



DEMENSSEYKDOMMER

Yngve Müller Seljeseth

Seksjonsoverlege medisinsk avdeling

Seksjon for slag og geriatri

NORMAL ALDRING

- ”Tenke” hastigheten blir lavere
 - Psykomotorisk tempo
- Innlæring av ny kunnskap tar lenger tid, trenger flere repetisjoner
- Vanskeligere å lære helt nye ferdigheter
- Men bruk av bakgrunnskunnskap gjør at analytisk evne ikke er redusert
- Løser kognitive oppgaver på annen måte



HVA ER IKKE DEMENS

- Isolert redusert hukommelse
- Være distre
- Glemme igjen nøkler
- Ikke komme på hvor en har lagt noe
- Ikke komme på navnet på en du har snakket med
- Blande navn på barna

- Forbigående forvirring i forbindelse med annen sykdom



UNORMAL KOGNITIV FUNKSJON

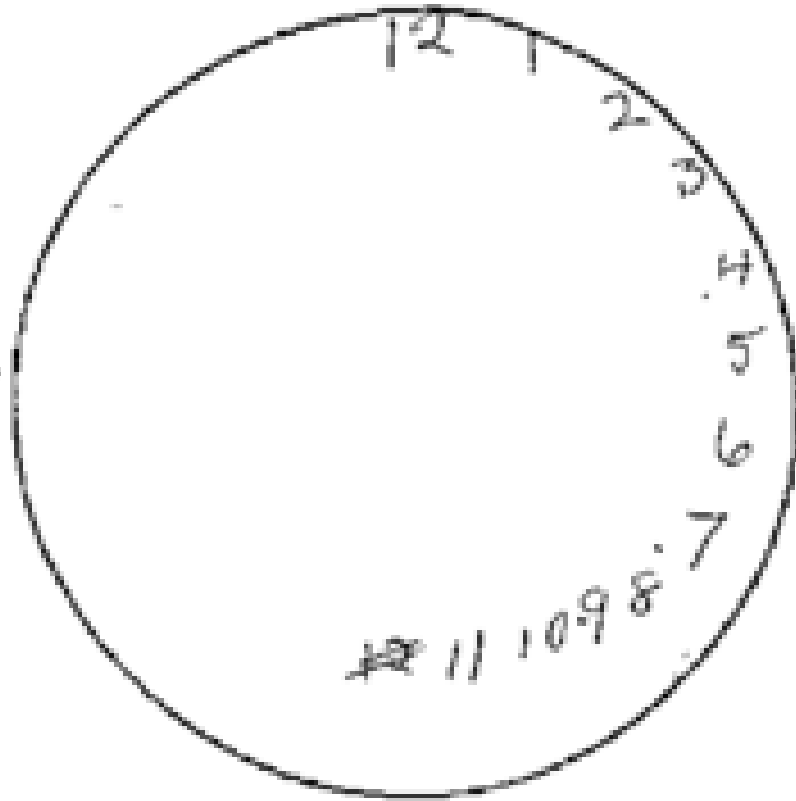
- Husker ikke det man nettopp har lest
- Går seg bort på kjente steder
- Husker ikke egne data (fødselsdag, adresse osv)
- Ikke huske hva man har gjort tidligere på dagen
- Glemme navn på kjente
- Klarer ikke å lære seg nye ting/bruke apparater
- Endring i funksjon fra tidligere



SYMPTOMER VED DEMENS

- Redusert hukommelse, særlig korttids
- Svikt i planleggingsevne
- Redusert oppmerksomhet – fokusert og delt
- Svikt i analytisk evne
- Svikt i evne til praktisk gjennomføring av oppgaver
- Svikt i orienteringsevne i rom, tid og sted
- Språkvansker, kan oppstå fullstendig tap av språk
- Svikt i motorisk funksjon
 - Stivhet, gangvansker, inkontinens
- Svikt i adferdskontroll og sosial oppførsel
- Svikt i egenomsorg – hygiene, mat, drikke





KRITERIER FOR DEMENS

- Forstyrrelse av multiple høyere kortikale funksjoner (minne, tenking, orientering, forståelse, regning, innlæring, språk, dømmekraft)
- Nedgang i intellektuell fungering, svekket ADL-funksjon – viktig skille mellom «bare» kognitiv svikt og demens
 - Mild: klarer seg i dagliglivet
 - Moderat: klarer seg ikke uten hjelp av andre
 - Alvorlig: trenger kontinuerlig tilsyn og pleie
- Svekket emosjonell kontroll, motivasjon, sosial atferd (labilitet, irritabilitet, apati, unyansert sosial atferd)
- Normal bevissthet
- Varighet > 6 mnd



DEMENS

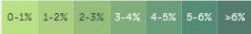
- Ikke èn sykdom
- Mange årsaker med ulik presentasjon
- Irreversibel skade av hjernen, hvilke områder som rammes mest avgjør symptomene
- Felles er at det går utover evnen til å klare seg selv i forhold til tidligere



FOREKOMST

- 1,6% av totalbefolkningen
- Sjelden i ung alder, øker særlig fra 70 års alder, 43% over 90 år
- Flere kvinner enn menn
- Med økende alder i befolkningen vil forekomsten øke
 - Men nøyaktig hvor mye er vanskelig å si pga bedre forebygging





Møre og Romsdal i år 2020

Innbyggertallet for Møre og Romsdal i 2020 er **265238**.

Befolkningen i Møre og Romsdal er eldre enn gjennomsnittet i Norge, og har derfor også en høyere andel med demens.

Andelen med demens er 2.19 % i Møre og Romsdal.

Gjennomsnittet i Norge er 1.88 % i 2020.

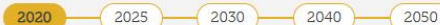
2020
Møre og Romsdal

Personer med demens

5801

2.19% av befolkningen

Velg årstall:

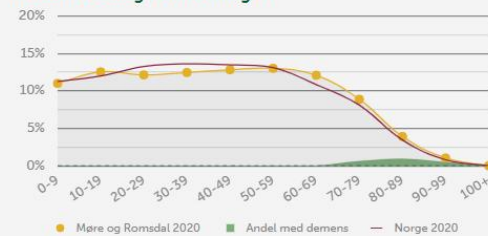


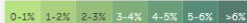
Os
(2.64%)

Personer med demens

Alder	Antall	♂	♀
30-64	101	51	50
65-69	113	45	68
70-74	787	455	332
75-79	905	461	444
80-84	1105	486	619
85-89	1403	509	894
90+	1387	347	1040

Aldersfordeling i befolkningen





Møre og Romsdal i år 2050

I 2050 vil Møre og Romsdal ha **277445** innbyggere, det er 12207 flere enn i 2020 – en økning på 4.6 %.

12565 personer i kommunen vil ha demens. Dette tilsvarer en økning på 6764, eller 116.6 % fra 2020 til 2050.

Andelen med demens er 2.19 % i 2020 og 4.53 % i 2050. Demensandelen i Møre og Romsdal øker altså med 106.85 %.

Andelen med demens i Norge er 1.88 % i 2020 og 3.99 % i 2050.

Ålesund
(3.92%)

2050
Møre og Romsdal

Personer med demens

12565

4.53% av befolkningen

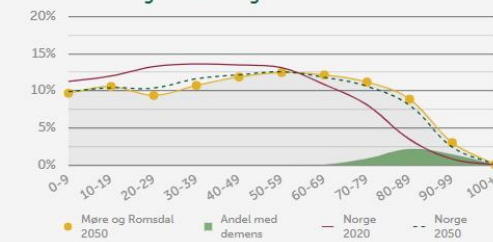
Velg årstall:



Personer med demens

Alder	Antall	♂	♀
30-64	98	50	48
65-69	119	48	71
70-74	850	490	360
75-79	1506	807	699
80-84	2559	1268	1291
85-89	3365	1511	1854
90+	4068	1481	2587

Aldersfordeling i befolkningen



RISIKOFAKTORER ELLER HJERNEHELSE

- Lav utdanning
- Lite sosial aktivitet
- Depresjon
- Alder
- Hørselstap/reduisert syn
- Hodeskade
- luftforurensning
- Kardiovaskulære
 - Røyking, høyt blodtrykk, diabetes, høyt kolesterol, usunt kosthold, inaktivitet, overvekt, alkoholoverforbruk, betennelsestilstander (munn)
- Genetiske faktorer f.eks Apo E4 vs E2 og E3
 - E4 x1 øker risikoen med 3 x
 - E4x2 øker risikoen med 11x



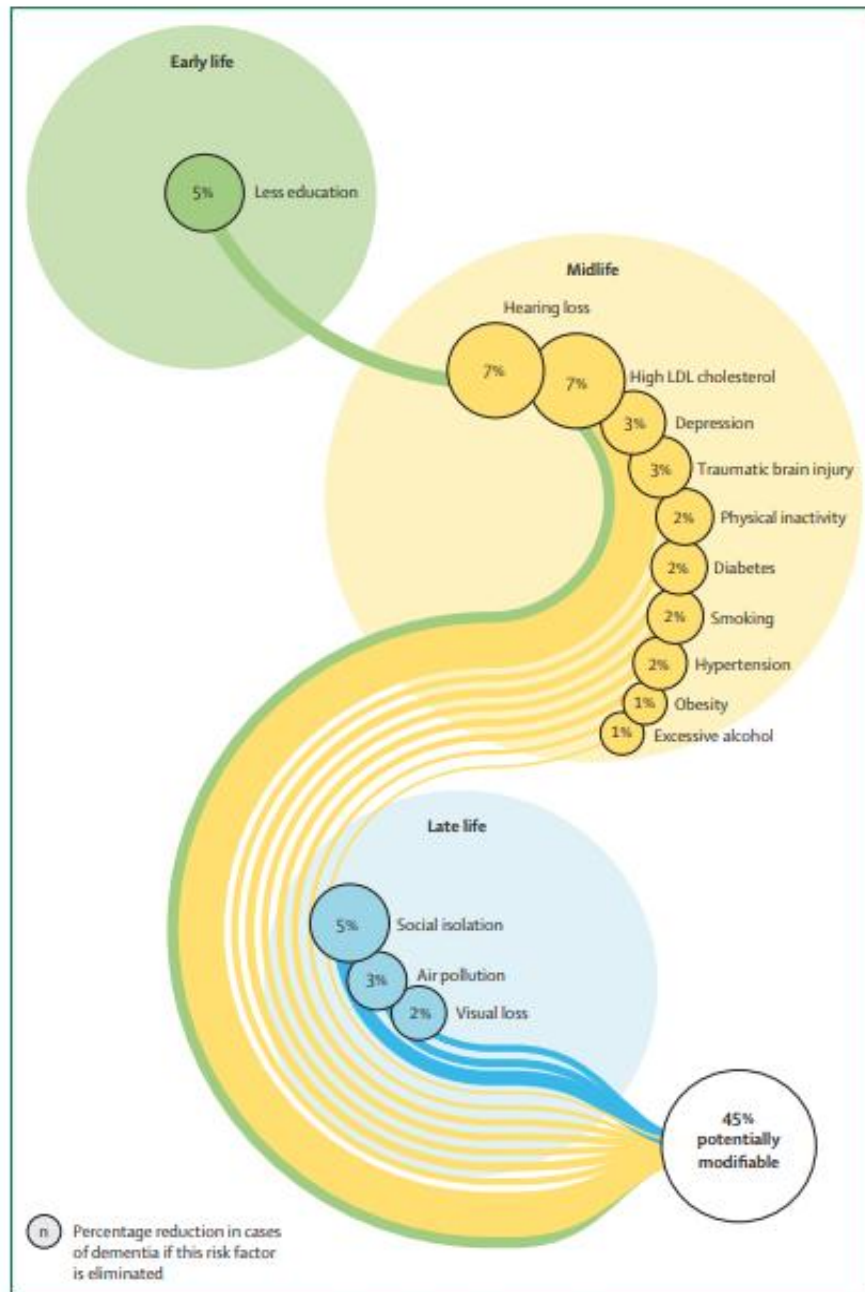


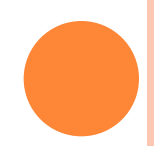
Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

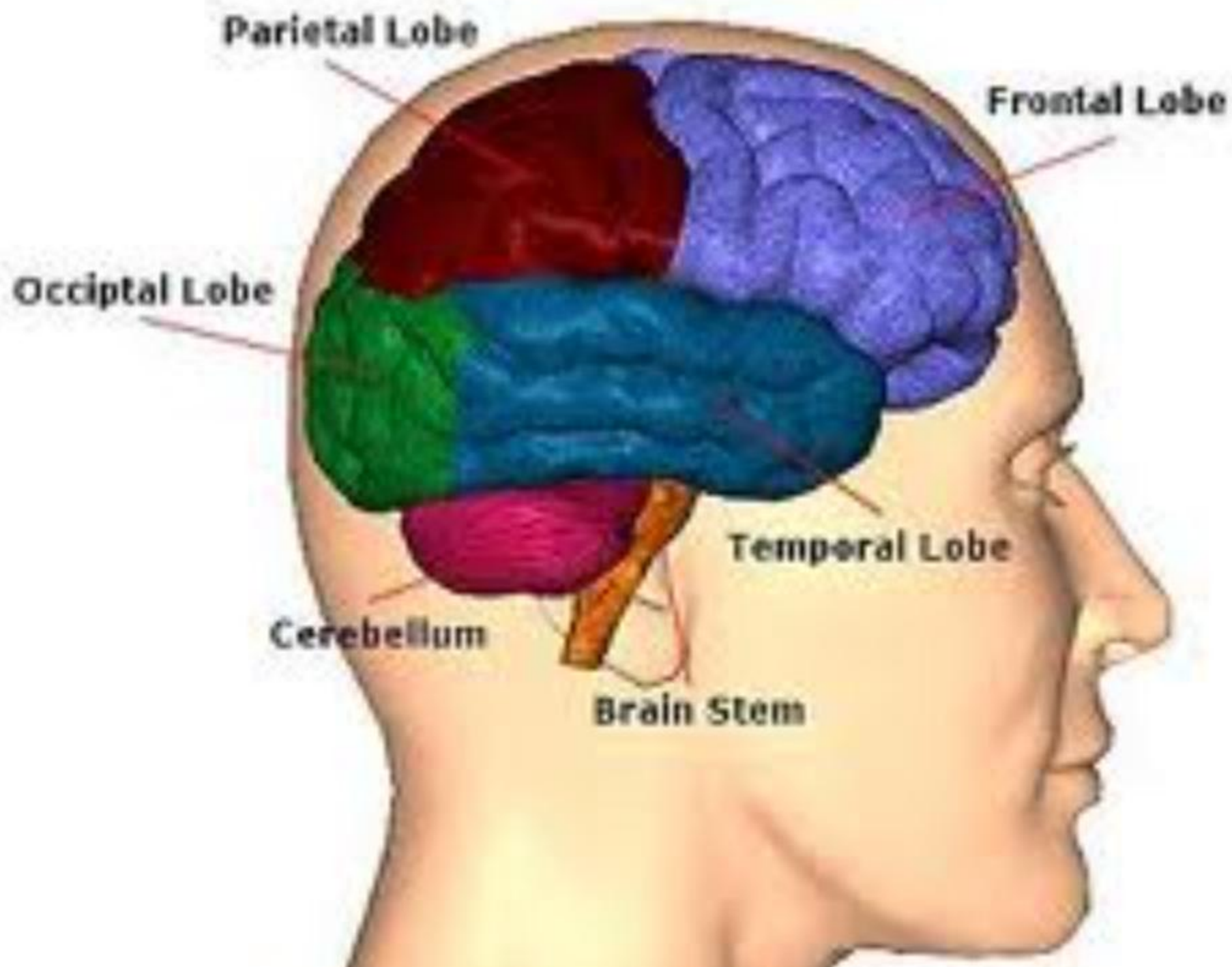
1
e
C
e
i
r
v
C
v
r
l

c
t
l
c
t
r
i

a
c
E
v
s
c
t
r
c
i
v
i
s
s

c
4
i
a
V
J
e
J
I



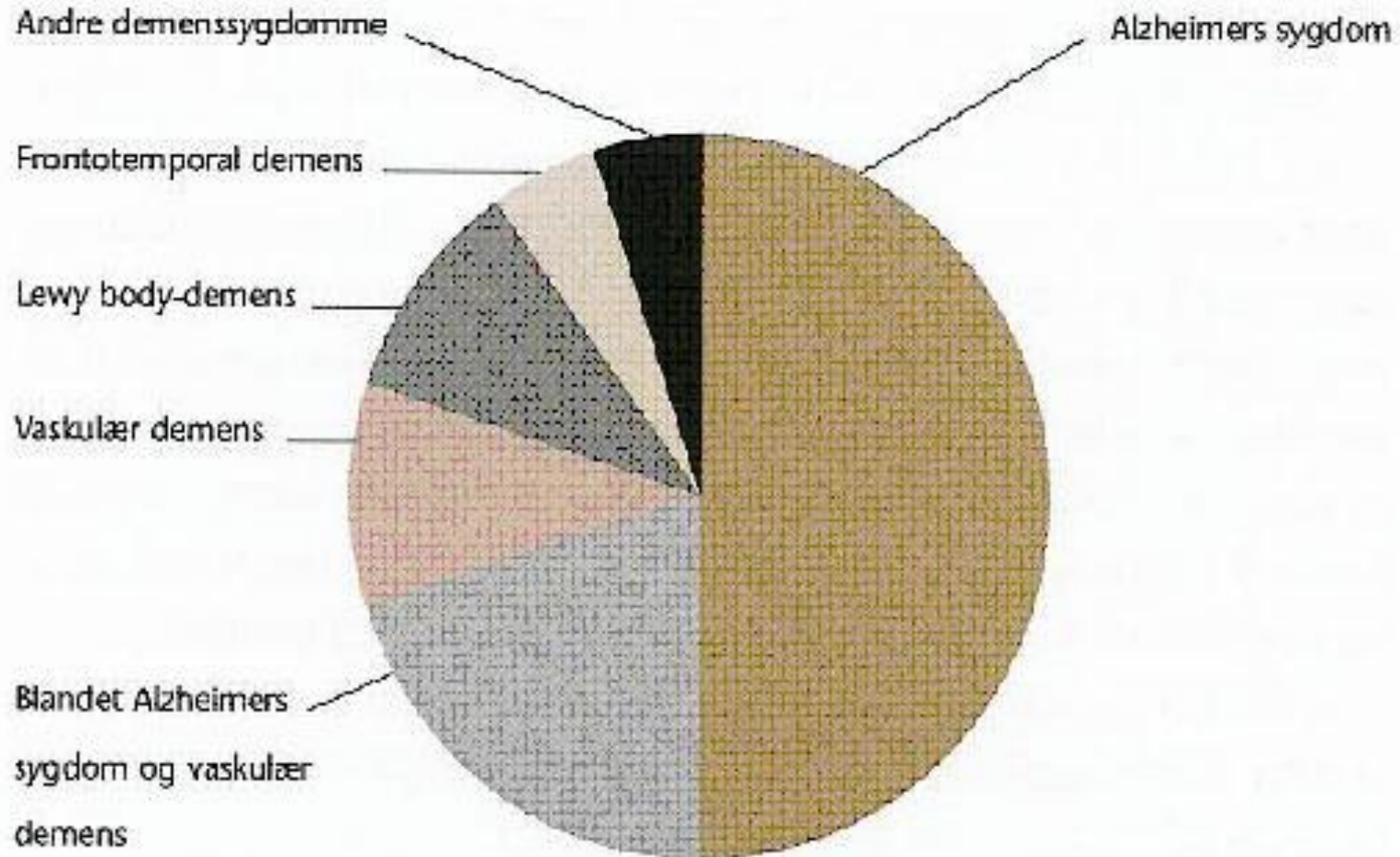


TYPER DEMENS

- **Degenerative sykdommer**
 - *Alzheimer sykdom*
 - Frontotemporallappsdemens
 - Lewy legeme demens
 - Parkinsons sykdom med demens
 - Huntington sykdom med demens
- **Vaskulære sykdommer**
 - *Småkarsykdom*
 - Enkeltinfarkt demens, *multiinfarktdemens*
 - Andre vaskulære sykdommer og demens
 - *Blanding av vaskulær sykdom og Alzheimer demens*
- **Sekundær demens**
 - Alkoholisk betinget
 - Vitaminmangel
 - Hjernebetennelse
 - Hypoksi
 - Creutzfeld-Jakobs sykdom
 - Hjernesvulst
 - Hodeskade
 - Hjernehinneblødninger
 - Normaltrykkshydrocefalus
 - Endokrine sykdommer – stoffskifte, kortisol
 - Organsvikt – lever/nyresvikt

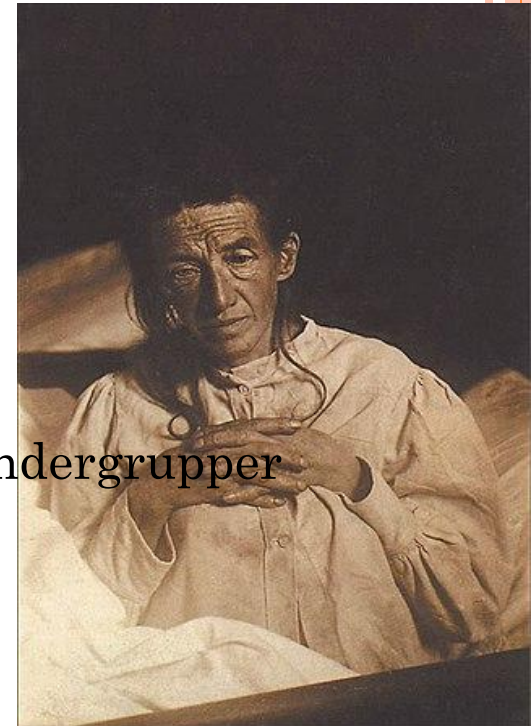


FORDELING AV DEMENSTYPER



ALZHEIMERS SYKDOM

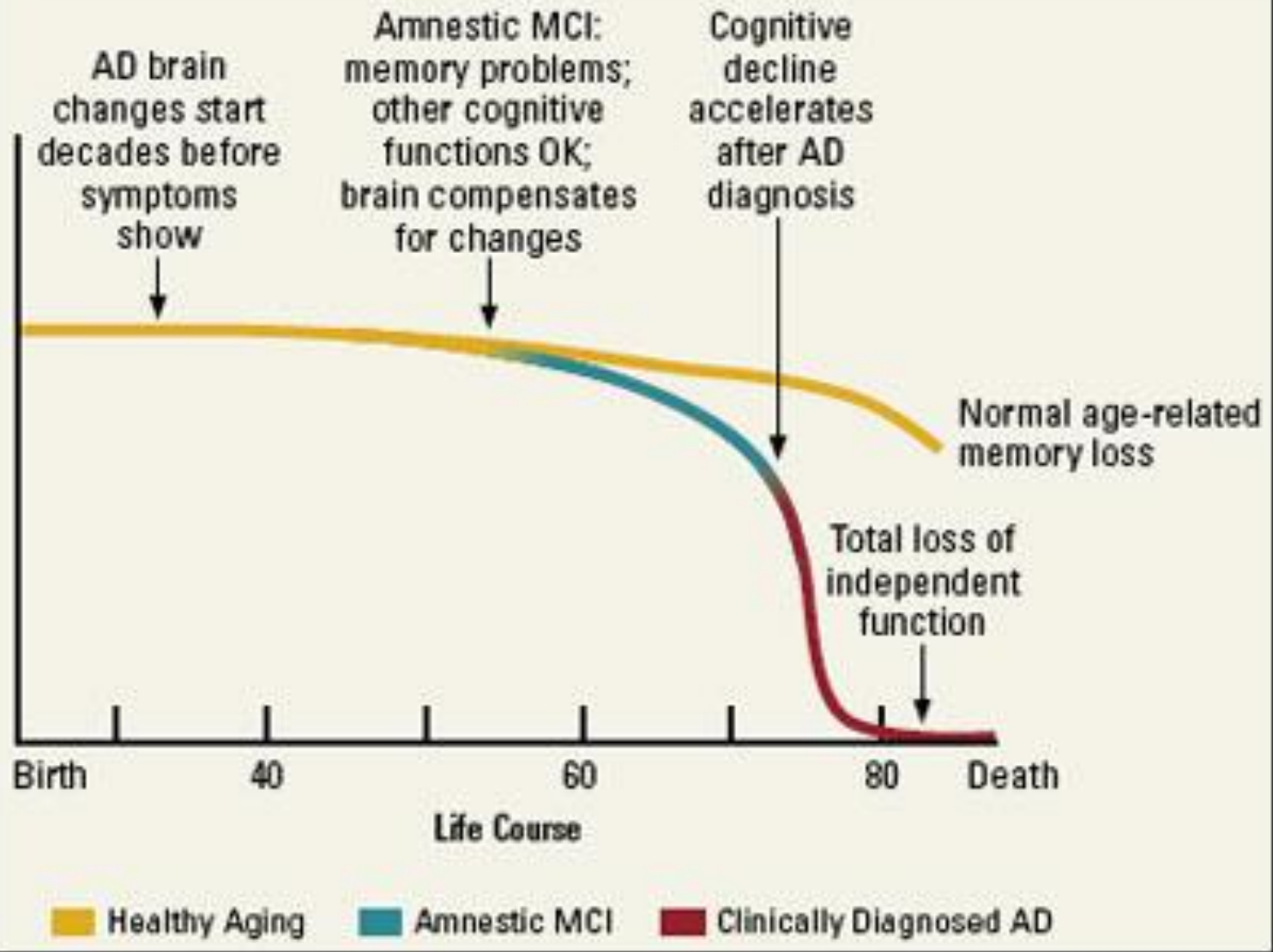
- Oppkalt etter Alois Alzheimer
- Opprinnelig beskrevet bilde hos Auguste Deter 1850-1906 med psykiatriske symptom, tap av handlingsevne, hukommelse, orienteringsevne og tap av praktiske ferdigheter
- Påvist senile plakk – avleiring av et protein som kalles betaamyloid, danner utfellinger og tap av hjernefunksjon i dette området
- Gradvis økende utfelling, atrofi og utfall
 - Men ikke kun amyloidavleiring/plakk
 - Tauprotein med nevrofibrillære floker
 - Vaskulære faktorer
- Påvirker signalsubstans mellom nerveceller
 - Acetylcholin
- Medfører svinn av hjernevev –mest i deler av temporallappene, parietal og occipitallappen for undergrupper
- Gradvis økende utfall



SYMPTOMER

- Dominerende primært er hukommelsessvikt
 - Korttidshukommelse
 - Bevart hukommelse for eldre hendelser
 - Ofte bedre på innlærte ferdigheter
- Orienteringsvansker
 - Tid, sted
- Tap av praktiske ferdigheter
- Eksekutiv svikt
- Abstrakt tenkning
- Undergrupper med adferdsvariant og motorisk(frontal/parietal), språkutfall (temporal), synsvansker og tolkningsvansker (occipital)





VASKULÆR DEMENS

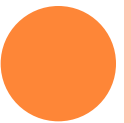
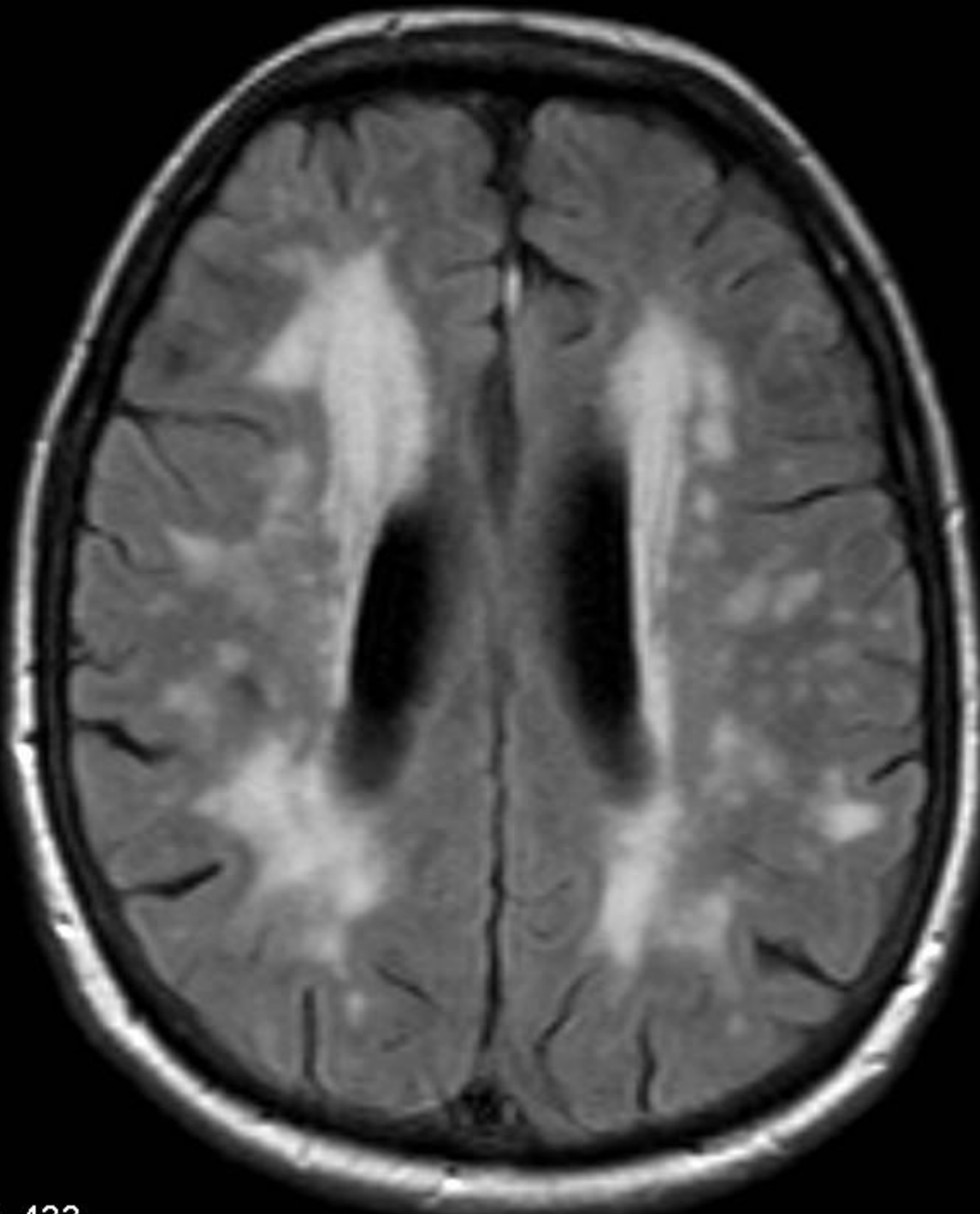
- Kronisk redusert blodforsyning
- Småkarsykdom - Binswanger
- Som følge av hjerneinfarkt
 - Som regel flere mindre
 - Gjentatte infarkt
 - Kan oppstå ved ”strategisk” plassering av et infarkt
- Oftere et trappereg på utviklingen
 - Men småkarsykdom eller kronisk lav forsyning kan ha jevn progresjon
- Setter i gang degenerative prosesser



VASKULÆR DEMENS SYMPTOMER

- Varierer med området som er affisert ved enkeltinfarkt eller flere infarkt
- Formen som kommer av småkarsykdom og er vanligst
 - Redusert gjennomføringsevne
 - Konsentrasjonsvansker
 - Praktiske vansker
 - Romlige vansker
 - Redusert psykomotorisk tempo
 - Ikke nødvendigvis redusert hukommelse
 - Kan ha gangvansker og inkontinens





LEWY LEGEME DEMENS

- Samme etiologiske årsak som Parkinsons sykdom
 - Diskusjon om det er en undergruppe eller egen sykdom
- Fluktuerende symptomer er vanlig -våkenhet, oppmerksomhet og kontaktbarhet
- Hallusinasjoner –ofte mennesker eller dyr
- Gangvansker, mimikkløshet, stivhet, endret tale (parkinsonisme)
- Falltendens – vekslende blodtrykk
- Tap av luktesans
- Endret søvnmønster og tap av søvnparalyse
- Vrangforestillinger
- Uttalt følsomhet for nevroleptika
 - Tilstivning, manglende kontakt, gangvansker
- Kan ha spesielt god respons av acetylcholinesterasehemmere
- Ofte rask progresjon



FRONTOTEMPORAL DEMENS

- Tidligere debut
 - Menn i 50-60 årene vanligere
- Tap av hemninger, sosial adferd og personlighet
- Tap av initiativ og tiltakslyst
- Svikt i evne til problemløsning og praktisk adferd
- Språkvansker
- Vrangforestillinger/beskyldninger
- Ofte lite påvirket hukommelse
- Avleiring og svinn av frontale deler av hjernen og til dels temporalt
- Deles i undergrupper etter dominerende symptom
 - Primær progressiv afasi – semantisk eller non-fluent
 - Dominerende frontal type
 - Corticobasal degenerasjon/progressiv supranukleær parese – men går også innunder navnet Parkinson+



BEHANDLING

- Unngå medikamenter med sentral virkning
- Miljøtiltak
- Sikre omsorg og trygghet for pasient og pårørende
 - Hjemmetjenester, tilrettelegging av hjem, minimere potensielt farlige situasjoner
- Gi pårørende kunnskap for å unødig irritasjon og konflikt
- Realitetsorientere uten å gå i diskusjon
- Sosial kontakt
- Sansestimulering - musikk
- Behandle årsak der det er mulig
- Forebygge forverring
- Acetylcholinesterasehemmere
- Memantin
- Monoklonale antistoff?



MEDIKAMENTER

- Acetylcholinesterasehemmer
 - Rivastigmin (Exelon®) – kapsel eller plaster
 - Donepezil (Aricept®)
- Memantin (Ebixa®)

- Adferdssymptom
 - Haldol, Risperdal, Seroquel, enkelte antiepileptika
- Depresjon – antidepressiva, men usikre resultat
- Angst
 - Cipralex, Sobril
- Søvnvansker – melatonin depot, bør unngå zopiclone/zolpidem/vallergan
- Smerter – paracet, smertepaster



ADACANUMAB VED ALZHEIMERS SYKDOM

- Monoklonalt antistoff mot amyloid
- Fjerner amyloide avleiringer
- Skaper en betennelsesreaksjon
- Men ikke vist bedring av kognitiv funksjon
- Godkjent ved hasteprosess i FDA (USA)
 - Svært omdiskutert avgjørelse
 - Trukket fra markedet
- Indikasjon før kognitiv svikt har kommet eller i helt tidlig fase
 - Vil sette stort press på utredning og bruk av spinalpunksjon/PET
- Hjelper ikke når det er etablert skade



LECANEMAB

- Binder seg til amyloiddannelsen
- Mindre risiko for hevelse, men likevel relativt høy andel
- Godkjent av FDA i januar 23 for minimal kognitiv svikt eller tidlig Alzheimers demens, godkjent i Europa
- Regelmessig infusjon – hver 14 dag
- Krever PET/spinalpunksjon
- Regelmessig MR kontroll
- Vurdert tvilsomt kostnadseffektivt mot effekt med dagens pris, stor risiko for å påvirke tilgang til helsetjenester totalt pga antallet pasienter



DONANEMAB

- Infusjon hver måned
- Reaksjoner og effekter som lecanemab
- Samme problem med begrenset effekt mot kostnad og risiko for bivirkninger



OPPSUMMERING

- Demens er tap av en rekke kognitive ferdigheter som kan skyldes flere ulike sykdommer
- Vanligst er Alzheimers sykdom og vaskulær sykdom
- Økende forekomst med økende alder
- Demens er en dødelig sykdom
- Pårørende utgjør en stor og viktig ressurs
- Demens er blant de mest belastende lidelsene for pårørende
- Bør tidlig gå i dialog med kommunen for tilrettelegging
- Viktigste tiltak er tilrettelegging og trygghet for den demente
- Mye forskning pågår nå – vil komme nye biomarkører og mer spesifikk behandling – først mot Alzheimer

