Standardy postępowania w chorobach otępiennych

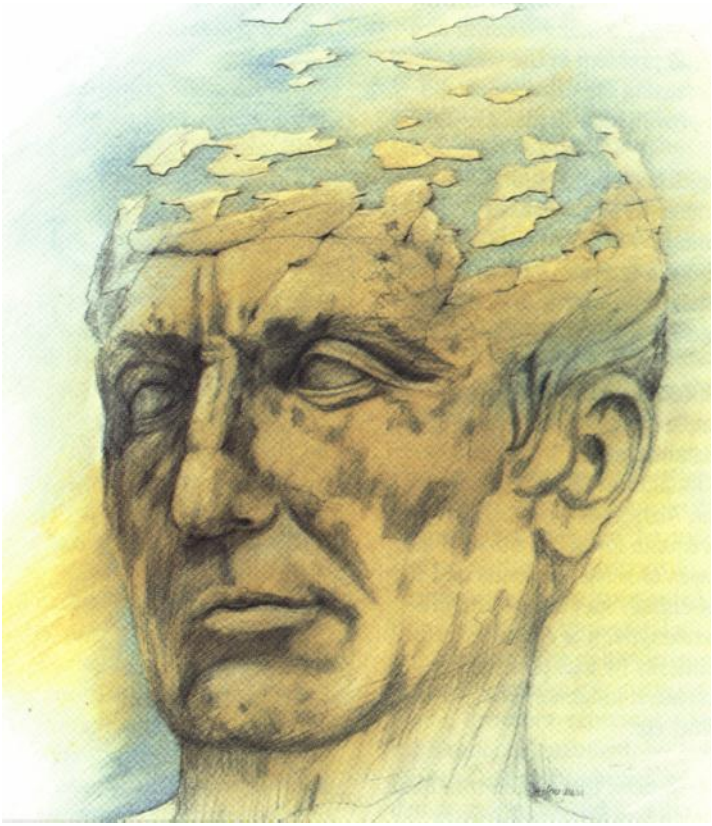
Maria Barcikowska

Rozwój wiedzy od 1984…

1. Przestało obowiązywać rozpoznanie AD „przez wykluczenie”- fenotyp został ostatecznie zdefiniowany
2. Rozwój metod neuroobrazowania: MRI z oceną wolumetryczną,biomarkery, badania genetyczne
3. Zdefiniowano pojęcie Łagodnych zaburzeń poznawczych, jako przedklinicznego okresu choroby Alzheimera

Różnicowanie:

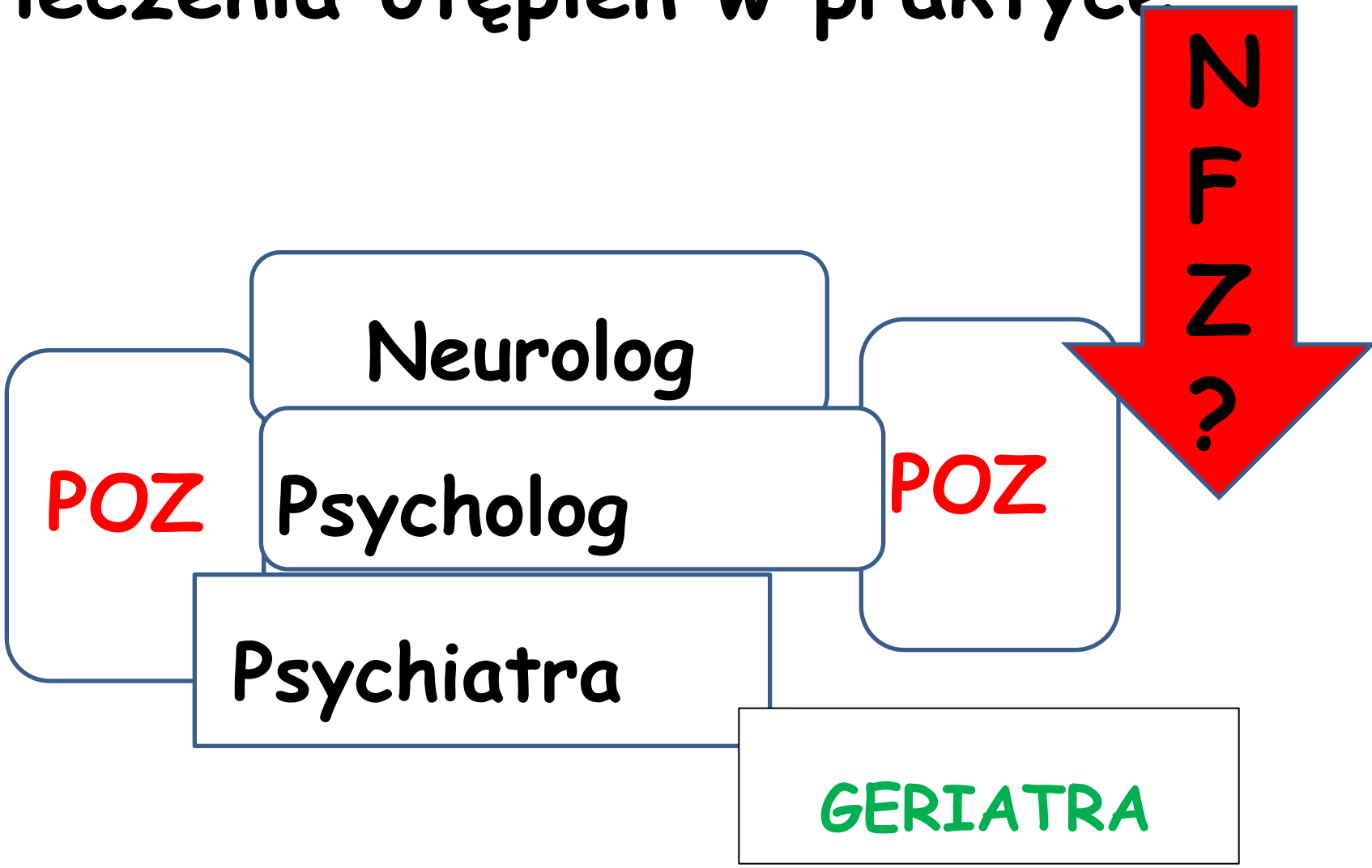
1. Choroba Alzheimera
2. Otępienie „odnaczyniowe”
3. Mieszane
4. Inne



- EFNS guidelines for the diagnosis and management Alzheimer's disease, Hort i wsp. Eur J Neurol 2010

- IGERO, 2012,Polskie Towarzystwo alzheimerowskie

Idealny schemat różnicowania i leczenia otępień w praktyce



Lekarz Rodzinny- POZ

Zalecenia:

1. Dokładny wywiad od opiekuna i samego chorego
2. Wykonanie testu przesiewowego
3. Wykluczenie innych przyczyn otępienia: ocena funkcjonowania: tarczycy, wątroby, nerek, stany zapalne, układ krążenia, lipidogram
4. Skierowanie do specjalisty : neurolog, psychiatra
5. Jeżeli termin przyjęcia do specjalisty dłuższy niż 30 dni wykonanie CT

Rzeczywistość

1. Brak czasu
2. Brak wiedzy i brak czasu
3. Niechęć do wykonywania kosztownych badan dodatkowych
4. Wydawane, tylko w wypadku nie zlekceważenia objawów- lub powstania podejrzenia bez skarg- brak działań edukacyjnych w tym zakresie
5. Lekarz POZ nie ma prawa skierowania na CT w żadnym przypadku

Lekarz Neurolog „w rejonie"

Zalecenia:

1. **Wykonie przesiewowych specjalistycznych: MMSE**
2. **Wykonie badania neuroobrazowego**
3. **Skierowanie na badanie neuropsychologiczne**
4. **Wykonie specjalistycznych badań : poziom B12, Przeciwciała przeciw tarczycowe**
5. **Decyzja o wykonaniu punkcji lędźwiowej: WR, Neuroborelioza markery biochemiczne AD, białko 14-3-3, w ośrodkach wyspecjalizowanych**
6. **Skierowanie do psychiatry- w razie zaburzeń zachowania**
7. **Rozmowa edukacyjna z opiekunem**

Rzeczywistość

1. Brak czasu i często umiejętności
2. Brak wiedzy u tak zwanego przeciętnego radiologa –ocena zaniku mózgu
3. Brak neuropsychologów
4. Stosunkowo wysoki koszt badań
5. Brak wiedzy
6. Częste
7. Brak czasu

Ośrodek referencyjny: opieka ambulatoryjna wielospecjalistyczna

Rozpoznawanie otępienia i jego przyczyn:

1. Przeprowdzenie celowanego wywiadu z chorym i obowiązkowo z jego opiekunem, badanie neurologiczne, skierowanie na badanie neuroobrazowe, genetyczne, decyzja o wykonaniu punkcji lędźwiowej

2. Ocenia neuropsychologiczna; różnicowanie zmian czynnościowych, rozpoznanie: Łagodnych zaburzeń poznawczych, otępienia w przypadkach nietypowych, rozpoznanie rodzaju otępienia praca z opiekunem

3. Ocena psychiatryczna; rozpoznanie i leczenie depresji, leczenie zaburzeń zachowania, leczenie psychoz, praca z opiekunem

Ośrodek referencyjny: opieka ambulatoryjna wielospecjalistyczna wymagania:

1. Neurolog
2. Psycholog kliniczny/neuropsycholog
3. Psychiatra
4. Możliwość wykonania badań neuroobrazowych i specjalistycznych laboratoryjnych

Ośrodek referencyjny: opieka ambulatoryjna wielospecjalistyczna

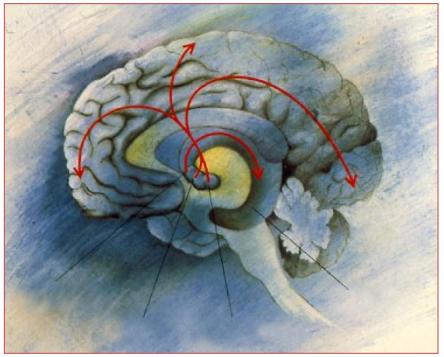
Leczenie otępienia :

1. Podanie leków objawowych i monitorowanie ich działania
2. Leczenie (nagłe) zaburzeń zachowania i psychotycznych
3. Praca z opiekunem- psychoedukacja

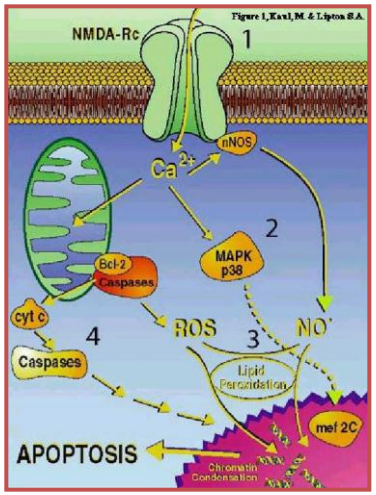
Ośrodek referencyjny: skrócona hospitalizacja w oddziale neurologicznym

Konieczność wykonania punkcji lędźwiowej w celu oznaczenia wskaźników wysokospecjalistycznych : ocena biomarkerów, WR, HIV, i białka 14-3-3, TBC

Leczenie objawowe



Leki zarejestrowane ze wskazaniem do leczenia fazy łagodnej i średnio zaawansowanej (1997) INHIBITORY ESTERAZY ACETYLOCHOLINOWEJ



Leki zarejestrowane ze wskazaniem do

leczenia fazy średnio zaawansowanej i zaawansowanej (2003), umiarkowanie średnio zaawansowanej (2005)ANTAGONISTA RECEPTORA NMDA

Konieczność synchronizacji działań: medycznych i opiekuńczych - w ścisłej współpracy i według planu