

Memóriabetegségek

A közlemény az általános orvosi gyakorlatban legfontosabb emlékeztetéstávval, mint vezető tünettel rendelkező tünetcsoportokat foglalja össze. Az ún. korfüggő feledékenység élettani változás. Az organikus amnesztikus szindróma oka jól ismert betegség, az emlékeztetéstáv izolált, az intellektus egésze nem károsodik. Az enyhe kognitív zavar az esetek jelentős részében demenciába torkollik, utóbbi esetében a kognitív zavar fontos, de nem egyetlen eleme az emlékeztetéstáv. A szerző röviden vázolja a szindrómák diagnosztikai algoritmusát és kezelési kereteit.

DR. TARISKA PÉTER

**Állami Egészségügyi Központ
Pszichiátriai osztály, Budapest**

Az emlékeztetéstáv az elmeműködések egyik legfontosabbika. Lehetővé teszi a tanulást úgy a lexikális ismeretek, mint a megfelelő szociális viselkedésminták elsajátítása terén is; élet- eseményeink, környezetünk folyamatossága érzelmi megélése biztosítja önazonosságunkat. Stresszdús napjainkban nagyon sokan elégedetlenek emlékeztetéstávjukkal. Fontos, hogy a járóbeteg-ellátásban dolgozó kollégák tisztában legyen azokkal a keretekkel, amelyekben memóriazavar, mint fő panasz vagy tünet jelentkezik. Az alábbi rövid áttekintésben csak az általános orvosi gyakorlatban sűrűn előforduló szindrómákkal foglalkozunk, több speciális jelenségre (körülírt emlékeztetéstáv – pszichogén amnézia, többszörös személyiség, tranzitorikus globális amnézia) most nem térhetünk ki.

KORFÜGGŐ FELEDÉKENYSÉG AFFEKTÍV TÁRSTÜNETEKSEL

Fogalom: Az ún. korfüggő feledékenység élettani változás következtében kialakuló, elsősorban szubjektív panaszokkal jellemzett tünet (csoport), amelyet hétköznapi feledékenység jellemez. Sokféle terminus technikus van, és ezek nincsenek egymással teljes összhangban. Ma ez a legelterjedtebb, bár az elnevezés nem szerencsés, mert a „korfüggő” jelző azt sugallja, hogy aki bizonyos kort megélt, feltétlenül kialakul nála a mindennapi feledékenység, noha ez nincs így.

Előfordulási gyakoriság: Nem ismert, főleg a terminológia bizonytalansága miatt. Okkal feltehető, hogy a 60 év felettiak többségénél jelentkezik.

Panaszok: A gyakorlatban két fő pácienscsoport szokott orvosnál jelentkezni.

(1) Az egyik 50 éves kor körüli. Jellemző panaszai: ismerős (például színészek)

nevei arcról csak hosszú idő elteltével jutnak eszükbe; eltett apróbb holmik (pl. szemüveg, kulcs) helyére nem emlékeznek, ha újat akarnak tanulni, sokkalta lassabban megy, mint korábban. Környezetük mindebből – ha csak az érintett maga nem hangsúlyozza gondját – semmit sem vesz észre, munkaképességük nem változik, ön- és családellátó működésük zavartalan. Orvoshoz, pszichológushoz csak az a töredékük fordul, akiknél kritikus élethelyzetben kialakult stresszhelyzet okozta szorongásos-depresszív tünetek jelentkeznek (házasság válsága, munkahely elvesztése vélt vagy valós érzése stb.), kisebb csoportjuknál tartósan fennálló pszichés zavaruk (régbebi megjelöléssel „neurózis”) prominens tünete, igen perzisztens, kínzó panaszuk. A major depressziós páciensek egy részénél is a hangulatzavar mélyülésével, az emlékeztetéstáv hanyatlásával kapcsolatos hangulatvezérelt túlértékelés léphet fel (depresszív pszeudodemencia), ha erre a lehetőségre mindig gondolunk, részletes anamnézis és pszichiátriai vizsgálat hamar feltárja a valós hátteret.

(2) A másik csoport olyan 60 éves kor felettiemből áll, akik vagy nagyon igényesek saját maguk mentális teljesítményével kapcsolatban, olvastak-hallottak például az Alzheimer-kórrol, vagy környezetükben, családjukban demenciával járó betegség fordult elő. Emlékeztetéstávon kívül sokszor számolnak be szintéziskészségük, vagy egyéb magasabb idegrendszeri funkcióik nehézségéről: szavak olykor nehezen jutnak eszükbe, lassabban számolnak stb.

Etiopatogenezis: Az életkor előrehaladtával a pszichés működések is változnak. Ilyen a felidézés sebessége, a figyelemkoncentráció csekély csökkenése, megosztott figyelem képességének némi csökkenése. Bizonyos mértékű idegsejtszám-csökkenés a kor előrehaladtával kétségkívül van, mint ahogy neurotranszmitter-megkevesedés és egyéb kisebb



eltérések is, azonban az agy rezerv kapacitása bőségesen elég a kompenzációhoz.

Diagnosztika: Az első csoport pácienseinél a háttér feltárása (szorongás, depresszió, kifáradás stb.) alapvető. A kognitív teljesítmény pontos objektíválása klinikai szakpszichológus vizsgálata alapján lehetséges, de – ha erre sor kerül – fontos, hogy a diagnosztika a nem-kognitív területre (projektív tesztek) is kiterjedjen. Kulcsmozzanat, hogy ennél a szindrómánál valamelyes – csekély mértékű – csökkenést a minuciózus vizsgálat detektál (leggyakrabban a Benton-tesztet használják), a korátlaghoz képest 1 standard deviációnyi csökkenés detektálható. Az idősebb populációnál a demenciánál részletezett vizsgálatok célravezetőek, egyidejű belgyógyászati vizsgálat (obezitás, magas vérnyomás feltárása stb.) és részletes laboratóriumi vizsgálatok (vércukor, zsírsavak, nyaki nagyerek UH-vizsgálata) szükségesek a kockázati tényezők megismeréséhez, melyek nem az aktuális panasz, hanem a megelőzés szempontjából fontosak.

Kórlefolyás: Előfordul ugyan, hogy hirtelen veszi észre magán a jeleket az illető, általában észrevétlenül alakul ki. Nem progresszív jellegű, mivel betegség nem áll a háttérben.

Terápia: A változás élettani jellegének elmagyarázása, a páciens megnyugtató, életmódi tényezők (fizikai és mentális tréning) hangsúlyozása, a pszichés kórtünetek racionális kezelése, ha szükséges, pszichiáterhez irányítás, időszakos kontroll felajánlása fontos. Az emlékeztetési panaszok gyógyszeres kezelése nem szükséges, emlékeztetéstávok használatát érdemes ajánlani, valamint nagyon fontos az, hogy a páciens – a stigmatizáció elkerülésére – környezetével ezt a problémáját, ha lehet, ne ossza meg.

AZ AMNESZTIKUS SZINDRÓMA

Jól ismert, akut agyi károsodás (trauma, encephalitis, cerebrovaszkuláris katasztrófa stb.) után vagy idült ártalom következtében (pl. alkoholos vagy táplálkozáshiányos Wernicke–Korsakov-szindróma) a friss megjegyző emlékezet súlyos zavara, tanulásképtelenség vagy súlyos nehezítettség alakulhat ki. Sok formájában retrográd amnézia is van. Az emlékezetzavar izolált tünet, az intellektus egésze nem hanyatlík. A vizsgálati eszköztár megegyezik a demenciánál részletezettel. Főleg ha kiterjedtebb lokalizációjú ártalomra is van gyanú, a speciális, neuropszichológiai vizsgálat erre vonatkozóan is és a rehabilitációs lehetőségekre is értékes támpontokkal szolgálhat. Szakorvosi vizsgálatot követően komplex kezelés (nootropikumok adása, memóriatréning) szükséges.

AZ ENYHE KOGNITÍV ZAVAR

Fogalom: Memória-zavar vagy egyéb kognitív tünet jelentkezik újonnan, mértéke csekély, az érintett egyén szociális működését nem befolyásolja, intellektushanyatlás nincs. Ezzel a megjelöléssel először 1999-ben Petersen és munkatársai éltek, az Amerikai Neurológiai Akadémia 2001-es részletes elaborátuma óta ez az általánosan elfogadott (mild cognitive impairment – MCI).

Előfordulási gyakoriság: Előfordul fiatalabb korban is, igazán gyakorivá 60 éves kor felett lesz; a 60 év felettiiek 20–40%-ánál fordul elő.

Panaszok és tünetek: A klasszikus szindróma esetén csak emlékezeti panasz van, egyéb tünet nincs. A memóriazavar igen jellegzetes: a közelmúlt eseményeire vonatkozik, akár olyan mértékű is lehet, hogy a páciens 5 percenként újra és újra megkérdézi ugyanazt a dolgot. Egyéb tünet esetén lehetséges szótalálási nehézség, vagy a cselekvés előretervezése, komplex gondolkodás (ún. egzekutív működések) zavara, szintéziskészség enyhe csökkenése vagy személyiségváltozás.

Ok, etiopatogenezis: Többnyire fokozatosan, lappangva alakul ki, a szindróma heterogén, ez a körlefelnyásban is tükröződik.

Körlefelnyás: 10–15%-ban egy éven belül demencia alakul ki, ez jellegzetesen Alzheimer-kór, de természetesen egyéb ok is lehetséges, például a ritkább frontotemporális demencia. Utóbbi esetben az enyhe kognitív zavar szakában nem amnesztikus, hanem egyéb tünetek dominálnak. Sok kutatás irányult a felé, hogy körülírja azokat a pácienseket, akiknél a demencia-konverzióra nagy az esély. Bizonyos fajta neuropszichológiai (késleltetett felidézés, illetve szavakból álló lista tanulása) zavar), illetve neuroradiológiai eltérések (hippokampális atrofia, entorinális és/vagy

kétoldali temporoparietális perfuziós csökkenés), illetve egyéb szofisztikáltabb markerek vannak, ezeknek azonban biztos előrejelző értéke nincs. Ki kell emelni azt, hogy bár sok, de messze nem minden esetben progrediál demenciába a tünetcsoport!

Diagnosztika: Alapvonalai megegyeznek a demenciáéval, részletekre ott térünk ki.

Terápia: Emlékezetsegítő strukturált használata, az egyszerű, otthoni körülmények között alkalmazható tréning jó hatású – ha a páciens rá lát a problémájára és hajlandó energiát mozgósítani a zavar leküzdésére. Amit szívesen végez, hasznos, legyen az keresztretjévenyfejtés, verstanulás, olvasottak elmondása hozzátartozóknak. Érzelmeket és emlékeket mozgósít, ha családi kirándulások fényképeit, videofelvételeit közösen nézegetik, térképen a megtett utat „újjárják” stb. Gyógyszerek között az ún. nootrop hatású szerek (vinpocetin, piracetam, ginkgo biloba, nicergolin) jönnek számításba. Doody és munkatársai 4 éves vizsgálat során a donepezil találták hatékonynak enyhe kognitív zavarban szenvedőknél. Meg kell azonban jegyezni, hogy az eddig befejezett többéves vizsgálatok között még semmilyen vizsgált molekulára vonatkozóan nem igazolták, hogy a demencia-konverziót késleltetné, úgyhogy ezen a területen további intenzív kutatások szükségesek.

A DEMENCIA

Fogalom: A legalább kétféle tünetből álló kognitív hanyatlás olyan mértéke, amely a páciens mindennapi életvitelében jelentős zavart okoz (részleteket illetően a BNO-10-re utalunk).

Epidemiológia: A 65 éves kor felettiek kb. 10%-a demens; a demenciák 40–60%-ának Alzheimer-kór, 20–30%-ának cerebrovaszkuláris betegség, a többinek egyéb oka van, közülük a reverzibilis demenciák jelentősége kiemelkedő.

Kockázati tényezők: Legfontosabb az életkor, 60 éves korban kb. 1% az előfordulás, utána öt évente nagyjából megkétszereződik. Agyat érő inzulikusok (szélütés – kilencszerezre fokozza a kockázatot) mellett számos egyéb kockázatot okozó tényező is van, kiemelendők az ún. metabolikus szindróma összetevői. Kockázatcsökkentő viszont például a magasabb iskolai végzettség.

Panaszok/tünetek: Nagyon fontos tünet az emlékezet jelentős hanyatlása, következményes szociális zavarral (holmik elvesztése, házimunkáknál – például főzésnél – kudarc, megbeszélte találkozók elfelejtése stb.), de egyéb szimptomák is vannak. Ilyen lehet például a szótalálás súlyos nehézsége, szócserek vagy egyes fogalmak meg nem értése, írás megromlása, kézügyesség jelentős hanyatlása, mely

megnyilvánulhat például az öltözködésben elkövetett súlyos sorrendi hibákban, később a mindennapi önellátás is csak segítséggel lehetséges. A kezdeményező képesség, aktivitás csökkenése (apátia) a környezet számára sokszor igen kínzó jelenség, a kritikai készség csökkenése szociális tapintatlanság forrása lehet. Egyéb pszichés tünetek (szorongás, depresszió, hallucinációk, többnyire töredékes téveszmék, agitáció stb.) igen gyakoriak.

Diagnosztika: Az alapelveket, gyakorlatot és terápiás algoritmusokat a közelmúltban elhunyt kiváló pszichiáter, Degrell István professzor irányításával kidolgozott, ez év végéig hatályos ajánlás tartalmazza. A diagnosztika két fő pillére a betegvizsgálat (belgyógyászati, neurológiai, pszichiátriai), melyet rövid tesztek (Mini-Mental-teszt eredeti vagy módosított változata, órarajzolás, 7 perces szűrővizsgálat, Globális Deteriorizációs Skála felvétele stb.) egészítenek ki. A másik az eszközös átvizsgálás. A laboratóriumi vizsgálatok az esetleg rejtett belgyógyászati háttérre (anémia, hypothyreosis stb.) deríthetnek fényt, a strukturális (koponya-CT, -MRI) és funkcionális vizsgálatok (elérhető metódika az agyi SPECT) az agy aktuális állapotát mutatják meg. 2003 óta országsszerte alakultak ún. demencia-centrumok, listájuk az OEP honlapján megtekinthető,

a differenciáldiagnózisban, illetve ha szükséges a speciális Alzheimer-kór elleni gyógyszerek indikálásában segíthetnek.

Etiopatogenezis: Kórokonként különböző, azonban teljes részleteiben egyik demenciaoknál sem ismert. Többféle betegségben (Alzheimer-kór, Parkinson-dementia, diffúz Lewy-teszt betegség stb.) bizonyos fajta kóros fehérjék felszaporodása mutatható ki az agyban; vannak olyan lokalizációk, ahol, ha akár csak kis infarktus vagy vérzés alakul ki, súlyos emlékezeti és egyéb működéseken hanyatlás alakul ki (ún. stratégiai infarktusok). Hosszú évek óta folynak arra vonatkozó kutatások, hogy ezek képződését meggátolják, vagy ha már létrejöttek, jelenlétét megszüntessék, de a mai gyakorlatban csak ezek következményei, az ingerületanyag-átvitel csökkenése (Alzheimer-kór – acetilkolin; Parkinson-betegség – dopamin) hiánypótlása a járható út.

Terápia: Az elmúlt 15 évben az Alzheimer-kór ellen kifejlesztett molekulák (a betegség enyhe és közepesen súlyos szakában acetilkolinészteráz-gátlók – donepezil, rivastigmin, közepesen súlyos és súlyos szakában memantin) tünetjavító hatással is rendelkeznek a páciensek kb. 25–30%-ánál, ennél lényegesen nagyobb azok aránya, akiknél a kórlefolys lassul. Markáns non-kognitív tünetek esetén is hatékonyak lehetnek, ha mégsem, megfelelő antidepresszívumok, anxiolitikumok, antipszichotikumok adása szükséges, pszichiáter szakorvos irányításával. A háziorvos igen fontos teendője a mindennapi életvezetés segítése. Ebben a strukturált, de változatos napirendnek nagy jelentősége van, a páciens szociális szerepköre, feladatainak megőrzése (segítsünk, de ne végezzük el helyette a teendőt!), fizikai mozgás, mentális tréning egyaránt segítenek.

IRODALOMJEGYZÉK

1. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokolljai. www.eum.hu
2. Doody R. S., Ferris S. H., Salloway S. et al.: Donepezil treatment of patients with MCI. A 48-week randomized, placebo-controlled trial. *Neurology*. 2009 Jan 28. [Epub ahead of print]
3. Idősgondozás 2007. Geriátriai szolgáltatók kézikönyve magyarországi időotthonok, otthoni ápolók és hospice-ok adatbázisa. Geriáter Service Kiadó Kft. Budapest, 2007
4. Kijelölt egészségügyi intézmények listája. www.oep.hu
5. Pákáski M.: Kommentár. *Orvostovábbképző Szemle*. 2009; 1 22:60–61.
6. Petersen R. C., Stevens J. C., Ganguli M. et al.: Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56: 1 133–1 142.
7. Tariška P.: Gyakorlati vezérfonal a demenciák kezeléséhez. *Háziorvostovábbképző Szemle*. 2008; 1 3:32–35.

