HET DIAGNOSTISCH ONDERZOEK

De ziekte van Alzheimer begint vaak onopvallend, met vage klachten die geleidelijk toenemen. De persoon kan de kleine moeilijkheden door de eerste symptomen daardoor vaak nog opvangen.

Wanneer ongewoon gedrag vaker voorkomt en duidelijker wordt, zijn het meestal niet de betrokkenen zelf die zich zorgen maken, maar hun omgeving of huisarts. Kleine vergeetachtigheden worden aanvankelijk vaak gerelativeerd: 'Het is de leeftijd, de stress, de vermoeidheid…' De eerste tekenen lijken inderdaad vaak op wat we ervaren bij stress, vermoeidheid of het ouder worden. Er is dus geen reden om bij elk klein geheugenprobleem ongerust te worden. Vanaf een bepaalde leeftijd is het wel belangrijk alert te blijven en onverwachte, ongewone veranderingen op te merken. Als die vaker voorkomen, is het zinvol er met de huisarts over te praten en een geheugencentrum of specialist, zoals een neuroloog of geriater, te raadplegen.

De stappen van het diagnostisch onderzoek

Eerst moet de arts andere mogelijke oorzaken uitsluiten: aandoeningen die de waargenomen symptomen kunnen verklaren. Een verkeerde diagnose vermijden is belangrijk om een zo passend mogelijke behandeling te kunnen voorstellen, als die bestaat. Bovendien heeft het meedelen van zo'n diagnose emotionele gevolgen voor de persoon die ze krijgt. Daarom mag die niet ten onrechte worden gesteld. Tijdens het onderzoek zal men bij een vermoeden eerst spreken van 'mogelijke ziekte van Alzheimer' en 'waarschijnlijke ziekte van Alzheimer'.

Methoden om tot een vrijwel zekere diagnose te komen

Op dit moment zou onderzoek van hersenweefsel de enige manier zijn om een volledig zekere diagnose te stellen. Hersenweefsel afnemen is echter niet uitvoerbaar bij een levende persoon. Door verschillende onderzoeken te combineren en de bevindingen naast elkaar te leggen, kan men wel een diagnose stellen met een zekerheid van 80 tot 90%.

1. De raadpleging:

De eerste stap is een bezoek aan de huisarts. Die beoordeelt of een verwijzing naar een gespecialiseerde dienst nodig is, zoals een geheugenkliniek, neurologie, geriatrie of psychogeriatrie. De specialist neemt eerst een anamnese af: hij of zij spreekt met de betrokkene en diens omgeving en stelt een reeks vragen over de mogelijk zieke persoon. Het gaat bijvoorbeeld over de schoolopleiding, het gezinsleven, eetgewoonten, moeilijkheden in het dagelijks leven en de volgorde waarin die zijn ontstaan…

Geef zo gedetailleerd mogelijke antwoorden. Zo krijgt de arts een volledig beeld van de situatie en kan hij of zij beoordelen of verder onderzoek naar dementie nodig is.

2. Uitgebreider onderzoek:

De waargenomen moeilijkheden en beperkingen kunnen de eerste tekenen van dementie zijn, maar ook door andere gezondheidsproblemen worden veroorzaakt. Het is daarom belangrijk eerst na te gaan of de klachten geen andere oorzaak hebben, voordat het onderzoek naar dementie wordt voortgezet.

© All rights reserved

Klinische onderzoeken, zoals bloed- en urineonderzoek, helpen de arts om meer duidelijkheid te krijgen. Daarmee kan worden nagegaan of de klachten bijvoorbeeld samenhangen met een vitaminetekort, een hormonale ontregeling, een ernstige infectie, hersenproblemen, een depressie, een angststoornis of bijwerkingen van geneesmiddelen.

Het stellen van de diagnose ziekte van Alzheimer is een multidisciplinair proces. De patiënt ondergaat daarom een reeks onderzoeken om andere aandoeningen uit te sluiten en de diagnose te verfijnen.

De neuroloog gebruikt enkele schalen of screeningstests om de cognitieve functies snel te beoordelen. De bekendste is de MMSE (Mini Mental State Evaluation). Deze eenvoudige, vrij korte test geeft een indruk van eventuele problemen met onder meer het kortetermijngeheugen en de oriëntatie in tijd en ruimte. De maximale score is 30. De test wordt herhaald om de ontwikkeling van de stoornissen te volgen. Deze schaal wordt ook gebruikt bij de procedures voor de terugbetaling van geneesmiddelen.

Neurologische onderzoeken:

Neurologische onderzoeken geven een zo goed mogelijk beeld van de werking en de anatomie van de hersenen, bijvoorbeeld via MRI, een elektro-encefalogram of een CT-scan.

Neuropsychologische onderzoeken:

Met een reeks neuropsychologische tests, zoals geheugentests, beeldherkenning en reacties op beelden of geluiden, wordt elke cognitieve functie beoordeeld: kortetermijngeheugen, werkgeheugen, langetermijngeheugen, aandacht, enzovoort. De neuropsycholoog kan ook vragenlijsten gebruiken over het dagelijks functioneren. Soms beantwoordt de omgeving eveneens vragen, zodat een beeld ontstaat van de mate van anosognosie, die verband houdt met het besef van de eigen stoornissen.

De diagnose:

Na deze tests en vragenlijsten krijgt de patiënt de diagnose te horen. Bij de ziekte van Alzheimer in een vroeg stadium zijn twee volledige neuropsychologische onderzoeken nodig, met ongeveer 6 maanden ertussen, om de zekerheid van de diagnose te vergroten. Waarom 6 maanden? Omdat de ziekte van Alzheimer een degeneratieve, voortschrijdende en onomkeerbare vorm van dementie is. In die periode kan vermoedelijk een achteruitgang worden vastgesteld ten opzichte van de eerste testresultaten. Dat verloop bevestigt de oorspronkelijke diagnose.

In alle gevallen:

Geef de artsen en het multidisciplinaire team dat u raadpleegt zo veel mogelijk informatie. Dat helpt hen een nauwkeuriger beeld van de situatie te vormen.

Het helpt ook om een goede samenwerking tussen u en de professionals op te bouwen, zodat u samen de meest passende zorg kunt organiseren.

Dit is teamwerk. U maakt deel uit van het team!

Bronnen:

- Alzheimer, le guide des aidants, Alzheimer Europe, uitgave 2013, 158 blz.

© All rights reserved