

## **Beloop van Alcoholdementie bij cliënten in gespecialiseerde verpleeghuiszorg voor Jong-dementerenden.**

*Ans Mulders,*

*Specialist ouderengeneeskunde / onderzoeker*

*De Archipel, Eindhoven.*

In het kader van de BEYOnD-studie (Behavior and Evolution of Early Onset Dementia) zijn 230 bewoners van gespecialiseerde verpleeghuisafdelingen voor jong-dementerenden in Nederland gedetailleerd in kaart gebracht. In deze studie werd ook een aanzienlijk aantal mensen met de diagnose Korsakov en / of alcoholdementie geïncludeerd. Inclusiecriteria voor de studie was de aanwezigheid van de diagnose dementie volgens de criteria van de DSM-IV-TR. Strikt beschouwd zouden cliënten met het syndroom van Korsakov niet voldoen aan deze criteria. Dat bracht de vraag aan de orde wat de correcte diagnose bij deze onderzoeksgroep zou moeten zijn. Waren ze ten onrechte bestempeld als dement? Of was de diagnose Korsakov slechts een deel van het probleem? Uit klinische ervaring en de verdere onderzoeksgegevens blijkt deze groep veel meer problemen te vertonen dan op grond van de diagnose Korsakov te verwachten zou zijn. In de (verpleeghuis)praktijk blijkt vaak dat patiënten met alcoholdementie ook na abstinentie een ongunstiger ziektebeloop en prognose hebben dan je op grond van literatuurgegevens over effecten van alcohol op cognitief functioneren zou verwachten. Deze constatering pleit ervoor dat bij deze groep patiënten nog andere factoren spelen die verantwoordelijk zijn voor de cognitieve stoornissen cq dementie. In het onderzoek is deze groep daarom geïncludeerd onder de noemer alcohol(-gerelateerde) dementie.

Omdat er nogal wat controverse bestaat over de houdbaarheid van die diagnose is er een literatuuronderzoek<sup>i</sup> verricht ter verkenning van het onderscheid tussen alcoholdementie en Korsakov. Het antwoord op deze vraag is relevant om verschillende redenen. Er blijkt nog steeds veel onduidelijkheid omtrent de diagnose alcoholdementie. Die diagnose heeft o.a. consequenties voor de financiering van de zorg. Deze is voor Korsakov-clieënten bijvoorbeeld anders dan voor jonge mensen met dementie. Wanneer er meer helderheid komt over de diagnose levert dit wellicht ook een betere voorspelbaarheid op wat betreft het beloop en daaraan gekoppeld de mate van zorgbehoefte. Informatie over beloop en prognose is van groot belang voor patiënt, naasten en zorg/hulpverleners. In de literatuurstudie is gezocht naar een mogelijk onderscheid tussen de diagnose alcoholgerelateerde dementie en Korsakovsyndroom aan de hand van gegevens over diagnostische criteria, neuropathologische bevindingen, beeldvormend onderzoek, neuropsychologisch profiel en oorzakelijke hypothesen over persisterende cognitieve stoornissen bij alcoholgebruik

Het syndroom van Korsakov wordt duidelijk omschreven en is vaak alcoholgerelateerd. Echter, bij het syndroom van Korsakov wordt niet alcoholmisbruik, maar voedingsdeficiëntie en dan met name thiamine-deficiëntie als direct causale factor beschouwd. Dit thiaminegebrek leidt tot klassieke pathologische weefsel-veranderingen in hersenstructuren rond de derde en vierde ventrikel (diencephalon). Dit zou de oorzaak zijn van voor Korsakov-patiënten kenmerkende problemen bij het initiëren, plannen en bijstellen van gedrag (stoornissen in executieve functies). Vaak is er sprake van initiatiefloosheid, apathie, afname van zelfkritiek en (ziekte)inzicht. Korsakov wordt verder gekenmerkt door ernstige irreversibele geheugenstoornissen, vaak met relatief intact blijven van het lange termijn geheugen en van andere cognitieve vaardigheden. Ook de oriëntatie in tijd en, in mindere mate, de oriëntatie in plaats zijn vaak gestoord. Wat de prognose betreft wordt beweerd dat Korsakov geen progressieve ziekte is. Bij onthouding van alcohol en herstel van de voedingstoestand blijven de stoornissen stabiel of verbeteren aanvankelijk zelfs iets.

In de meest recente Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), het meest toonaangevend classificatiesysteem op dit gebied, wordt dementie als gevolg van alcoholabusus wel als een aparte diagnose onderscheiden. Volgens de criteria hiervoor moet er sprake zijn van een dementiesyndroom en een oorzakelijke relatie gelegd kunnen worden met alcoholabusus voorafgaand aan de dementie. Oslin<sup>ii</sup> heeft in deze criteria nog verdere verfijning aangebracht door het toevoegen van criteria die de diagnose waarschijnlijker of onwaarschijnlijker maken. Desondanks wordt ook hieruit niet duidelijk wat dan precies de definitie is van alcoholgerelateerde dementie.

**Conclusie uit het literatuuronderzoek:**

In de praktijk bestaat er een groep patiënten met persisterende globale cognitieve stoornissen na chronisch alcoholgebruik en waarbij geen andere oorzaak hiervoor aan te wijzen is. Het lijkt daarom zinvol om de diagnose alcoholdementie niet te verwerpen, maar te komen tot een nadere omschrijving hiervan. Het feit dat we hier te maken hebben met een bijzonder kwetsbare patiëntengroep, met name door specifieke en vaak uitgebreide comorbiditeit, die specifieke aandacht en zorg behoeft, pleit juist voor het onderscheiden van een aparte diagnose. Hoewel gesteld kan worden dat er onvoldoende bewijs bestaat voor alcoholtoxiciteit als enige etiologische factor voor alcoholdementie, zijn er daarentegen vele aanwijzingen voor een multifactorieel bepaald dementiesyndroom dat zich onderscheidt van het syndroom van Korsakov / alcohol amnestisch syndroom. Hierbij is dan veelal sprake van uitgebreide neurologische reststoornissen secundair aan het Wernicke-Korsakov syndroom, multipele

vasculaire laesies bij een slechte algehele vaatstatus en status na (multipel) hersentrauma.

Tegen het gebruik van alcoholdementie als aparte diagnose pleit het risico op het creëren van een vergaarbak aan diagnoses (leveraandoening, trauma capitis, vasculaire dementie, of toch Alzheimer). Alcoholgebruik zou ook een risicofactor kunnen zijn voor verschillende vormen van dementie. Door alcoholdementie als diagnose te gebruiken worden mogelijk andere dementiediagnosen gemist.

Enkele gegevens uit de BEYOnD- studie worden gepresenteerd. De belangrijkste kenmerken van de groep jong-dementerenden worden vergeleken met die van de oudere PG-verpleeghuispopulatie en de subgroep met Korsakov / alcoholdementie wordt apart belicht. De groep jong-dementerenden is gemiddeld 56 jaar oud (tegen 82 jaar in de ouderenpopulatie) met een grote spreiding (23 tot 72 jaar) en in deze groep bevinden zich veel meer mannen dan in de ouderenpopulatie waar slechts 20% man is<sup>iii</sup>. Er is een grotere variatie aan onderliggende diagnoses dan bij de ouderen waarbij er in 15% van de populatie sprake is van Korsakov / alcoholdementie als diagnose. In de Korsakovpopulatie is 56% man. Verder wordt geconstateerd dat in de jong-dementerendenpopulatie een grotere variatie bestaat in de ernst van de cognitieve stoornissen. Bij de ouderen zijn vrijwel uitsluitend mensen met matig ernstig tot ernstige dementie opgenomen; in de jongere verpleeghuispopulatie kan bij bijna de helft van de cliënten gesproken worden van een milde tot matige dementie. De Korsakovpopulatie vertoont hetzelfde profiel qua ernst van de dementie als de gehele groep jong-dementerenden.

Analyse van sterftcijfers geeft aan dat de ziekteduur van jong-dementerenden ongeveer vergelijkbaar is met die van oudere dementerenden. Dat lijkt voor de hand liggend, maar aangenomen dat er in de jongere populatie minder sprake is van andere overlijdensrisico's (zoals hart- en vaatziekten, maligniteiten) betekent dat de dementie zelf een grote impact heeft op de levensverwachting. Een prognose van 7 tot 10 jaar heeft veel meer consequenties voor iemand van 50 jaar dan voor iemand van 75 jaar.

In de subgroepanalyse hiervan blijkt (in tegenstelling tot wat vaak vermeld wordt) dat de levensverwachting bij de groep met Korsakov / alcoholdementie niet beter is dan die van andere jong-dementerenden.

De resultaten van het onderzoek geven aan dat de groep cliënten met Korsakov / alcoholdementie die verblijft op gespecialiseerde verpleeghuisafdelingen voor jong-dementerenden in heel veel aspecten meer lijkt op de dementerende groep dan op de groep cliënten met Korsakov zoals die veelal beschreven wordt. Erkenning van deze subgroep met dit verschil in zorgbehoefte en prognose is belangrijk voor adequate begeleiding van deze cliënten en hun naasten.

---

<sup>i</sup> Van Hylckama - Vlieg L.

Alcoholdementie, bestaat dat eigenlijk wel?

Scriptie in het kader van de opleiding tot verpleeghuisarts, Radboud Universiteit Nijmegen, 2006

<sup>ii</sup> Oslin D., Atkinson R.M., Smith D.M., Hendrie H.

Alcohol related dementia: proposed clinical criteria.

Int J Geriatr Psychiatry. 1998 Apr;13(4):203-12. Review.

<sup>iii</sup> Zuidema S., Koopmans R., Verhey F.

Prevalence and Predictors of Neuropsychiatric Symptoms in Cognitively Impaired Nursing Home Patients

J Geriatr Psychiatry Neurol March 2007 20: 41-49,