



Rejsebrev EAMA-kursus, uge 5 2010, Sion, Schweiz

Jens-Ulrik Rosholm, Ger. afd. G, OUH, 040310

I januar deltog Marianne Mørch, Århus, Solveig Henneberg, København og undertegnede i EAMA geriatrikursus i Schweiz. Kurset var ét af fire uge-kurser, som afvikles over 2 år med geriater fra hele Europa – desværre dog kun en enkelt fra Storbritannien. Lærerkollegiet – the Professors – er mest fra Frankrig, Tyskland og Schweiz med et enkelt finlandsk islæt. Dette præger undervisningsformerne og omgangstonen, der for en skandinaver synes formel og præget af klassiske ”dyder”.

Ud over det faglige udbytte er det også en god lejlighed til at møde kolleger fra andre lande og erfare hvordan forholdene er der. Disse samtaler giver én det indtryk, at selv om vi ikke synes at alt er godt i Danmark, så er det på mange måder meget bedre end mange andre steder, både for os som læger og for patienterne.

Fagligt set var ugen dedikeret til ”The Ageing Brain” – dvs. primært demens.

En – for mig - række highlights / vigtige pointer – følger herunder*:

- det overvejes om Mild Cognitive Impairment (MCI) skal kaldes minor cognitive impairment vs. major cognitive impairment i.e. egentlig demens
- nedsat hukommelse er kun et af de mange tegn på demens – attention (”opmærksomhed”) er det hyppigste tegn → noget er anderledes
- det blev diskuteret om MCI faktisk findes – er det en tilstand opfundet i en uskøn forening mellem forskere og medicinalindustri for at kunne tjene penge på behandlingen? – dette blev dog kraftig tilbagevist
- hvis en patient har vanskeligheder ved at gå og tale samtidig, skal det give mistanke om alzheimer og giver øget risiko for fald
- urskivetesten anses for et godt screeningsinstrument for kognitivt svigt
- der er stadig stor usikkerhed om div. biomarkørers betydning for demens diagnostik – men brugt i tæt sammenhæng med klinikken kan de fx sige noget om, hvorvidt MCI udvikles til egentlig demens
- behandling af smerte ved demente er speciel på den måde, at demente ikke har nogen placebo effekt - det er den ”rene vare”, som virker!

- ensomhed – forstået som den subjektive følelse af ikke at få opfyldt sine forventninger om samvær – medfører depression og dårligere prognose for div. sygdomme – det føles skamfuldt
- der arbejdes intensivt på at finde en vaccination mod alzhiemer, hvor de første forsøg jo nok medførte en god effekt, men også encefalit
- amyloid deponering er målet for megen forskning i vaccination mod alzhiemer – men måske skal man se mere på tau-proteinet?
- ApoE4 – der jo er associeret med alzhiemer – er ikke, som man måske ellers skulle forvente, selekteret bort som led i evolutionen; dette fordi det giver større chance for at overleve sult (har studier fra Afrika vist)
- måske er clamidia pneumonia infektion forbundet med alzhiemer – der pågår undersøgelser med antibiotikabehandling i forhold til demensudvikling
- der er ikke kommet nogle effektive alzheimer-lægemidler i 20 år – det går galt fra fase II til fase III – eller sagt med andre ord: Det ville være godt at være en mus med alzheimer – så ville der være effektiv behandling
- endnu engang blev vigtigheden af gode appoplexi-afdelinger understreget – men også at der bør være en geriater med
- trombolysse ved appoplexi giver øget risiko for død, men hvis det virker / patienten overlever, så bliver resultatet bedre
- vigtige træk ved atypisk depression hos ældre er: vægtøgning, øget søvn, humørsvingninger, ”tunge” arme og ben, narcisistisk personlighed, evt. m. psykotiske træk m. fejlopfattelser
- det gode liv hos den ældre er kendetegnet ved uafhængighed, selv-ansvar, med-ansvar (dvs. at man også har ansvar for andre) og bevidst accepteret afhængighed (men erkender man har brug for hjælp)
- adfærdsforstyrrelser hos demente (BPSD) viser sig bla. ved apati, vandring, katastrofe reaktion, skrigen/råben og upassende sexuel adfærd og rammer op mod 90% på et eller andet tidspunkt
- div. non-farmakologiske behandlinger af BPSD har ikke vist sig at have megen effekt
- det er vigtigt at uddanne plejere for og familie til BPSD-pt.: hvad kan man forvente af pt.? - husk ”det er ikke med vilje”!
- i den akutte fase er risperidal første valg til behandling af BPSD – i rolig fase memantin og SSRI – men det virker ikke på alle symptomerne!!!
- der blev sat spørgsmål ved om alkoholisk demens findes – problemet er at alkoholikerne oftest også lider af div. andre sygdomme – der mangler ”raske” alkoholikere, som kunne belyse problemet

*referencer / navn på underviserne, som præsenterede disse synspunkter, kan fås ved undertegnede.