

Uitvoerbaarheid en klinische betekenis van diagnostiek bij het dementiesyndroom in de thuissituatie

F. BOERSMA
J.A. EEFSTING
W. VAN DEN BRINK
W. VAN TILBURG

Boersma F, Eefsting JA, Van den Brink W, Van Tilburg W. Uitvoerbaarheid en klinische betekenis van diagnostiek bij het dementiesyndroom in de thuissituatie. *Huisarts Wet* 1997; 40(4): 144-50.

Samenvatting In dit onderzoek werden de uitvoerbaarheid en de klinische relevantie van diagnostisch onderzoek bij het dementiesyndroom geïnventariseerd bij ouderen in de thuissituatie. Patiënten werden opgespoord via een gefaseerde onderzoeksopzet met de MMSE als screeningsinstrument en de CAMDEX als diagnostisch instrument. Tevens vond uitgebreid bloedonderzoek plaats en werden patiënten verwezen voor specialistisch onderzoek. Lichamelijk en laboratoriumonderzoek bleken volledig uitvoerbaar bij respectievelijk 54 en 55 van de 64 dementiepatiënten; bij 37 patiënten werd specialistisch onderzoek verricht. Lichamelijk, laboratorium- en specialistisch onderzoek leverden bij respectievelijk 10, 28 en 3 patiënten gegevens op die van belang waren voor het verdere beleid. Uit dit onderzoek blijkt dat diagnostiek van dementie in de thuissituatie goed uitvoerbaar is. Hoewel de validiteit van de NHG-standaard en de CBO-consensus niet direct is onderzocht, vormen de resultaten een aanwijzing dat de CBO-consensus onnodig uitgebreid is door het aanbevelen van routinematig specialistisch onderzoek, en dat de NHG-standaard in het algemeen voldoet, maar mogelijk te beperkt is ten aanzien van het laboratoriumonderzoek.

Mw.dr. F. Boersma, verpleeghuisarts-epidemioloog, Verpleeghuis Anna Schotanus, Marktweg 104, 8444 AC Heerenveen.
Dr. J.A. Eefsting, verpleeghuisarts-onderzoeker, Verpleeg- en Reactiveringscentrum Het Zonnehuis, Zwolle.
Prof.dr. W. van den Brink, vakgroep Psychiatrie en vakgroep Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, Universiteit van Amsterdam.
Prof.dr. W. van Tilburg, vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
Correspondentie: mw.dr. F. Boersma.

Inleiding

Diagnostische procedures bij het dementiesyndroom zijn veelvuldig onderwerp van discussie. Er worden globaal twee strategieën onderscheiden.

Bij de eerste strategie wordt ervan uitgegaan dat er a priori een zeer grote kans bestaat op een degeneratieve, irreversibele aandoening. Men volstaat met algemeen diagnostisch onderzoek, zoals anamnese, hetero-anamnese, onderzoek naar cognitief functioneren, lichamelijk onderzoek en beperkt laboratoriumonderzoek. Voordelen van dit beleid zijn een beperkte belasting voor de patiënt en lage kosten. Nadeel is het eventueel missen van behandelbare afwijkingen die aan het dementiesyndroom ten grondslag liggen of het beloop van het syndroom nadelig kunnen beïnvloeden.

Bij de tweede strategie is het uitgangspunt dat men geen behandelbare afwijkingen mag missen. Als gevolg daarvan wordt tevens uitgebreid aanvullend onderzoek uitgevoerd. De nadelen van deze strategie zijn de belasting voor de patiënt die dergelijke afwijkingen niet vertoont, en de hoge kosten. Het voordeel voor de individuele patiënt met een behandelbare afwijking zal duidelijk zijn.

Deze opties hebben internationaal tot uiteenlopende richtlijnen geleid voor de – met name aanvullende – diagnostiek bij dementie.¹⁻⁴ Dit geldt ook voor de Nederlandse situatie. In 1988 werd onder auspiciën van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) een consensusbijeenkomst gehouden over 'Diagnostiek bij het dementiesyndroom'. Daarbij lijkt men gekozen te hebben voor de tweede optie met een vrij uitgebreid pakket aanvullend onderzoek.⁵ Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) publiceerde in 1991 de NHG-Standaard Dementiesyndroom, waarin onder andere richtlijnen worden gegeven voor de diagnostiek van oorzaken en complicerende factoren.^{6,7} Binnen de huisartsgeneeskunde lijkt men hiermee gekozen te hebben voor de eerste, meer terughoudende optie (tabel 1).

Bij zowel de NHG-standaard als de

CBO-consensus wordt gesteld dat 'de samenstelling van het pakket aanvullend onderzoek grotendeels gebaseerd is op medische conventies en nauwelijks berust op wetenschappelijk onderzoek'.^{5,6} Er is wel enig onderzoek verricht naar de klinische relevantie van verschillende pakketten aanvullend onderzoek. Studies gericht op potentieel behandelbare aandoeningen zijn echter vaak methodologisch niet adequaat door onvoldoende operationalisatie van de diagnose dementie en de beperkte follow-up van patiënten bij wie potentieel behandelbare aandoeningen zijn geconstateerd. Bovendien hebben deze onderzoeken meestal betrekking op opgenomen of verwezen patiënten, waardoor de gegevens niet zonder meer gebruikt kunnen worden voor het bepalen van de optimale strategie in de huisartspraktijk.⁸⁻¹¹

In dit artikel wordt ingegaan op de volgende vragen:

- In hoeverre is het mogelijk uitgebreid aanvullend diagnostisch onderzoek volgens de richtlijnen van de CBO-consensus uit te voeren bij demente patiënten in de thuissituatie?
- Wat is de klinische relevantie van deze richtlijnen voor diagnostiek en behandeling in de thuissituatie?

Methoden

Het beschreven onderzoek is onderdeel van het Dementie Onderzoek onder Ouderen op het Platteland rond Zwolle (DOOP-LAZ-project), een onderzoek naar prevalentie en beloop van verschillende vormen van dementie onder een representatieve populatie 65-plussers.¹² De gepresenteerde gegevens hebben betrekking op de groep dementiepatiënten die op 1 maart 1991 waren ingeschreven bij de vier huisartsen in de gemeente Dalfsen en vier (van de zeven) huisartsen in de gemeente Heerde, en die (nog) thuis of in een verzorgingshuis woonden. De huisartsen werkten gemiddeld 16 jaar (spreiding 8-27 jaar) in dezelfde praktijk. Vier huisartsen werkten samen in één groepspraktijk, twee in een andere groepspraktijk en twee huisart-

anamnese, cognitief onderzoek, observatie en lichamelijk onderzoek. Tevens werden urine-onderzoek en uitgebreid bloed-onderzoek verricht, zoals aanbevolen in de CBO-consensus.⁵ Er werd niet getest op het humaan immunodeficiëntievirus.

De laboratoriumbepalingen werden verricht in het Sophia Ziekenhuis te Zwolle (hoofd dr. J.G.C. van der Meene). Daarbij werden de aldaar gebruikelijke referentiewaarden gehanteerd, behalve voor de bezinking (BSE), het ureum en de vitaminespiegels (tabel 3). De relevantie van relatief kleine afwijkingen is bepaald op basis van gegevens uit de literatuur. Zo zijn kleine afwijkingen van de referentiewaarden van vitaminen of schildklierfuncties relevant geacht, aangezien deze aangemerkt worden als te beïnvloeden, mogelijke oorzaken van cognitief disfunctioneren.^{3,20-23} Daarentegen zijn geringe afwijkingen van de referentiewaarden van nieren leverfunctietests niet relevant geacht, aangezien zij in de praktijk moeilijk beïnvloedbaar zijn.

Op basis van de CAMDEX werd vastgesteld of er sprake was van een dementiesyndroom volgens de criteria van de DSM-III-R.²⁴ Voor iedere respondent werd de ernstgraad van het dementiesyndroom volgens de operationalisaties van de CAMDEX bepaald; om de ernst van de dementie meer kwantitatief te bepalen, werd eveneens de van de Clinical Dementia Rating afgeleide 'Sum of Boxes' bepaald.²⁵⁻²⁷ Deze score loopt van 0 tot 18, respectievelijk 'geen cognitieve beperking' en 'meest ernstige cognitieve beperkingen'.

• *Fase 3: specialistisch onderzoek.* Alle patiënten met een dementiesyndroom werden (veelal via hun verzorgers) door de huisarts uitgenodigd voor een neurologisch consult en poliklinisch onderzoek, bestaande uit ECG, X-thorax, EEG en CT-scan.

Behandeling en follow-up

Voor aanvang van het onderzoek is in overleg met de huisartsen gekozen voor een actief behandelbeleid. Afsproken werd dat in fase 2 en/of fase 3 gediagnosticeerde pathologie die niet tevoren be-

kend was en waarbij – op grond van literatuurgegevens^{3,8,9,20-23} – mogelijk sprake was van een relatie met (de ernst van) het dementiesyndroom, systematisch en lege artis zou worden behandeld.

Alle dementiepatiënten werden één jaar (T1), anderhalf jaar (T2) en twee jaar (T3) na de initiële diagnostiek (T0) uitgenodigd voor follow-up onderzoek, waarbij de diagnostiek van fase 2 werd herhaald. Het lichamelijk en/of laboratoriumonderzoek werd echter alleen herhaald indien hierbij in fase 2 relevante afwijkingen waren gevonden. Wanneer een volledige afname van het cognitieve instrument binnen de CAMDEX niet mogelijk was, werd altijd een MMSE afgenomen.

Statistische analyses

Verschillen tussen groepen werden – afhankelijk van het meetniveau, de verdeling van de variabelen en het aantal waarnemingen – geanalyseerd met behulp van de T-test, de non-parametrische Mann-Whitney U-test of Fisher's Exact-test.²⁸ Een p-waarde <0,05 werd beschouwd als statistisch significant.

Resultaten

Algemeen

Bij 64 personen, 24 mannen en 40 vrouwen, werd een dementiesyndroom vastgesteld. De gemiddelde leeftijd was 81,3 jaar. Van de 15 personen die uitvielen tussen de diagnostische fase en de eerste follow-up, waren er 14 overleden; één persoon weigerde deelname. Tussen de eerste en de tweede follow-up overleden twee personen; één weigerde deelname en één was te ziek. Aan de laatste follow-up namen alle 45 nog in leven zijnde dementiepatiënten deel (tabel 2).

Bij twee van de 64 dementiepatiënten kon zowel het lichamelijk als het laboratoriumonderzoek niet worden uitgevoerd, bij 47 personen werd zowel het lichamelijk als het laboratoriumonderzoek volledig uitgevoerd. Bij 30 van de 62 geheel of gedeeltelijk onderzochte personen werden bij één of meer van de onderzoeksprocedures afwijkingen gevonden die relevant

geacht werden voor het verdere diagnostisch of therapeutisch beleid. Het laboratoriumonderzoek leverde de meeste afwijkingen op. De uitvoerbaarheid van de verschillende diagnostische procedures en de mate waarin bij deze onderzoeken afwijkingen werden geconstateerd, zijn weergegeven in tabel 4.

Lichamelijk onderzoek

Bij 54 van de 64 patiënten kon het lichamelijk onderzoek volledig worden uitgevoerd; bij 11 personen was onderzoek slechts in beperkte mate mogelijk als gevolg van onvoldoende coöperatie. Bij acht van de onderzochte 54 personen leverde het lichamelijk onderzoek bijzonderheden op die bij de huisarts nog niet bekend waren en die relevant werden geacht voor het verdere diagnostisch of therapeutisch beleid: zesmaal werd naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek nadere diagnostiek uitgevoerd, overigens zonder gevolgen voor het verdere beleid. Bij twee personen werden tijdens het lichamelijk onderzoek symptomen van decompensatio cordis geconstateerd; bij de ene patiënt werd begonnen met diuretica, bij de ander werd geen actie ondernomen.

Laboratoriumonderzoek

Bloedonderzoek lukte volledig bij 55 van de 64 personen en grotendeels bij 61 van de 64 personen. Bij vier patiënten werd in het geheel geen laboratoriumonderzoek uitgevoerd: twee patiënten weigerden dit onderdeel van de diagnostiek, eenmaal kon door technische problemen geen bloedonderzoek worden uitgevoerd en eenmaal weigerde de familie dit onderzoek te laten uitvoeren.

Afwijkingen van de referentiewaarden kwamen veelvuldig voor: 38 maal – bij in totaal 26 van de 61 personen – was er sprake van afwijkingen die relevant geacht werden voor het verdere diagnostisch of therapeutisch beleid. Tweemaal was nadere diagnostiek geïndiceerd in verband met afwijkende lues-antistoffiters; één patiënt weigerde verder onderzoek, bij de andere leverde nader onderzoek geen afwijkingen op. Bij beide patiënten waren bovendien therapeutisch relevante afwij-

Tabel 4 Diagnostische procedures bij 64 dementiepatiënten: uitvoerbaarheid, bevindingen en relevantie van gevonden afwijkingen voor het verdere diagnostisch of therapeutisch beleid.

Onderzoek	Volledig uitgevoerd	Aantal patiënten met afwijkingen*	Aantal patiënten met beleidsrelevante afwijkingen*
Lichamelijk onderzoek	54	10	8
<i>Laboratoriumonderzoek</i>			
- hematologie	57	37	2†
- elektrolyten	55	22	3
- nierfunctie	61	34	0
- leverfunctie	58	16	0
- glucose	57	2	1†
- vitamine B1	57	3	3
- vitamine B6	57	4	4
- vitamine B12	61	6	6
- foliumzuur	61	15	15
- schildklierfunctie	61	2	2†‡
- luesreacties	57	2	2
<i>Specialistisch onderzoek</i>			
- neurologisch consult	37	-	-
- X-thorax	26	3	1
- ECG	28	5	1
- CT-scan	35	2	-
- EEG	37	-	-

* Niet bekende, nieuw opgespoorde afwijkingen.

† Relevante laboratoriumafwijkingen die ook bij toepassing van de NHG-standaard gevonden zouden zijn.

‡ Schildklierfunctie bij een tweede bepaling normaal.

Tabel 5 Bij diagnostiek gevonden afwijkingen waarvoor een behandeling was geïndiceerd, aantal patiënten bij wie de behandeling wel of niet is uitgevoerd, aard van de behandeling en beschikbaarheid van patiënten bij follow up onderzoek.

Afwijking	Behandeling uitgevoerd		Aard behandeling	Beschikbaar voor follow up		
	ja	nee		T1	T2	T3
Decompensatio cordis*	2	1	diuretica	3	2	2
Hb↓	0	1	-	-	-	-
Foliumzuur↓	4	8	suppletie	9	9	8
Vitamine B1↓	0	1	-	-	-	-
Vitamine B6↓	0	2	-	2	2	2
Vitamine B12↓	0	3	-	1	1	1
Na en Chl↓, foliumzuur↓	1	0	klinisch†	1	1	-
Na en Chl↓, vit B1, foliumzuur↓	1	0	klinisch†	-	1	1
Na↓, vit B12↓	1	0	suppletie§	-	-	-
Foliumzuur↓, vit B6↓, vit B12↓	1	0	suppletie	1	1	1
Hb↓, vit B1↓, vit B6↓, vit B12↓	1	0	suppletie	1	1	1
fT4↓, TSH↑	0	1	-	-	-	-
Glucose↑	1	0	dieet	1	1	1
Totaal	12	17		19	19	17

* Tweemaal geconstateerd bij lichamelijk onderzoek, eenmaal bij aanvullend onderzoek.

† Elektrolytstoornis tijdens klinische opname genormaliseerd, geen vitaminesuppletie.

§ Alleen vitaminesuppletie.

kingen gevonden. Bij de overige 24 personen waren de aangetroffen afwijkingen alleen van belang voor het therapeutisch beleid. Het ging hierbij om verlaagde vitaminespiegels, hematologische afwijkingen, elektrolytenafwijkingen, schildklierafwijkingen en een verhoogd glucosegehalte. Afwijkende schildklierfuncties bij één patiënte werden bij een herhaalde bepaling door de huisarts niet meer geconstateerd; een jaar later werden bij deze patiënte echter opnieuw afwijkende schildklierfuncties gevonden.

Indien voor de laboratoriumbepalingen de richtlijnen van de NHG-standaard waren gevolgd, zou vijfmaal (bij vier personen) een mogelijk relevante afwijking zijn gevonden. Het ging hierbij om afwijkingen van de schildklierfunctie, verhoogde glucose en een microcytaire anemie (tabel 4).

Bij kwalitatief urine-onderzoek werden bij 11 personen afwijkingen gevonden. In verband met verschillen in opvangmethode en bewaartijd en -temperatuur worden deze gegevens echter niet betrouwbaar geacht.

Specialistisch onderzoek

Specialistisch onderzoek vond – afhankelijk van het type onderzoek – plaats bij 26 tot 37 van de 64 dementiepatiënten. Hierbij werd specifiek neurologisch aanvullend onderzoek (CT-scan, EEG) het meest verricht (tabel 4).

Patiënten bij wie één of meer specialistische onderzoeken werden verricht, waren gemiddeld jonger dan niet-onderzochte patiënten (79,3 jaar versus 84,0 jaar; $p < 0,01$). Bovendien waren er verschillen in de gemiddelde CDR-Sum of Boxes (6,7 versus 9,0; $p = 0,01$) en de gemiddelde MMSE-score (17,2 versus 11,9; $p < 0,01$), wijzend op minder ernstige vormen van dementie onder de poliklinisch onderzochte personen.

De resultaten van specialistisch onderzoek waren tweemaal relevant voor het therapeutisch of diagnostisch beleid: op één X-thorax waren afwijkingen zichtbaar wijzend op decompensatio cordis, overigens zonder dat het lichamelijk onderzoek hiervoor aanwijzingen had gegeven; in dit

geval werd begonnen met diuretica. Eén ECG was zodanig afwijkend dat de cardioloog een nader consult gewenst achtte; dit vond om onduidelijke redenen echter niet plaats. De CT-scan bracht bij geen van de dementiepatiënten relevante afwijkingen aan het licht.

Behandeling

De verschillende diagnostische procedures leverden bij 29 personen afwijkingen op waarbij mogelijk sprake was van een relatie met (de ernst van) het dementiesyndroom (tabel 5). Er werden geen duidelijke redenen voor het al dan niet behandelen gerapporteerd; de (verwachte) compliantie van het patiëntensysteem speelde in enkele gevallen zeker een rol. Behandelde patiënten waren gemiddeld iets jonger dan niet-behandelde (80,0 versus 82,1 jaar); het verschil was echter niet statistisch significant. Tevens verschilden behandelde en niet-behandelde patiënten wat betreft de gemiddelde MMSE-score en de gemiddelde CDR-Sum of Boxes (respectievelijk 17,4 versus 13,5 en 5,7 versus 7,9). Deze verschillen wijzen erop dat de behandelde patiënten ten tijde van het diagnostisch onderzoek cognitief beter functioneerden dan de niet-behandelde patiënten; de verschillen waren echter niet significant.

Follow-up

De op basis van het diagnostisch onderzoek behandelde en niet-behandelde dementiepatiënten bij wie alle follow-up metingen waren uitgevoerd, werden vergeleken met betrekking tot het verschil in MMSE-score tussen de initiële meting en de metingen bij follow-up (tabel 6). Onder de behandelde was de gemiddelde daling in MMSE-score kleiner dan bij de niet-behandelde. De tendens in de richting van een geringere achteruitgang van de testresultaten onder de behandelde bleef bestaan na correctie voor de initiële score met behulp van variantie-analyse. Overeenkomstige resultaten werden gevonden bij vergelijking van CDR-Sumscores. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor confounding door comorbiditeit of de aard van de dementie.

De gemiddelde daling in MMSE-score gaf dus aanwijzingen voor een verminderde progressie onder de behandelde. Opvallende wijzigingen in het klinisch beeld deden zich echter slechts tweemaal voor. Het betrof een niet-behandelde en een behandelde patiënt uit de groep patiënten van wie follow-up gegevens beschikbaar waren. Eén patiënte bij wie geen behandelindicatie was geconstateerd, voldeed ten tijde van de eerste follow-up niet aan de criteria voor een dementiesyndroom; bij de overige follow-up metingen was dat wél het geval. Eén patiënt met afwijkende elektrolytenspiegels (verlaagd Na en Cl) werd in verband met een delirant beeld drie maanden na de diagnostische fase opgenomen in het ziekenhuis. Er was toen nog steeds sprake van een hyponatriëmie (Na 127 mmol/l). Daarnaast was mogelijk sprake van een fenytoïne-intoxicatie. Bij de eerste follow-up, negen maanden na normalisering van de biochemische afwijkingen, was het klinisch beeld onveranderd. Bij de tweede follow-up was er geen sprake meer van een dementiesyndroom. Kort nadien, en voor de laatste follow-up, overleed deze patiënt aan een myocardinfarct.

Beschouwing

Diagnostiek bij dementiepatiënten in de thuissituatie, gericht op het opsporen van eventueel behandelbare (co)morbiditeit, bleek in dit onderzoek in het algemeen goed uitvoerbaar. Specialistisch onderzoek in verband met dementie vond plaats

bij ruim de helft van de patiënten. Hierbij was sprake van een selectie naar leeftijd en ernst van het cognitief functioneren. Mogelijk heeft dit te maken met de verwachting dat de opbrengst van specialistisch onderzoek juist bij ouderen met ernstiger cognitief disfunctioneren beperkt zal zijn, terwijl de belasting relatief hoog is.

Het lichamelijk onderzoek leverde in een beperkt aantal gevallen bijzonderheden op die niet reeds bij de huisarts bekend waren en consequenties hadden voor het verdere beleid. Bloedonderzoek leverde veel afwijkende bevindingen op die tevoren niet bekend waren en die bij een aanzienlijk deel van de onderzochte patiënten relevant werden geacht voor het verdere beleid. Het ging hierbij vooral om vitaminespiegels. Bovendien was er vaak sprake van combinaties van afwijkingen.

Zoals bij vele diagnostische procedures bestaat geen zekerheid over de relevantie van bevindingen buiten de referentiewaarden. Dit geldt zeker voor ouderen: ook bij gezonde ouderen is de spreiding van de waarden over het algemeen groter dan bij jongeren, terwijl het bepalen van de juiste referentiewaarden bij ouderen nog problematischer wordt door de vaak aanwezige (multi)pathologie.^{18,29} Hierdoor is het mogelijk dat de beslissing dat een afwijking al dan niet relevant was, niet altijd de juiste is geweest.

Bij gebruik van de NHG-standaard zou een belangrijk deel van de afwijkende laboratoriumbepalingen niet zijn gevonden, tenzij veelvuldig 'op indicatie' meer aanvullend onderzoek zou zijn verricht. In dit

Tabel 6 Gemiddeld verschil in MMSE-score tussen initiële meting (T0) en drie follow-up metingen voor deelnemers aan alle vier de metingen, naar behandelstatus.

Variabele/meting	Niet behandeld n=9		Behandeld n=7		P Mann-Whitney U-test
	gem.	sd	gem.	sd	
MMSE op T0	13,9	6,33	17,7	3,81	0,21
MMSE-verschil:					
T0-T1	1,67	0,71	1,43	0,79	0,54
T0-T2	2,00	-	0,71	0,95	0,02
T0-T3	1,78	0,67	0,86	0,90	0,05

project is het aanvullend onderzoek standaard uitgevoerd, zonder tussentijdse beslissingen, zodat niet vastgesteld kan worden in hoeverre bij gebruik van de NHG-standaard 'op indicatie' verricht aanvullend onderzoek dezelfde bevindingen zou opleveren als de CBO-consensus.^{5,6} Specialistisch onderzoek leverde bij slechts twee personen beleidsrelevante informatie op.

Medicamenteuze behandeling van gevonden afwijkingen vond plaats bij een deel van de patiënten met deze afwijkingen; het betrof met name patiënten met minder ernstige cognitieve stoornissen.

Er werden aanwijzingen gevonden voor een verminderde progressie van de cognitieve achteruitgang onder de behandelde door vergelijking van MMSE-scores op verschillende meetmomenten. De relevantie van dergelijke verschillen in test-scores voor het algemeen functioneren is beperkt, maar ook minimale positieve effecten kunnen reden zijn de behandeling van comorbiditeit te overwegen.³⁰ Men dient zich bij dit alles wel te realiseren dat het hier om een observationele studie gaat, en dat andere verklaringen dan de behandeling als oorzaak van de verminderde achteruitgang niet kunnen worden uitgesloten.

Over de precieze aard van de gevonden comorbiditeit kan dit onderzoek geen uitsluitend geven. De aanwezigheid van een vorm van interfererende comorbiditeit die de cognitieve achteruitgang bij een onderliggend dementiesyndroom versterkt, kan een verklaring vormen voor de kleine verschillen in cognitieve achteruitgang tussen de behandelde en de niet-behandelde dementiepatiënten. Het is echter niet uitgesloten dat ook andere factoren hierbij een rol hebben gespeeld, zoals psychosociale maatregelen als dagopvang of verandering van de woonsituatie. Desondanks verdient een actief beleid ten aanzien van gevonden afwijkingen serieuze overweging. Aangezien behandeling van het dementiesyndroom slechts zeer sporadisch mogelijk zal zijn, dient behandeling vooral te zijn gericht op het verminderen van comorbiditeit die het functioneren negatief kan beïnvloeden.³¹⁻³⁴

De vraag in hoeverre via aanvullend onderzoek opgespoorde potentieel behandelbare aandoeningen niet ook zouden zijn gevonden via lichamelijk onderzoek, (hetero)anamnese en beperkt laboratoriumonderzoek (conform de NHG-standaard), kan met dit onderzoek niet worden beantwoord. Het is echter waarschijnlijk dat een deel van de biochemische afwijkingen gemist zou zijn, mede daar de typerende symptomatologie juist bij ouderen vaak ontbreekt. Voorbeelden zijn hyperthyroïdie met een afwijkende presentatie bij ouderen en tekorten aan vitamine B12 en foliumzuur bij normale hematologische parameters.^{35,36} Gezien de bevindingen van dit onderzoek, valt te overwegen bij toepassing van de NHG-standaard ook vitaminespiegels, elektrolyten en eventueel lues-reacties te bepalen. De resultaten van dit onderzoek geven geen aanleiding tot het routinematig uitvoeren van specialistisch onderzoek, zoals aanbevolen in de CBO-consensus.

Op basis van de gepresenteerde empirische gegevens concluderen wij dat de NHG-standaard in het algemeen voldoet voor de diagnostiek van dementie, maar te beperkt lijkt ten aanzien van het laboratoriumonderzoek, en dat de CBO-consensus onnodig uitgebreid is door het aanbevelen van routinematig poliklinisch onderzoek. Nader onderzoek naar het belang van uitgebreider laboratoriumonderzoek is wenselijk.

De diagnostiek kan in principe thuis worden uitgevoerd, zodat de belasting voor de patiënt beperkt is. Een bijkomend voordeel is dat dan – zoals ook in de NHG-standaard wordt vermeld – tevens belangrijke aanvullende informatie wordt verkregen, zoals eventuele verwaarlozing van de directe omgeving, de verzorgings-situatie en het sociaal functioneren.⁶

Dankbetuiging

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidies van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht, de Christelijke Vereniging tot Verpleging van Langdurig

Zieken 'Het Zonnehuis' te Utrecht, de Protestantse Christelijke Stichting tot Verpleging van Langdurig Zieken te Zwolle en de Stichting Gezondheidszorgonderzoek IJsselmond te Zwolle.

Literatuur

- 1 Consensus Conference. Differential diagnosis of dementing diseases. *JAMA* 1987; 258: 3411-16.
- 2 Clarfield AM, Bass MJ, Cohen C, et al. Assessing dementia. The Canadian Consensus [Editorial]. *Can Med Assoc J* 1991; 144: 851-3.
- 3 Biedert S, Schreiter U, Alm B. Behandelbare dementielle Syndrome. *Nervenarzt* 1987; 58: 137-49.
- 4 Clarfield AM, Foley JM. The American and Canadian Consensus Conferences on dementia. Is there consensus? *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 883-6.
- 5 Schulte BPM. Consensus Diagnostiek bij het dementiesyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 981-5.
- 6 De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, et al. NHG-Standaard Dementiesyndroom. *Huisarts Wet* 1991; 34: 598-607.
- 7 Wind AW. Diagnosing dementia in general practice [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1994.
- 8 Barry PP, Moskowitz MA. The diagnosis of reversible dementia in the elderly. A critical review. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1914-8.
- 9 Clarfield AM. The reversible dementias: do they reverse? *Ann Intern Med* 1988; 109: 476-86.
- 10 Rabins PV. Does reversible dementia exist and is it reversible. *Arch Intern Med* 1988; 48: 1905.
- 11 Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Intern Med* 1991; 115: 122-32.
- 12 Eefsting JA, Boersma F, Van den Brink W, Van Tilburg W. Differences in prevalence of dementia based on community survey and general practitioner recognition. *Psychol Med* 1996; 26: 1223-30.
- 13 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
- 14 Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:

- 922-35.
- 15 Boersma F, Eefsting JA. Dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie: prevalentie, diagnostiek, zorg en beloop [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996. p. 65-82.
 - 16 Roth M, Huppert FA, Tym E, Mountjoy CQ. CAMDEX. The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
 - 17 Derix MMA, Hofstede AB, Teunisse S, et al. CAMDEX-N. De Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly met geautomatiseerde dataverwerking. Tijdschr Gerontol Geriatr 1991; 22: 143-50.
 - 18 Lagaay AM. The Leiden 85-plus study. A population-based comprehensive investigation of the oldest Old [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991.
 - 19 Pekelharing JM, Frölich M, Miedema K, et al., red. Handboek klinisch-chemische tests. Utrecht: Bunge, 1995.
 - 20 Martin DC. B₁₂ and folate deficiency dementia. Clin Geriatr Med 1988; 4: 841-2.
 - 21 Osterweil D, Syndulko K, Cohen SN, et al. Cognitive function in non-demented older adults with hypothyroidism. J Am Geriatr Soc 1992; 40: 325-35.
 - 22 Haggerty JJ, Golden RN, Garbutt JC, et al. Subclinical hypothyroidism. A review of neuropsychiatric aspects. Int J Psychiatry Med 1990; 20: 193-208.
 - 23 Larson EB, Lo B, Williams ME. Evaluation and care of elderly patients with dementia. J Gen Intern Med 1986; 1: 116-26.
 - 24 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., revised version. Washington DC: APA, 1987.
 - 25 Berg L. Clinical dementia rating. Brit J Psychiatry 1984; 145: 339.
 - 26 Berg L, Miller JP, Storandt M, et al. Mild senile dementia of the Alzheimer type: 2. Longitudinal assessment. Ann Neurol 1988; 23: 477-84.
 - 27 Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR). Current version and scoring rules. Neurology 1993; 43: 289-92.
 - 28 Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall, 1991.
 - 29 Tollefsbol TO, Cohen HJ. Role of protein molecular and metabolic aberrations in aging, in the physiologic decline of the aged, and in age-associated diseases. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 282-94.
 - 30 Teunisse S, Derix MMA, Van Crevel H. Het meten van de ernst van dementie: patiënt en verzorgers. Ned Tijdschr Geneeskd 1990; 134: 327-31.
 - 31 Larson EB, Reifler BV, Featherstone HJ, English DR. Dementia in elderly outpatients. A prospective study. Ann Intern Med 1984; 100: 417-23.
 - 32 Reifler BV, Larson EB. Excess disability in demented elderly outpatients. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 82-3.
 - 33 Maletta GJ. The concept of 'reversible' dementia. How nonreliable terminology may impair effective treatment. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 136-40.
 - 34 Byrne EJ, Smith CW, Arie T, Lilley J. Diagnosis of dementia. 3. Use of investigations. A survey of current consultant practice, review of the literature and implications for audit. Int J Geriatr Psychiat 1992; 7: 647-57.
 - 35 Hanger HC, Sainsbury R, Gilchrist NL, et al. A community study of vitamin B₁₂ and folate levels in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 1155-9.
 - 36 Trivalle C, Doucet J, Chassagne P, et al. Differences in the signs and symptoms of hyperthyroidism in older and younger patients. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 50-3. ■