

# INSTRUKCJA DIAGNOSTYKI CHOROBY ALZHEIMERA

**Dr n. med. Anna Filipek-Gliszczyńska**

Starszy Asystent Kliniki Neurologii CSK MSWiA, Warszawa



Choroba Alzheimerera jest **NAJCZĘSTSZĄ etiologią otępienia** (również w przypadku osób młodych) – nawet do 75% wszystkich pacjentów.

Choroba Alzheimerera **to wieloletnie continuum zmian**: Faza przedkliniczna / Łagodne zaburzenia poznawcze (MCI due to AD) / otępienie w przebiegu choroby Alzheimerera.

**Otępienie**: zespół **OBJAWÓW** spowodowanych chorobą mózgu, zwykle o przewlekłym i postępującym charakterze, w którym zaburzone są funkcje poznawcze (pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena), bez przymglenia świadomości. Zaburzeniom poznawczym mogą towarzyszyć lub je wyprzedzać zaburzenia emocjonalne i zmiany zachowań społecznych.

## OTĘPIENIE W CHOROBY ALZHEIMERA – OBJAWY KLINICZNE:

### ŁAGODNE:

Zaburzenia pamięci utrudniające codzienne funkcjonowanie, z względnie zachowaną niezależnością od innych osób; zadawanie wielokrotnie tych samych pytań; szukanie przedmiotów; chowanie przedmiotów w zaskakujących miejscach; trudności z aktualizacją słów; ubożenie języka; trudności z orientacją w miejscu i czasie; trudności z odnalezieniem się w nowych, nieznanych wcześniej sytuacjach i miejscach; wypełnianie codziennych obowiązków jest coraz trudniejsze i zajmuje coraz więcej czasu; trudności w zarządzaniu finansami (płacenie rachunków, niekontrolowane zaciąganie kredytów, kupowanie niepotrzebnych urządzeń); utrata spontaniczności; wycofywanie się z życia społecznego; utrata zainteresowań; drażliwość.

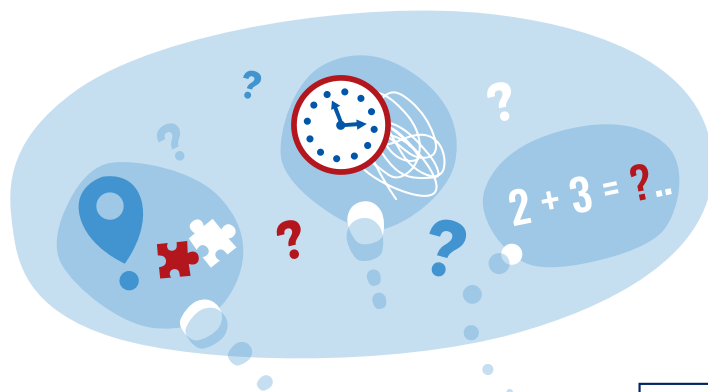
### UMIARKOWANE:

Zależność od innych w czynnościach dnia codziennego; problemy z samodzielnym przyjmowaniem leków; zaburzenia

łaknienia (utrata apetytu/nadmierna żarłoczność); trudności z obsługą urządzeń gazowych lub elektrycznych (pralka, zmywarka, pilot do TV); znacząca niepamięć, trudności w skupieniu uwagi, trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem; zaburzenia zachowania (urojenia: trucicia, okradania, zdrady małżeńskie), drażliwość; agresja jako przejaw niezrozumienia poleceń/zachowań opiekuna; mylenie/ nierozpoznanie członków rodziny; odwrócenie rytmu dobowego; „zespół zachodzącego słońca”; objaw „dom nie dom”; utrata dbałości o własny wygląd (niechęć do przebierania się, kąpieli), zaburzenia zwieraczowe; zaburzenia poruszania się.

### GLĘBOKIE:

Konieczność całkowitej opieki; minimalny kontakt z otoczeniem; całkowita utrata pamięci (również autobiograficznej); znaczne trudności w porozumiewaniu się i utrzymaniu kontaktu z otoczeniem (do mutyzmu włącznie); dalsze zaburzenia poruszania się; zaburzenia połykania; napady padaczkowe, mioklonie.



## ROZPOZNANIE OTĘPIENIA W PRZEBIEGU CHOROBY ALZHEIMERA

**1. WYWIAD:** czas trwania (min. 6 miesięcy) i charakter dolegliwości (**ZABURZENIA PAMIĘCI EPIZODYCZNEJ:** kilkakrotne powtarzanie tych samych informacji, zadawanie tych samych pytań; zapominanie o wcześniejszych ustaleniach; mylenie dat); wpływ zaburzeń poznawczych na codzienne funkcjonowanie; występowanie zaburzeń zachowania (utrata zainteresowań, wycofywanie się z życia społecznego, drażliwość); choroby współistniejące; stosowane leki; **OBIEKTYWIZACJA WYWIADU U OPIEKUNA**

**2. MMSE:  $\leq 24$  = otępienie**, ale najistotniejszy jest charakter deficytów, a nie wynik sumaryczny. **W otępieniu w przebiegu ChA w początkowym okresie dominują problemy z orientacją w miejscu i w czasie oraz zaburzone jest przypominanie trzech słów po odroczeniu.**

Dla pacjentów z tzw. wysoką rezerwą poznawczą MMSE może być badaniem zbyt prostym – do rozważenia test MoCA.

MMSE ma ograniczone zastosowanie u pacjentów z nasilonymi zaburzeniami językowymi i znacznym niedosłuchem.

**CDT:** test rysowania zegara – badanie uzupełniające do MMSE

**Badanie neuropsychologiczne nie jest zalecane jako badanie rutynowe. Wskazane jest dla pacjentów z niecharakterystycznym obrazem otępienia.**

**3. Badanie neuroobrazowe:** tomografia komputerowa – jako badanie różnicujące etiologię zaburzeń – wykluczenie potencjalnie odwracalnej przyczyny zaburzeń poznawczych; badanie MRI OUN – u osób młodszych i/lub z niecharakterystycznym przebiegiem otępienia.

**4. Badania laboratoryjne:** morfologia, elektrolity, TSH, B12; kreatynina; AST, ALT, kw. foliowy.

**5. Badanie biomarkerów neurochemicznych:** (stężenia amyloidu beta i białka tau, w PMR) tylko w przypadkach wczesnych albo sprawiających trudności diagnostyczne. Badanie genetyczne nie ma znaczenia rutynowego. Badanie polimorfizmu APO E nie ma znaczenia w diagnostyce rutynowej.



### Kryteria rozpoznawania otępienia według *National Institute on Aging – Alzheimer's Association*

Otępienie może być rozpoznane, jeśli występują objawy zaburzeń funkcji poznawczych lub zachowania (objawy neuropsychiatryczne), które:

1. Wpływają negatywnie na zdolność do pracy zawodowej lub do wykonywania zwykłych, codziennych aktywności oraz
2. Powodują spadek w porównaniu z poprzednim poziomem funkcjonowania i wykonywania zadań oraz
3. Nie mogą być wytłumaczone zaburzeniami świadomości (delirium) lub obecnością dużych zaburzeń psychicznych (psychoz).
4. Zaburzenia (upośledzenie) funkcji poznawczych zostały wykryte i rozpoznane na podstawie:
  - a. wywiadu od pacjenta i kompetentnego informatora oraz
  - b. obiektywnej oceny funkcji poznawczych albo za pomocą przyłóżkowych testów przesiewowych, np. MMSE albo badania neuropsychologicznego.Badanie neuropsychologiczne powinno być przeprowadzone w sytuacji, kiedy wywiad chorobowy i przyłóżkowe badanie stanu psychicznego nie pozwalają na ustalenie rozpoznania, które nie budziłoby wątpliwości.
5. Zaburzenia funkcji poznawczych lub zachowania dotyczą co najmniej dwóch poniższych obszarów (domen):
  - a. zaburzenia możliwości nabywania i zapamiętywania nowych informacji – wśród objawów: powtarzanie pytań lub rozmów, gubienie rzeczy osobistych, zapominanie o wydarzeniach lub spotkaniach, gubienie się na znanych trasach;
  - b. zaburzenia rozumienia i radzenia sobie ze złożonymi zadaniami, pogorszenie osądu – wśród objawów: gorsze rozumienie możliwości wystąpienia niebezpieczeństwa, niemożność radzenia sobie z finansami, pogorszenie możliwości podejmowania decyzji, niemożność złożonego planowania lub wieloetapowych działań;
  - c. zaburzenia funkcji wzrokowo-przestrzennych – wśród objawów: niemożność rozpoznawania twarzy lub powszechnie znanych rzeczy bądź też znajdowania rzeczy będących w zasięgu widzenia pomimo dobrej ostrości wzroku, niemożność posługiwania się prostymi narzędziami lub dopasowania ubrania do odpowiedniej części ciała;
  - d. zaburzenia funkcji językowych (mówienie, czytanie, pisanie) – wśród objawów: trudności w stosowaniu prostych słów podczas mówienia, niepewność w używaniu słów, błędy w mowie, ortografii i piśmie;
  - e. zaburzenia osobowości, zachowania lub sposobu bycia – wśród objawów: niecharakterystyczna zmienność nastroju, wyrażająca się np. stanami pobudzenia, spadek motywacji i inicjatywy, apatia, utrata energii (napędu), wycofanie społeczne, zmniejszenie zainteresowań wcześniejszymi aktywnościami, utrata empatii, zachowania kompulsywne lub obsesyjne, zachowania społecznie nieakceptowane.

Źródło: McKhann G. i wsp. *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement 2011; 7: 263-269*

### Kryteria diagnostyczne otępienia według ICD-10 (WHO, 1993)

1. Stwierdza się potwierdzone obiektywnym wywiadem i testami psychometrycznymi:
  - a. zaburzenia pamięci (szczególnie w zakresie uczenia się nowych informacji),
  - b. zaburzenia innych funkcji poznawczych, które pogorszyły się w stosunku do wcześniejszego poziomu funkcjonowania, w stopniu istotnie zaburzającym prawidłowe funkcjonowanie w zakresie codziennych czynności życiowych.
2. W okresie dokonywania oceny nie stwierdza się zaburzeń świadomości.
3. Stwierdza się występowanie zaburzenia emocjonalnej kontroli nad motywacją lub zmianę zachowań społecznych manifestujących się co najmniej jednym z następujących objawów:
  - a. chwiejność emocjonalna,
  - b. drażliwość,
  - c. apatia,
  - d. prymitywizacja zachowań społecznych.
4. Zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych występują od co najmniej 6 miesięcy.
5. Dodatkowo rozpoznanie wzmacnia występowanie zaburzeń innych wyższych czynności korowych w postaci afazji, agnozji, apraksji.

## LECZENIE CHOROBY ALZHEIMERA:

**Cel:** spowolnienie rozwoju i łagodzenie objawów zaburzeń funkcji poznawczych, zapobieganie występowaniu, łagodzenie i eliminowanie zaburzeń psychotycznych, zaburzeń afektywnych i zaburzeń zachowania, poprawa codziennej aktywności życiowej pacjentów.

**1. Łagodne zaburzenia poznawcze w przebiegu ChA (MCI due to AD):** trening poznawczy; dieta, aktywność fizyczna;

**BEZ WSKAZAŃ DO LEKÓW PROKOGNITYWNYCH!**

**2. Otępienie w przebiegu ChA:**

**Faza łagodna:**

rywastygmina (tabletki lub forma transdermalna) / donepezil (tabletki)

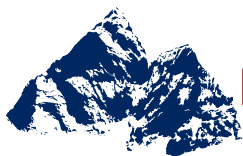
**Faza średniozaawansowana i zaawansowana:**

rywastygmina (tabletki lub forma transdermalna) + memantyna / donepezil (tabletki) + memantyna

ChA - Choroba Alzheimer'a







**EVERTAS<sup>®</sup>**  
RIVASTIGMINUM



**Zenmem<sup>®</sup>**  
MEMANTINE

**65+\***  
**LISTA S**  
**BEZPŁATNY**  
DLA SENIORÓW **30%**



**NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANA  
RYWASTYGMINA W POLSCE<sup>1</sup>**

**JEDYNA MEMANTYNA  
W FORMIE ODT W POLSCE<sup>2</sup>**

**Duet idealny w leczeniu choroby Alzheimera**



SIL EVERTAS & ZENMEM

\* Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (DZ. URZ. Min. Zdr. 2024.137).

<sup>1,2</sup> Źródło danych: PEX Sp. z o.o., dane Omnibus, baza sell out, YTD'12-24

000726058/02/25

**ZENTIVA**