

demenci u Parkinsonovy choroby (5–10 %), prionová onemocnění, Huntingtonova choroba atd. (1, 3).

Sekundární příčiny demence

Mezi sekundární (většinou léčitelné) příčiny demence řadíme posttraumatické (chronický subdurální hematom), neuroinfekty (progresivní paralýza, AIDS), autoimunitní encefalitidy, normotenzní hydrocefalus (demence + inkontinence moči + poruchy chůze), karenní syndromy (hypovitaminóza B12, thiaminu apod.), poléková/toxická postižení, metabolicky podmíněné (hypothyreóza, Wilsonova choroba) tumory a jiné chirurgicky léčitelné expanze především ve frontální oblasti a paraneoplastické syndromy (1).

Diferenciální diagnostika

Jednou z úloh praktického lékaře je v rámci diferenciální diagnostiky vyloučit onemocnění, která mohou demenci imitovat. Jedná se především o delirium, depresi, oligosymptomatické formy infekcí, poruchy vnitřního prostředí či dekompenzaci interního stavu pacienta.

V případě deliria je třeba aktivně pátrat po jeho příznacích. Typický je jeho akutní vznik a kolísavý průběh, je charakterizováno narušením vědomí, poruchou pozornosti, myšlení a vnímání, dezorientací, narušením cyklu spánků-bdění a poruchou psychomotorického tempa.

Deprese může mít ve vyšším věku atypický klinický obraz s chybějícím prožitkem smutku, a naopak přítomnými somatickými stesky, subjektivními stesky na paměť či obavami z demence (4).

Role všeobecného praktického lékaře

Mezi hlavní úlohy praktického lékaře patří aktivní vyhledávání a screening pacientů, vyšetření při podezření na demenci, a následně diferenciální diagnostika. Pokud je diagnóza demence jasná (včetně vyloučení sekundárních příčin demence), může pacienta diagnostikovat, léčit a dispenzarizovat (pokud pacient a jeho rodina souhlasí) všeobecný praktický lékař. V případě nejasností odesílá pacienta dle převažující symptomatologie (Obr. 2), případně dle lokální dostupnosti specialistovi z oboru neurologie, psychiatrie či geriatrie.

Tab. 1. Screeningová vyšetření certifikovaná Ministerstvem zdravotnictví (MZ) (5)

Mini-Cog test – je základním testem paměti. Spočívá ve vybavení tří slov (3 body) po distrakci testem kreslení hodin (2 body). Pacient dosahuje maximálně 5 bodů, přičemž dosažení méně než 3 bodů je indikací pro další screening demence.
MMSE (Mini Mental State Examination) – testuje více domén; hodnotí orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické schopnosti. Maximální dosažitelné skóre je 30 bodů, při 24 bodech začíná pásmo demence. Dosažení 25–26 bodů ukazuje na MCI a je doporučeno doplnění podrobného neuropsychologického vyšetření. Je nicméně vhodné mít na paměti, že se jedná o nástroj poměrně hrubý, nevhodný pro screening MCI. Provedení testu trvá přibližně 10 minut a je vhodné jej kombinovat s testem kreslení hodin.
MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – ve srovnání s MMSE hodnotí MoCA navíc frontální funkce a detailněji hodnotí též paměť a zrakově-prostorové funkce a jeho provedení trvá přibližně 15 minut (6). České normy MoCA u starších dospělých byly publikovány i s převodem mezi testem MoCA a MMSE (7).
ALBA (Amnesia Light and Brief Assessment) – původní česká zkouška založená na kombinaci vybavení krátké věty a šesti gest. Jedná se o snadno proveditelný test, bez nutnosti dalších pomůcek, jejíž provedení trvá přibližně 3 minuty (8).
POBAV (Pojmenování obrázků a jejich vybavení) – původní česká zkouška, která prověřuje psaný jazyk, dlouhodobou sémantickou a krátkodobou vizuální paměť. Úkolem vyšetřované osoby je pojmenovat jedním psaným slovem každý z 20 obrázků a zároveň si názvy obrázků zapamatovat. Vzpětí bez distrakce je osoba požádána, aby napsala zpaměti co nejvíce názvů obrázků během jedné minuty. Předností testu je krátké trvání (přibližně 4 minuty), jednoduchá administrace a vyhodnocení (9).
Test kreslení hodin – samostatně se nejedná o test certifikovaný MZ, je nicméně doporučován jako součást Mini-Cog testu a MMSE. Úkolem vyšetřovaného je nakreslit ciferník, správně umístit čísla a nastavit dvě různé dlouhé ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas (doporučené zadání 23:20). Jednoduché skórování výsledku metodou BaJa lze nalézt na www.abadecco.cz . Tato zkouška slouží pro záchyt rozvinuté demence, hodnocení jejího progresu nebo k hodnocení zrakově-prostorových a exekutivních schopností (přítomných již v časně fázi u demence s Lewyho tělísky) (10).
Poznámky ke správnému provádění testů mentálních funkcí <i>Před provedením testu je třeba mít předem nachystány všechny potřebné pomůcky (v případě MMSE například náramkové hodinky, tužku, prázdný list papíru, papír s velkým tiskacím nápisem ZAVŘETE OČI a list s obrázkem dvou pětiúhelníků, které se protínají tak, aby vytvořily čtyřúhelník). Testovaná osoba sedí naproti vyšetřujícímu, je nutné, aby test nelimitovala porucha zraku či sluchu. U MMSE lze každou otázku položit maximálně 3x. Obecně je třeba se vyhnout napovídání, vysvětlování či hodnocení výkonu pacienta. Je také dobré si uvědomit, že se jedná o testy pomocné, nikoliv diagnostické, jejich výsledky jsou orientační a mohou být ovlivněny mimo jiné vzděláním, psychiatrickými či neurologickými komorbiditami.</i>

Pokud souhlasí pacient, specialista i praktický lékař, je možné, aby byl po provedené diagnostice a stabilizaci stavu pacient předán do dispenzarizace VPL.

Program Časný záchyt demence

U pacientů ve věkové skupině 65–80 let by mělo být všeobecným praktickým lékařem jednou za dva roky v rámci preventivní prohlídky provedeno screeningové vyšetření kognitivních funkcí Mini-Cog testem (Tab. 1). V případě positivity tohoto testu u bezpříznakového pacienta je indikováno doplnění MMSE (Tab. 1). I u pacientů starších 80 let je nicméně vhodné po kognitivních obtížích aktivně pátrat, včetně cílených dotazů na nejbližší osoby (4).

Podezření na demenci

V případě podezření na kognitivní obtíže (vyslovené pacientem, rodinou či lékařem jiné odbornosti) je klíčový podrobný odběr anamnézy za přítomnosti blízké či pečující osoby. Kromě aktuálních zdravotních obtíží, osobní a rodinné anamnézy a užívané medikace je třeba se zaměřit i na pracovní a sociální anamnézu. Nutné jsou cílené dotazy na chování pacienta v posledních měsících a letech. Následně je třeba pacienta otestovat pomocí screeningových testů (Tab. 1), provést fyzikální a základní neurologické vyšetření, EKG a základní laboratorní vyšetření k vyloučení reverzibilních příčin demence – krve a moči. Jako minimální je doporučeno provést vyšetření krevního obrazu, základní biochemické vyšetření včetně glykemie, iontogramu, renálních a jaterních funkcí, TSH a CRP. Dále je vhodné základní psychiatrické vyšetření ve smyslu vyloučení deprese či deliria. Další vyšetření volíme dle aktuálního stavu pacienta.

V rámci vyloučení sekundárních příčin demence je dále nutné provedení strukturálního zobrazení mozku (nativní CT vyšetření). Toto může indikovat jak praktický lékař, tak další sledující specialista.

Na základě posouzení celkového zdravotního stavu pacienta a výsledků diagnostických testů může praktický lékař pacienta doporučit k podrobnému vyšetření u specialisty v oboru neurologie, psychiatrie, geriatrie, endokrinologie atd. (Obr. 2) (4).