

Åke Edman, med dr, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri, Göteborgs universitet
(ake.edman@vgregation.se)

Sture Eriksson, docent, institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, avdelningen för geriatrik, Umeå universitet

Anders Wallin, professor, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri, Göteborgs universitet

Specialistens kliniska undersökning av kognitiv dysfunktion

■ Diagnostik av demenssjukdomar inbegriper ett betydande antal undersökningsmoment. Enkelt uttryckt består den medicinska utredningen av två huvudmoment, nämligen dels den kliniska undersökningen, dels hjälpundersökningarna. Hjälpundersökningarna har härvid lyfts fram på ett föredömligt sätt på senare år. Hjärnabbildningstekniker, framtagande av biokemiska markörer och kliniskt genetiska analyser är exempel på sådana metodområden som kraftigt har utvecklats. Metoderna har fått en ökad betydelse i doktors vardagliga arbete med patienter som har begynnande kognitiv svikt eller manifest demenssjukdom.

Det är naturligtvis väsentligt att de kliniska undersökningsmomenten lyfts fram på motsvarande sätt. Det är också viktigt att den kliniska symtomanalysen i princip görs »frikopplad« från övrig kunskap om patienten (såsom resultat från hjälpundersökningar, förekomst av vaskulära riskfaktorer, med mera). Den kliniska symtomanalysen bör med andra ord betraktas som ett fristående undersökningsmoment. På så sätt undersöks patienten med helt »öppna sinnen« hos undersökaren. Viktigt arbete har härvid lagts ned på att definiera vad som bör ingå i allmänläkarens statusupptagande på den demenssjuke patienten [1, 2].

Förvånansvärt liten uppmärksamhet har ägnats åt specialistens bedside-undersökning av den demenssjuke patienten. I forskningssammanhang, som inom klinisk läkemedelsforskning, används visserligen sedan åtskilliga år skattningskalor som i flera fall är väl kartlagda avseende validitet, reliabilitet, sensitivitet och specificitet.

Den kliniska undersökningen av patienten bör emellertid inte i första hand vara inriktad på att fylla i skalor, vilket emellanåt nu tyvärr är fallet. För klinikern upplevs denna ansats ofta vara störande, främst av två skäl: 1. samspelet med patienten riskerar att störas och 2. undersökningen tvingas in i ett mönster som kan uppfattas som delvis irrelevant eller för trubbigt.

Författarna menar att det därför är viktigt att fokusera intresset på specialistens kliniska statusupptagande inom rutin-sjukvården (delvis med detta intresse som grund har för övrigt Svensk förening för kognitiva sjukdomar, SFK, bildats; en av författarna, Sture Eriksson, är ordförande i föreningen). Med kliniskt statusupptagande menas den struktur som används för att beskriva patientens aktuella kliniska tillstånd, i

SAMMANFATTAT

De kliniska undersökningsmomenten bildar en grundstomme i diagnostiken av demenssjukdomar. Artikeln avhandlar författarnas synpunkter på vad som bör ingå i specialistens bedside-undersökning.

Anamnesuppgifterna måste innehålla information om patientens premorbida personlighet och somatiska åkommor, såsom vaskulära sjukdomar.

Anamnesuppgifter om den kognitiva svikten kan sorteras under rubrikerna: 1) Organnivån (information som direkt kan relateras till hjärnan som skadat organ), 2) Personnivån (information om beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom samt om ADL-funktioner), 3) Sociala nivån.

Det neuropsykiatriska statusmomentet innefattar noggrann undersökning av kognitiva och basalneurologiska funktioner i syfte att identifiera hjärnregionala symtomkomplex.

I status ingår att undersöka förekomst av beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom, BPSD.

detta sammanhang i första hand det statusupptagande som baseras på läkarens kliniska undersökning av patienten. Det skall redan här poängteras att patientens aktuella status måste ställas i relation till kunskap om patientens premorbida tillstånd, om vilket information kan erhållas genom en strukturerad intervju med anhöriga eller närstående.

Ett fullödigt kliniskt status som inbegriper en strukturerad symtomanalys bildar grunden för en senare integrering med övrig kunskap om patienten, såsom resultaten av hjärnabbildningstekniker och biokemiska analyser. En sådan integrering skall leda fram till diagnosen, varefter ställningstagande till behandling och vårdplanering görs. Författarna presenterar i denna artikel sin syn på vad som bör ingå i specialistens kliniska undersökning på en patient som söker eller re-

mitteras för kognitiv svikt. I artikeln avhandlas däremot inte synpunkter på val av hjälpundersökningar. Behandlingsaspekter på de kognitiva sjukdomarna faller heller inte inom ramen för denna artikel.

Slutligen, vem är specialisten? Det är väsentligt att komma ihåg att det breda intresset inom sjukvården för att utreda patienter med demenssymtom inte är gammalt. Lite förenklat kan sägas att intresset hos ett större antal kliniker väcktes så pass nyligen som för 15–20 år sedan. Beroende på de enskilda klinikernas intresseinriktningar kom därför olika läkarspecialiteter att vara regionalt tongivande i Sverige. Det är främst specialister inom geriatrik, psykiatri och neurologi som härvid har utvecklat specialistkompetens på demensutredning. En stor fördel med denna breda specialistbas är att olika kliniska aspekter av demenssjukdomen har lyfts fram. Det är därför nödvändigt för den enskilde specialisten att ha goda kunskaper inom de angränsande specialiteterna för att adekvat kunna bedöma patienter med kognitiv svikt om han vill kunna göra anspråk på att vara specialist på sådana utredningar. Det kan för övrigt nämnas att såväl Svensk äldrepsykiat-risk förening som Svensk förening för kognitiva sjukdomar har initierat diskussioner om ett nytt kompetensområde som kunde vara mer direkt anpassat för utredning, diagnostik och behandling av kognitiva sjukdomar.

II Den kliniska undersökningens struktur

De principiella komponenterna av en klinisk undersökning är 1. anamnesupptagning, 2. status och 3. tolkningsmodeller. Nedan följer författarnas förslag till undersökningens struktur, varvid kommentarer är infogade.

Anamnesupptagning

Med anamnes menas den information som fås från patienten (autoanamnes), anhöriga (heteroanamnes, ibland kallad objektivanamnes) och andra informationskällor (till exempel tidigare journaluppgifter). Uppgifter från anhöriga om patientens premorbida personlighet bör i detta sammanhang sortera under en separat rubrik.

Kontaktorsak. Ange om patienten söker själv eller på remiss. Symtom hos patienten som grund för aktualisering. Ange om aktualiseringen orsakas av anhörigbörda eller behov av ändrat omhändertagande.

Hereditet. Fokusera särskilt på kognitiv sjukdom och neurologisk sjukdom.

Sociala förhållanden. Fokusera särskilt på patientens sociala nätverk (väsentligt att kartlägga eftersom en fullständig utredning måste inbegripa en psykosocial utredning med synpunkter på boendeform och behovet av hemtjänstinsatser).

Körkort, vapenlicens.

Toxisk exponering. Inkludera uppgifter om rökning och alkohol.

Tidigare och nuvarande sjukdomar. Här noteras på vanligt sätt alla somatiska sjukdomar som kan vara av relevans. Av vikt är att notera förekomst av vaskulära sjukdomar såsom ischemisk hjärtsjukdom, transitoriska ischemiska attacker/reversibla ischemiska neurologiska defekter (TIA/RIND), större slaganfall (major stroke), claudicatio intermittens, hypertoni, hypotoni, diabetes mellitus och hjärtarytmi. Den psykiatriska anamnesen skall noteras, främst med avseende på affektiv sjukdom, psykossjukdom och missbrukssyndrom (dessa uppgifter är nämligen ofta av avgörande betydelse för val av tolkningsmodell vid beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom, BPSD; se nedan).

ningsmodell vid beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom, BPSD; se nedan).

Premorbid personlighet. För att rätt kunna tolka patientens neuropsykiatriska status, främst avseende frontala hjärnskada-symtom, är det nödvändigt att inhämta uppgifter från anhöriga om patientens personlighetsdrag från tiden före debuten av den kognitiva svikten.

Aktuellt. För att möjliggöra en strukturerad journalföring avseende detta centrala anamnesavsnitt föreslås underrubrikerna: organnivån, personnivån samt sociala nivån.

Organnivån. Under denna rubrik antecknas information som direkt kan relateras till hjärnan som ett skadat organ. Hit sorteras således informationen om merparten av de kognitiva symtomen och de delar av anamnesen som gäller basala neurologiska symtom. För heteroanamnestiska uppgifter från anhöriga/närstående är en symtomenkät (Symtomenkät psykiatrik/geriatrik/neuropsykiatri), utarbetad av överläkare Ragnar Åstrand, Centralsjukhuset Karlstad, lämpad [Ragnar Åstrand, Karlstad, pers medd, 1998]. Denna symtomenkät syftar till en hjärnregional symtombeskrivning av patienten på basen av heteroanamnesen. Åstrands symtomenkät är i sin uppbyggnad för övrigt kongruent med statusinstrumentet STEP, som omnämns nedan.

Personnivån. Under denna rubrik antecknas information som rör: 1. patientens vardagsnära dysfunktioner (ADL), 2. beteendemässiga och psykiatriska symtom vid demenssjukdom, BPSD, [3]; en anamnesmanual avseende även dessa uppgifter finns i Åstrands symtomenkät. Det är fördelaktigt om tillräckliga uppgifter inhämtas om patientens vardagsnära dysfunktioner så att en nivåklassificering enligt Functional Assessment Staging, FAST [4], kan göras. Vad avser BPSD följs lämpligen strukturen i Behavioural pathology in Alzheimer's disease rating scale, BEHAVE-AD [5], så att en kodning enligt detta instrument kan göras utifrån heteroanamnesen:

- Konfabulatoriska symtom
- Psykotiska symtom (paranoida föreställningar, illusioner, hallucinationer)
- Förändrad motorisk aktivitet (vandringsbeteende, kognitiv abuli, inadekvata beteenden)
- Aggressivitet (verbal respektive fysisk aggressivitet, avvärjningsbeteende)
- Dygnsrytmstörningar
- Affektiva symtom
- Ängestsymtom

Sociala nivån. Under denna rubrik antecknas information om: anhörigbördan, huruvida boendeformen är adekvat och om kommunala stödinsatser (såsom hemtjänstinsatser) föreligger samt effekter på ekonomi.

Status

Med status menas av tradition den information som den undersökande läkaren själv noterar hos patienten. De konventionella somatiska respektive psykiatriska statusstrukturerna behöver kompletteras vid undersökningen av den kognitivt dysfungerande patienten. Nedan följer ett förslag på statusstruktur avseende denna patientgrupp.

Somatiskt status. (exklusive neurologstatus). En basal klinisk undersökning måste göras. Den skall särskilt fokusera patientens kardiovaskulära hälsotillstånd; det är värdefullt om ett ortostatiskt prov inkluderas.

Neuropsykiatriskt status. (kognitivt status + neurologstatus).

Här noteras iakttagelser som är relaterade till kognitiva symtom, och det innebär att här samlas de kognitiva fenomen som kan vara knutna till patientens hjärnskada. Nära förbundet med kognitiv status är (basal-)neurologiskt status. Upptaget av ett neuropsykiatriskt status omfattar därför båda huvudmomenten. Det är en fördel för den diagnostiska processen om det neuropsykiatriska statusupptaget kan leda till slutsatser om vilka hjärnregioner som synes vara drabbade. Ett statusinstrument som har ett sådant anslag är Stepwise comparative status analysis, STEP. STEP har utarbetats i Sverige [6] och är även översatt till svenska [7] och italienska [Parnetti, Perugia, pers medd, 2000]. Dess interskattarrelabilitet har befunnits vara god [8]. STEP kombinerar kognitiva, neurologiska och viktigare psykiatriska undersökningsmoment.

Statusanalysen görs i tre steg med syftet att beskriva det dominerande hjärnskadesyndromet hos patienten. Första steget omfattar bedside-undersökningen av patienten. 35 grundvariabler registreras och dess intensiteter skattas, exempelvis minnesstörning, apraxi (parietalt symtom), apati (frontalt symtom) och mental förlångsamning (främst ett subkortikalt betingat symtom). En mindre del av grundvariablerna återspeglar psykotiska symtom, konfusion och förskjutning av stämningläget. I påföljande två steg grupperas variablerna så att ett dominerande hjärnskadesyndrom kan bestämmas (frontalt, subkortikalt, frontosubkortikalt, parietalt, frontoparietalt, globalt).

Givetvis måste försiktighet iaktas vid angivandet av platsen för en skada i hjärnan, om detta görs enbart på grundval av en klinisk statusundersökning. Som ett led i denna försiktighet innefattar därför STEP endast ett fåtal hjärnskadesyndrom som speglar störningar i större regionala nätverk och har god biologisk förankring. Det frontala hjärnskadesyndromet innefattar sålunda både den emotionella reduktion och brist på initiativkraft som ses vid dorsolateral neuronundergång i frontalloben och den hämningsslöshet och bristande sociala kompetens som ses vid neuronundergång i orbitala prefrontala kortex [9].

Den mentala förlångsamning som utmärker patienter med subkortikalt respektive frontosubkortikalt syndrom ses ofta vid subkortikala vitsubstansskador inom ramen för vaskulär demens [10, 11]. Det sistnämnda syndromets frontala komponent kan förklaras med de mångtaliga frontosubkortikala förbindelserna [12, 13]. De parietala och frontoparietala syndromen ses vid »klassisk« Alzheimer's sjukdom [14, 15]. Det globala hjärnskadesyndromet ses främst vid sent debuterande Alzheimer's sjukdom, vid vilken den cerebrala patologin inte är så regionalt accentuerad och lindrigare subkortikal vitsubstansförlust ofta noteras [16-18].

BPSD. Här noteras alla iakttagelser som sorterar under begreppet BPSD [3]. De kliniska variabler som skall värderas är förtecknade ovan under anamnesrubriken. Om journalstrukturen är likartad för statusuppgifter och anamnestiska uppgifter kan en värdefull jämförelse göras. Statusuppgifterna representerar ju en »ögonblicksbild« av patienten, medan informationen från patienten och dennas anhöriga förmedlar en »24-timmarsbild«.

Tolkningsmodeller (preliminärbedömning)

Med tolkningsmodell menas att informationen från anamnes och status aggregeras till sammanfattande begrepp, som bör täcka olika aspekter på patientens tillstånd. Observera att undersökaren vanligtvis endast har ofullständig information i övrigt om patienten i den här fasen av utredningen; remisser för hjälpundersökningar bör ju som regel författas med anamnes- och statusuppgifter som grund. Författarnas mening är

att nedanstående aspekter bör kommenteras i den (preliminära) tolkningen.

- Har patienten kognitiv svikt? Om symtomdiagnosen demens föreligger enligt The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 [19], och/eller The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV [20] bör demensgraden anges (lindrig, måttlig, svår), eftersom denna har implikationer för social planering och behandlingsaspekter.
- Vilken är den kliniska hjärnskaedelokalisationen?
- Eventuell arbetsdiagnos enligt ICD-10/DSM-IV (till exempel Alzheimer's sjukdom).
- Föreligger symtom förenliga med BPSD? Det förtjänar att påpekas att det är viktigt att inte blanda ihop BPSD med det grundläggande demenssyndromet (exempelvis »alla dementa vandrar och är stökiga«), ty gör man det riskerar behandlingsbara symtom att förbli oidentifierade.
- Föreligger behov av vårdplanering?

II Avslutande kommentar

De framsteg som gjorts inom demensområdet har förändrat synen på kognitiv dysfunktion och demenssjukdom. Tidigare betraktades demenssjukdomarna som icke behandlingsbara. Nu finns läkemedel som kan förbättra den kognitiva förmågan. Kartläggningen av sjukdomsgener, riskfaktorer och troliga sjukdomsmekanismer för Alzheimer's sjukdom och blodkärlsrelaterad demens har gett en god grund för optimism när det gäller att utveckla mer specifika läkemedel för dessa sjukdomar. Utvecklingen av den kliniska delen (anamnes och status) av diagnostiken har emellertid inte kommit lika långt som kartläggningen av troliga sjukdomsmekanismer. Vi famlar ofta i mörker när vi försöker diagnostisera en enskild demenssjukdom; vi håller inte alltid isär symtombilderna och de olika sjukliga processerna eller markörerna för dessa, och vi har bristande kännedom om hur symtombilderna ser ut och vilka sjukliga processer som bidrar till dem. Det är i ljuset av detta som vi har velat ägna ökad uppmärksamhet åt anamnesupptagning och statusundersökning av den demenssjuke patienten, särskilt specialistens bedside-undersökning som hittills har varit ett anmärkningsvärt försummat område. Det är vår uppfattning att en genomtänkt och strukturerad symtomundersökning av patienter med kognitiv dysfunktion och demens är en nödvändig ingrediens i ett kvalificerat medicinskt omhändertagande.

Referenser

1. Adolfsson R, Gustafson L, Marcusson J, Skoog I, Viitanen M, Wallin A. Checklista för demensdiagnostik och basal utredning. Läkartidningen 1990;87:4098-9.
2. Olafsdottir M, Marcusson J. Diagnosis of dementia at the primary care level. Acta Neurol Scand 1996;165 Suppl:58-62.
3. Finkel SI, editor. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: implications for research and treatment. Int Psychogeriatr 1996;8 Special suppl 3.
4. Reisberg B. Functional assessment staging. Psychopharmacol Bull 1988;24:653-9.
5. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. J Clin Psychiatry 1987;48 Suppl:9-15.
6. Wallin A, Edman Å, Blennow K, Gottfries CG, Karlsson I, Regland B, et al. Stepwise comparative status analysis (STEP): A tool for identification of regional brain syndromes in dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol 1996;9:185-99.
7. Edman Å, Wallin A. Stepwise comparative status analysis (STEP) – A clinical method for identifying regional brain syndromes in patients with dementia (Swedish; English abstract). Nordic Journal of Psychiatry 1998;52:537-51.
8. Edman Å, Mahfeldt M, Wallin A. Inter-rater reliability of the STEP

- protocol. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001;14:140-44.
9. Malloy PF, Richardson ED. Assessment of frontal lobe functions. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 1994;6:399-410.
 10. Wallin A, Blennow K, Gottfries CG. Subcortical symptoms predominate in vascular dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:137-46.
 11. Wallin A, Sjögren M, Edman Å, Blennow K, Regland B. Symptoms, vascular risk factors and blood-brain barrier function in relation to CT white-matter changes in dementia. *Eur Neurol* 2000;44:229-35.
 12. Nauta WHJ. The problem of the frontal lobe: a reinterpretation. *J Psychiatry Res* 1971;8:167-87.
 13. Drevets WC. Functional anatomical abnormalities in limbic and prefrontal cortical structures in major depression. *Prog Brain Res* 2000;126:413-31.
 14. Sjögren H. Clinical analysis of Morbus Alzheimer and Morbus Pick. In: Sjögren T, Sjögren H, Lindgren ÅGH, editors. *Morbus Alzheimer and Morbus Pick: A genetic, clinical and patho-anatomical study*. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica* 1952;Suppl 82:67-115.
 15. Wallin A, Blennow K, Scheltens K. Research criteria for the clinical diagnosis of "pure" Alzheimer's disease. *Drugs Today* 1994;30:4.
 16. Lauter H. Über Spätformen der Alzheimerschen Krankheit und ihre Beziehung zur senilen Demenz. *Psychiatria Clinica (Basel)* 1970;3:169-89.
 17. Brun A, Englund E. A white matter disorder in dementia of the Alzheimer type. A pathoanatomical study. *Ann Neurol* 1986;19:253-62.
 18. Blennow K, Wallin A, Uhlemann C, Gottfries CG. White matter lesions on CT in Alzheimer's disease – relation to clinical symptomatology and vascular factors. *Acta Neurol Scand* 1991;83:187-93.
 19. World Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
 20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.

SUMMARY

Cognitive dysfunction – Bedside investigation by the specialist

Åke Edman, Sture Eriksson, Anders Wallin

Läkartidningen 2002;99:782-5

The clinical investigation of the cognitively impaired, or demented, patient includes a clinical bedside examination supported by, for instance, structural and functional brain imaging, analyses of biochemical markers, and genetic analyses. Valuable discussions have been held during the last decade between specialists and primary care physicians to define the clinical elements that should be included in bedside examinations carried out by general practitioners. The present paper is focused instead on the bedside investigation performed by the specialist in the field. Emphasis is put on the importance of combined cognitive and neurological assessments to determine symptoms and syndromes that possibly reflect regional pathological changes in the brain. The article also stresses the importance of detecting possible behavioural and psychological signs of dementia, and the importance of collecting information on the premorbid personality of the patient.

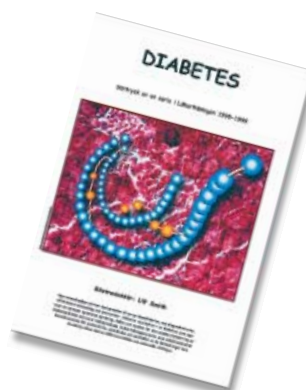
Correspondence: Åke Edman, Göteborg University, Institute of Clinical Neuroscience, Section of Psychiatry, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, SE-431 80 Mölndal, Sweden (ake.edman@vgregion.se)

Särtryck

Läkartidningen

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i Läkartidningens serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 85 kronor.



Diabetes

Beställer härmed.....ex
av "Diabetes"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker