het vermoeden van dementie?

Aanbeveling

Overweeg om de volgende laboratoriumonderzoeken aan te vragen binnen de diagnostiek van dementie in de eerste lijn: WBC, RBC, Hb, Htc, thrombocyten, glucosegehalte, lever- en nierfunctie, TSH. De volgende laboratoriumonderzoeken zijn enkel aangewezen op basis van het klinisch beeld: de elektrolyten, foliumzuur, vitamine B6 en B12, HIV-antistoffen, syfilis-bloedtesten en een urineonderzoek (GRADE 2C).

Structurele beeldvorming in de vorm van een CT of een MRI wordt minstens eenmaal aanbevolen bij de diagnostische evaluatie van dementie (GRADE 1B).

IV. Aanbevelingen

Verwijzing naar de tweede lijn

Klinische vraag: wanneer en met welk doel verwijst de huisarts door naar de tweede lijn?

Aanbeveling

De huisarts is in staat de syndroomdiagnose van dementie te stellen, maar er wordt aanbevolen door te verwijzen naar de tweede lijn voor een subtypering binnen het dementieel syndroom of met een andere specifieke vraag zoals controle van de rijgeschiktheid, nazicht van een atypische presentatie, twijfel rond de syndroomdiagnose,….(GRADE 1C).

IV. Aanbevelingen

Van Hout et al, 2000: cross-sectionele studie diagnostiek HA vs geheugenkliniek

- 76% van de diagnoses van dementie kwamen overeen
- wanneer er een onderscheid gemaakt moest worden in subtype kwamen slechts 53% van de diagnoses overeen

V. Randvoorwaarden

- Terugbetalingsvoorwaarden medicatie RIZIV
- Voorwaarden D-forfait
- Arbeidsintensiviteit van het diagnostisch proces

Tabel 9: voorbeeld van opsplitsing in verschillende contactmomenten, NHG 2016 (14)

	Actie
1e consult	Anamnese. Formulier voor bloedonderzoek meegeven.
2e of meerdere consult(en)	Lichamelijk onderzoek Heteroanamnese MMSE en kloktekentest. Op indicatie: NPI- (probleemgedrag), GDS- (depressie) of (I)ADL-vragenlijst
Evaluatie	Indien van toepassing: overleg HA, wijkverpleegkundige, of andere betrokken hulpverleners (bv. thuiszorg, maatschappelijk werk, psycholoog, specialist)

Terugbetalingsvoorwaarde (RIZIV) voor memantine en cholinesterase-inhibitoren	Richtlijn diagnostiek van dementie
Voorwaarden betreffende de diagnose bevestigd door een psychiater, een neuropsychiater, een internist-geriater , een geriater of een neuroloog, op basis van de DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4de uitgave)	De huisarts is in staat is de syndroomdiagnose van dementie te stellen maar er wordt aanbevolen door te verwijzen naar de tweede lijn voor een subtypering binnen het dementieel syndroom of met een andere specifieke vraag zoals controle van de rijgeschiktheid, nazicht van een atypische presentatie,... (GRADE 1B)
Cholinesterase-inhibitoren: Voorwaarden betreffende het behalen van een MMSE-score hoger of gelijk aan 10 (Mini Mental State Examination), met, wanneer de MMSE-score hoger is dan 24, bevestiging van de diagnose door het toepassen van aangepaste, gevalideerde en gestandardiseerde neuropsychologische evaluaties, uitgevoerd door professionelen deskundig in het domein van de neuropsychologie; Memantine: voorwaarden betreffende het behalen van een MMSE-score lager dan 15 en hoger of gelijk aan 10	De MMSE is in Vlaanderen de meest gebruikte cognitieve test maar andere testen zoals de GPCOG, MiniCog en de MIS hebben op het vlak van bewijskracht en toepasbaarheid een beter profiel. Er wordt gesuggereerd deze testen te gebruiken als ondersteuning in de anamnese bij een vermoeden van een dementieel syndroom. (GRADE 2B)
Voorwaarden betreffende de afwezigheid van andere pathologieën als oorzaak van dementie, bevestigd door beeldvormingstechnieken van de hersenen, aangetoond door computergestuurde tomografie, of door magnetische resonantie;	Structurele beeldvorming in de vorm van een CT of een MRI wordt minstens eenmaal aanbevolen bij de diagnostische evaluatie van dementie. Er bestaat momenteel nog discussie of dit binnen de eerste- of tweedelijnszorg kadert. (GRADE 2B)
Voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een functionele evaluatie van de betrokken patiënt, waaronder minstens een basale ADL (Activities of Daily Living) door gebruik te maken van de 6 items van de Katz-	Er bestaat een belangrijke plaats voor de heteroanamnese in het diagnostisch proces van dementie. Zo kan de heteroanamnese belangrijke informatie opleveren op het vlak van gedragssymptomen en zelfredzaamheid. Er

VI. Toetselementen/kwaliteitsindicatoren

- Hoe zou dit moeten aangepakt worden in de toekomst?
  1) Richtlijn voorhanden na validatie door CEBAM
  2) Suggestie ontwikkelen ‘protocolscherm dementie’ in EMD
  3) Kwaliteitsindicatoren kunnen op die manier opgevolgd worden
  4) Hulp voor de herevaluatie van de richtlijn over 5 jaar

→ Ontwikkeling van e-learning en protocolscherm ikv Masteronderzoek ACHG 2019-2020