

## DEMENTE BEJAARDEN

### Medische en tandheelkundige aspecten

Redactie

#### SAMENVATTING

Deze bijdrage is samengesteld uit een in Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology verschenen artikel, aangevuld met enkele gegevens, ontleend aan recente publikaties in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Vóórkomen, klinische verschijnselen, etiologische factoren en diagnostiek van dementie en in het bijzonder van de ziekte van Alzheimer worden beschreven, alsook de moeilijkheden, verbonden met de medische en psychologische begeleiding.

De gebitstoestand van demente bejaarden is dikwijls deplorabel en de behoefte aan deskundige hulp derhalve groot. Geschetst wordt hoe tandartsen, in samenwerking met medici en verpleegkundigen daarin zo goed mogelijk kunnen voorzien.

REDACTIE. Demente bejaarden. Medische en tandheelkundige aspecten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 339-41.

Trefwoorden: Gerodontologie - Pathologie

Datum van acceptatie: 21 juli 1988.

Adres: De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam.

#### 1. INLEIDING

Door het toenemen van de aandacht voor grote groepen personen, die op grond van lichamelijke en psychische defecten vroeger niet of nauwelijks in aanmerking kwamen voor adequate tandheelkundige behandeling, verruimt het arbeidsveld van de tandarts-practicus en ontwikkelt zich een steeds hechter samenwerking met vertegenwoordigers van andere disciplines.

De Redactie selecteerde een Amerikaanse publikatie over de tandheelkundige verzorging van demente patiënten, in het bijzonder de bejaarden onder hen.<sup>1</sup> Mede aan de hand van enkele artikelen die over verschillende aspecten van hetzelfde onderwerp zijn verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,<sup>2-4</sup> zal hier nader op de aan dementie inherente problemen worden ingegaan.

#### 2. PREVALENTIE

Het syndroom dementie duidt op een diffuse stoornis van de hersenfunctie, hetzij door een primaire hersenaandoening, hetzij door een extracerebrale oorzaak. Dementie komt vrij frequent voor, in het bijzonder bij oudere personen; gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking zal de prevalentie in de komende decennia zeker nog stijgen. Een en ander zal een steeds groeiende probleem voor de medische en tandheelkundige verzorging van deze mensen gaan opleveren. Berekend is dat 2 tot 3 miljoen Amerikanen aan dementie lijden en dat ongeveer 50 van hen in verzorgingsinstellingen zijn opgenomen. Dit betekent dat grote aantallen personen niet langer in staat resp. bereid zijn, zelfs maar aan elementaire eisen van mondhygiëne te voldoen. In Nederland bedraagt de prevalentie van de aandoening zeker 5% van de bevolking boven 65 jaar.

#### 3. KLINISCHE VERSCHIJNSELEN

De afwijking, die meer bij vrouwen dan bij mannen wordt aangetroffen, is gekenmerkt door een progressieve achteruitgang van de intellectuele functies (o.a. geheugenstoornissen), gepaard gaand met verslechtering van de stemming en in het algemeen met gedragsveranderingen, een en ander bij helder bewustzijn. Dit kan zulke vormen aannemen dat de patiënten in het normale maatschappelijke verkeer niet langer zijn te handhaven. Dan blijft er vaak niets anders over dan opname in een verzorgingshuis. Tabel I geeft een overzicht van de symptomen van dementie.

Tabel I. Symptomen van dementie.

<p><b>Eerste stadium</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lichte vorm van geheugenverlies</li> <li>- Lichte spraakstoornissen</li> <li>- Persoonlijkheidsveranderingen: gebrek aan spontaneïteit</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">apathie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onttrekken aan sociaal verkeer</li> </ul>
<p><b>Tweede stadium</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progressief geheugenverlies</li> <li>- Tekenen van afasie</li> <li>- Gestoord taalgebruik</li> <li>- Desoriëntatie</li> <li>- Psychosomatische retardatie</li> </ul>
<p><b>Gevorderd stadium</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onvermogen tot herkennen (naaste familieleden)</li> <li>- Niet bewust zijn van omgeving</li> <li>- Onsamenhangend taalgebruik</li> <li>- Gering tot geen bevattingsvermogen</li> <li>- Dysfagie</li> <li>- Apraxie</li> <li>- Totale hulpeloosheid</li> </ul>

Demente patiënten sterven meestal als gevolg van een infectie of een cardiovasculaire aandoening. Dementie wordt tegenwoordig in de ontwikkelde landen als vierde in de rij van doodsoorzaken beschouwd: na cardiovasculaire ziekten, maligne tumoren en cerebrovasculaire aandoeningen.

#### 4. ETIOLOGISCHE FACTOREN

Er zijn tal van ziektebeelden die aan dementie ten grondslag kunnen liggen. In verband daarmee zijn een zorgvuldige anamnese en (laboratorium)onderzoek van het grootste belang te achten, temeer omdat onder die vele oorzaken een aantal is te noemen, dat behandelbare gevallen van dementie oplevert. (Zie tabel II.)

Uit tabel II blijkt dat mogelijk ook vasculaire aandoeningen als oorzaak kunnen worden aangemerkt. Men neemt aan dat atherosclerotische plaques van de wanden van de arteria carotis interna verstopping van de hersenvaten kunnen teweegbrengen (multi-infarct dementia - MID). Ook wordt het mogelijk geacht dat een gebrekkige bloedvoorziening van de hersenen bij ernstige hartaritmieën leidt tot diffuse cerebrale ischemie. De opvatting dat de hersenvaten zelf atherosclerose (dus een progressieve vernauwing van het arteriële lumen) zouden ondergaan, wordt niet langer gehuldigd.

#### 5. DIAGNOSTIEK

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden dat voor het stellen van de diagnose aanvullend neurologisch-psychiatrisch en internistisch onderzoek niet kan worden ontbeerd. In de eerste plaats dient het syndroom dementie uiteraard wél te worden onderscheiden van de geheugenstoornissen

en het verminderd inprentingsvermogen die bij ouderen – echter zonder duidelijke achteruitgang van de intellectuele functies – veelal worden waargenomen. Verder dient klinisch onderscheid te worden gemaakt met:

- depressies die, juist bij bejaarden, eveneens met cognitieve stoornissen gepaard kunnen gaan: deze toestanden kunnen bedrieglijk veel op dementie gelijken en er zelfs samen mee voorkomen;
- acute verwardheidstoestanden ofwel delier. Het onderscheid met dementie is hier soms moeilijk omdat delier op zichzelf ook met diverse cognitieve stoornissen gepaard kan gaan. Anderzijds kan delier – in tegenstelling tot dementie – ook ontstaan bij een beneveld bewustzijn, samen met waanvoorstellingen en hallucinaties.

## 6. ZIEKTE VAN ALZHEIMER

De meest frequente oorzaak van dementie is de ziekte van Alzheimer: bij meer dan 50% van de patiënten. Vroeger was zij vooral bekend als preseniele dementie: zij onderscheidt zich namelijk van de seniele vorm, doordat zij veel eerder (sluipend) begint: tussen het 40ste en 50ste levensjaar.<sup>5</sup> Tegenwoordig is men meer geneigd tot de opvatting dat seniele dementie – met dezelfde histopathologische afwijkingen – dezelfde ziekte is, al verloopt die op hogere leeftijd gewoonlijk minder snel. In tegenstelling tot sommige andere ziekten, die met dementie gepaard gaan, blijft het sociale gedrag relatief lang normaal, zodat de patiënten langer thuis kunnen blijven. Later maken echter toenemende verwardheid en gedragsontsporingen professionele verzorging noodzakelijk.

Zekerheid aangaande de diagnose is pas door pathologisch-anatomisch onderzoek te verkrijgen. Macroscopisch is atrofie van de hersenhemisferen, in het bijzonder de temporaalkwab, waar te nemen. Microscopisch manifesteren zich de bij veroudering gewoonlijk tóch al optredende veranderingen, o.a. seniele plaques (atrofische plekken in de hersenschors), maar bij deze ziekte in een veel groter aantal.

Nog onbekend is waardoor de ziekte van Alzheimer wordt veroorzaakt, maar er zijn sterke aanwijzingen dat een erfelijke component in het spel is, want in diverse families is een autosomaal dominante overbrenging van de ziekte over verschillende generaties gevonden. Ook is sinds enige tijd bekend dat bij verwanten van patiënten met deze ziekte een verhoogde incidentie van het syndroom van Down voorkomt.<sup>5</sup> Dat dit geen toeval is blijkt uit het feit dat bij patiënten ouder dan 30, met het syndroom van Down, zich bijna steeds dezelfde veranderingen in het hersenweefsel voltrekken als het geval is bij de ziekte van Alzheimer. Daarom wordt wel veronder-

Tabel II. Oorzaken van reversibele dementie.<sup>2</sup>

Depressies (geen dementie in engere zin)
Intoxicatie (bij gebruik van geneesmiddelen)
Vasculaire oorzaken? (hypertensie, embolieën)
Metabole oorzaken (bijvoorbeeld hypothyreoïdie)
Deficiënties (bijvoorbeeld vitamine B <sub>12</sub> )
Infectie (bijvoorbeeld neuroloes, schimmelmeningitis)
Normal pressure hydrocephalus
Chronisch subduraal hematoom
Sommige hersentumoren

steld dat een gen voor deze aandoening aan chromosoom 21 is gebonden.

### 6.1. Medische en psychologische verzorging

Het is begrijpelijk dat bij een degeneratieve hersenaandoening van onbekende oorsprong een causale bestrijding niet tot de reële mogelijkheden behoort. Er zijn geen farmaca bekend die de kenmerkende cognitieve gebreken therapeutisch zouden kunnen beïnvloeden, zij het dat wel pogingen daartoe zijn aangewend door middel van injecties met het weefselhormoon acetylcholine.<sup>5</sup> Maar voor het overige staan slechts medicamenten ten dienste ter verlichting van symptomen zoals angst, slape-loosheid, motorische onrust en dergelijke.

De psychologische begeleiding van patiënten met de ziekte van Alzheimer draagt tot op zekere hoogte een preventief karakter. Men begint met een schatting te maken van de nog aanwezige mogelijkheden, die de patiënt in staat stellen, zich in het dagelijks leven te redden. Ter ondersteuning kan psychotherapie nuttig zijn, althans in de beginfase, wanneer de patiënten zich tot op zekere hoogte bewust zijn van hun achteruitgang en bovendien zowel bereid als in staat zijn te leren hoe zij op de nuttigste wijze gebruik kunnen maken van de nog ten dienste staande mogelijkheden. Daarbij is het zaak de patiënt zoveel mogelijk te beschermen ten aanzien van situaties waartegen hij eigenlijk niet meer is opgewassen.

Bij het opmaken en uitvoeren van zulk een verzorgingsprogramma is de betrokkenheid van gezins- resp. familieleden uiteraard van essentieel belang. Zij dienen de patiënten naar vermogen te stimuleren hun vroegere liefhebberijen en/of huishoudelijke bezigheden te blijven uitoefenen en hun sociale contacten te onderhouden.

## 7. MOND- EN TANDHEELKUNDIGE PROBLEMEN

In een Californisch medisch centrum is veel ervaring opgedaan met de mond- en tand-

heelkundige problemen van gehospitaliseerde demente bejaarden. Hiervan wordt een overzicht gegeven.<sup>1</sup>

– Vooreerst treft het relatief grote aantal verwondingen in het gebied van kaken en aangezicht, gevolg van het feit dat demente bejaarden dikwijls struikelen.

– De mondslijmvliezen worden eveneens dikwijls beschadigd: op de vrije alveolaire mucosa en op de tong komen niet zelden ulceraties voor, meestal door onhandige omgang met eetgerei.

– De hygiënische toestand van de mond is bij demente patiënten, die nog over natuurlijke elementen beschikken, vergeleken met gezonde leeftijdgenoten, gewoonlijk slecht. Bij nagenoeg allen wordt dan ook chronische parodontitis aangetroffen, vaak met acute exacerbaties. Ook kroon- en wortelcariës komen zeer veel voor. Meestal ontbreken trouwens al diverse gebitsel-menten; de overgeblevene zijn dan onderhevig aan abrasie en migratie.

– Tandeloze patiënten tonen over het algemeen vérgaande atrofie van de onderkaak en in iets mindere mate ook van de bovenkaak. Onder de prothesen wordt dikwijls veel hyperplastisch weefsel gevonden, vooral op het palatum en op de processus alveolaris in het bovenfront, verder ter hoogte van de protheseranden.

– Een bijkomende moeilijkheid is dat vooral de patiënten met gevorderde dementie niet meer in staat zijn, uitneembare partiële prothesen zonder hulp van anderen op hun plaats te brengen. Zijn zij in het bezit van een volledige vervanging, dan manipuleren zij daar alleronhandigst mee omdat zij onvoldoende besef hebben van het verschil tussen boven- en onderprothese.

– Ten slotte kwamen bij patiënten die sterke antipsychotische medicamenten gebruikten vaak ernstige vormen van xerostomie voor als gevolg van bijwerkingen van die middelen, welke het effect van het weefselhormoon acetylcholine onderdrukken. Bij hen die nog een natuurlijk (rest)gebit bezaten gaf dat in het bijzonder aanleiding tot de ergste onhygiënische toestanden, met gegeneraliseerde parodontitis en floride cariës. Dat was een opvallend verschil met groep vergelijkbare patiënten die deze middelen niet gebruikten.

## 8. TANDHEELKUNDIGE VERZORGING

### 8.1. Preventieve maatregelen

Uit deze opsomming kan gemakkelijk de gevolgtrekking worden gemaakt dat tandheelkundige verzorging alleen kans van sla-gen heeft als men van preventieve principes uitgaat, in die zin dat gebitsrehabilitatie dient te worden uitgevoerd in het vroegste stadium van dementie, wanneer nog kan

worden gerekend op de gewenste coöperatie van de patiënt. Dit geldt in het bijzonder voor de ziekte van Alzheimer, die immers al op relatief jeugdige leeftijd wordt geacht te beginnen. Het belang van een goede kauwfunctie ter verkleining van het voedsel en ter voorbereiding op het slikproces mag juist bij demente bejaarden niet worden onderschat, omdat de meesten zijn aangevoelen op een prothese en daarvan is de kauwkracht tóch al veel geringer dan van een goed functionerend natuurlijk gebit (maximaal 2 kg in plaats van 8 tot 15 kg). Tevens moet rekening worden gehouden dat veel ouderen in verband met defecatiebezwaren een vezelrijk dieet moeten volgen.

## 8.2. Samenwerking met medici en verplegend personeel

Een doelmatige tandheelkundige verzorging van gehospitaliseerde demente patiënten vereist tevens een nauwe samenwerking met de behandelende artsen en verplegend personeel. De tandarts dient terdege op de hoogte te zijn van de algemene voortschrijding van het ziekteproces en de bijzondere manifestaties die bij de afzonderlijke patiënt zijn te verwachten. Eventuele medische problemen dienen onder controle te zijn en uitgebreide verzorgingsmaatregelen zijn nodig voordat kan worden overgegaan tot min of meer ingrijpende tandheelkundige procedures. De tandarts doet er goed aan zich te onthouden van het voorschrijven van medicamenten die een ongewenste interactie veroorzaken met de middelen die de behandelende artsen gewoonlijk toepassen.

In het bijzonder de lever en de nieren zijn in dit opzicht van belang. Het zijn beide organen die met het stijgen van de leeftijd op in de tandheelkunde veelal aangewende middelen minder gunstig reageren. De lever produceert met het ouder worden minder albumine. De meeste geneesmiddelen worden echter juist door albumine gebonden, zodat zij niet langer werkzaam zijn. Dit betekent dus dat zij bij bejaarden langer in ongebonden staat in het bloed circuleren. Dan zijn ze dus nog wel actief, maar de toxische bijwerkingen helaas evenzeer. De lever is tevens het voornaamste orgaan dat verantwoordelijk is voor het metabolisme van geneesmiddelen. Op hogere leeftijd neemt de massa van het leverweefsel af en de bloedstroom evenzeer, zodat het tempo van de omzetting van medicamenten eveneens minder wordt. Dit geldt in het bijzonder voor middelen tot plaatselijke verdoving, zoals lidocaïne en mepivacaïne, verder voor analgetica (aspirine, codeïne) en voor bepaalde antibiotica (ampicilline, tetracycline).

Ook de nier, verantwoordelijk voor de uitscheiding van medicamenten en hun

toxische bijproducten, ondergaat veranderingen, die samenhangen met de veroudering. Zij komen tot uiting in een verminderde doorstroming met bloed en een sterk afnemend filtreervermogen. Ook hierdoor blijven medicamenten en hun bijproducten dus langer in de circulatie dan in het algemeen wenselijk is.

Het spreekt vanzelf dat bij het voorschrijven van geneesmiddelen met deze eigenschappen rekening moet worden gehouden. Toepassing van relatief langdurig werkende farmaca, valium bijvoorbeeld, barbituraten en non-steroïdale middelen tegen ontsteking, dienen zoveel mogelijk te worden vermeden. Bij problemen dienaangaande kan een klinisch farmacoloog nuttig advies geven. Een goede leidraad vindt men in de overweging dat bij bejaarde patiënten een enkelvoudige dosis van de meeste geneesmiddelen in de bloedspiegel een piek teweegbrengt, die tweemaal zo hoog is als bij een jeugdige patiënt en dat de halveringstijd dienovereenkomstig het dubbele bedraagt.

## 8.3. Psychologische benadering

Natuurlijk is de psychologische benadering van de demente patiënt voor het welslagen van elke tandheelkundige behandeling van essentieel belang. Dit vereist in de eerste plaats het vermogen, zijn snel afgeleide aandacht in de juiste banen te leiden. Dit kan gewoonlijk worden bereikt door alert te reageren op hetgeen de patiënt op een bepaald ogenblik nodig heeft, verder door een goede communicatie, waardoor hij het gevoel krijgt in veilige handen te zijn gesteld.

Inleidende routinehandelingen, zoals het meten van de bloeddruk, het geven van injecties voor plaatselijke verdoving en het aanleggen van cofferdam, dienen bij demente personen behoedzaam te worden voorbereid, waarbij de practicus hen recht

in de ogen kijkt en hun rustig en duidelijk uitlegt wat er gaat gebeuren, zo nodig meer dan éénmaal. Vermijding van ingewikkelde vaktaal is daarbij essentieel. Een en ander geldt evenzeer voor de als min of meer agressief ervaren profylactische maatregelen, zoals mondonderzoek, professionele mondreiniging en de applicatie van fluoridegels, die bij de driemaandelijke controles worden uitgevoerd. Bij deze gelegenheden is onderricht in mondhygiëne eveneens onontbeerlijk.

Het is bij dit alles van vitaal belang dat het niet-tandheelkundige verplegende personeel terdege wordt voorgelicht omtrent preventief-tandheelkundige zaken, opdat het nuttig consult kan verstrekken als er zich problemen mochten voordoen in de periode tussen de driemaandelijke controles.

## 9. SLOTOPMERKINGEN

Het vorenstaande heeft in het bijzonder betrekking op gehospitaliseerde demente bejaarden. Uit het artikel van Friedlander c.s. valt op te maken dat de tandheelkundige voorziening van deze patiënten in de Verenigde Staten aan redelijke eisen voldoet.<sup>1</sup> Maar de auteurs merken op dat ook daar nog steeds gebrek bestaat aan mogelijkheden tot gebitszorg ten behoeve van patiënten die niet in verzorgingshuizen worden verpleegd. Bij deze categorie komt van een doelmatige behandeling doorgaans niet veel terecht. Dit is volgens de schrijvers aan lacunes in dit opzicht tijdens de klinische fase van het onderwijs toe te schrijven. Hierdoor krijgt de aanstaande tandarts te weinig praktische ervaring met betrekking tot de symptomen van de ziekte en de omgang met de lijdens. Dit is te betreuren want een doelgerichte behandeling kan ook voor hen zeer lonend zijn.

J. B. Visser, oud-redacteur

## SUMMARY

### PATIENTS WITH DEMENTIA: MEDICAL AND DENTAL ASPECTS

Key words: Geriatric dentistry – Pathology

Primarily based upon a publication of Friedländer c.s. in *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, some aspects of dementia and in particular the Alzheimer disease and their consequences for the dental management are discussed.

## LITERATUUR

<sup>1</sup>FRIEDLANDER AH, JARVIK LF. The dental management of the patient with dementia. *Or Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 549-53.

<sup>2</sup>VAN CREVEL H. Diagnostiek bij dementie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1065-8.

<sup>3</sup>DERIX MMA, HIJDR A. Corticale en subcorticale dementie, een zinvol onderscheid? *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1070-4.

<sup>4</sup>VANNESTE JAL, HYMAN R. Klinische en neuropsychologische kenmerken van 'normal pressure hydrocephalus'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1080-4.

<sup>5</sup>SHAPIRO S, HAMBY CL, SHAPIRO DA. Alzheimer's disease: an emerging affliction of the aging population. *J Am Dent Assoc* 1985; 111: 287-92.