



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

# **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ (Κ.Ο.)**

---

## **Κ.Ο.-1: ΑΝΟΙΑ**

---

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΛΖΧΕΙΜΕΡ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ  
ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ**

**Αθήνα**  
**Μάιος 2014**

## Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
Κατάρτιση Κλινικών Οδηγιών.....	6
Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την άνοια .....	7
Ομάδα Κατάρτισης των Κλινικών Οδηγιών.....	9
<b>1    Περίληψη.....</b>	<b>10</b>
<b>2    Εισαγωγή .....</b>	<b>11</b>
<b>3    Γενικά στοιχεία.....</b>	<b>14</b>
3.1    Βασικές προτεραιότητες.....	14
3.2    Βασικές αρχές στη φροντίδα ατόμων με άνοια .....	15
3.2.1    Διασφάλιση των δικαιωμάτων και εκτίμηση των αναγκών .....	15
3.2.2    Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση .....	16
3.2.3    Θέματα δεοντολογίας: ενήμερη συγκατάθεση και εκ των προτέρων δηλώσεις.....	17
3.2.4    Εκπαίδευση και εξέλιξη του προσωπικού φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας.....	18
3.2.5    Σχεδιασμός του περιβάλλοντος για άτομα με άνοια .....	20
3.3    Συντονισμένη φροντίδα και διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών.....	20
3.4    Παράγοντες κινδύνου και έγκαιρη αναγνώριση της άνοιας.....	21
3.5    Πρόληψη.....	22
<b>4    Διαγνωστική Εκτίμηση .....</b>	<b>23</b>
4.1    Κλινική διάγνωση.....	23
4.2    Ιατρικό ιστορικό.....	24
4.3    Νευρολογική και γενική κλινική εξέταση .....	24
4.4    Εκτίμηση νοητικών λειτουργιών.....	25
4.4.1    Σφαιρική νοητική λειτουργία.....	26

4.4.2	Λειτουργία της μνήμης .....	26
4.4.3	Εκτελεστικές λειτουργίες .....	27
4.4.4	Άλλες νοητικές λειτουργίες.....	27
4.5	Εκτίμηση διαταραχών της συμπεριφοράς και ψυχιατρικών συμπτωμάτων .....	28
4.6	Εκτίμηση καθημερινών δραστηριοτήτων.....	32
4.7	Εκτίμηση συν-νοσηρότητας.....	33
4.8	Εξετάσεις αίματος.....	34
4.9	Νευροαπεικόνιση .....	35
4.10	Ηλεκτροεγκεφαλογραφία.....	38
4.11	Ανάλυση του ΕΝΥ.....	38
4.12	Γενετικός έλεγχος.....	39
4.13	Περαιτέρω διερεύνηση.....	40
<b>5</b>	<b>Αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer .....</b>	<b>41</b>
5.1	Ανακοίνωση της διάγνωσης.....	41
5.2	Ολιστική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων συναφών διαταραχών...	43
5.3	Φαρμακευτική θεραπεία.....	44
5.3.1	Αναστολείς χολινεστερασών.....	44
5.3.2	Μεμαντίνη.....	47
5.3.3	Άλλα φάρμακα και παρεμβάσεις.....	48
5.4	Θεραπεία της αγγειακής άνοιας (ΑΑ).....	53
5.4.1	Αναστολείς χολινεστερασών.....	54
5.4.2	Μεμαντίνη.....	55
5.4.3	Αντι-αιμοπεταλιακά και άλλα φάρμακα.....	55
5.5	Θεραπεία της άνοιας στη νόσο Parkinson και της άνοιας με σωματίδια Lewy .....	57
5.6	Παρακολούθηση της θεραπείας με αναστολείς χολινεστερασών και μεμαντίνη σε ασθενείς με άνοια.....	58
5.7	Θεραπεία άλλων ανοιών .....	59

5.8	Μη φαρμακευτικές θεραπείες για την άνοια.....	60
5.9	Θεραπεία των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στην άνοια .....	62
5.10	Συμβουλευτική και υποστήριξη για περιθάλποντες .....	64
5.11	Νομικά ζητήματα .....	66
5.12	Οδήγηση .....	67
5.13	Συμπέρασμα .....	68
<b>6</b>	<b>Παράρτημα.....</b>	<b>69</b>
6.1	Ιστορικό Ασθενούς.....	70
6.2	Κλινικά Κριτήρια .....	80
6.2.1	Κριτήρια Ήπιας Νοητικής Διαταραχής.....	80
6.2.2	Κριτήρια Άνοιας (ανεξαρτήτως αιτιολογίας) .....	82
6.2.3	Πιθανή Νόσος Alzheimer .....	83
6.2.4	Κριτήρια Αγγειακής Άνοιας.....	84
6.2.5	Κριτήρια Lund-Manchester Research (LMRC) για Μετωποκροταφική άνοια .	85
6.2.6	Κριτήρια άνοιας με σωματία Lewy .....	87
6.2.7	Κριτήρια άνοιας.....	89
6.3	Νευροψυχολογικές δοκιμασίες.....	90
6.3.1	Σύντομη Δοκιμασία Εκτίμησης Νοητικής Κατάστασης (MINI MENTAL STATE EXAMINATION, MMSE) .....	90
6.3.2	Νοητική Εκτίμηση Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MOCA).....	93
6.3.3	Η δοκιμασία των 5 λέξεων (“5 words test”) .....	95
6.3.4	Σύνθετες Δραστηριότητες της Καθημερινής Ζωής (Instrumental Activities Of Daily Living Scale, IADL).....	97
6.3.5	Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης – Geriatric Depression Scale, GDS (Short form of 15 questions).....	100
6.3.6	Κλίμακα Cornell για την εκτίμηση της Κατάθλιψης στη Άνοια (CSDD) .....	101
6.3.7	Νευροψυχιατρικό Ερωτηματολόγιο (Neuropsychiatric Inventory, NPI) .....	103

6.3.8	Κλίμακα Νοητικής και Λειτουργικής Εκτίμησης (Functional and Cognitive Assessment Scale, FUCAS).....	110
6.3.9	Κλίμακα σταδιοποίησης της άνοιας (Clinical Dementia Rating, CDR) .....	121
6.3.10	Παγκόσμια Κλίμακα Εκτίμησης της Άνοιας του Rowland (Rowland Universal Dementia Assessment Scale, RUDAS): Οδηγός χορήγησης και βαθμολόγησης.....	125
6.3.11	Εξέταση Συνοσηρότητας: Τροποποιημένη Αθροιστική Κλίμακα Ασθενειών (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, CIRS-G).....	142
6.3.12	Δοκιμασία εξέτασης της Νοητικής Κατάστασης για τους Γενικούς γιατρούς (General Practitioner Assessment of Cognition Score, GPCOG) .....	144
6.3.13	Ερωτηματολόγιο Πληροφοριοδότη σχετικά με τη Νοητική Εξασθένηση στους Ηλικιωμένους (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE).....	147
6.3.14	Απαντητικό για όλες σχεδόν τις ανωτέρω κλίμακες.....	151
6.4	Κλινική προσέγγιση Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	152
6.4.1	Εισαγωγή.....	152
6.4.2	Διάγνωση.....	154
6.4.3	Θεραπεία.....	156
6.5	Πίνακας Αντιχολινεργικών φαρμάκων .....	159
6.6	Πίνακας Θεραπείας Νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων .....	164
<b>7</b>	<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>169</b>

## Κατάρτιση Κλινικών Οδηγιών

---

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες είναι «συστηματικά διαμορφωμένες προτάσεις που βοηθούν τους κλινικούς ιατρούς και τους ασθενείς στην επιλογή της κατάλληλης διαγνωστικής διαδικασίας και θεραπείας για συγκεκριμένες καταστάσεις»<sup>1</sup>. Βασίζονται στα καλύτερα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, ενώ, στις περιπτώσεις που τα υφιστάμενα στοιχεία είναι ελλιπή, περιλαμβάνουν προτάσεις και συστάσεις που βασίζονται στις ευρέως αποδεκτές προτάσεις μιας Ομάδας Κατάρτισης των Κατευθυντήριων Οδηγιών.

Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες στοχεύουν στη βελτίωση της καθιερωμένης διάγνωσης, φροντίδας και περίθαλψης, στην εξάλειψη των μη αποδεκτών διαφορών στην παρεχόμενη περίθαλψη στις διάφορες μονάδες και υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και στη διασφάλιση ενός ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας, βελτιώνοντας τόσο τις διαδικασίες, όσο και την έκβαση της περίθαλψης<sup>20</sup>. Ειδικότερα:

- παρέχουν αναθεωρημένες προτάσεις βασιζόμενες στα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα για τη διαχείριση καταστάσεων και διαταραχών από τους επαγγελματίες υγείας
- μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για τη θέσπιση κριτηρίων αξιολόγησης της κλινικής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας
- δύνανται να διαμορφώσουν τη βάση εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας
- βοηθούν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και τους περιθάλποντές τους στη λήψη εμπειριστατωμένων αποφάσεων για τη θεραπεία και τη φροντίδα τους
- βελτιώνουν την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των χρηστών και των περιθαλπόντων τους
- συμβάλλουν στην ιεράρχηση των πεδίων ενδιαφέροντος του συγκεκριμένου γνωστικού αντικείμενου για περαιτέρω έρευνα.

Ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν αποτελούν υποκατάστατο της επαγγελματικής γνώσης και της κρίσης του επαγγελματία και δεν καταργούν την εξατομίκευση της περίθαλψης και την αναγνώριση των κατά περίπτωση διαθέσιμων μέσων, ατομικών συνθηκών και επιλογών. Η χρήση και η δυνατότητα εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών περιορίζονται από παράγοντες που σχετίζονται με την αξιοπιστία των ερευνητικών δεδομένων, τη διαθεσιμότητά τους, τη δυνατότητα ή μη γενίκευσης των ερευνητικών δεδομένων και τις ιδιαιτερότητες του κάθε χρήστη υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, ο οδηγός αυτός δεν υπερισχύει της ατομικής ευθύνης των επαγγελματιών υγείας για τη λήψη των αποφάσεων που είναι οι πλέον κατάλληλες για την περίπτωση, σε συνεννόηση με τον ίδιο το χρήστη ή τον περιθάλποντά του. Άλλωστε, πέρα από τα κλινικά δεδομένα, στη διαμόρφωση των συστάσεων και προτάσεων των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά το δυνατόν και η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας<sup>20</sup>.

### Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την άνοια

Η **άνοια** προσδιορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια κρίσιμη προτεραιότητα της Δημόσιας Υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και η νόσος Alzheimer –η πιο συχνή άνοια– είναι η 6<sup>η</sup> αιτία θανάτου στις ΗΠΑ. Προσβάλλει τουλάχιστον 200.000 Έλληνες, 10 εκατομμύρια Ευρωπαίους, 44 εκ. ανθρώπους παγκοσμίως και σχετίζεται με σοβαρή σωματική, κοινωνική και ψυχιατρική αναπηρία για τους ίδιους τους ασθενείς με συνοδό σημαντική επιβάρυνση για τα μέλη της οικογένειας που παρέχουν φροντίδα.

Για την κατάρτιση των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την άνοια, το Υπουργείο Υγείας και πιο συγκεκριμένα, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, σε συνεργασία με το Μηχανισμό Υποστήριξης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Συμβ. 30/2011, ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ Α.Ε. – ΚΕΣΔ ΙΔΡΥΜΑ Δ.Θ. ΤΣΑΤΣΟΥ), αξιοποίησε τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιρειών για τη Διάγνωση και Αντιμετώπιση της Νόσου Alzheimer, όπως μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν από την Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία.

Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω κείμενο κλινικών οδηγιών, το Υπουργείο Υγείας συγκρότησε **Ομάδα Εργασίας** για την τελική έκδοση κλινικών οδηγιών για την άνοια, αποτελούμενη από εξωτερικούς εμπειρογνώμονες, εξειδικευμένους στη Διάγνωση και

Αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων διαταραχών σχετιζόμενων με άνοια. Έργο της εν λόγω Ομάδας Εργασίας αποτέλεσε η αξιολόγηση, η επικαιροποίηση, η περαιτέρω προσαρμογή και η οριστικοποίηση των κλινικών οδηγιών, στη βάση της σύγχρονης βιβλιογραφίας (έως το 2013), αλλά και της κλινικής τους εμπειρίας.

Στόχος είναι οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες για την άνοια να εφαρμοστούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, τηρουμένων των προβλεπόμενων διαδικασιών, στο πλαίσιο του από 24.04.2013 Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ του Επιτρόπου Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ένταξης κυρίου László Andor και του Υπουργού Υγείας κυρίου Ανδρέα Λυκουρέντζου, σε σχέση με τον καθορισμό προτύπων ποιότητας, στη βάση της θέσπισης θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών παρακολούθησης του αποκαταστασιακού έργου.



## **Ομάδα Κατάρτισης των Κλινικών Οδηγιών**

Η Ομάδα Εργασίας συγκροτήθηκε με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας (υπ' αριθμ. πρωτ. ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ.316/3-1-2014, ΑΔΑ: ΒΙ63Θ-ΟΙΗ) ως εξής:

### **Τσολάκη Μαγδαληνή (Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας)**

Τσολάκη Μαγδαληνή, MD, PHD, Νευρολόγος-Ψυχίατρος, Καθηγήτρια Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer

### **Σακκά Παρασκευή**

Σακκά Παρασκευή, MD, PHD, Νευρολόγος-Ψυχίατρος, Πρόεδρος της Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Άνοιας, Διευθύντρια Ιατρείου Μνήμης-Νοσοκομείο Υγεία

### **Πολίτης Αντώνιος**

Αντώνιος Μ. Πολίτης MD, Ψυχίατρος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και part-time faculty at Division of Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry, John's Hopkins Medical School

### **Σούλης Γεώργιος**

Σούλης Γεώργιος, MD PhD, Γενικός Ιατρός, Μετεκπαίδευση στο γνωστικό αντικείμενο Γηριατρικής-Γεροντολογίας, Επικουρικός Επιμελητής Β', Κέντρο Υγείας Καλυβίων

### **Κουλούρη Φωτεινή**

Κουλούρη Φωτεινή, MSc, PhD c, Διοικητικός Επιστήμων, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας

## 1 Περίληψη

Ο στόχος των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών για την άνοια είναι να παρουσιάσει τεκμηριωμένες οδηγίες για την καθοδήγηση νευρολόγων, γηριάτρων, ψυχιάτρων, ψυχογηριάτρων και άλλων ειδικευμένων ιατρών υπεύθυνων για τη φροντίδα ασθενών με άνοια. Καλύπτει κύριους τομείς της διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπείας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον τύπο του ασθενούς που συχνά παραπέμπεται στον ειδικό ιατρό. Εστιάζει κύρια στη νόσο Alzheimer (ΝΑ), αλλά πολλές από τις προτάσεις αφορούν γενικώς στις διαταραχές των ανοιών.

Η ομάδα εργασίας εξέτασε και ταξινόμησε στοιχεία από πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες, μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις, δημοσιευμένες μέχρι τον Ιανουάριο του 2014. Τα στοιχεία ταξινομήθηκαν και οι ομόφωνες προτάσεις βαθμολογήθηκαν με βάση τις οδηγίες του EFNS. Όπου υπήρχε έλλειψη στοιχείων, αλλά ξεκάθαρη συναίνεση, θεωρήθηκαν ως θέσεις ή προτάσεις ορθής πρακτικής. Οι προτάσεις για την κλινική διάγνωση, τις εξετάσεις αίματος, την νευροαπεικόνιση, την ηλεκτροεγκεφαλογραφία, την ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, τον γενετικό έλεγχο, την βιοψία εγκεφαλικού ιστού, την ανακοίνωση της διάγνωσης, τη θεραπεία, και συμβουλές και υποστήριξη για τους περιθάλποντες, αναθεωρήθηκαν στο σύνολό τους συγκρινόμενες με τις προηγούμενες οδηγίες του EFNS<sup>2</sup>.

Νέες προτάσεις προστέθηκαν για τη θεραπεία της αγγειακής άνοιας (ΑΑ), της άνοιας της νόσου Parkinson, και της άνοιας με σωματίδια Lewy (ΑΣΛ), για την παρακολούθηση της θεραπείας, και την αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς και των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στην άνοια, καθώς και για νομικά ζητήματα. Ο ειδικευμένος ιατρός διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο μαζί με τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ομάδες ειδικών για την άνοια που έχουν σχηματιστεί στην Ευρώπη. Αυτές οι οδηγίες μπορεί να συνεισφέρουν στον καθορισμό του ρόλου του ειδικού ιατρού στην παροχή φροντίδας για την άνοια.

## 2 Εισαγωγή

Η άνοια είναι μια μείζων νοητική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από έκπτωση σε μια ή σε περισσότερες από τις νοητικές λειτουργίες, που έχει ως αποτέλεσμα τη λειτουργική διαταραχή στην καθημερινή ζωή. Είναι συνήθως προοδευτική και μη αναστρέψιμη και μπορεί να είναι το αποτέλεσμα διαφόρων αιτιών – συχνά σε συνδυασμό. Η νόσος Alzheimer (NA) είναι αυτή που συναντάται πιο συχνά. Οι άνοιες αποτελούν μία από τις πρώτες 10 αιτίες που προκαλούν ανικανότητα στις αναπτυγμένες χώρες. Με βάση τους υπολογισμούς της Alzheimer's Disease International, υπάρχουν στις μέρες μας 44 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν με άνοια παγκοσμίως, αριθμός που θα ανέλθει σε 65.7 εκ. μέχρι το 2030 και σε 115.4 εκ. μέχρι το 2050. Η άνοια προσβάλλει τουλάχιστον 150.000-200.000 στην Ελλάδα<sup>3, 4</sup>, 10 εκατομμύρια ανθρώπους στην Ευρώπη<sup>5</sup>, υπολογίζεται ότι μέχρι το 2025 περίπου 6.7 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ θα έχουν νόσο Alzheimer και σχετίζεται με σημαντική σωματική, κοινωνική και ψυχιατρική αναπηρία των ασθενών και σημαντικό φορτίο και πίεση των μελών της οικογένειας που παρέχουν φροντίδα. Επιπλέον, η NA και οι άλλες άνοιες καταλαμβάνουν την δεύτερη θέση στο σύνολο των εγκεφαλικών νόσων σε ότι αφορά την απώλεια λειτουργικών ετών ζωής εξαιτίας της αναπηρίας<sup>6</sup> και είναι η 6<sup>η</sup> αιτία θανάτου στις ΗΠΑ<sup>7</sup>. Το κόστος της άνοιας παγκοσμίως το 2010 ανήλθε σε 604 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ στην Ευρώπη το 2006 υπερέβη τα 170 δισεκατομμύρια ευρώ. Αποτελεί περίπου το 1% του παγκόσμιου Α.Ε.Π. , χωρίς να περιλαμβάνονται έμμεσα κόστη και κόστη νεαρών ασθενών με άνοια<sup>8</sup>, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων ξοδεύεται για την φροντίδα σε ιδρύματα. Η πρώτη ελληνική μελέτη<sup>9</sup> έχει δείξει ότι το ετήσιο κόστος της άνοιας ανά ασθενή φτάνει τα 20.966,40 €. Μια άλλη μελέτη<sup>10</sup> τονίζει πως σε διαφορετικά στάδια της νόσου, υπάρχει και διαφορετικό κόστος: στο **στάδιο αυτονομίας** το μηνιαίο κόστος είναι 341 €, στο **στάδιο εξάρτησης στο σπίτι** είναι 957 €, και στο **στάδιο εξάρτησης στο ίδρυμα** είναι 1,267 €. Από την ίδια μελέτη φαίνεται ότι η εξέλιξη της νόσου και η μετάβαση προς τα βαρύτερα στάδια αυξάνει σημαντικά το κόστος και επιβαρύνει τα συστήματα υγείας. Επομένως κρίνεται αναγκαία η αντιμετώπιση της νόσου στα αρχικά της στάδια και η κατά το δυνατό επιβράδυνση της εξέλιξής της. Ως εκ τούτου, χρειάζεται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, αλλά και των επαγγελματιών υγείας στην κατεύθυνση της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Τέλος, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι στο ήπιο στάδιο το κόστος είναι 12.140±6.555,9, στο μέτριο στάδιο το κόστος είναι 13.735±7.858,7 και στο σοβαρό στάδιο το κόστος ανέρχεται στο

ποσό 22.666±8.467,2.<sup>11</sup>

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν σημαντικά στοιχεία για τα πλεονεκτήματα της πρώιμης διαγνωστικής εκτίμησης, θεραπείας και κοινωνικής υποστήριξης, το ποσοστό διάγνωσης και θεραπείας ασθενών με άνοια παρουσιάζει σημαντική διακύμανση στην Ευρώπη<sup>12</sup>. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με άνοια, ενώ σε πολλά Κέντρα έχουν σχηματιστεί ομάδες ειδικών για να διευκολύνουν την αντιμετώπιση των πολύπλοκων αναγκών ασθενών και περιθαλπόντων κατά την εξέλιξη της άνοιας. Οι νευρολόγοι και άλλοι ειδικευμένοι ιατροί παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτές τις ομάδες και κλινικές άνοιας μαζί με άλλους επαγγελματίες με ειδική εκπαίδευση στην άνοια.

Το 2003 δημιουργήθηκε μια ομάδα εργασίας για να προχωρήσει στην αναθεώρηση των οδηγιών του EFNS για την άνοια που εκδόθηκαν το 2000<sup>13</sup>, με πρωταρχικό στόχο να παρέχει τεκμηριωμένη καθοδήγηση σε κλινικούς νευρολόγους, γηριάτρους, ψυχογηριάτρους, και άλλους ειδικούς ιατρούς υπεύθυνους για τη φροντίδα ασθενών με άνοια. Αυτές οι οδηγίες περιλαμβάνουν ως κύρια θέματα τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ΝΑ και άλλων ανοιών. Η ομάδα εργασίας που διορίστηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του EFNS περιλάμβανε νευρολόγους, γηριάτρους και ψυχογηριάτρους με κλινική και ερευνητική εξειδίκευση στην άνοια και έναν αντιπρόσωπο από την οργάνωση ασθενών "Alzheimer Europe". Οι οδηγίες αφορούν ασθενείς με πιθανή ή διαγνωσμένη άνοια και καλύπτουν τομείς διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπείας, με ιδιαίτερη έμφαση στον τύπο του ασθενούς που παραπέμπεται στον ειδικό. Δεν περιλαμβάνουν, παρόλα αυτά, στοιχεία για τη θεραπεία της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής (Mild Cognitive Impairment). Εστιάζουν κύρια στην ΝΑ, αλλά υπάρχουν και άλλες καταστάσεις, αν και μικρότερης συχνότητας, που απαιτούν συγκεκριμένη εκτίμηση και θεραπεία, ενώ πολλές από τις προτάσεις αφορούν σε άνοιες γενικά. Τα στοιχεία για αυτές τις οδηγίες της EFNS συλλέχτηκαν από ανασκοπήσεις της Cochrane Library, άλλες δημοσιευμένες μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις, άλλες τεκμηριωμένες οδηγίες για την άνοια, συμπεριλαμβανομένων των παραμέτρων της Αμερικανικής Ακαδημίας της Νευρολογίας (AAN)<sup>14, 15, 16</sup> και πρωτότυπες επιστημονικές εργασίες δημοσιευμένες σε έγκυρα περιοδικά μέχρι τον Ιανουάριο του 2006. Για κάθε θέμα, τα στοιχεία αναζητήθηκαν στο MEDLINE με βάση προκαθορισμένα πρωτόκολλα έρευνας. Τα επιστημονικά στοιχεία για διαγνωστικές έρευνες και θεραπείες εκτιμήθηκαν σύμφωνα με προκαθορισμένα επίπεδα βεβαιότητας (τάξη I, II, III, IV) και οι προτάσεις βαθμολογήθηκαν σύμφωνα με την ισχύ των στοιχείων (επίπεδο A, B ή C),

χρησιμοποιώντας τους ορισμούς που δίνονται στις οδηγίες του EFNS<sup>17</sup>. Για την εξέταση σημαντικών κλινικών ερωτημάτων για τα οποία δεν υπήρχαν στοιχεία, η ομάδα πρότεινε «θέσεις ορθής πρακτικής», βασισμένα στην εμπειρία και στη συναίνεση των μελών της ομάδας. Η συναίνεση επιτεύχθηκε με την κυκλοφορία προσχεδίων του κειμένου στα μέλη της ομάδας και με συζήτηση για την ταξινόμηση των στοιχείων και των προτάσεων σε τέσσερις συναντήσεις κατά τα έτη 2004 και 2005.

Αυτός ο οδηγός αναθεωρήθηκε το 2007<sup>2</sup> και το 2010<sup>18</sup>.

Οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες έχουν ως βάση τις οδηγίες του 2007 και του 2010, αλλά έχουν προστεθεί και πρόσφατες οδηγίες άλλων συμβουλίων από όλο τον κόσμο. Επίσης συζητήθηκαν σε δύο συναντήσεις της ομάδας εργασίας 29/1 και 20/2/2014<sup>19</sup>.

### 3 Γενικά στοιχεία

#### 3.1 Βασικές προτεραιότητες

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (National Institute for Health & Clinical Excellence, NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου, στις κατευθυντήριες οδηγίες για την υποστήριξη των ατόμων με άνοια και των περιθαλπόντων τους, τις οποίες εξέδωσε το 2006 και αναθεώρησε το 2012<sup>20</sup>, θέτει μια σειρά από προτεραιότητες για την περίθαλψη των ατόμων με άνοια. Σε αυτές, περιλαμβάνονται:

- η υποστήριξη των περιθαλπόντων
- ο συντονισμός και η απαρτίωση της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής μέριμνας
- η διαχείριση των ατόμων με άνοια σε τμήματα επειγόντων περιστατικών
- η αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς

Ειδικότερα, οι **περιθάλποντες** των ατόμων με άνοια βιώνουν ψυχολογική καταπόνηση και πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της ψυχοθεραπείας από ειδικευμένους επαγγελματίες. Σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας πρέπει να διασφαλίζουν το δικαίωμα των περιθαλπόντων να αναζητούν εκτίμηση των αναγκών τους.

Επίσης, βασική προτεραιότητα αποτελεί ο **συντονισμός και η απαρτίωση των υπηρεσιών** υγείας και κοινωνικής μέριμνας που προσφέρονται από όλο το φάσμα των φορέων που εμπλέκονται στη θεραπεία και στη φροντίδα των ατόμων με άνοια και των περιθαλπόντων τους. Η συντονισμένη φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει ένα πλάνο φροντίδας το οποίο έχει συμφωνηθεί ανάμεσα στις κοινωνικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υγείας και το οποίο λαμβάνει υπόψη τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ατόμου με άνοια και του περιθαλπόντά του. Το πλάνο φροντίδας πρέπει να καταρτίζεται με τη συμμετοχή του ατόμου με άνοια ή/και των περιθαλπόντων του. Τέλος, θα πρέπει να διενεργείται τακτική ενημέρωση του φακέλου του ατόμου με άνοια, σχετικά με το πλάνο φροντίδας του.

Όσον αφορά τη **διαχείριση των ατόμων με άνοια σε μονάδες επειγόντων περιστατικών**, το NICE<sup>20</sup> ορίζει ότι τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων και των

Κέντρων Υγείας πρέπει να διαθέτουν ειδικά πρωτόκολλα εξειδικευμένα ως προς τις προσωπικές και κοινωνικές ανάγκες φροντίδας της ψυχικής και φυσικής υγείας των ατόμων με άνοια που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτές για οποιοδήποτε λόγο.

Τέλος, οι **διαταραχές συμπεριφοράς** στην άνοια ονοματίζονται συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (behavioral and psychological symptoms) ή νευροψυχιατρικά συμπτώματα (neuropsychiatric symptoms) που εμφανίζουν οι ασθενείς στη πορεία της νόσου. Το κάθε νευροψυχιατρικό σύμπτωμα εμφανίζει διαφορετικά ποσοστά επιπολασμού στα διαφορετικά είδη άνοιας, αλλά και διαφορετικό τρόπο κλινικής έκφρασης και θεωρούνται από τις σοβαρές αιτίες επιβάρυνσης των συγγενών ασθενών με άνοια και την πλέον σημαντική παράμετρο επιδείνωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών. Συνεπώς, η αναγνώριση, διαχείριση και αντιμετώπισή τους αποτελεί σημαντικό στόχο του θεραπευτικού σχεδιασμού. Σημαντικές είναι οι πρόσφατες εξελίξεις τόσο στην αναγνώριση και καταγραφή των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, όσο και στους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς<sup>21</sup>. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση τους μπορεί να είναι: περιβαλλοντικοί, βιολογικοί και νευροβιολογικοί.

Η εκτίμηση και η ανάλυση των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας σε συνεργασία με τους περιθάλποντες, έτσι ώστε ο θεραπευτικός σχεδιασμός να εξατομικεύεται και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενούς.

## **3.2 Βασικές αρχές στη φροντίδα ατόμων με άνοια**

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του NICE<sup>20</sup>, η φροντίδα υγείας και η κοινωνική μέριμνα για τα άτομα με άνοια και τους περιθάλποντές τους θα πρέπει να διέπεται από τις ακόλουθες βασικές αρχές.

### **3.2.1 Διασφάλιση των δικαιωμάτων και εκτίμηση των αναγκών**

Τα άτομα με άνοια δεν πρέπει να αποκλείονται από οποιαδήποτε υπηρεσία εξαιτίας της διάγνωσης, της ηλικίας ή των υπάρχοντων νοητικών ελλειμμάτων τους. Οι επαγγελματίες

πρέπει πάντα να αντιμετωπίζουν με σεβασμό τα άτομα με άνοια και τους περιθάλποντές τους.

Οι επαγγελματίες πρέπει να αναγνωρίζουν τις ειδικές ανάγκες των ατόμων με άνοια και των περιθαλπόντων τους, ενώ τα πλάνα φροντίδας πρέπει να αποτυπώνουν και να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές. Ειδικότερα, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα: το ενδεχόμενο κακής σωματικής υγείας, η φυσική ανικανότητα, πιθανές αισθητηριακές διαταραχές, δυσκολίες επικοινωνίας, προβλήματα διατροφής, κακή στοματική υγιεινή και νοητικά ελλείμματα.

Παράλληλα, θα πρέπει πάντα να συνυπολογίζονται, ιδιαίτερα σε δομές μακροχρόνιας παραμονής, και χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, η θρησκεία, οι διατροφικές συνήθειες και η σεξουαλικότητα.

Στις περιπτώσεις που η μητρική γλώσσα του ασθενούς αποτελεί φραγμό στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας, οι επαγγελματίες πρέπει να παρέχουν στο άτομο με άνοια ή/και στον περιθάλποντά του υπηρεσίες αξιολόγησης με κατάλληλες νευροψυχολογικές δοκιμασίες, πληροφορίες στην προτιμώμενη γλώσσα και ψυχολογικές παρεμβάσεις στην προτιμώμενη γλώσσα, καθώς και ανεξάρτητους διερμηνείς.

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, θα πρέπει να αξιολογείται επιπλέον και η επίπτωση της άνοιας στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, περιλαμβάνοντας με ευαισθησία και τις σεξουαλικές σχέσεις<sup>22</sup>. Μάλιστα, όταν ενδείκνυται, θα πρέπει να παρέχονται πληροφορίες αναφορικά με τις τοπικές υπηρεσίες που μπορούν να παράσχουν υποστήριξη στα άτομα με άνοια ή/και στους συντρόφους ή/και στους περιθάλποντές τους.

Τέλος, δεδομένου ότι τα άτομα με άνοια είναι ευάλωτα σε κακομεταχείριση και παραμέληση, όλο το προσωπικό φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας που τα υποστηρίζει πρέπει να εκπαιδεύεται σχετικά με το θέμα αυτό και να συμμορφώνεται με την ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία των ενηλίκων.

### **3.2.2 Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση**

Άτομα που πιθανολογείται να έχουν άνοια λόγω ενδείξεων νοητικής και λειτουργικής έκπτωσης, αλλά που δεν έχουν επίσημη διάγνωση άνοιας, πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες.



Οι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα νεαρότερης ηλικίας τα οποία εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας, όπως τα άτομα με νοητική αναπηρία, θα πρέπει να λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση σχετικά με την άνοια. Τα άτομα με νοητική αναπηρία και όσοι τα υποστηρίζουν θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες συμβουλευτικής και υποστήριξης σχετικά με την άνοια.

Επισημαίνεται ότι τα άτομα νεαρότερης ηλικίας που εμφανίζουν άνοια, έχουν ειδικές ανάγκες φροντίδας. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν πολύπλευρες εξειδικευμένες υπηρεσίες για άτομα με μορφές άνοιας με εμφάνιση πριν τα 65 χρόνια, οι οποίες να καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων αυτών, σε επίπεδο εκτίμησης, διάγνωσης και φροντίδας.

### **3.2.3 Θέματα δεοντολογίας: ενήμερη συγκατάθεση και εκ των προτέρων δηλώσεις**

Οι επαγγελματίες πρέπει να επιδιώκουν τη λήψη έγκυρης συγκατάθεσης από τα άτομα με άνοια σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις ακολουθούμενες διαδικασίες. Ως έγκυρη νοείται η συγκατάθεση, εφόσον περιλαμβάνει ενημέρωση του ατόμου σχετικά με την κατάστασή του και τις υφιστάμενες επιλογές και στο βαθμό που διασφαλίζει ότι το άτομο έχει ελευθερία βούλησης για τη θεραπεία του και συνεχίζει να συγκατατίθεται στη διάρκεια του χρόνου. Εάν εκτιμάται ότι το άτομο στερείται της ικανότητας λήψης αποφάσεων, θα πρέπει να ακολουθούνται οι διαδικασίες που προβλέπει το θεσμικό πλαίσιο.

Οι πληροφορίες που δίνουν τα άτομα με άνοια στους επαγγελματίες είναι αυστηρά εμπιστευτικές. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες θα πρέπει να διασφαλίζουν το απόρρητο των πληροφοριών αυτών. Προκειμένου δε να κοινοποιήσουν πληροφορίες σε συναδέλφους ή/και άλλους φορείς, θα πρέπει να ζητούν τη συγκατάθεση του ατόμου. Χωρίς τη συγκατάθεση του ατόμου, δύναται να αποκαλυφθούν εμπιστευτικές πληροφορίες μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που υπαγορεύονται από θέματα επικινδυνότητας, από την προϊούσα επιδείνωση της άνοιας και την ολοένα και αυξανόμενη εξάρτηση του ατόμου από την οικογένεια ή άλλους περιθάλποντες. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση, οι αποφάσεις για την αποκάλυψη πληροφοριών σε άλλους θα πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με το

ισχύον νομικό πλαίσιο και μόνον εφόσον εκτιμάται ότι είναι προς το συμφέρον του ατόμου με άνοια.

Για όσο διάστημα το άτομο με άνοια διατηρεί την ικανότητα λήψης αποφάσεων, οι επαγγελματίες θα πρέπει να συζητούν με το άτομο ή/και με τον περιθάλποντα θέματα που αφορούν επιλογές για τη μελλοντική του φροντίδα. Ειδικότερα, οι εκ των προτέρων οδηγίες αποτελούν γραπτές δηλώσεις που δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να δηλώσει τι επιθυμεί να γίνει, στην περίπτωση που στο μέλλον απολέσει την ικανότητα λήψης ενήμερων αποφάσεων ή/και την ικανότητα επικοινωνίας. Οι εκ των προτέρων οδηγίες μπορεί να περιλαμβάνουν και τη δήλωση προτιμητέου χώρου φροντίδας, η οποία επιτρέπει στο άτομο να καταγράψει προκαταβολικά την απόφασή του σχετικά με τις μελλοντικές επιλογές φροντίδας και το μέρος όπου θα επιθυμούσε να τελειώσει η ζωή του. Παράλληλα, οι επαγγελματίες πρέπει να συζητούν με τα άτομα με άνοια το ενδεχόμενο ορισμού κάποιου ατόμου ως υπευθύνου. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση αυτή, το άτομο δηλώνει εγγράφως ποιο πρόσωπο θα επιθυμούσε να λαμβάνει αποφάσεις για το ίδιο, στην περίπτωση που στο μέλλον απολέσει την ικανότητα λήψης ενήμερων αποφάσεων ή/και την ικανότητα επικοινωνίας.

Τέλος, οι επαγγελματίες θα πρέπει να παρέχουν επαρκή ενημέρωση στα άτομα με άνοια και τους περιθάλποντές τους σχετικά με τις υφιστάμενες νομικές υπηρεσίες και τη νομική υποστήριξη που παρέχεται από σχετικές εθελοντικές οργανώσεις, να ενθαρρύνουν τη χρήση τους και να διευκολύνουν την πρόσβαση των ατόμων σε αυτές.

### **3.2.4 Εκπαίδευση και εξέλιξη του προσωπικού φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας**

Οι επαγγελματίες υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής μέριμνας και όλο το προσωπικό που εμπλέκεται στη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης για την άνοια και απόκτησης δεξιοτήτων απαραίτητων για τη φροντίδα ατόμων με άνοια.

Σύμφωνα με το NICE<sup>20</sup>, τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες θεματικές ενότητες:

- Τα πρώιμα σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν άνοια και τους κυριότερους υποτύπους της άνοιας
- Την πορεία των διάφορων τύπων άνοιας, την εξέλιξη και την πρόγνυσή τους, καθώς και τις επιπτώσεις τους, τόσο για τα άτομα που νοσούν, όσο και για τους περιθάλποντές τους, την οικογένεια και το κοινωνικό δίκτυο
- Την αξιολόγηση της χορηγούμενης φαρμακευτικής θεραπείας της άνοιας και την παρακολούθηση των παρενεργειών της
- Την εφαρμογή των αρχών της προσωπο-κεντρικής φροντίδας για τα άτομα με άνοια και τους περιθάλποντές τους. Όπως ήδη αναφέρθηκε, απαιτείται σεβασμός κατά τη λήψη πληροφοριών σχετικά με την ιστορία ζωής του κάθε ατόμου, καθώς και ευαισθησία σε θέματα θρησκευτικών πεποιθήσεων και πνευματικής και πολιτισμικής ταυτότητας των ατόμων. Χρειάζονται, επίσης, ειδικές δεξιότητες επικοινωνίας στη φροντίδα ατόμων με άνοια και των περιθαλπόντων τους. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο ρυθμό της επικοινωνίας, στη χρήση μη-λεκτικών τρόπων επικοινωνίας και στη χρήση γλώσσας προσαρμοσμένης στις ικανότητες του ατόμου.
- Μια σαφή περιγραφή των αρμοδιοτήτων των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας και του προσωπικού των φορέων που συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας στα άτομα με άνοια.
- Οδηγίες για τη συνεργασία και διασύνδεση όλων των εμπλεκόμενων φορέων, υπηρεσιών και επαγγελματιών, προκειμένου να προσφέρουν ολοκληρωμένες – συντονισμένες υπηρεσίες
- Ενημέρωση για τις νομικές διαδικασίες και πολιτικές προστασίας ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών αναφοράς προβλημάτων ή κακών πρακτικών και, ειδικότερα, με ποιο πρόσωπο πρέπει να γίνει επικοινωνία
- Την προσέγγιση της παρηγορητικής φροντίδας του τελικού σταδίου

Παράλληλα, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν δίαυλοι επικοινωνίας, αλλά και πρωτόκολλα διασύνδεσης και συνεργασίας μεταξύ των μονάδων / υπηρεσιών για άτομα με άνοια και τους περιθάλποντές τους και των τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τέλος, η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την άνοια και τη φροντίδα των ατόμων με άνοια και των

περιθαλπόντων τους, είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της διάγνωσης και διαχείρισης της άνοιας.

### **3.2.5 Σχεδιασμός του περιβάλλοντος για άτομα με άνοια**

Ο σχεδιασμός του δομημένου περιβάλλοντος σε μονάδες μακροχρόνιας παραμονής για άτομα με άνοια πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και να συνάδει με τις προδιαγραφές που προβλέπει το σχετικό θεσμικό πλαίσιο. Το περιβάλλον αυτό θα πρέπει, κατ' αρχάς, να διευκολύνει τον προσανατολισμό, ενώ ειδική μέριμνα θα πρέπει να ληφθεί σχετικά με θέματα, όπως ο φωτισμός, η ασφαλής επικάλυψη του πατώματος, η χρήση υποστηρικτικής τεχνολογίας, η σήμανση των χώρων και η ασφαλής πρόσβαση στο εξωτερικό περιβάλλον.

Η δε επιλογή κατάλληλης μονάδας μακροχρόνιας παραμονής ατόμων με άνοια, πρέπει να διενεργείται σε συνάρτηση με το μέγεθος των μονάδων, τη σύνθεση των φιλοξενούμενων, αλλά και τις ειδικότητες του προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζεται ότι το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό και θεραπευτικό και ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ατόμου με άνοια.

### **3.3 Συντονισμένη φροντίδα και διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών**

Οι φορείς παροχής φροντίδας υγείας και κοινωνικής μέριμνας πρέπει να ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες του Υπουργείου Υγείας σαν πλαίσιο λειτουργίας για το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, κατ' οίκον φροντίδας, υπηρεσιών Κέντρων Ημέρας, στεγαστικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης και υπηρεσιών νοσηλείας σε γενικά νοσοκομεία, καθώς και για τη χρήση νέων τεχνολογιών και ολοκληρωμένης φροντίδας με τη χρήση της τηλε-ιατρικής.

Οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας πρέπει να συντονίζουν τη συνεργασία των φορέων που εμπλέκονται στη θεραπεία και τη φροντίδα των ατόμων με άνοια και των περιθαλπόντων τους. Παράλληλα, πρέπει να εξασφαλίζουν ότι τα άτομα με άνοια και οι περιθαλπόντές τους ενημερώνονται τακτικά σχετικά με τις υπάρχουσες τοπικές υπηρεσίες και μονάδες.

### 3.4 Παράγοντες κινδύνου και έγκαιρη αναγνώριση της άνοιας

Κατ' αρχάς, σύμφωνα με το NICE<sup>20</sup>, δεν πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος του γενικού πληθυσμού για άνοια. Είναι απαραίτητο όμως να ανιχνεύονται έγκαιρα οι υφιστάμενοι παράγοντες κινδύνου για άνοια.

Ειδικότερα, σε άτομα μέσης ηλικίας και σε ηλικιωμένα άτομα, πρέπει να ερευνώνται και, αν χρειάζεται, να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά αγγειακοί και άλλοι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου για άνοια (π.χ. κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση και αυξημένη χοληστερόλη).

Επίσης, τα άτομα που είναι πιθανό να παρουσιάζουν κάποια γενετική αιτία άνοιας, όπως για παράδειγμα οικογενή αυτοσωματική επικρατητική νόσο Alzheimer ή μετωποκροταφική άνοια, εγκεφαλική αυτοσωματική επικρατητική αρτηριοπάθεια με υποφλοιώδη έμφρακτα και λευκοεγκεφαλοπάθεια (CADASIL) ή νόσο του Huntington, καθώς και οι μη προσβεβλημένοι συγγενείς τους, πρέπει να παραπέμπονται για γενετική συμβουλευτική.

Οι δε υπηρεσίες γενετικής συμβουλευτικής, όπου υπάρχουν, πρέπει να παρέχουν γενετική συμβουλευτική σε άτομα που είναι πιθανό να έχουν κάποια γενετική αιτία άνοιας, καθώς και στους μη προσβεβλημένους συγγενείς τους.

Οι επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να παραπέμπουν τα άτομα που εμφανίζουν σημεία Ήπιας Νοητικής Διαταραχής (HND) (Mild Cognitive Impairment, MCI) για εκτίμηση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, ειδικά ιατρεία μνήμης και ψυχογηριατρικά ιατρεία, ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη αναγνώριση της άνοιας, δεδομένου ότι περισσότερο από το 50% των ατόμων με HND εμφανίζουν στο μέλλον άνοια.

Επίσης, οι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες σε άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι τα άτομα με νοητική αναπηρία, άτομα που έχουν υποστεί κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο και άτομα με νευρολογικά προβλήματα όπως η νόσος Parkinson, θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τον αυξημένο κίνδυνο ή την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας.

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες, ιατρεία μνήμης και ψυχογηριατρικά ιατρεία, που αναγνωρίζουν άτομα με HND, συμπεριλαμβανομένων και των περιπτώσεων χωρίς επιβάρυνση της μνήμης, η οποία μπορεί να απουσιάζει στα πρώτα στάδια άλλων τύπων άνοιας, πρέπει να συνιστούν και να παρέχουν τακτική παρακολούθηση, ώστε να

αναγνωρίζονται έγκαιρα και άλλα σημεία πιθανής άνοιας και να παρέχεται φροντίδα σε πρώιμο στάδιο.

### **3.5 Πρόληψη**

Σύμφωνα με το NICE<sup>20</sup>, δεν πρέπει να συνταγογραφούνται σαν ειδικές θεραπείες για την πρωτογενή πρόληψη της άνοιας τα παρακάτω:

- στατίνες
- θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (οιστρογόνα και προγεστερόνη)
- βιταμίνη E
- μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη

Τελευταίες μελέτες στην Ευρώπη υποστηρίζουν ότι, για τη δευτερογενή πρόληψη της άνοιας, πρέπει να ερευνώνται και, εάν χρειάζεται, να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά αγγειακοί και άλλοι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, παχυσαρκία, διαβήτης, υπέρταση και αυξημένη χοληστερόλη). Η συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή, η νοητική και σωματική άσκηση είναι παράγοντες που φαίνεται ότι ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας, αλλά αναμένονται ακόμη αποτελέσματα από μελέτες μεγαλύτερης έκτασης<sup>23</sup>.

## 4 Διαγνωστική Εκτίμηση<sup>2, 18</sup>

### 4.1 Κλινική διάγνωση

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να προσφέρει στην οικογένεια και στον περιθάλλοντα μεγαλύτερη κατανόηση σε σχέση με τις συμπεριφορικές αλλαγές του ασθενούς και να δώσει τη δυνατότητα καλύτερης προετοιμασίας για τη μελλοντική διαχείριση της νόσου. Αντίθετα, η καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να έχει σημαντικές κλινικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Τέλος, χωρίς διάγνωση, πολλοί από αυτούς τους ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίσουν μια σωρεία προβλημάτων, όπως οικονομικές απώλειες, κακή διατροφή και απώλεια βάρους, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή και αυξημένη έκθεση σε κίνδυνο φαρμακευτικών ανεπιθύμητων συμβάντων. Επιπλέον, ο γιατρός της ΠΦΥ μπορεί να διαδραματίσει πολύτιμο ρόλο στη διατήρηση της καλής υγείας τους (Παράρτημα 6.4).

Εκτός της αξιοσημείωτης εξαίρεσης των αυτοσωματικών επικρατητικών αιτιών της άνοιας, δεν υπάρχει ακόμη κάποιος συγκεκριμένος βιολογικός δείκτης (στο αίμα, στο ENY, στη Μαγνητική ή στο PET) γενικά αποδεκτός για τις εκφυλιστικές άνοιες. Επομένως, απύσης της παθολογοανατομικής επιβεβαίωσης, η αιτιολογική διάγνωση ενός ανοϊκού συνδρόμου μπορεί να γίνει μόνο με όρους πιθανοτήτων. Η κλινική διάγνωση πρέπει να βασίζεται σε επίσημα κριτήρια που αυξάνουν την αξιοπιστία και την ακρίβεια της διάγνωσης. Η ακρίβεια αυτών των διαγνωστικών κριτηρίων κυμαίνεται σε συνάρτηση με τον τύπο της άνοιας. Για την ΝΑ, τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν πολλά χρόνια για τη διάγνωση της άνοιας, του Diagnostic and Statistical Manual, 3<sup>rd</sup> ed., revised (DSM-III-R), DSM IV, ICD-10<sup>24</sup>, όσο και του National Institute of Neurological, Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer' Disease and Related Disorders Association (NINCDS – ADRDA)<sup>25</sup>, έχουν μια καλή ευαισθησία (μέχρι και 100%, κατά μέσο όρο 81% σε όλες τις μελέτες), αλλά χαμηλή ειδικότητα (κατά μέσο όρο 70%) για «πιθανή» ΝΑ, βασισμένα σε μελέτες τάξης I-II με μεταθανάτια επιβεβαίωση. Για την άνοια με σωματία Lewy (ΑΣL), η συμφωνία για τα διαγνωστικά της κριτήρια από το 1996<sup>26</sup> έδειξε μάλλον χαμηλή ευαισθησία σε μελέτες τάξης I και II. Για την μετωποκροταφική άνοια (ΜΚΑ)<sup>27,28</sup>, οι πρόοδοι στην κατανόηση της υποκείμενης παθοφυσιολογίας και των γενετικών μηχανισμών έχουν δείξει ότι τα κλινικά σύνδρομα σχετίζονται με αρκετές διαφορετικές παθολογοανατομικές εικόνες, αν και γενικά, συγκεκριμένες ομάδες παθολογικών ευρημάτων δεν έχουν συσχετιστεί με συγκεκριμένα

κλινικά σύνδρομα. Για την Αγγειακή Άνοια (AA), τα διαγνωστικά κριτήρια του National Institute of Neurological Disorders and Stroke and the Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN)<sup>29</sup> έχουν χαμηλή ευαισθησία (43%), αλλά καλή ειδικότητα (95%) στην μόνη δημοσιευμένη μελέτη τάξης I<sup>30</sup>. Μικτές παθολογοανατομικές εικόνες και τα κυρίαρχα ευρήματα αγγειακών βλαβών σε ασθενείς με άνοια συνεισφέρουν στην πολυπλοκότητα της διάγνωσης της AA. Πρόσφατη μελέτη υποστηρίζει ότι υπάρχει ένα συνεχές από την Ήπια Αγγειακή Νοητική Διαταραχή έως την Μείζονα Αγγειακή Διαταραχή ή Αγγειακή Άνοια, για τις οποίες καθορίζονται νευροαπεικονιστικά κριτήρια. Παρουσιάζονται επίσης διάφοροι τύποι Αγγειακής Νοητικής Διαταραχής και υπογραμμίζεται η συνύπαρξή τους με την ΝΑ<sup>31</sup>.

## 4.2 Ιατρικό ιστορικό

Το ιατρικό ιστορικό είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ιατρικής πρακτικής και βοηθά στην εξέταση και στη διερεύνηση. Το ιστορικό πρέπει να επικεντρωθεί στις νοητικές λειτουργίες που επηρεάζονται, στον τρόπο έναρξης, στην πορεία της νόσου και στις επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες (ADL). Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, συν-νοσηρότητα (Παράρτημα 6.3.11), οικογενειακό ιστορικό και επίπεδο εκπαίδευσης είναι σημαντικά. Εξαιτίας τόσο της παρουσίας νοητικού ελλείμματος όσο και της πιθανότητας νοσο-αγνωσίας είναι σημαντικό να λαμβάνεται και ιστορικό από έναν ανεξάρτητο πληροφοριοδότη. Αρκετές μελέτες τάξης I και II έχουν επιβεβαιώσει την αξία ερωτηματολογίων σε πληροφοριοδότες, όπως το Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)<sup>32,33</sup> (Παράρτημα 6.3.13).

**Σύσταση:** Το κλινικό ιστορικό πρέπει να συμπληρώνεται από έναν ανεξάρτητο πληροφοριοδότη όταν είναι διαθέσιμος (Επίπεδο A) (Παράρτημα 6.1).

## 4.3 Νευρολογική και γενική κλινική εξέταση

Η νευρολογική εξέταση σε πρώιμη ΝΑ δεν είναι σημαντική. Η νευρολογική και η γενική κλινική εξέταση είναι εξαιρετικά σημαντικές στη διάκριση τις ΝΑ από άλλες πρωτοπαθείς εκφυλιστικές άνοιες και συν-νοσηρότητες<sup>18</sup>. Για παράδειγμα για την ΑΣΛ και τα νοσήματα πρίον (prion), η παρουσία επιπρόσθετων νευρολογικών χαρακτηριστικών, όπως



εξωπυραμιδικό σύνδρομο ή μυόκλονος, είναι βασικά στοιχεία των διαγνωστικών κριτηρίων. Επιπλέον, για πολλές διαταραχές στις οποίες η άνοια είναι μέρος ευρύτερου συνόλου νευρολογικής δυσλειτουργίας («επαυξημένα» ανοϊκά σύνδρομα) ή όταν εμφανίζονται παθολογικά ευρήματα στη φυσική εξέταση, όπως οργανομεγαλία, η νευρολογική εξέταση είναι κρίσιμη στη διαγνωστική διαδικασία. Επίσης, η γενική κλινική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει σχετικά συνοδά νοσήματα. Αν και το θέμα της πρόσθετης αξίας μιας νευρολογικής και συστηματικής εξέτασης δεν έχει εξεταστεί από επίσημες μελέτες, αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της διαφορικής διάγνωσης της άνοιας.

Νευρολογική, γενική κλινική εξέταση και εξέταση των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν νοητικά ελλείμματα (Θέση Ορθής Πρακτικής).

#### **4.4 Εκτίμηση νοητικών λειτουργιών**

Η εκτίμηση της νοητικής λειτουργίας είναι σημαντική για αρκετούς λόγους:

- (1) Η διάγνωση της άνοιας απαιτεί την ύπαρξη νοητικών ελλειμμάτων σε πολλαπλές νοητικές λειτουργίες: επεισοδιακή μνήμη, λόγο, ευπραξία, οπτικοχωρικές ικανότητες και εκτελεστικές λειτουργίες),
- (2) Τα αρχικά στάδια όλων των κύριων μορφών άνοιας έχουν ανατομική εντόπιση που αντανακλάται σε τυπικές εικόνες νευροψυχολογικής έκπτωσης. Επομένως οι συχνότερες αιτίες της άνοιας (π.χ. ΝΑ, ΜΚΑ και ΑΣΛ) μπορούν να αναγνωριστούν από τη φύση των νοητικών και συμπεριφορικών μεταβολών,
- (3) Καθώς οι ειδικευμένοι ιατροί βλέπουν διαρκώς και περισσότερους ασθενείς στα αρχικά στάδια της άνοιας, είναι σημαντικό να υπάρχει η ικανότητα αναγνώρισης των συγκεκριμένων εκφυλιστικών διαταραχών σε πρόδρομη φάση.

Σύμφωνα με αυτό, απαιτείται εκτίμηση της νοητικής λειτουργίας από γιατρό ή/και κλινικό νευροψυχολόγο για τη διάγνωση των ασθενών με πρόδρομο, ήπιο ή μέτριο στάδιο άνοιας, ενώ είναι λιγότερο σημαντική για ασθενείς με σοβαρή άνοια.

Θα πρέπει να ερευνώνται οι παρακάτω τομείς.

#### 4.4.1 Σφαιρική νοητική λειτουργία

Η δοκιμασία Mini-Mental State Examination (MMSE) των Folstein και συν.<sup>34</sup> είναι η πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενη δοκιμασία ανίχνευσης νοητικής διαταραχής (I) και η ευαισθησία της αυξάνει αν σημειωθεί μια γενική μείωση της βαθμολογίας με την πάροδο του χρόνου (Παράρτημα 6.3.1). Στο MMSE η καθορισμένη διαχωριστική τιμή βαθμολογίας θα πρέπει να αυξάνεται στο 27 σε άτομα με ανώτερη εκπαίδευση, και να κατέρχεται στο 23/24 σε ασθενείς των οποίων η μητρική γλώσσα είναι διαφορετική ή είναι κατώτερης εκπαίδευσης (EFNS Guidelines, 2010). Οι ασθενείς με πρώιμη NA αποτυγχάνουν κυρίως στις δοκιμασίες προσανατολισμού και μνήμης, ενώ στην μετωποκροταφική άνοια (ΜΚΑ) εκδηλώνεται πρώιμη έκπτωση στο λόγο και στους ασθενείς με άνοια με σωματία Lewy (ΑΣΛ) μπορεί να υπάρχει προσβολή στις οπτικοχωρικές δοκιμασίες (πεντάγωνο). Άλλα νευροψυχολογικά ή κλινικά εργαλεία ανίχνευσης μπορεί να παρέχουν ισοδύναμη ή μεγαλύτερη ακρίβεια στη διάγνωση της NA (III). Η κλινική εκτίμηση της άνοιας (CDR) (βαθμολογία = 1) παρουσιάζει μια ειδικότητα 96% και 94% αντίστοιχα με ευαισθησία 92% για τη διάγνωση της άνοιας<sup>35</sup> (VI) και μπορεί να είναι χρήσιμη για την ανίχνευση της άνοιας<sup>36</sup>.

Για τους ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια της άνοιας, αλλά τα κριτήρια της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής, καλό είναι να δίνεται μία κλίμακα που έχει σχεδιαστεί για τους ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή και λέγεται MoCA (Montreal Cognitive Assessment, Νοητική Εκτίμηση Montreal)<sup>37, 38</sup> (βλ. Παράρτημα 6.3.2).

#### 4.4.2 Λειτουργία της μνήμης

Η μνήμη, ειδικά η επεισοδιακή, πρέπει να εκτιμάται συστηματικά, διότι είναι η συχνότερα επηρεαζόμενη λειτουργία πρώιμα στην NA, σαν συνέπεια της ατροφίας του μέσου κροταφικού λοβού (ενδορινικός φλοιός, περιρινικός φλοιός και υπόκαμπος), η οποία δυσχεραίνει την παγίωση της πληροφορίας (EFNS Guidelines, 2010). Η ανάκληση λέξεων, όπως στη δοκιμασία Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), μπορεί να διαχωρίσει ασθενείς με NA από ασθενείς χωρίς άνοια (I)<sup>39</sup>. Συγκεκριμένα, μια πολύ σοβαρή έκπτωση (βαθμολογία 0) στην καθυστερημένη ελεύθερη ανάκληση στο RAVLT έχει πολύ υψηλή ειδικότητα (97%) για τη NA. Η αποτελεσματική κωδικοποίηση της πληροφορίας πρέπει να ελέγχεται ώστε να αποκλείεται η επίδραση της κατάθλιψης, του άγχους και άλλων συναισθηματικών καταστάσεων σε νοητικά προβλήματα. Η σημασιολογική υποβοήθηση

μπορεί επίσης να βοηθήσει στο διαχωρισμό ελλειμμάτων ανάκλησης ή αποθήκευσης<sup>40</sup>. Η δοκιμασία των «5 λέξεων» (ευαισθησία 91% και ειδικότητα 87%) για την αναγνώριση της ΝΑ<sup>41</sup> είναι απλή δοκιμασία μνήμης που μπορεί να είναι χρήσιμη σαν ένα πρώτο εργαλείο για τους ιατρούς (Παράρτημα 6.3.3). Η εξέταση της σημασιολογικής μνήμης (δοκιμασία ευφράδειας, κατονομασίας εικόνων, προσδιορισμός λέξεων και εικόνων) μπορεί να επιβεβαιώσει ελλείμματα στη ΝΑ ή κυρίως στη Σημασιολογική Άνοια.

#### 4.4.3 Εκτελεστικές λειτουργίες

Εκτελεστική δυσλειτουργία παρατηρείται σε αρκετές άνοιες. Αυτή η διαταραχή έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη ευφράδεια λόγου, λεκτικές στερεοτυπίες και ηχολαλία, εμμονές, ελλείμματα ανάκλησης, διαταραχές συγκέντρωσης, πνευματική ακαμψία και σε μερικές περιπτώσεις άρση αναστολών, δυσπροσαρμοστικότητα και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. Τα ελλείμματα αυτά εκτιμώνται με το Trail Making Test – δοκιμασία ιχνηλάτησης<sup>42</sup>. Σε μερικές άνοιες, η εκτελεστική δυσλειτουργία είναι μέρος μιας μεγαλύτερης και πιο διάχυτης παθολογίας. Αντιθέτως, σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να είναι κυρίαρχο στοιχείο απαραίτητο για τη διάγνωση άλλων τύπων άνοιας, όπως η ΜΚΑ<sup>43</sup> και η προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση (ΠΥΠ)<sup>32</sup>.

#### 4.4.4 Άλλες νοητικές λειτουργίες

Ο λόγος (αντίληψη και εκπομπή), η ανάγνωση και η γραφή, η ευπραξία (εκτέλεση και αναγνώριση), οι οπτικοχωρικές και οπτικο-κατασκευαστικές ικανότητες μπορούν επίσης να επηρεάζονται περισσότερο ή λιγότερο ανάλογα με τον τύπο της άνοιας. Αυτά τα νοητικά πεδία είναι ιδιαίτερα επηρεασμένα σε νοσήματα με κυρίαρχη φλοιώδη προσβολή, όπως η ΝΑ και η ΑΣΛ και μπορεί να είναι το αρχικό σύμπτωμα σε λοβώδη ατροφία [σύνδρομο προϊούσας αφασίας, προοδευτική απραξία, φλοιοβασική εκφύλιση (ΦΒΕ) ή οπίσθια εγκεφαλική ατροφία].

**Συστάσεις:** Η νοητική εκτίμηση είναι σημαντικής σημασίας στη διάγνωση και διαχείριση των ανοιών και θα πρέπει να γίνεται σε όλους του ασθενείς (Επίπεδο Α). Ποσοτικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες, ιδανικά χορηγούμενες από κάποιον εκπαιδευμένο στην νευροψυχολογία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για ασθενείς με αμφίβολη, πρόδρομη,

ήπια ή μέτρια άνοια (Επίπεδο C). Ο ειδικός ιατρός πρέπει να κάνει μια σφαιρική εκτίμηση και επιπρόσθετη λεπτομερή εξέταση των κύριων νοητικών πεδίων συμπεριλαμβανομένων της μνήμης και των εκτελεστικών λειτουργιών (Επίπεδο C).

#### **4.5 Εκτίμηση διαταραχών της συμπεριφοράς και ψυχιατρικών συμπτωμάτων**

Διάφοροι όροι όπως «συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας» (BPSD), «νευροψυχιατρικά συμπτώματα», και «μη νοητικά συμπτώματα» χρησιμοποιούνται για την περιγραφή ενός εύρους συμπτωμάτων που είναι συχνά στην άνοια και που συμβάλλουν σημαντικά στην επιβάρυνση του ασθενή και στο φορτίο αυτού που τον φροντίζει<sup>44</sup>. Οι ασθενείς με άνοια, εκτός από τις νοητικές διαταραχές εμφανίζουν και διαταραχές στη συμπεριφορά (νευροψυχιατρικά συμπτώματα-NΨΣ, neuropsychiatric symptoms-NPS). Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, περίπου το 90% των ασθενών με άνοια στην κοινότητα εκδηλώνουν κάποιο βαθμό ψυχοπαθολογίας, ενώ μεταξύ ασθενών διαγνωσμένων με μετωποκροταφική άνοια ή σοβαρή ΝΑ, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 95%. Τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπεριφορικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την απάθεια, την ψύχωση και την κατάθλιψη<sup>45</sup>. Η εμφάνιση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στα ανοϊκά σύνδρομα επιβαρύνει σημαντικά τη ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιθάλποντα και αποτελεί αρνητικό προγνωστικό δείκτη για τη πορεία της άνοιας. Στη μετωποκροταφική άνοια και στην άνοια με σωματία Lewy τα ΝΨΣ είναι παθογνωμονικά και αποτελούν μέρος των διαγνωστικών κριτηρίων, ενώ αν και συνοδεύουν την ΝΑ και την αγγειακή άνοια, δεν απαιτούνται για τη διάγνωση<sup>46</sup>.

Η παρουσία τους συμβάλλει στην πρόκληση ψυχολογικής επιβάρυνσης στον ασθενή και στην επιδείνωση της νοητικής έκπτωσης και της λειτουργικότητάς του, στην αύξηση του ρυθμού ασυλοποίησης και του οικονομικού κόστους, στην κακή ποιότητα ζωής του ασθενή και του περιθάλποντα, καθώς επίσης αποτελούν πηγή πίεσης (στρες) για τους νοσηλευτές σε δομές μακράς διαμονής. Οι περιθάλποντες, συνήθως αναφέρουν ότι ενοχλούνται περισσότερο από τις διαταραχές συμπεριφοράς και λιγότερο από την ύπαρξη των νοητικών ελλειμμάτων.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι όλοι σχεδόν οι ασθενείς με άνοια θα αναπτύξουν ένα ή περισσότερα ΝΨΣ στη διάρκεια της νόσου. Αν και εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα

και σοβαρότητα στα πιο προχωρημένα στάδια της άνοιας, ωστόσο η πορεία τους είναι συχνά ανεξάρτητη από τη βαρύτητα των νοητικών ελλειμμάτων και της λειτουργικής έκπτωσης, με εξάρσεις και υφέσεις, καθώς και υψηλό ποσοστό υποτροπών<sup>47</sup>.

Στην ήπια νοητική διαταραχή (ΗΝΔ) καθώς και στις ήπιες/αρχικές μορφές της νόσου προεξέχουν η απάθεια, η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα και το άγχος, αλλά συνολικά αναφέρεται μικρότερο ποσοστό ΝΨΣ, ενώ σχεδόν όλοι οι ασθενείς με μέτριας και βαριάς μορφής νόσο εκδηλώνουν κάποια συμπεριφορική διαταραχή, καθώς συμπτώματα όπως διέγερση, άγχος και παθολογική κινητική συμπεριφορά σταδιακά κυριαρχούν. Στα τελικά στάδια της νόσου, η συχνότητα των ΝΨΣ φαίνεται να μειώνεται, πιθανώς στο πλαίσιο της ολοένα αυξανόμενης λειτουργικής έκπτωσης των ασθενών. Αν και η συχνότητα και σοβαρότητά τους αυξάνει, καθώς η νοητική λειτουργία των ασθενών επιβαρύνεται, ωστόσο η εξέλιξή τους κατά την πορεία της νόσου φαίνεται να επιδεικνύει περισσότερο έναν επεισοδιακό χαρακτήρα, με άλλοτε άλλη έκβαση, παρά μία σταδιακή επιδείνωση.

Όπως φαίνεται από μελέτες σε ασθενείς με ΗΝΔ, παρά τα αντικρουόμενα αποτελέσματα μερικών από αυτές, υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρουσία ΝΨΣ συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας γενικότερα και ειδικότερα ΝΑ, ενώ η ύπαρξη παραληρητικών ιδεών, επιθετικότητας και κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζεται με αυξημένο ρυθμό επιδείνωσης<sup>21</sup>.

Είναι συχνά ένας κύριος παράγοντας που οδηγεί στη συνταγογράφηση ψυχοτρόπων φαρμάκων και στην ιδρυματοποίηση<sup>48</sup> (III). Η παρουσία τους μπορεί να συνεισφέρει στη διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης, π.χ. οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι κυρίαρχο στοιχείο της ΑΣΛ<sup>19</sup> (II), ενώ η άρση αναστολών και η απάθεια είναι χαρακτηριστικά της ΜΚΑ<sup>49</sup> (II). Η χρονική τους πορεία επίσης κυμαίνεται, π.χ. απάθεια, κατάθλιψη και άγχος τείνουν να εμφανίζονται νωρίς στην πορεία της ΝΑ, ενώ παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και ψυχοκινητική ανησυχία τείνουν να εμφανίζονται στα ενδιάμεσα προς τελικά στάδια. Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα μπορούν να επιδεινωθούν ή να προκληθούν από σωματικές συν-νοσηρότητες. Ασθενείς με ψύχωση έχουν ταχύτερη νοητική έκπτωση από τους ασθενείς χωρίς ψύχωση, ενώ ασθενείς με ήπια νοητική διαταραχή που παρουσιάζουν νευροψυχιατρική συμπτωματολογία μεταπίπτουν γρηγορότερα σε άνοια<sup>50</sup> (II).

Η ακριβής ταυτοποίηση τους είναι απαραίτητη τόσο για τη διάγνωση, όσο και για την αντιμετώπιση ασθενών με άνοια, αλλά τα συμπτώματα αυτά συχνά μπορεί να μην αποκαλύπτονται από τους ασθενείς ή τους περιθάλποντες, μέχρι να γίνουν μη ανεκτά ή να

επιπεύσουν μια κρίση<sup>51</sup>. Η έγκαιρη αναγνώρισή τους μπορεί να επιτευχθεί με συχνή, επαναλαμβανόμενη εκτίμηση. Διάφορες κλίμακες μέτρησης έχουν σχεδιαστεί για το σκοπό αυτό, που ερευνούν όχι μόνο την παρουσία ή απουσία διαφόρων συμπτωμάτων, αλλά επίσης και τη συχνότητά τους, την έντασή τους, και την επίπτωση που έχουν στον περιβάλλοντα. Βασίζονται συνήθως στην αναφορά ενός πληροφοριοδότη που πρέπει να έχει συχνή επαφή με τον ασθενή. Επαναλαμβανόμενη χρήση τέτοιων κλιμάκων μπορεί να είναι χρήσιμη στην παρακολούθηση των επιπτώσεων των θεραπευτικών επεμβάσεων. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα είναι: Neuropsychiatric Inventory (NPI)<sup>52</sup>.

Το πιο κοινό νευροψυχιατρικό στοιχείο της ΝΑ είναι η απάθεια (72%), ακολουθούμενη από επιθετικότητα/ψυχοκινητική ανησυχία (60%), άγχος (48%) και κατάθλιψη (48%)<sup>53</sup> (II). Οι ασθενείς με άνοια εμφανίζουν σε υψηλό ποσοστό καταθλιπτική συμπτωματολογία, ανάλογη με τη συμπτωματολογία των καταθλιπτικών ηλικιωμένων ασθενών χωρίς άνοια και σημαντικά διαφορετική από την αντίστοιχη των νεαρών καταθλιπτικών ασθενών. Ανηδονία, δυσκολία στην έναρξη και διατήρηση δραστηριοτήτων και μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση παρατηρούνται πιο συχνά συγκριτικά με θλίψη, αισθήματα ενοχής και αυτοκτονικότητα. Ασθενείς με νόσο Alzheimer εκδηλώνουν κατάθλιψη σε ποσοστό 20%, ενώ μεταξύ των ασθενών με αγγειακή άνοια το αντίστοιχο ποσοστό είναι μεγαλύτερο, καθώς και η αντιμετώπιση πιο ανεπιτυχής. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις ήπιες/αρχικές μορφές της νόσου και λιγότερο συχνή στη βαριά άνοια. Κυμαίνεται κατά τη διαδρομή της νόσου σε ποσοστό 40% και επιμένει για διάστημα άνω των έξι μηνών.

Απάθεια και αδράνεια μπορεί να εμφανίζονται ανεξάρτητα από καταθλιπτική διάθεση και μπορεί να προκαλούν ιδιαίτερο άγχος στους περιθάλποντες, ειδικά στα πρώιμα στάδια. Η απάθεια ορίζεται ως η απουσία στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς και παράλληλα χαρακτηρίζεται από την απουσία στοχοκατευθυνόμενης νοητικής διεργασίας, που εκφράζεται με μειωμένο ενδιαφέρον και κίνητρο για την ολοκλήρωση μίας δραστηριότητας. Είναι το πιο συχνό ΝΨΣ σε πολλές άνοιες. Περίπου 25% των ασθενών με άνοια στην κοινότητα και 70% των νοσηλευόμενων ασθενών με νόσο Alzheimer, μετωπιοκρατική άνοια ή άνοια με σωματίδια Lewy εκδηλώνουν συμπτώματα απάθειας. Εμφανίζεται είτε στα πρώιμα, είτε στα ενδιάμεσα στάδια της νόσου.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απουσία ενδιαφέροντος για τους φίλους, την οικογένεια, τις προσφιλείς ασχολίες, ο περιορισμός του αυθορμητισμού και η μειωμένη συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες. Επιπτώσεις της είναι η μεγαλύτερη

παραμέληση του εαυτού, η επιδείνωση της νοητικής έκπτωσης, η κακή συμμόρφωση στη θεραπεία και η κοινωνική απομόνωση. Είναι απαραίτητη η διαφορική διάγνωση από την κατάθλιψη, καθώς η κλινική εικόνα φαίνεται να αλληλεπικαλύπτεται. Συμπτώματα χρήσιμα για τη διάκριση αυτή είναι η μειωμένη συναισθηματική ανταπόκριση και η έλλειψη ενδιαφέροντος.

Η ψυχοκινητική ανησυχία και η επιθετικότητα μπορεί να είναι πολύ επίμονες και συχνά προκαλούν ιδρυματοποίηση. Το άγχος μπορεί να εκδηλώνεται σωματικά με ένταση, αϋπνία, αίσθημα παλμών και δύσπνοια καθώς επίσης με υπερβολική ανησυχία και φόβο, ιδίως αν υπάρχει αποχωρισμός από το σύζυγο ή τον περιθάλποντα. Η καταθλιπτική διάθεση θα πρέπει να εκτιμάται ανεξάρτητα από την απώλεια βάρους, τη διαταραχή της όρεξης, τις διαταραχές ύπνου και τη νοητική έκπτωση που μπορούν να εμφανιστούν ως χαρακτηριστικά στοιχεία της άνοιας. Βασικές ψυχικές εκδηλώσεις κατάθλιψης, όπως λύπη, ιδέες απαξίωσης, αίσθημα απελπισίας και αυτοκτονικός ιδεασμός θα πρέπει να αναζητηθούν, αν και μπορεί η κατάθλιψη να συνοδεύεται από ψυχοκινητική ανησυχία.

Η ψύχωση είναι ιδιαίτερα συχνή και η διαφορική διάγνωση είναι, σήμερα, εφικτή με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών κριτηρίων. Ορίζεται από την παρουσία παραληρητικών πεποιθήσεων τουλάχιστον για ένα μήνα σε καθημερινή βάση και εμφανίζεται στο 35-40% των ασθενών. Στους ασθενείς με άνοια με σωματία Lewy, ψυχωτική συμπτωματολογία ανευρίσκεται σε ποσοστό 50%. Προκαλεί σημαντικού βαθμού επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς με αύξηση τόσο του ποσοστού νοσηρότητας, όσο και της ασυλοποίησης.

Οι παραληρητικές πεποιθήσεις που εμφανίζονται στην άνοια είναι απλές, μη συστηματοποιημένες και η πορεία τους ποικίλλει. Μπορεί να είναι βραχύβιες, συνεχείς ή να παρουσιάζουν διακύμανση στο χρόνο. Παρατηρούνται σπανιότερα στις ήπιες και βαριές μορφές της νόσου, με μεγαλύτερη συχνότητα στις άνοιες μέσης βαρύτητας. Οι παραληρητικές ιδέες είναι συχνές στην άνοια, συνήθως για κλοπές, εισβολείς ή απατεώνες, συχνά εκφραζόμενες αόριστα και περιοδικά. Συχνά βασίζονται σε παρερμηνείες και λησμοσύνη. Παραληρητικές παραγνωρίσεις είναι συχνές στη ΝΑ, ενώ οι ψευδαισθήσεις είναι συνήθως οπτικές, ιδιαίτερα στη ΑΣΛ, αλλά διαταραχές της αντίληψης μπορούν επίσης να είναι ακουστικές, οσφρητικές ή απτικές. Είναι πιο συχνές σε αυτούς με εξασθενημένη όραση και ακοή. Άσκοπες δραστηριότητες όπως περπάτημα και ψάξιμο είναι χαρακτηριστικές της ΝΑ, ενώ ψυχαναγκασμοί και στερεοτυπίες είναι πιο συχνές στη ΜΚΑ, όπως και η άρση αναστολών και η ευφορία που εκδηλώνονται ως παρορμητική συμπεριφορά, λογόρροια, αντικοινωνική συμπεριφορά και συναισθηματική αστάθεια. Οι



διαταραχές ύπνου μπορεί να είναι δευτερογενείς σε άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα, μπορούν να σχετίζονται με υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, και επιβαρύνουν ιδιαίτερα τους περιθάλποντες, καθώς είναι πιθανό και οι ίδιοι να μένουν ξύπνιοι. Η διαταραχή συμπεριφοράς του REM ύπνου είναι χαρακτηριστικό της ΑΣΛ<sup>54</sup> (II).

**Συστάσεις:** Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται για τη παρουσία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων και για τις επιπτώσεις τους (Επίπεδο Α). Για τη διαχείρισή τους είναι βοηθητικό να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν συγκεκριμένα βήματα (Θέση Ορθής Πρακτικής):

- Ορισμός του κλινικού προβλήματος και περιγραφή του (συλλογή πληροφοριών, κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις)
- Αναζήτηση των εκλυτικών παραγόντων (βιολογικό στρες/οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο/παθολογικές καταστάσεις, ψυχιατρικές διαταραχές, επιβαρυντικές πτυχές της νοητικής διαταραχής, περιβαλλοντικοί παράγοντες, μη ανταποκρινόμενες ανάγκες, κακή παρεμβατική συμπεριφορά του περιθάλποντα, ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων).
- Αντιμετώπιση του προβλήματος με μη φαρμακευτική ή φαρμακευτική θεραπευτική παρέμβαση
- Αξιολόγηση των παρεμβάσεων και πιθανός επαναπροσδιορισμός του θεραπευτικού σχεδιασμού σε περίπτωση μη ανταπόκρισης.

Η συν-νοσηρότητα θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη σαν μια πιθανή αιτία εμφάνισης νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων και η διαφορική διάγνωση από το παραλήρημα είναι απαραίτητη (Επίπεδο C).

#### **4.6 Εκτίμηση καθημερινών δραστηριοτήτων**

Η έκπτωση των καθημερινών λειτουργικών ικανοτήτων είναι κύριο συστατικό της άνοιας. Έχει μεγάλη επίδραση στην ποσότητα και ποιότητα της φροντίδας και η βαρύτητά της είναι εξαιρετικά σημαντική για τον περιθάλποντα. Η εκτίμηση της λειτουργικότητας στην καθημερινή ζωή είναι μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας και επιτρέπει στους κλινικούς να εκτιμήσουν την ανάγκη για προσωπική και ιδρυματική φροντίδα. Ποικίλες κλίμακες χρησιμοποιούνται για να μετρηθούν αντικειμενικά αυτές οι ικανότητες. Βασίζονται κυρίως



σε συνέντευξη με τον ασθενή και τον περιθάλποντα. Οι καθημερινές δραστηριότητες χωρίζονται σε **βασικές** (π.χ. υγιεινή, χρήση τουαλέτας) και **σύνθετες** (π.χ. αγορά προϊόντων, χειρισμός χρημάτων), όπου οι τελευταίες είναι περισσότερο ευάλωτες στη νοητική έκπτωση σε αρχικό στάδιο στην πορεία της νόσου. Δεν υπάρχει διαθέσιμος ‘χρυσός κανόνας’ για την εκτίμηση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες είναι οι: Alzheimer Disease Cooperative Study (ADCS) ADL Scale<sup>55</sup>, Functional Activities Questionnaire (FAQ)<sup>56</sup>. Στην Ελλάδα χρησιμοποιούμε την Instrumental Activities of Daily Living (IADL) για πληροφορίες για την καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενούς από τον περιθάλποντα και την Functional and Cognitive Assessment Scale (FUCAS) για την άμεση εξέταση του ασθενούς (Παράρτημα 6.3.4, 6.3.8).

**Συστάσεις:** Η έκπτωση των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω της νοητικής εξασθένησης είναι ένα απαραίτητο μέρος των κριτηρίων για την άνοια και πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαγνωστική εκτίμηση (Επίπεδο Α). Μια ημιδομημένη συνέντευξη από τον περιθάλποντα είναι ο πιο πρακτικός τρόπος να αποκτηθούν σχετικές πληροφορίες, ενώ ένα σύνολο αξιόπιστων κλιμάκων είναι διαθέσιμες (Θέση Ορθής Πρακτικής).

#### 4.7 Εκτίμηση συν-νοσηρότητας

Οι συν-νοσηρότητες είναι συχνές, ιδιαίτερα σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς (IV), και μπορούν να επιδεινώσουν γρήγορα τη νοητική και λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ιατρικής συν-νοσηρότητας και νοητικής κατάστασης στην ΝΑ (IV), ενώ η άριστη διαχείριση των συνοδών νόσων μπορεί να προσφέρει δυνατότητες βελτίωσης των νοητικών λειτουργιών<sup>57</sup>. Η κατάθλιψη, η καρδιαγγειακή νόσος, οι λοιμώξεις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, το παραλήρημα, οι πτώσεις, η ακράτεια ούρων και η ανορεξία είναι συχνά παρατηρούμενες συν-νοσηρότητες ή επιπλοκές. Η κλίμακα CIRS μπορεί να βοηθήσει στην καθημερινή κλινική πράξη<sup>58</sup> (Παράρτημα 6.3.11). Μερικές από τις καταστάσεις συν-νοσηρότητας που αναγνωρίστηκαν σε μια μεγάλη μεταθανάτια μελέτη ασθενών με άνοια θα μπορούσαν να είχαν επηρεάσει την κλινική αντιμετώπιση των ασθενών αν είχαν αναγνωρισθεί πριν το θάνατό τους (IV)<sup>59</sup>.

**Συστάσεις:** Η διερεύνηση των συνοδών νόσων είναι σημαντική στην εκτίμηση του ασθενούς με άνοια, και πρέπει να γίνεται όχι μόνο τη στιγμή της διάγνωσης, αλλά και σε όλη την

πορεία της νόσου, με ιδιαίτερη προσοχή σε επεισόδια ξαφνικής επιδείνωσης της νοητικής και συμπεριφορικής συμπτωματολογίας (Θέση Ορθής Πρακτικής).

#### 4.8 Εξετάσεις αίματος

Ο εργαστηριακός έλεγχος με τις εξετάσεις αίματος αναγνωρίζεται ως ένα ουσιώδες τμήμα του συνολικού ελέγχου του ασθενούς που εμφανίζει νοητικές διαταραχές. Ο σκοπός των αιματολογικών εξετάσεων περιλαμβάνει (1) την ανίχνευση συν-νοσηρότητας και τις επιπλοκές της, (2) την αποκάλυψη πιθανών παραγόντων κινδύνου, (3) την διερεύνηση του υποστρώματος των συχνά συνοδών συγχυτικών καταστάσεων και (4) σπανιότερα την αναγνώριση του βασικού αιτίου της άνοιας. Οι νοητικές διαταραχές συχνά σχετίζονται με ένα μεγάλο εύρος μεταβολικών, φλεγμονωδών και τοξικών παραγόντων που πρέπει να αναγνωρίσουμε και να θεραπεύσουμε. Για τους περισσότερους από αυτούς τους παράγοντες δεν υπάρχουν στοιχεία από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για το κατά πόσο η θεραπεία τους αναστρέφει τα νοητικά συμπτώματα. Επιπλέον ο ειδικός γιατρός συχνά αντιμετωπίζει ασθενείς σε σύγχυση, ραγδαία εξέλιξη ή άτυπη συμπτωματολογία, όπου οι εξετάσεις αίματος μπορεί να έχουν σημαντική διαγνωστική αξία.

**Συστάσεις:** Οι εξετάσεις αίματος που προτείνονται ως βασικός έλεγχος για όλους τους ασθενείς στην πρώτη εκτίμηση τόσο για πιθανή αιτία νοητικής έκπτωσης, όσο και για πιθανή συν-νοσηρότητα φαίνονται σχηματικά στον παρακάτω πίνακα: (Θέση Ορθής Πρακτικής).

#### Διερεύνηση ασθενούς με πιθανή άνοια

Αιματολογικός έλεγχος	Έλεγχος ούρων	Νευροαπεικόνιση
<ul style="list-style-type: none"> <li>Αιμοσφαιρίνη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Λευκά αιμοσφαίρια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Λευκά αιμοσφαίρια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Πρωτεΐνη</li> </ul>	<p>Σε περίπτωση που υπάρχουν ειδικές ενδείξεις</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>CRP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Επίπεδα γλυκόζης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ακτινογραφία θώρακα</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ουρία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Καλλιέργεια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ΗΚΓ ή Holter ρυθμού</li> </ul>

### Διερεύνηση ασθενούς με πιθανή άνοια

Αιματολογικός έλεγχος	Έλεγχος ούρων	Νευροαπεικόνιση
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηλεκτρολύτες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιβιογράμμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπερηχοκαρδιογραφία</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κρεατινίνη</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορολογικός έλεγχος σύφιλης</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασβέστιο</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορολογικός έλεγχος για HIV</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μαγνήσιο</li> </ul>	Από τον εξειδικευμένο γιατρό	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φωσφόρος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μαγνητική τομογραφία ή PET</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέτρηση βαρέων μετάλλων</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηπατική λειτουργία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Νευροψυχολογική αξιολόγηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Νόσος Lyme</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γλυκόζη νηστείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γενετικός έλεγχος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέτρηση ειδικών δεικτών</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχος θυρεοειδούς</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• B<sub>12</sub></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φολικό οξύ</li> </ul>		

#### 4.9 Νευροαπεικόνιση

Ο αποκλεισμός δυνητικά θεραπεύσιμων αιτίων άνοιας (π.χ. όγκος, υποσκληρίδιο αιμάτωμα και υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης) και η αξιολόγηση της παρουσίας και της έκτασης αγγειοεγκεφαλικής νόσου μπορούν να επιτευχθούν με τη χρήση της αξονικής τομογραφίας. Εντούτοις, η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού (MRI-MT) υπερτερεί της αξονικής στην ανάδειξη δεικτών ειδικών για διαφορετικά πρότυπα εγκεφαλικής ατροφίας, ανάλογα με την υποκείμενη νόσο (π.χ. ατροφία του υπόκαμπου στη ΝΑ, εστιακή μετωπιαία ή κροταφική ατροφία στην ΜΚΑ και ατροφία του μεσεγκεφάλου στην ΠΥΠ). Επομένως η MT πρέπει να προτιμάται σαν νευροαπεικονιστική εξέταση στην πρώιμη διάγνωση της άνοιας.

Οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν ότι μια δομική απεικονιστική μέθοδος πρέπει να γίνεται μία φορά σε κάθε άτομο με συμπτώματα άνοιας. Η MT είναι περισσότερο ευαίσθητη σε μικρές αγγειακές βλάβες (στρατηγικά έμφρακτα για

παράδειγμα) και σε αλλαγές που μπορεί να αναδεικνύουν ειδικές καταστάσεις όπως η πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ), η Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση (ΠΥΠ), η ατροφία πολλαπλών συστημάτων (ΑΠΣ), η Φλοιοβασική εκφύλιση (ΦΒΕ), τα νοσήματα prion, η Μετωποκροταφική Άνοια (ΜΚΑ). Για πρακτικούς λόγους πρέπει να χρησιμοποιείται ένα καθορισμένο πρωτόκολλο ΜΤ που να περιλαμβάνει τουλάχιστον μια στεφανιαία Τ1 και μια εγκάρσια Τ2 ή ακολουθίες καταστολής του ΕΝΥ (flair). Χορήγηση σκιαγραφικού υλικού δεν ενδείκνυται. Σημειώνεται, ότι αγγειακές βλάβες που ανευρίσκονται στην αξονική ή στη μαγνητική τομογραφία δεν αποκλείουν απαραίτητα μια διάγνωση ΝΑ, ειδικά στις μεγάλες ηλικίες, αλλά θα πρέπει να γίνει άμεσα επαρκής διερεύνηση και θεραπεία των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου.

Η ατροφία του ιππόκαμπου αναδεικνύεται καλύτερα στην ΜΤ, αλλά μπορεί επίσης να απεικονιστεί στους πιο σύγχρονους τύπους ΑΤ<sup>60</sup> και δίδει τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας ανάμεσα στο 80% και 90% στις περισσότερες μελέτες<sup>61, 62</sup> (II). Από τις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες, μόνο μία προοπτική μελέτη είχε πραγματοποιηθεί, η οποία εξέταζε την προστιθέμενη αξία της ατροφίας του ιππόκαμπου στην ΜΤ στη διάγνωση της ΝΑ με μεταθανάτια εξακρίβωση<sup>63</sup>. Ασθενείς με ΝΑ με πρώιμη ηλικία έναρξης παρουσιάζονται συχνά με συμπτώματα και άλλα νοητικά ελλείμματα εκτός από την έκπτωση της μνήμης<sup>64</sup>. Αρκετές δομικές μελέτες με ΜΤ σε πρώιμης έναρξης ΝΑ εντοπίζουν το μοντέλο της ατροφίας σε περισσότερο οπίσθιες περιοχές με προεξάρχουσα προσβολή του προσφηνοειδούς λοβίου και του φλοιού του οπισθίου προσαγωγίου<sup>65</sup>.

Επιπροσθέτως, η ΜΤ μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την παρακολούθηση αλλαγών στη διάρκεια του χρόνου και μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου και στην ενημέρωση του ασθενούς (σημείο καλής πρακτικής εφαρμογής).

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα έχει επικεντρωθεί στους ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ) και στους ασυμπτωματικούς φορείς μεταλλάξεων. Έχει βρεθεί ότι ο ρυθμός αύξησης της ατροφίας στους ασθενείς με ΗΝΔ είναι ενδιάμεση σε σχέση με τους φυσιολογικούς και τους ασθενείς με ΝΑ. Ο ρυθμός της ατροφίας του ιππόκαμπου στους ασθενείς με ΗΝΔ αυξάνεται κατά 0,22% τον χρόνο, ( $p = 0.037$ ). Στους ασθενείς με ΗΝΔ που εξελίσσονται σε άνοια ο ρυθμός ατροφίας αυξάνεται κατά 0,50% τον χρόνο ( $p = 0.003$ ). Ο ρυθμός, επομένως, ατροφίας στους ασθενείς με ΗΝΔ οι οποίοι εξελίσσονται είναι μεγαλύτερος και παρόμοιος με αυτόν των ασθενών με ΝΑ<sup>66</sup>.

Η λειτουργική νευροαπεικόνιση [π.χ. ποζιτρονική τομογραφία (FDG-PET) και τομογραφία εκπομπής μονήρους φωτονίου (SPECT)] μπορεί να αυξήσει τη διαγνωστική βεβαιότητα στην εκτίμηση της άνοιας. Σε μια κλινικοπαθολογοανατομική μελέτη, μια θετική απεικόνιση αιμάτωσης SPECT, αύξησε την πιθανότητα για NA στο 92%, ενώ μια αρνητική απεικόνιση SPECT μείωσε την πιθανότητα στο 70%. Το SPECT ήταν περισσότερο χρήσιμο όταν η κλινική διάγνωση ήταν 'ενδεχόμενη' NA, με πιθανότητα 84% με θετικό SPECT, και 52% με αρνητικό SPECT<sup>67</sup>. Η απεικόνιση ντοπαμινεργικού SPECT ή DATScan είναι χρήσιμη στη διαφορική διάγνωση μεταξύ NA και ΑΣΛ με ευαισθησία και ειδικότητα γύρω στο 85% (I). Προσοχή θα πρέπει να δίνεται στη χρήση καθορισμένων μεθόδων απόκτησης δεδομένων και ανάλυσης, ειδάλλως τα αποτελέσματα και η ερμηνεία των DATScans μπορεί να ποικίλλουν<sup>68</sup>. Το FDG-PET θα γίνει ένα πρακτικά εφαρμόσιμο εργαλείο από τη στιγμή που υπάρχει ευρεία διάθεση μηχανημάτων PET CT. Μπορεί να αποκαλύψει ειδικές ανωμαλίες στη NA αναδεικνύοντας μειωμένο μεταβολισμό της γλυκόζης στις βρεγματικές και στις ανώτερες/κατώτερες κροταφικές περιοχές, στο φλοιό του οπισθίου προσαγωγίου και στο προσφηνοειδές λόβιο. Σε προχωρημένα στάδια της NA, μπορεί να ανευρεθούν ελλείμματα και στους μετωπιαίους λοβούς. Το 18F-FDG-PET έχει αναφερθεί ότι έχει ευαισθησία 93% και ειδικότητα 63% στο να προβλέψει μια παθολογοανατομική διάγνωση NA(II)<sup>69</sup>. Το FDG-PET είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στη διαφορική διάγνωση της NA από τις άλλες άνοιες με ειδικότητα υψηλότερη από 95% στις περιπτώσεις πρώιμης έναρξης<sup>70</sup>. Βασισμένο στη μελέτη των Foster και συν.<sup>71</sup>, το FDG-PET καθιερώθηκε στις ΗΠΑ μόνο για τη διάκριση ανάμεσα στη NA και τη MTA. Μια πολλά υποσχόμενη εξέλιξη είναι η μοριακή απεικόνιση του αμυλοειδούς με νέα συνδεδεμένα μόρια στο PET (11C και 18F)<sup>72</sup>. Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν εργασίες και με μοριακή απεικόνιση των νευροϊνιδιακών τολυπίνων<sup>73</sup>.

**Συστάσεις:** Η νευροαπεικόνιση πρέπει να χρησιμοποιείται σε κάθε ασθενή που υποψιαζόμαστε ότι πάσχει από άνοια: η ΑΤ εγκεφάλου χωρίς σκιαγραφικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση χειρουργικά ιάσιμων βλαβών και της αγγειακής νόσου (Επίπεδο Α). Για να αυξήσουμε την ειδικότητα πρέπει να χρησιμοποιείται η ΜΤ (με πρωτόκολλο που να περιλαμβάνει T1, T2 και FLAIR ακολουθίες) (Επίπεδο Α). Το SPECT και το PET μπορεί να είναι χρήσιμα σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου η διαγνωστική αμφιβολία μένει παρά τις κλινικές και απεικονιστικές προσπάθειες και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σαν το μοναδικό απεικονιστικό μέτρο (Επίπεδο Β). Η απεικόνιση του αμυλοειδούς με PET προς το παρόν χρησιμοποιείται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και δεν συνιστάται για καθημερινή χρήση. Κλινικά μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διάγνωση ατόμων με Ήπια

Νοητική Διαταραχή και υποκείμενη ΝΑ παθολογία, την αξιολόγηση ασθενών με άτυπα συμπτώματα ΝΑ και τη διαφορική διάγνωση μεταξύ ΝΑ και μετωποκροταφικής άνοιας<sup>74</sup>.

#### 4.10 Ηλεκτροεγκεφαλογραφία

Το ΗΕΓ μπορεί να βοηθήσει στη διαφοροποίηση ανάμεσα στη ΝΑ, τις υποκειμενικές αιτιάσεις και τις ψυχιατρικές διαγνώσεις. Το ΗΕΓ συνιστάται στη διαφορική διάγνωση άτυπων κλινικών εμφανίσεων της ΝΑ. Μπορεί επίσης να δώσει πληροφορίες για τη νόσο Creutzfeldt-Jakob ή να θέσει την πιθανότητα μιας τοξικο-μεταβολικής διαταραχής, παροδικής σφαιρικής αμνησίας ή άλλων παλαιότερων μη διαγνωσμένων επιληπτικών διαταραχών. Ακόμη και αν μειωμένα  $\alpha$  κύματα, αυξημένα  $\theta$  και συχνότητα χαμηλότερη του μέσου όρου είναι χαρακτηριστικά για τους ασθενείς με ΝΑ, το ΗΕΓ μπορεί να είναι φυσιολογικό πρώιμα στην πορεία της νόσου σε άνω του 14% των περιπτώσεων<sup>75</sup>. Το ΗΕΓ με μόνο διάχυτες ανωμαλίες θέτει αμφισβήτηση για τη διάγνωση της ΝΑ, ενώ το ΗΕΓ και με διάχυτες και με εστιακές αλλαγές υποδεικνύει ΝΑ ή άλλες μορφές άνοιας<sup>76</sup>. Χρησιμοποιείται πρόσφατα σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές μελέτες<sup>77</sup>.

#### 4.11 Ανάλυση του ENY

Ο έλεγχος ρουτίνας του ENY για κύτταρα, πρωτεΐνη, γλυκόζη και ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών είναι απαραίτητος όταν υπάρχει υποψία αγγειίτιδας, φλεγμονής, αιματολογικής ή απομυελινωτικής νόσου και στις περιπτώσεις υποψίας νόσου Creutzfeldt-Jakob (CJD) σε περίπτωση διαφορικής διάγνωσης με ΝΑ.

Η αύξηση της πρωτεΐνης 14-3-3 αντανακλά οξεία νευρωνική απώλεια και υποστηρίζει τη διάγνωση της CJD<sup>78</sup> (II), ενώ υψηλά έως πολύ υψηλά επίπεδα ολικής T πρωτεΐνης προσφέρουν υψηλή ειδικότητα για CJD<sup>79, 80</sup>. Στη ΝΑ συχνά ανευρίσκονται στο ENY μειωμένα επίπεδα β-αμυλοειδούς 42 (Aβ42) και αυξημένη ολική-τ ή φωσφο-τ πρωτεΐνη. Η συνολική ευαισθησία και ειδικότητα για το Aβ42 στη ΝΑ σε σχέση με ομάδες ελέγχου από 13 μελέτες που περιλάμβαναν 600 ασθενείς και 450 άτομα ως ομάδα ελέγχου ήταν 86% και 90%<sup>81</sup>. Για την ολική-τ, η ευαισθησία ήταν 81% και η ειδικότητα 90%, όπως αναδεικνύεται μέσα από 36 μελέτες με 2500 ασθενείς και 1400 ως ομάδα ελέγχου. Από ένα σύνολο 11 μελετών με έναν ολικό αριθμό 800 ασθενών και 370 ως ομάδα ελέγχου, η φωσφο-τ είχε μια

μέση ευαισθησία 80% και ειδικότητα στο 92%, αλλά οι ευαισθησίες διέφεραν ευρέως ανάμεσα στις μελέτες που χρησιμοποιούσαν διαφορετικές μεθόδους. Εκτιμήσεις του συνδυασμού Αβ42 και ολικής τ πρωτεΐνης ανέδειξαν ευαισθησίες (85-94%) και ειδικότητες (83-100%) στη ΝΑ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου<sup>82</sup>(I).

Η ειδικότητα αυτών των δεικτών για τη ΝΑ έχει βρεθεί χαμηλότερη (39-90%) στη διαφορική διάγνωση με άλλες άνοιες σε κλινικές σειρές ασθενών<sup>83</sup> το οποίο μπορεί να συσχετίζεται με την παρουσία συν-νοσηρότητας με παθολογία ΝΑ<sup>84</sup> (III).

Υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στις απόλυτες συγκεντρώσεις αυτών των δεικτών μεταξύ εργαστηρίων, ακόμα και όταν χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος με υλικά της ίδιας Εταιρείας<sup>85, 86</sup>. Πρόσφατη μελέτη υποστηρίζει ότι πρέπει να μελετηθούν υπότυποι της τ πρωτεΐνης, οι οποίοι ίσως είναι πιο ειδικοί για τα διάφορα νευροεκφυλιστικά νοσήματα<sup>87</sup>. Πριν οι δείκτες στο ENY γίνουν ευρύτερα αποδεκτοί σαν αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο απαιτείται συμφωνία για την επεξεργασία και διαχείριση των δειγμάτων<sup>88</sup>. Γι' αυτό τρέχει σήμερα ευρωπαϊκό πρόγραμμα –BIOMARK-APD– για την εναρμόνιση όλων των μετρήσεων σε 48 ερευνητικά κέντρα της Ευρώπης εκ των οποίων δύο είναι ελληνικά<sup>89</sup>.

#### 4.12 Γενετικός έλεγχος

Αρκετές νευροεκφυλιστικές άνοιες παρουσιάζονται ως αυτοσωματικές επικρατητικές διαταραχές με φαινοτύπους παρόμοιους των σποραδικών μορφών, ανεξάρτητα από την πρώιμη έναρξη των συμπτωμάτων. Η επικράτηση του αυτοσωματικού επικρατητικού τύπου ποικίλλει από <1% στην ΝΑ έως περίπου 50% σε μερικές σειρές ΜΚΑ. Τρία αιτιοπαθογενετικά γονίδια έχουν αναγνωρισθεί στην οικογενή ΝΑ, το γονίδιο της προδρόμου πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) και τα γονίδια πρεσενελίνης 1 και 2 (PS1, PS2). Μεταλλάξεις της τ πρωτεΐνης έχουν βρεθεί σε περιπτώσεις οικογενούς ΜΚΑ και μεταλλάξεις του γονιδίου της πρωτεΐνης πρίον (prion) στην οικογενή CJD. Τελευταία αναγνωρίζεται αυξανόμενος αριθμός σπάνιων γονιδίων, ιδιαίτερα στα επαυξημένα ανοϊκά σύνδρομα. Η απόδοση της ανίχνευσης (screening) μεταλλάξεων σε μη επιλεγμένους πληθυσμούς είναι χαμηλή, για παράδειγμα, δεν βρέθηκαν μεταλλάξεις της τ πρωτεΐνης σε μεγάλες σειρές κλινικά διαγνωσμένων μη-Alzheimer ανοιών<sup>90</sup>. Ωστόσο, ο γονιδιακός έλεγχος για γνωστές μεταλλάξεις σε ασθενή με αντίστοιχο φαινότυπο και οικογενειακό ιστορικό αυτοσωματικού επικρατητικού γονιδίου μπορεί να παρέχει συγκεκριμένη

διάγνωση. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα και να συνοδεύεται από γενετική συμβουλευτική μετά από συναίνεση του ασθενούς. Προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να πραγματοποιείται σε μέλος οικογένειας που φέρει μετάλλαξη και είναι σε κίνδυνο. Συνιστάται να ακολουθείται το πρωτόκολλο της νόσου Huntington για προσυμπτωματικό έλεγχο<sup>82</sup>. Το αλληλίο ε4 της ApoE είναι ο μόνος γενετικός παράγοντας κινδύνου που εμπλέκεται σταθερά στην όψιμης έναρξης NA, αλλά δεν είναι ούτε απαραίτητος ούτε επαρκής για την ανάπτυξη της νόσου<sup>91</sup>. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχει ένδειξη ότι ο έλεγχος για γονότυπο ApoE, αλλά και τα 22 άλλα προδιαθεσικά γονίδια που έχουν ταυτοποιηθεί, είναι χρήσιμος στη διαγνωστική προσέγγιση<sup>18,92</sup>.

#### **4.13 Περαιτέρω διερεύνηση**

Άλλα δείγματα εκτός του νευρικού ιστού (κυρίως ινοβλάστες, αιμοπετάλια, οσφρητικό και αγγειακό επιθήλιο) έχουν διερευνηθεί στη NA, συμπεριλαμβανομένων αναλύσεων βλάβης και επιδιόρθωσης του DNA, αυτοφαγίας, πρωτεομικής ανάλυσης, οξειδωτικών διεργασιών, διαύλων ιόντων και μεταγωγής σήματος, επιπέδων APP και ενδοκυττάριας ρύθμισης ασβεστίου. Εντούτοις αυτές οι μελέτες, ενώ δυνητικά συνεισφέρουν πληροφορίες για την πορεία της νόσου, δεν έχουν κλινική χρήση σήμερα. Οι βιοψίες δέρματος και μυός χρησιμοποιούνται στη διάγνωση της εγκεφαλικής αυτοσωματικής επικρατητικής αρτηριοπάθειας με υποφλοιώδη έμφρακτα και λευκοεγκεφαλοπάθεια (CADASIL). Η βιοψία εγκεφάλου μπορεί να έχει ρόλο στη διάγνωση της άνοιας, όταν μια θεραπεύσιμη νόσος δεν μπορεί να αποκλειστεί με άλλα μέσα. Εντούτοις, έχει δειχθεί ότι οι πληροφορίες που αποκτώνται από τη βιοψία και επηρεάζουν τη θεραπεία είναι μόνο στο 11% των περιπτώσεων στις οποίες έγινε βιοψία λόγω υποψίας λοιμώδους ή φλεγμονώδους αιτιολογίας, αν και ο ρόλος της βιοψίας εγκεφάλου μπορεί να αυξηθεί μόλις γίνουν διαθέσιμες τροποποιητικές της νόσου θεραπείες<sup>93</sup>.



## 5 Αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

### 5.1 Ανακοίνωση της διάγνωσης

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος για τους κλινικούς γιατρούς είναι οι κανόνες που αφορούν στην ανακοίνωση της διάγνωσης στον ίδιο τον ασθενή παρά στην οικογένεια του. Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες δεν έχουν κατοχυρώσει το δικαίωμα στη διάγνωση σε απόλυτο δικαίωμα χωρίς πιθανές εξαιρέσεις και οι περισσότερες νομοθεσίες επιτρέπουν στον γιατρό να μην ανακοινώνει τη διάγνωση, αν κάτι τέτοιο είναι προς το συμφέρον του ασθενούς ή αν μπορεί να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην σωματική ή ψυχική του υγεία<sup>86</sup>. Παρόλο αυτά, διαμορφώνεται μια συναίνεση<sup>94</sup> προς την κατεύθυνση της ανακοίνωσης της διάγνωσης στον ασθενή, όταν ακόμη αυτός είναι σε θέση να την καταλάβει. Μελέτες που αναφέρονται στις κατευθυντήριες οδηγίες του EFNS, 2010 υποστηρίζουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών με ήπια άνοια επιθυμούν να είναι πλήρως ενήμεροι και το 75% των περιθαλπόντων επιθυμούν ο συγγενής τους να είναι ενήμερος. Έχει φανεί ότι κάτι τέτοιο ανακουφίζει την αγωνία της ανασφάλειας και αυξάνει την ατομική αυτονομία και πρωτοβουλία του ασθενούς, παρέχοντας πληροφορίες απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων και τα μακροπρόθεσμα σχέδια του (IV)<sup>95</sup>. Σε αυτά μπορεί να περιλαμβάνονται και η συναίνεσή του για συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα και νεκροψία. Στην Ελλάδα, έχει δημιουργηθεί η Πανελλήνια Βιοτράπεζα Νευρολογικών Νοσημάτων (ΠΑΒΙΝΝ), όπου συγκεντρώνονται από όλη τη Ελλάδα εγκέφαλοι ασθενών με νευρολογικά νοσήματα, αλλά και φυσιολογικών εγκεφάλων. Επίσης υπάρχει τράπεζα εγκεφαλονωτιαίων υγρών και αίματος για έρευνα πρωτεϊνών, αλλά και τράπεζα DNA και RNA. Επομένως η ανακοίνωση της διάγνωσης θα πρέπει να γίνεται με διακριτικότητα και να συνοδεύεται με παροχή πληροφοριών για τις συνέπειες και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και χρήσιμες επαφές, με την τοπική ή την παγκόσμια εταιρεία ΝΑ. Σε χώρες όπου είναι δυνατό, οι γιατροί μπορούν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους, να δώσουν οδηγίες σε σχέση με την μελλοντική τους θεραπεία και τις προτιμήσεις τους όσον αφορά την φροντίδα τους. Επίσης οι γιατροί μπορούν να ενημερώνουν τους ασθενείς τους για την πιθανή συμμετοχή τους σε έρευνες.

Στην ανακοίνωση της διάγνωσης θα πρέπει ο γιατρός να έχει γνώση της κλινικής πορείας της ΝΑ, όπως περιγράφεται κατωτέρω, για να είναι έτοιμος σε πιθανές ερωτήσεις από τον ασθενή ή τον περιθάλποντα:

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER (NA)

### Ήπια Νοητική Διαταραχή (προκλινικό στάδιο)

**MMSE 26-30, MoCA < 26**

- Αναφορά από τον ασθενή ή από τον περιθάλποντα απώλειας μνήμης
- Αντικειμενικά σημεία διαταραχής της μνήμης
- Ήπια διαταραχή των εκτελεστικών, κατασκευαστικών και γλωσσικών δεξιοτήτων
- Καμία λειτουργική δυσχέρεια. 6-15% ετήσια μετάπτωση σε άνοια
- Κάποια περιστατικά μπορεί να μη μεταπέσουν σε NA

### Ήπια Άνοια (1-3 έτη από την εμφάνιση των συμπτωμάτων)

**MMSE 21-25**

- Αποπροσανατολισμένος στο χρόνο
- Δυσκολίες κατονομασίας (ανομία)
- Ήπια δυσκολία στην αντιγραφή εικόνων
- Προβλήματα με την πρόσφατη ανάκληση
- Μειωμένη ενσυναίσθηση. Ευερεθιστότητα, αλλαγή της διάθεσης
- Κοινωνική απόσυρση

### Μέτριας Σοβαρότητας Διαταραχή (2-8 έτη)

**MMSE 11-20**

- Αποπροσανατολισμένος σε χώρο, χρόνο
- Δυσκολίες κατανόησης (αφασία)
- Διαταραχή της γλώσσας και των υπολογιστικών ικανοτήτων
- Χάνεται σε οικείο περιβάλλον
- Προβλήματα με το ντύσιμο και με την περιποίηση του εαυτού
- Δεν μαγειρεύει, δεν ψωνίζει, δεν ασχολείται με τα οικονομικά
- Ανήσυχος, αγχώδης, καταθλιπτικός. Ψευδαισθήσεις, επιθετικότητα, διέγερση

### Σοβαρή Διαταραχή (6-12 έτη)

**MMSE 0-10**

- Απώλεια μνήμης του παρελθόντος
- Σχεδόν ακατανόητη εκφορά λόγου
- Ανικανότητα γραφής ή αντιγραφής
- Ακράτεια. Κινητική ή λεκτική διέγερση
- Καταστάσεις που επιβαρύνουν την υγεία, όπως έλκη κατακλίσεων, δυσκοιλιότητα, πόνος, απώλεια βάρους, δύσπνοια, μυϊκές συσπάσεις

## 5.2 Ολιστική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων συναφών διαταραχών

Αναφορικά με τις πολύπλοκες ανάγκες του ασθενή με άνοια και του περιθάλποντά του κατά την πορεία της νόσου, ο εξειδικευμένος γιατρός θα πρέπει να συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας με ειδική εκπαίδευση στην άνοια. Ο ειδικός γιατρός πρέπει να προγραμματίζει τακτικές επισκέψεις παρακολούθησης, που στοχεύουν στα ακόλουθα:

- (1) Να εκτιμώνται τα νοητικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, ταυτόχρονα με τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς
- (2) Να αξιολογούνται οι θεραπευτικές ενδείξεις και να παρακολουθούνται οι φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές επιδράσεις της θεραπείας
- (3) Να διασφαλίζεται η αναγνώριση και η κατάλληλη αντιμετώπιση συν-νοσηρών καταστάσεων και επιπλοκών της πρωτοπαθούς άνοιας
- (4) Να εκτιμάται το φορτίο και οι ανάγκες των περιθαλπόντων
- (5) Να εκτιμώνται οι υπάρχουσες πηγές φροντίδας και υποστήριξης
- (6) Να παρέχεται συνεχή συμβουλευτική και καθοδήγηση σε ασθενείς και περιθάλποντες πάνω σε ιατρικά και ψυχολογικά ζητήματα, μέτρα ασφαλείας, θέματα που αφορούν στην οδήγηση, καθώς και νομικά και οικονομικά θέματα και
- (7) Να εφαρμόζονται οι κατάλληλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις τόσο στους ασθενείς, όσο και στους περιθάλποντές τους. Ο βασικός περιθάλπων, όταν αυτό είναι εφικτό, θα πρέπει να συνοδεύει τον ασθενή με άνοια στις επισκέψεις αυτές.

Όσον αφορά στη φαρμακευτική θεραπεία, αυτή περιορίζεται στην άνοια (και όχι στην Ήπια Νοητική Διαταραχή) και σε φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί κλινικά και είναι διαθέσιμα στην αγορά. Στην παρούσα έκδοση δεν καλύπτεται εκτενώς το θέμα των πειραματικών φαρμάκων.

### 5.3 Φαρμακευτική θεραπεία

Ο στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας στην άνοια είναι η σταθεροποίηση των διαταραχών της νόησης και της λειτουργικότητας, η βελτίωση των διαταραχών της συμπεριφοράς και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης που συχνότατα συνοδεύει την άνοια. Πριν την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής σε έναν ασθενή με άνοια, θα πρέπει αυτός να υποβληθεί σε πλήρη έλεγχο για την ύπαρξη δευτεροπαθών, δυνητικά θεραπεύσιμων αιτίων, όπως είναι συνήθως οι παθήσεις του θυρεοειδούς, η λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν δυσμενώς τις νοητικές λειτουργίες (π.χ. αντιχολινεργικά, αντιψυχωσικά, β-αναστολείς), τα μεταβολικά νοσήματα (ΣΔ, έλλειψη B<sub>12</sub>, φολικού οξέος), τα συστηματικά νοσήματα, οι ενδοκρανιακές χωροκατακτητικές εξεργασίες (π.χ. καλοήθη και κακοήθη νεοπλασμάτα, χρόνια υποσκληρίδιο αιμάτωμα) και η χρόνια υποξία (ΧΑΠ, υπνική άπνοια, καρδιακή ανεπάρκεια).

#### 5.3.1 Αναστολείς χολινεστερασών

Οι αναστολείς χολινεστερασών αντιπροσωπεύουν την πρώτη κατηγορία φαρμάκων που εγκρίθηκαν για την ειδική συμπτωματική θεραπεία της ΝΑ. Μετά την εισαγωγή της τακρίνης, του πρώτου αναστολέα που εγκρίθηκε, τρεις νέοι παράγοντες είναι διαθέσιμοι: η donepezil, η ριβαστιγμίνη και η γαλανταμίνη. Υπάρχουν πολλές τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, μεγάλης κλίμακας κλινικές μελέτες με αυτές τις φαρμακευτικές ουσίες, που κατοχυρώνουν την αποτελεσματικότητά τους στις νοητικές λειτουργίες, στη συνολική αξιολόγηση και στις καθημερινές δραστηριότητες, σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια ΝΑ -MMSE 16-26- (I)<sup>96, 97, 98, 99, 100, 101</sup>. Οι αναστολείς χολινεστερασών είναι σε γενικές γραμμές καλά ανεκτά φάρμακα, αν και οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειές τους που μπορεί να οδηγήσουν στη διακοπή της θεραπείας σε κάποιους ασθενείς, αφορούν στο γαστρεντερικό σύστημα με ναυτία, εμέτους και διάρροια. Η χρήση των αναστολέων των χολινεστερασών στην ήπια έως μέτρια ΝΑ έχει γίνει αντικείμενο μελέτης σε πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, και η αποτελεσματικότητά τους έχει επιβεβαιωθεί<sup>102, 103, 104</sup>. Παρομοίως, δημοσιευμένες οδηγίες, όπως αυτές της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας, συστήνουν ότι οι αναστολείς των χολινεστερασών θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια ΝΑ<sup>16</sup>. Το National Institute of Clinical Excellence (NICE) της Μεγάλης Βρετανίας στην αναφορά του από το 2001 συνιστά επίσης τη χρήση των αναστολέων των χολινεστερασών στην ήπια έως

μέτρια ΝΑ<sup>105</sup>. Μελέτη – ανασκόπηση της Cochrane συμπέρανε ότι οι κλινικές δοκιμές τεκμηρίωναν όφελος στην ήπια, μέτρια και σοβαρή ΝΑ<sup>102, 103</sup>.

Όσον αφορά τη διάρκεια της αποτελεσματικότητάς τους, οι πιο μακρόχρονες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, μελέτες συνεχούς θεραπείας (1 έτος) αφορούν στη δονεπεζίλη. Αυτές οι μελέτες έδειξαν ότι η αποτελεσματικότητα, σε σχέση με την ομάδα που λάμβανε εικονικό φάρμακο, διατηρούνταν για τουλάχιστον ένα έτος και υπήρχε 38% μείωση στον κίνδυνο της λειτουργικής έκπτωσης (I)<sup>106, 107</sup>. Μια πρόσφατη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, μελέτη με διάρκεια παρακολούθησης 3 ετών, η οποία αφορούσε πολλαπλές φάσεις απόσυρσης, αποκάλυψε ότι η νοητική απόδοση και η λειτουργικότητα ήταν σημαντικά καλύτερες με τη δονεπεζίλη για διάστημα 2 ετών, αλλά οι διαφορές ήταν μικρές και δε μεταφράζονταν σε οφέλη στα πρωτογενή αποτελέσματα (εισαγωγή σε ίδρυμα ή επιδείνωση της αναπηρίας στα 3 χρόνια) (II)<sup>108</sup>. Σε άλλες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες, όπου οι συμμετέχοντες παρακολουθήθηκαν έως και 5 έτη, και το ρόλο της ομάδας ελέγχου έπαιξαν ιστορικά δεδομένα ή προγνωστικά μοντέλα, υποδεικνύουν μια πιο βραδεία επιδείνωση των συμπτωμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία. Ωστόσο, η έλλειψη αληθούς ομάδας ελέγχου σ' αυτές τις μελέτες, καθώς και σφάλματα λόγω αποχωρήσεων από τη μελέτη, θέτουν περιορισμούς στα συμπεράσματά τους (III)<sup>109, 110, 111</sup>.

Αρχικά, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αναστολέων των χολινεστερασών επικεντρωνόταν στις νοητικές λειτουργίες, σε κλίμακες σφαιρικών μεταβολών και στις καθημερινές δραστηριότητες. Αργότερα, αποδείχθηκε ότι οι αναστολείς χολινεστερασών εμφανίζουν μικρά οφέλη και στα συμπεριφορικά συμπτώματα της ΝΑ (I)<sup>100, 112, 113</sup>. Όσον αφορά το στάδιο της νόσου, οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες για τη δονεπεζίλη επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητά της σε ασθενείς με πρώιμη, ήπια ΝΑ, αλλά και σε ασθενείς με μέτρια έως μετρίως σοβαρή ΝΑ (I)<sup>112, 114</sup>. Υπάρχει μόνο μια μεγάλη, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, διπλά τυφλή μελέτη που συγκρίνει άμεσα την αποτελεσματικότητα μεταξύ των αναστολέων χολινεστεράσης: μια τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη σύγκριση της ριβαστιγμίνης με τη δονεπεζίλη, διάρκειας 2 ετών, έδειξε ότι είχαν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα στα πρωτογενή αποτελέσματα, κάποια από τα δευτερογενή αποτελέσματα –λειτουργικότητα και σφαιρική βελτίωση– έδειξαν να ευνοούν τη ριβαστιγμίνη, ενώ καλύτερη ανοχή επέδειξε η δονεπεζίλη (II)<sup>115</sup>. Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις από ανοιχτές μελέτες ότι οι ασθενείς που δεν ανέχονται ή που δεν φαίνεται να ωφελούνται από έναν αναστολέα μπορεί να ανεχθούν ή να ωφεληθούν από κάποιον άλλον (III)<sup>116, 117</sup>. Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για να ποσοτικοποιηθεί η κλινική χρησιμότητα

των αναστολέων των χολινεστερασών, που δεν θεωρούνται ότι λειτουργούν ως τροποποιητές της νόσου<sup>113, 118, 119</sup>. Μία μετα-ανάλυση πάνω στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των αναστολέων των χολινεστερασών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι με βάση τις έως τώρα μελέτες, οι συνέπειες της χρήσης της donepezil, της ριβαστιγμίνης ή της γαλανταμίνης στην θεραπεία ασθενών με ΝΑ παραμένουν ασαφείς<sup>119</sup>. Μία μετα-ανάλυση 29 ελεγχόμενων μελετών με αναστολείς των χολινεστερασών αποκάλυψε ένα μέτριο όφελος στα νευροψυχιατρικά και λειτουργικά αποτελέσματα, αλλά δεν φάνηκε να υπάρχει διαφορά μεταξύ των διαφόρων φαρμάκων προς αυτή την κατεύθυνση (I)<sup>113</sup>.

Παρόλο που μπορεί να υπάρχει καθυστέρηση στη διάγνωση και ο ασθενής να επισκεφτεί για πρώτη φορά τον γιατρό ενώ βρίσκεται στο δεύτερο στάδιο ή έχει εξελιχθεί από το ήπιο στο μέτριο στάδιο λόγω λήψης μη αποτελεσματικής φαρμακευτικής θεραπείας ή λήψη χαμηλών δόσεων, δεν αποκλείεται η βελτίωσή του στο μέλλον. Η αλλαγή του φαρμάκου σύμφωνα με σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και η προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να προσαρμόσουν τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στο καινούργιο στάδιο της νόσου μπορούν να αναβαθμίσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιθάλποντα.

Η donepezil τα τελευταία χρόνια είναι διαθέσιμη και σε διασπειρόμενη μορφή.

Η ριβαστιγμίνη τα τελευταία χρόνια είναι διαθέσιμη και με τη μορφή δερματικού επιθέματος (patch 4,6 και 9,5 mg και πολύ πρόσφατα 13,3mg). Η μελέτη έγκρισης του διαδερμικού επιθέματος ριβαστιγμίνης 13,3 mg συγκρίνει το 13,3 mg με το διαδερμικό επίθεμα των 9,5 mg. Η διπλή τυφλή φάση της μελέτης, διάρκειας ενός έτους, δείχνει σημαντικά καλύτερο αποτέλεσμα για το 13,3 σε σχέση με το 9,5 στην καθυστέρηση επιδείνωσης τόσο στη νοητική λειτουργία όσο και στις καθημερινές δραστηριότητες. Το διαδερμικό επίθεμα της ριβαστιγμίνης επιτρέπει χάρη στη μορφή χορήγησής του την επίτευξη αποτελεσματικότερων δόσεων με διατήρηση πολύ καλής ανοχής<sup>120</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι και το διασπειρόμενο δισκίο της donepezil και η φαρμακοτεχνική μορφή του αυτοκόλλητου ριβαστιγμίνης επιτρέπουν την εύκολη χορήγηση της θεραπείας ακόμα και σε ασθενείς με προβλήματα κατάποσης και καθιστά τις δύο αυτές μορφές εξαιρετικά εύχρηστο θεραπευτικό σχήμα για όλους τους ασθενείς με άνοια νόσου Alzheimer και με άνοια νόσου Parkinson (για τη ριβαστιγμίνη) σε οποιοδήποτε στάδιο και αν βρίσκονται.

Η χρήση αυτών των φαρμάκων πρέπει να γίνεται μόλις τεθεί η διάγνωση της ΝΑ. Γενικά, οι αναστολείς εισάγονται στη μικρότερη δοσολογία και στη συνέχεια η δοσολογία αυξάνεται σε μηνιαία μεσοδιαστήματα ως τη μέγιστη καλά ανεκτή δόση. Τα φάρμακα αυτά έχουν επίσης αποδεδειγμένη ευεργετική επίδραση στις διαταραχές της συμπεριφοράς (ιδίως στην απάθεια, την ευερεθιστότητα και το άγχος), αλλά και στη βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας των ασθενών.

Οι παρενέργειες αυτών των φαρμάκων είναι δοσοεξαρτώμενες και είναι συνήθως χολινεργικού τύπου: κοιλιακά άλγη, ανορεξία, ναυτία, έμετος, διάρροια, βραδυκαρδία, συγκοπικά επεισόδια, τρόμος, απώλεια βάρους, παθολογικά όνειρα, ζάλη, κεφαλαλγία, αϋπνία, κράμπες, περιφερικό οίδημα, και κόπωση. Σε ασθενείς με καρδιολογικό ιστορικό ή βραδυκαρδία, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος με Ηλεκτροκαρδιογράφημα πριν τη χορήγησή τους.

### 5.3.2 Μεμαντίνη

Η μεμαντίνη, ένας μη συναγωνιστικός ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων, αντιπροσωπεύει τη δεύτερη κατηγορία φαρμάκων που έχουν εγκριθεί για την ειδική συμπτωματική θεραπεία της ΝΑ. Η μεμαντίνη εμποδίζει τη χρόνια υπερενεργοποίηση των NMDA υποδοχέων, που πιστεύεται ότι συνεισφέρει στη συμπτωματολογία και παθογένεια της ΝΑ. Δύο μελέτες έχουν γίνει σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ΝΑ (I)<sup>121, 122</sup>, με μία από αυτές να αφορά ασθενείς σε σταθερή θεραπεία με δονεπεζίλη<sup>122</sup>. Μία άλλη τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη αφορούσε μεικτό πληθυσμό από ασθενείς με σοβαρή ΝΑ και σοβαρή αγγειακή άνοια (I)<sup>123</sup>. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες σε ήπια ΝΑ ή Ήπια Νοητική Διαταραχή.

Πρόσφατα, έγινε μια ανασκόπηση των υπαρχόντων στοιχείων σε μια μετα-ανάλυση Cochrane και οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα, από τα δημοσιευμένα δεδομένα, ότι η μεμαντίνη στους έξι μήνες προκαλεί μια κλινικά εμφανή μείωση στην επιδείνωση της κλινικής εικόνας ασθενών με μέτρια έως σοβαρή ΝΑ (I)<sup>124</sup>. Κάτι τέτοιο μεταφράζεται σε λιγότερη λειτουργική και νοητική επιδείνωση (I). Η μεμαντίνη είναι καλά ανεκτή όταν χορηγείται ως μονοθεραπεία καθώς και στη μελέτη που συνδυαζόταν με δονεπεζίλη (I)<sup>122</sup>, ή ριβαστιγμίνη<sup>125</sup>, ενώ οι ασθενείς που παίρνουν μεμαντίνη φαίνεται να είναι λιγότερο

πιθανό να εμφανίσουν διέγερση. Το αν η μεμαντίνη έχει οποιοδήποτε αποτέλεσμα στην ήπια έως μέτρια ΝΑ παραμένει άγνωστο<sup>124</sup>.

Με εξαίρεση τους Winblad και Poritis<sup>123</sup>, όπου δεν πραγματοποιήθηκε νοητική αξιολόγηση βασισμένη στην απόδοση, όλες αυτές οι μελέτες έδειξαν στατιστικά σημαντική υπεροχή στη νοητική απόδοση των ασθενών που θεραπεύονταν με μεμαντίνη σε σχέση με το εικονικό φάρμακο, χρησιμοποιώντας την Severe Impairment Battery (SIB) (I). Στη μελέτη των Winblad και Poritis καταδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε λειτουργικές και συνολικές αξιολογήσεις (I). Σε μία από τις μελέτες, σε μέτρια προς σοβαρή ΝΑ, περιλαμβανόταν ένα φαρμακο-οικονομικής φύσης ερωτηματολόγιο και φάνηκε μείωση στο χρόνο που αφιέρωναν οι περιθάλποντες και στο συνολικό κοινωνικό κόστος<sup>126</sup>. Στη μελέτη των Tarriot και συν.<sup>122</sup>, η μεμαντίνη εμφάνισε θετικά αποτελέσματα στις συμπεριφορικές διαταραχές, όπως αυτές αξιολογήθηκαν με το NPI (I).

Η χορήγηση μία φορά την ημέρα έχει δείξει ότι είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο και η αρχική σύσταση για χορήγηση δύο φορές την ημέρα<sup>19</sup>.

### 5.3.3 Άλλα φάρμακα και παρεμβάσεις

Υπάρχουν αρκετά άλλα θεραπευτικά μέσα που έχουν προταθεί για την θεραπεία της ΝΑ και περιλαμβάνουν το **gingko biloba**, τα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα οιστρογόνα και τις στατίνες. Έχουν αναφερθεί στην ΝΑ τρεις τυχαίοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες με το εκχύλισμα Egb 761 του **gingko biloba**. Όλες αυτές οι μελέτες αφορούσαν μεικτούς πληθυσμούς ασθενών (ΝΑ, πολυεμφρακτική άνοια και σε μία μελέτη ήπια νοητική διαταραχή) και η διάρκεια της θεραπείας ήταν έως και ένα χρόνο. Σε δύο από αυτές τις μελέτες, κάποιες παράμετροι που μετρούν τη νοητική και συμπεριφορική κατάσταση έδειξαν σημαντική βελτίωση<sup>127, 128</sup>, αν και οι μέθοδοι αξιολόγησης στη μία και η ανάλυση των αποτελεσμάτων στην άλλη δεν ακολουθούσαν τα καθιερωμένα πρότυπα (II). Στην τρίτη μελέτη δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του **gingko biloba** και του εικονικού φαρμάκου (II)<sup>129</sup>. Μια μετα-ανάλυση όλων των δημοσιευμένων δεδομένων σε ασθενείς με άνοια συμπέρανε ότι αν και συνολικά υπάρχουν υποσχόμενες ενδείξεις βελτίωσης στο νοητικό και λειτουργικό επίπεδο, οι τρεις πιο σύγχρονες κλινικές δοκιμές έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα και για αυτό το λόγο υπάρχει ανάγκη για μια μεγάλη μελέτη που να χρησιμοποιεί τη σύγχρονη μεθοδολογία<sup>130</sup> (I).



**Αντιοξειδωτικοί παράγοντες**, όπως η βιταμίνη Ε, έχουν μελετηθεί για να διαπιστωθεί αν μπορούν να καθυστερήσουν την επιδείνωση σε ασθενείς με ΝΑ. Σε μια μεγάλη, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη<sup>131</sup> σε ασθενείς με μέτρια ΝΑ, η βιταμίνη Ε (χορηγούμενη σε δόση 1000 IU δις ημερησίως για 2 χρόνια) βρέθηκε να καθυστερεί σε σημαντικό βαθμό την έλευση ενός συνδυασμού πρωτογενών αποτελεσμάτων, ενδεικτικών για κλινική επιδείνωση, ενώ λιγότεροι από τους ασθενείς που λάμβαναν βιταμίνη Ε εισήχθησαν σε ίδρυμα, σε σύγκριση με αυτούς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο (I). Μια επιχειρηθείσα μετα-ανάλυση των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών με τη βιταμίνη Ε, που μπόρεσε να βρει μόνο την προαναφερθείσα μελέτη, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της βιταμίνης Ε στη θεραπεία της ΝΑ, αλλά υπάρχουν αρκετές ενδείξεις για πιθανή ωφέλεια από τη χρήση της ώστε να δικαιολογηθούν περαιτέρω μελέτες (I)<sup>132</sup>. Επιπλέον, μια μεγάλη μετα-ανάλυση μελετών με βιταμίνη Ε έδειξε ότι υψηλές δόσεις (>400 IU/ημέρα) συμπληρωμάτων βιταμίνης Ε μπορεί να αυξήσουν τη ολική θνησιμότητα κάθε αιτιολογίας (I)<sup>133</sup>. Το συμπέρασμα μιας ανασκόπησης της Cochrane είναι ότι δεν υπάρχει επαρκής ένδειξη για την αποτελεσματικότητα της βιταμίνης Ε στην θεραπεία της ΝΑ ή της ΗΝΔ<sup>134</sup>.

Χρόνια χρήση **μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων** θεωρήθηκε προστατευτική έναντι της ΝΑ σε μια αναδρομική ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων<sup>135</sup>. Σε προοπτικές μελέτες ωστόσο, μόνο η ινδομεθακίνη προτάθηκε ότι μπορεί να σταθεροποιήσει τη νοητική κατάσταση σε μια εξάμηνη μελέτη με υψηλά ποσοστά απόσυρσης (I)<sup>136, 137, 138, 139, 140</sup>. Παρομοίως, σε μια πρόσφατη, μεγάλη, τυχαιοποιημένη, διπλά-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη, ο αναστολέας της κυκλοοξυγενάσης-2 ροφεκοξίμπη, χορηγούμενος για ένα έτος, δε βρέθηκε να είναι αποτελεσματικός στην επιβράδυνση της εξέλιξης της ΝΑ<sup>141</sup> (I). Η μελέτη ωστόσο Adapt σταμάτησε το 2004 λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών<sup>142</sup>.

Οι **στατίνες**, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας, βρέθηκε ότι μειώνουν τον επιπολασμό της ΝΑ σε δύο μελέτες με αναδρομικό ή συγχρονικό χαρακτήρα<sup>143, 144</sup>. Αυτή η θετική επίδραση βρέθηκε ανεξάρτητα από πιθανά μεθοδολογικά σφάλματα (αποτέλεσμα της υγιέστερης ομάδας), αλλά περιορίζονταν στους ασθενείς κάτω των 80 ετών<sup>145</sup>, και φάνηκε να τροποποιείται από την παρουσία κάποιων χρόνιων ιατρικών καταστάσεων, με την έννοια ότι ο μειωμένος κίνδυνος για ΝΑ βρέθηκε σε ασθενείς που έπασχαν από υπέρταση ή ισχαιμική καρδιοπάθεια<sup>146</sup>. Η πραβαστατίνη δεν έδειξε κανένα σημαντικό αποτέλεσμα στη νοητική λειτουργία ή στην αναπηρία<sup>147</sup>. Η ατορβαστατίνη έδειξε

σημαντικό αποτέλεσμα στην νοητική λειτουργία στους 6, αλλά όχι και στους 12 μήνες (III)<sup>148</sup>. Μια μετα-ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις, έτσι ώστε να συστηθούν οι στατίνες για τη μείωση του κινδύνου για ΝΑ<sup>149</sup> (II).

Σε αναδρομικές ή συγχρονικές μελέτες, η μετεμμηνοπαυσιακή χρήση **οιστρογόνων** έχει προταθεί ότι ωφελεί στα συμπτώματα ή μειώνει τον κίνδυνο για ΝΑ. Ωστόσο, προοπτικές, τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες απέτυχαν να καταδείξουν την συμπτωματική θεραπευτική ωφέλεια των οιστρογόνων, χορηγούμενων για ένα έτος, σε γυναίκες με ήπια έως μέτρια ΝΑ, με ή χωρίς υστερεκτομή (III)<sup>150, 151, 152</sup>.

Αν και η θεραπεία με οιστρογόνα ανέβασε τα επίπεδα της οιστραδιόλης και της οιστρόνης αίματος, δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των ορμονικών επιπέδων και της νοητικής λειτουργικότητας μετά από ετήσια θεραπεία<sup>153</sup>. Μια μετα-ανάλυση συμπέρανε ότι η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα δεν ενδείκνυται για την νοητική βελτίωση ή διατήρηση σε γυναίκες με ΝΑ (I)<sup>154</sup>. Ομοίως, τα αποτελέσματα της μεγάλης, προοπτικής, ελεγχόμενης με εικονικό φάρμακο μελέτης “Women’s Health Initiative Memory Study” αποκάλυψε ότι η χρήση οιστρογόνων σε συνδυασμό με προγεστερόνη σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, μετά από μια μέση περίοδο παρακολούθησης 4 ετών, σχετιζόταν με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο άνοιας (I)<sup>155</sup>.

Μετα-αναλύσεις για αρκετά άλλα φάρμακα όπως η σελεγιλίνη<sup>156</sup>, η νισεργολίνη<sup>157</sup>, η νιμοδιπίνη<sup>158</sup> και η πιρακετάμη<sup>159</sup> κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για να συστηθεί η χρήση τους σε ΝΑ (II).

**Συστάσεις:** Σε ασθενείς με ΝΑ, η θεραπεία με αναστολείς χολινεστερασών (δονεπεζίλη, γαλανταμίνη ή ριβαστιγμίνη) θα πρέπει να εξετάζεται τη χρονική στιγμή της διάγνωσης, λαμβάνοντας υπόψη τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη και τα δυνητικά ζητήματα ασφαλείας (Επίπεδο Α). Θα πρέπει να συζητώνται με τον ασθενή και τους περιθάλποντές του οι ρεαλιστικές προσδοκίες για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις πιθανές παρενέργειες (Θέση Ορθής Πρακτικής).

Σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή ΝΑ, μπορεί να εξεταστεί η χορήγηση μεμαντίνης, ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με έναν αναστολέα χολινεστερασών, λαμβάνοντας υπόψη τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη και τα πιθανά ζητήματα ασφαλείας (Επίπεδο Α). Θα πρέπει να συνεκτιμώνται με τον ασθενή και τους περιθάλποντές του οι ρεαλιστικές

εκτιμήσεις για τα θεραπευτικά αποτελέσματα καθώς και τις πιθανές παρενέργειες (Θέση Ορθής Πρακτικής).

Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ως προς τη χρήση του ginkgo biloba, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, νοοτρόπων, σελεγιλίνης, οιστρογόνων, βιταμίνης E ή στατινών στη θεραπεία ή πρόληψη της ΝΑ (Επίπεδο A-C).

## Οδηγίες χορήγησης της ειδικής φαρμακευτικής αγωγής για τη ΝΑ με βάση την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων ανάλογα με το στάδιο της νόσου

(Με βάση τις ενδείξεις χορήγησης από την EMEA)

ΝΑ ήπιου σταδίου (MMSE > 20) Χορήγηση ενός αναστολέα (δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη, γαλανταμίνη)

ΝΑ μέσου σταδίου (10 < MMSE < 20) Χορήγηση ενός αναστολέα ή της μεμαντίνης

ΝΑ προχωρημένου σταδίου (MMSE < 10) Χορήγηση της μεμαντίνης

- ❖ Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η συγχορήγηση αναστολέα χολινεστερασών και μεμαντίνης ίσως μπορεί να δώσει ακόμη καλύτερα αποτελέσματα από ότι το κάθε φάρμακο μόνο του, χρειάζονται ωστόσο περισσότερες μελέτες<sup>160, 161</sup>.

Διακοπή της θεραπείας Στο πολύ προχωρημένο στάδιο της νόσου (MMSE<2) και όταν ο ασθενής φαίνεται να μην έχει πλέον συνειδητή επικοινωνία με το περιβάλλον, μπορεί να κανείς να δοκιμάσει τη διακοπή χορήγησης της ειδικής φαρμακευτικής αγωγής.

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΑ: ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΟΣΕΙΣ

### ΔΟΝΕΠΕΖΙΛΗ:

- ❖ Ξεκινάμε με 5mg καθημερινά (πρωί ή νύχτα μετά το φαγητό)
- ❖ Μετά από 1 μήνα αυξάνουμε σε 10mg καθημερινά μετά το φαγητό
- ❖ Αν έχουμε παρενέργειες σε οποιοδήποτε στάδιο, μειώνουμε τη δόση και προσπαθούμε να την αυξήσουμε ξανά αργότερα

### ΓΑΛΑΝΤΑΜΙΝΗ:

- ❖ Ξεκινάμε με 8mg κάψουλα το πρωί (ή 4mg, 2 φορές την ημέρα)
- ❖ Μετά από 1 μήνα αυξάνουμε σε 16mg το πρωί (ή 8mg, 2 φορές την ημέρα)
- ❖ Μετά από 1 μήνα αυξάνουμε σε 24mg το πρωί (ή 8mg, 3 φορές την ημέρα)
- ❖ Αν έχουμε παρενέργειες παραμένουμε ή γυρνάμε στο πρότερο στάδιο δοσολογίας

### ΡΙΒΑΣΤΙΓΜΙΝΗ:

- ❖ Ξεκινάμε με αυτοκόλλητο 4,6, βάζουμε καθημερινά ένα ψηλά στο στήθος ή στους ώμους (εναλλάξ) και καθημερινά βγάζουμε το παλιό και το ανανεώνουμε με καινούργιο.
- ❖ Μετά από 1 μήνα χορηγούμε το αυτοκόλλητο 9,5, και βάζουμε καθημερινά 1.
- ❖ Μετά 6 μήνες χορηγούμε το αυτοκόλλητο 13,3, και βάζουμε καθημερινά 1.
- ❖ Δια στόματος χρήση είναι επίσης εφικτή, αν και όχι τόσο συνηθισμένη, εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών. Χορηγείται 2 φορές την ημέρα με τρεις τιτλοποιήσεις (1,5mg X2 τον πρώτο μήνα, 3mg X2 τον δεύτερο μήνα, 4,5mg X2 τον τρίτο μήνα και 6mg X2 τον τέταρτο μήνα και εξής).

### ΜΕΜΑΝΤΙΝΗ:

- ❖ Ξεκινάμε με 5mg (μισή ταμπλέτα των 10mg) μετά το φαγητό για 1 εβδομάδα
- ❖ Αυξάνουμε σε 10mg (1 ταμπλέτα) καθημερινά για τη 2η εβδομάδα.
- ❖ Αυξάνουμε σε 15mg (1 ταμπλέτα και μισή) καθημερινά για την 3η εβδομάδα
- ❖ Παραμένουμε στο 20mg (2 ταμπλέτες των 10mg) καθημερινά για την 4η εβδομάδα
- ❖ Την ίδια τακτική ακολουθούμε και για την υγρή μορφή.
- ❖ Αν έχουμε παρενέργειες μειώνουμε στην προηγούμενη δόση και δοκιμάζουμε να αυξήσουμε αργότερα.

#### 5.4 Θεραπεία της αγγειακής άνοιας (ΑΑ)

**Αγγειακού τύπου άνοια** (βλ. Παράρτημα, Κριτήρια): Αιφνίδια έναρξη, κλιμακωτή επιδείνωση, εκτελεστικές δυσλειτουργίες, αλλαγές στη βάδιση, σχετική διατήρηση της προσωπικότητας και της λεκτικής μνήμης, παρουσία καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ή αγγειακής νόσου. Σύμφωνα με παθολογοανατομικές μελέτες (Πίνακας), δεν είναι πολύ συχνή.

Μελέτη	Δείγμα	Αγγειακή άνοια (%)	Αμιγώς αγγειακή άνοια (%)	Πλαίσιο
Galasko <i>et al.</i> (1994)	170	9	2	Ερευνητικά Κέντρα ΝΑ
Brun <i>et al.</i> (1994)	175	70	34	Μελέτη για την άνοια
Ince <i>et al.</i> (1995)	69	6	NA	Μονάδες νοσηλείας
Drach <i>et al.</i> (1997)	59	27	12	Μονάδες νοσηλείας
Hulette <i>et al.</i> (1997)	1,929	0.6	0.3	Μελέτη CERAD
Bowler <i>et al.</i> (1998)	122	6	3	Κλινική διαταραχών μνήμης
Holmes <i>et al.</i> (1999)	80	29	9	Μονάδα ασθενών με άνοια
Nolan <i>et al.</i> (1998)	87	NA	0	Εξωνοσοκομειακή κλινική άνοιας
Lim <i>et al.</i> (1999)	134	34	3	Μονάδα ασθενών με ΝΑ
Duara <i>et al.</i> (2000)	307	16	4	Τράπεζα εγκεφάλων άνοιας
Barker <i>et al.</i> (2002)	384	18	3	Κλινικές μνήμης

### 5.4.1 Αναστολείς χολινεστερασών

Αφού έγινε φανερό ότι η αγγειακή άνοια (ΑΑ) σχετίζεται επίσης με χολινεργικά ελλείμματα, δοκιμάστηκαν οι αναστολείς των χολινεστερασών και σε ασθενείς με ΑΑ. Ταυτόχρονα σε ασθενείς με άνοια με προεξάρχουσα αγγειοεγκεφαλική νόσο, η αγγειακή παθολογία μπορεί επίσης να συνυπάρχει με παθολογία τύπου ΝΑ, συνιστώντας τη μικτή άνοια. Έχουν διεξαχθεί 2 μεγάλες, τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες με donepezil σε ασθενείς με πιθανή ή δυνατή ΑΑ και μια μεγάλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη με τη γαλανταμίνη σε ασθενείς με αγγειακή άνοια ή ΝΑ σε συνδυασμό με αγγειοεγκεφαλική νόσο. Στις δύο μελέτες με τη donepezil, υπήρχε σημαντική βελτίωση στα δύο κύρια αποτελέσματα (νοητικές λειτουργίες και συνολικές κλίμακες), οι καθημερινές δραστηριότητες βελτιώθηκαν σημαντικά στη μια και έδειξαν τάση προς βελτίωση στην άλλη, στο τέλος της περιόδου που χορηγούνταν η θεραπεία<sup>162, 163</sup> (I). Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια και με την γαλανταμίνη: οι ασθενείς που έπαιρναν αληθές φάρμακο παρουσίασαν σημαντική βελτίωση και στα δύο πρωτογενή αποτελέσματα όπως επίσης και στις καθημερινές δραστηριότητες και τις συμπεριφορικές κλίμακες, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (I)<sup>164</sup>. Αν και η μελέτη δεν διέθετε τη στατιστική ισχύ να ανιχνεύσει αλλαγές στις δύο διαγνωστικές υπο-ομάδες (δηλαδή στην ΑΑ και στη ΝΑ με αγγειοεγκεφαλική νόσο (ΑΕΝ) οι νοητικές και συνολικές κλίμακες έδειξαν σημαντική βελτίωση στην ομάδα της ΝΑ με την ΑΕΝ ενώ οι διαφορές συγκρινόμενες με το εικονικό φάρμακο δεν ήταν σημαντικές στην ομάδα της πιθανής ΑΑ. Η ανοικτή εξάμηνη επέκταση της μελέτης έδειξε ότι τα οφέλη μπορούν να διατηρηθούν έως και ένα χρόνο (III)<sup>165</sup>. Μια μετα-ανάλυση, στη βάση Cochrane, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ορισμένες ασθενείς ενδείξεις ότι η γαλανταμίνη είναι χρήσιμη στην άνοια από αγγειακή βλάβη, αλλά συνδεόταν με υψηλότερα ποσοστά παρενεργειών ή απόσυρσης από τη μελέτη (I)<sup>166</sup>. Υπάρχοντα κλινικά δεδομένα (III – IV), τα περισσότερα από τα οποία προέρχονται από ανοιχτές μελέτες ή από εκ των υστέρων (post-hoc) αναλύσεις, υποδεικνύουν ότι η ριβαστιγμίνη ωφελεί στην αγγειακή νοητική έκπτωση, αλλά χρειάζονται μεγαλύτερες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, διπλά τυφλές κλινικές μελέτες<sup>167</sup>. Ωστόσο, δεν υπάρχει έγκριση από κανένα οργανισμό φαρμάκων στον κόσμο για την χορήγηση των αναστολέων στην ΑΑ.

### 5.4.2 Μεμαντίνη

Υπάρχουν δύο τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, εξάμηνες μελέτες σε ασθενείς με ήπια προς μέτρια AA<sup>168, 169</sup> όπου χρησιμοποιείται μεμαντίνη σε δόση 20 mg ημερησίως. Αυτές οι μελέτες συμπεριέλαβαν 900 ασθενείς και σχεδιάστηκαν σύμφωνα με σύγχρονα πρότυπα χρησιμοποιώντας την κλίμακα ADAS-Cog και μια κλίμακα συνολικών αλλαγών ως πρωτογενή σημεία αποτελεσματικότητας. Οι δύο αυτές μελέτες επανεξετάστηκαν από μία πρόσφατη μετα-ανάλυση στο σύστημα Cochrane<sup>124</sup>. Και στις δύο μελέτες, η μεμαντίνη βελτίωσε τη νοητική και συμπεριφορική κατάσταση χωρίς όμως κάτι τέτοιο να υποστηρίζεται από συνολικά κλινικά μέτρα (I). Η μεμαντίνη ήταν καλά ανεκτή (I). Σε μια ανάλυση υποομάδων αυτών των μελετών<sup>170</sup> το νοητικό όφελος φαινόταν να είναι μεγαλύτερο στην υποομάδα των ασθενών με νόσο μικρών αγγείων, η οποία συνδυάζεται στενότερα με NA (III). Επιπρόσθετα, αρκετές βραχυπρόθεσμες μελέτες σε λιγότερο καλά καθορισμένους πληθυσμούς ασθενών με άνοια έχουν δημοσιευτεί και έχουν ανασκοπηθεί στη βάση δεδομένων Cochrane, συμπεριλαμβανομένων μελετών σε ασθενείς με AA και με άνοια μη καθορισμένου τύπου.

Συμπερασματικά, υπήρχαν ευεργετικά αποτελέσματα στη νοητική κατάσταση<sup>171</sup>, στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής<sup>171</sup>, τη συμπεριφορά και τις σφαιρικές κλίμακες<sup>169, 172</sup>, και στην συνολική αίσθηση αλλαγής<sup>171, 172</sup> (III, IV). Η μετα-ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με ήπια έως μέτρια AA που λαμβάνουν μεμαντίνη, είχαν λιγότερη νοητική επιδείνωση σε διάστημα 28 εβδομάδων αλλά τα αποτελέσματα αυτά δεν ήταν και κλινικά διακριτά. Το φάρμακο ήταν καλά ανεκτό σε γενικές γραμμές και η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών χαμηλή<sup>124</sup>. Ωστόσο, δεν έχει εγκριθεί η χορήγησή της από κανένα οργανισμό φαρμάκων στον κόσμο για την αντιμετώπιση της αγγειακής άνοιας.

### 5.4.3 Αντι-αιμοπεταλιακά και άλλα φάρμακα

Υπάρχει μία μόνο μικρή μελέτη με ασπιρίνη σε ασθενείς με AA. Στη μελέτη αυτή, όπου η ομάδα ελέγχου δεν λάμβανε καθόλου θεραπεία, οι ασθενείς στους οποίους χορηγούνταν ασπιρίνη είχαν καλύτερα αποτελέσματα σε μία νοητική κλίμακα μέχρι τον τρίτο χρόνο και επίσης μία σημαντική βελτίωση στην εγκεφαλική αιμάτωση στα πρώτα δύο χρόνια<sup>173</sup> (III). Μία μετα-ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων αποκάλυψε ότι παρά την εκτεταμένη της χρήση δεν υπάρχει ακόμη καμία απόδειξη ότι η ασπιρίνη είναι αποτελεσματική στην

θεραπεία ασθενών με αγγειακή άνοια<sup>174</sup>. Σε μία συστηματική ανασκόπηση κλινικών μελετών με πεντοξυφυλλίνη στην ΑΑ αναγνωρίστηκαν τέσσερις μελέτες που πληρούν τα κριτήρια –να είναι τυχαιοποιημένες, διπλά τυφλές και ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο- και αποκάλυψαν μία τάση προς βελτίωση των νοητικών λειτουργιών, αλλά όχι στατιστικά σημαντικές διαφορές έναντι του εικονικού φαρμάκου<sup>175</sup> (I). Όταν ο ανταγωνιστής διαύλων ασβεστίου, νιμοδιπίνη δοκιμάστηκε σε ασθενείς με πολυεμφρακτική άνοια σε μια μεγάλη τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη, δεν υπήρχαν σημαντικές ωφέλειες σε σχέση με το εικονικό φάρμακο στις νοητικές λειτουργικές και σφαιρικές αξιολογήσεις<sup>176</sup> (I). Επιπλέον, σε μια πρόσφατη ανάλογη μελέτη σε ασθενείς με υποφλοιώδη ΑΑ δεν καταδείχθηκε σημαντικό αποτέλεσμα της νιμοδιπίνης στο πρωτογενές αποτέλεσμα με χρήση μιας κλίμακας σφαιρικής κλινικής αξιολόγησης<sup>177</sup>. Οι μελέτες με *gingko biloba* έχουν ήδη αναφερθεί.

**Συστάσεις:** Οι αναστολείς των χολινεστερασών μπορεί να αποτελούν θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την μικτού τύπου άνοια ήπιας ως μέτριας σοβαρότητας (Επίπεδο Β). Θα πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή και τους περιθάλποντες ρεαλιστικές προσδοκίες από τα θεραπευτικά αποτελέσματα καθώς και πιθανές παρενέργειες (Θέση Ορθής Πρακτικής). Σε παρουσία σοβαρών εστιακών νευρολογικών ελλειμμάτων η ακρίβεια της διάγνωσης και τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη θα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά με βάση την εκτιμώμενη συνεισφορά της αισθητικο-κινητικής έκπτωσης σε σχέση με την νοητική έκπτωση στη γενικότερη αναπηρία του ασθενή (Θέση Ορθής Πρακτικής).

Υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις για τη χρήση της μεμαντίνης σε ασθενείς με αγγειακή άνοια (Επίπεδο Β).

Υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις για να υποστηρίξουν τη χρήση της ασπιρίνης, του *Gingko Biloba*, των ανταγωνιστών ασβεστίου ή της πεντοξυφυλλίνης στην θεραπεία της αγγειακής άνοιας (Επίπεδο Α-С).

Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να διασφαλίζεται η βέλτιστη αντιμετώπιση των αγγειακών παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβανομένων των αντι-αιμοπεταλιακών φαρμάκων, όχι μόνο στην αγγειακή άνοια αλλά και σε ασθενείς με άλλου τύπου άνοιες ή συνύπαρξη αγγειακής νόσου (Θέση Ορθής Πρακτικής).



## 5.5 Θεραπεία της άνοιας στη νόσο Parkinson και της άνοιας με σωματία Lewy

**Άνοια στη νόσο του Parkinson:** Παρουσία νόσου Parkinson πριν από την νοητική έκπτωση και απουσία άλλων αιτίων.

**Άνοια με σωματία Lewy:** Οπτικές παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, διακυμάνσεις στην νοητική κατάσταση, ευαισθησία σε αντιψυχωτικά, διαταραχές του ύπνου, επαναλαμβανόμενες πτώσεις (Βλ. Παράρτημα, Κριτήρια).

Υπάρχουν σημαντικά χολινεργικά ελλείμματα τόσο στην παρκινσονική άνοια, όσο και στην άνοια με σωματία Lewy και οι αναστολές χολινεστερασών έχουν δοκιμαστεί και στις δύο αυτές καταστάσεις. Υπάρχουν πολλές μελέτες με τα τέσσερα σκευάσματα (τακρίνη, δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη, γαλανταμίνη) που περιγράφουν τη χρήση των αναστολέων των χολινεστερασών σε ασθενείς με παρκινσονική άνοια. Οι μελέτες αυτές ήταν μικρές (με λιγότερους από 30 ασθενείς η καθεμία), τρεις από αυτές ήταν ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, οχτώ ήταν ανοιχτές μελέτες και δύο ήταν σειρές ασθενών. Στην πλειονότητα αυτών των μελετών περιγράφηκε βελτίωση στα νοητικά και ψυχιατρικά συμπτώματα, κυρίως στις ψευδαισθήσεις, δεν παρατηρήθηκε συχνά επιδείνωση του παρκινσονισμού και όπου αυτή σημειωνόταν αφορούσε κυρίως τον τρόπο<sup>178, 179</sup>. Μια πρόσφατη, μεγάλη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, μελέτη με τη ριβαστιγμίνη αποκάλυψε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο στους πρωτογενείς τελικούς στόχους με μέτρια αποτελεσματικότητα [στην κλίμακα ADAS-cog για τις νοητικές λειτουργίες και στην κλίμακα ADCS σφαιρική κλινική εντύπωση μεταβολής (CGIC) για τη συνολική αξιολόγηση] όσο και σε όλους τους δευτερογενείς στόχους. Το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν παρόμοιο με αυτό που παρατηρείται σε ασθενείς με ΝΑ με την ναυτία και τον έμετο να είναι οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην ομάδα της ριβαστιγμίνης το 10% των ασθενών ανέφερε υποκειμενική αίσθηση επιδείνωσης του τρόμου και 1,7% διέκοψε την θεραπεία για αυτόν τον λόγο. Δεν υπήρχαν όμως σημαντικές διαφορές μεταξύ της ριβαστιγμίνης και του εικονικού φαρμάκου στις αντικειμενικά εκτιμώμενες κινητικές λειτουργίες<sup>180</sup> (I).

Υπάρχουν 8 μελέτες που αφορούν τη χρήση αναστολέων χολινεστερασών στην ΑΣΛ, με την τακρίνη, την δονεπεζίλη και τη ριβαστιγμίνη. Μία από αυτές ήταν ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, τρεις ήταν ελεγχόμενες, αλλά όχι τυχαιοποιημένες και οι άλλες ήταν σειρές ασθενών. Όλες οι μελέτες εκτός από μία ανέφεραν βελτίωση στις νοητικές λειτουργίες και

οι μισές από αυτές βελτίωση και στα ψυχιατρικά συμπτώματα, συνήθως στην απάθεια και στις ψευδαισθήσεις. Η επιδείνωση του παρκινσονισμού ήταν σπάνια<sup>178</sup>. Σε μία μεγάλη, προοπτική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη η ριβαστιγμίνη βρέθηκε να έχει σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από το εικονικό φάρμακο σε μία από τις δύο κύριες τελικά παραμέτρους, συγκεκριμένα στην απόδοση στη νοητική ταχύτητα. Υπήρχε επίσης μεγαλύτερη βελτίωση στην ομάδα της ριβαστιγμίνης και για την άλλη παράμετρο, τη βαθμολογία των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, με την μέθοδο LOCF (last observation carried forward) και την ανάλυση περιπτώσεων αλλά όχι στον πληθυσμό με πρόθεση θεραπείας (ITT). Στους ανταποκριθέντες, μια ανάλυση έδειξε σημαντικά μεγαλύτερες μειώσεις στη βαθμολογία του NPI και στις τρεις ομάδες. Η ριβαστιγμίνη δεν προκάλεσε επιδείνωση των κινητικών συμπτωμάτων<sup>181</sup> (I).

Η αποτελεσματικότητα της μεμαντίνης δεν έχει επίσημα εκτιμηθεί στην ΑΣΛ. Η βιβλιογραφία, που περιορίζεται σε αναφορές περιπτώσεων, δείχνει ότι σχεδόν τα 2/3 των ασθενών με ΑΣΛ μπορούν να ανεχθούν καλά τη μεμαντίνη, αλλά τα συμπτωματικά αποτελέσματα ποικίλλουν. Μια σημαντική μειονότητα παρουσίασε επιδείνωση της διέγερσης, των παρανοϊκών παραισθήσεων και των οπτικών ψευδαισθήσεων όταν τους χορηγήθηκε μεμαντίνη<sup>182, 183</sup> (IV). Πρόσφατη μελέτη έδειξε όφελος στην άνοια με σωματία Lewy<sup>184</sup>.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με αναστολείς των χολινεστερασών (προς το παρόν υπάρχουν ενδείξεις για τη ριβαστιγμίνη) μπορεί να ληφθεί υπόψη σε ασθενείς με παρκινσονική άνοια ή άνοια με σωματία Lewy (Επίπεδο Α), συνυπολογίζοντας τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη και δυνητικά θέματα ασφαλείας. Θα πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή και τους περιθάλποντες οι ρεαλιστικές προσδοκίες για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις πιθανές παρενέργειες (Θέση Ορθής Πρακτικής).

Υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις για τη χρήση της μεμαντίνης στην παρκινσονική άνοια ή στην άνοια με σωματία Lewy (Επίπεδο C).

## 5.6 Παρακολούθηση της θεραπείας με αναστολείς χολινεστερασών και μεμαντίνη σε ασθενείς με άνοια

Η παρακολούθηση της θεραπείας με αναστολείς χολινεστερασών και μεμαντίνη πρέπει να καθοδηγείται από το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών και την κλινική κατάσταση του

ασθενούς. Πρέπει να περιλαμβάνει τακτικές αξιολογήσεις της συμμόρφωσης, της αποτελεσματικότητας (νοητικές λειτουργίες, καθημερινές δραστηριότητες και συμπεριφορικά συμπτώματα) και των παρενεργειών. Σε ασθενείς με γνωστή καρδιακή νόσο ή σημαντικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου,, ένα αρχικό ΗΚΓ μπορεί να αποβεί βοηθητικό στη μελλοντική παρακολούθηση του ασθενούς. Δεν υπάρχουν αποδείξεις από κατάλληλα σχεδιασμένες μελέτες που να κατευθύνουν τον κλινικό γιατρό στο να καθορίσει πότε να σταματήσει τη θεραπεία.

**Συστάσεις:** Η αποτελεσματικότητα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Θέση Ορθής Πρακτικής). Σε περίπτωση γρήγορης επιδείνωσης ή εμφανούς απώλειας της αποτελεσματικότητας θα πρέπει να δοκιμάζεται διακοπή της θεραπείας. Αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά προκειμένου να εκτιμώνται τα αποτελέσματα της διακοπής ή πιθανή επιδείνωση οπότε η θεραπεία πρέπει να ξαναρχίζει (Επίπεδο C).

## 5.7 Θεραπεία άλλων ανοιών

**Μετωποκροταφική άνοια:** Σχετική διατήρηση της μνήμης και των οπτικο-χωρικών δεξιοτήτων, αλλαγή της προσωπικότητας, εκτελεστική δυσλειτουργία, υπερβολική κατανάλωση τροφής και ποτού, υπερσεξουαλικότητα, παρορμητισμός, διάθεση για αστεϊσμό (Βλ. Παράρτημα Κριτήρια).

Δεν υπάρχουν μεγάλες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες σε άλλους τύπους νευροεκφυλιστικών ανοιών όπως η ΜΚΑ, η ΠΥΠ ή η ΦΒΕ. Σε μια μικρή ανοιχτή και μια άλλη μικρή τυχαίοποιημένη διπλά τυφλή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο συγχρονική μελέτη, η δονεπεζίλη δεν βρέθηκε να έχει αποτέλεσμα σε ασθενείς με ΠΥΠ. Στην καλύτερη περίπτωση εμφάνισε μέτρια αποτελέσματα στην νοητική λειτουργία, αλλά επιδείνωση στις καθημερινές δραστηριότητες και την κινητικότητα<sup>185, 186</sup> (III). Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, ειδικότερα η παροξετίνη, χρησιμοποιήθηκαν σε δύο ανοιχτές και μία μικρή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο παράλληλη μελέτη σε ασθενείς με ΜΚΑ. Ενώ οι ανοιχτές μελέτες έδειξαν κάποια οφέλη, ειδικά όσον αφορά τη συμπεριφορά, η ελεγχόμενη μελέτη έδειξε μάλλον επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών, μάλλον διότι η παροξετίνη είναι αντιχολινεργικό φάρμακο<sup>187, 188, 189</sup> (III).

**Συμπεράσματα:** Δεν υπάρχουν διαθέσιμα φάρμακα για την ειδική θεραπεία άλλων νευροεκφυλιστικών ανοιών όπως η ΜΚΑ, η ΠΥΠ και η ΦΒΕ (Επίπεδο C). Ένας αριθμός παθολογικών καταστάσεων καθώς και συστηματικών διαταραχών του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να συσχετιστεί με την άνοια. Η ειδική θεραπεία για κάθε τέτοια διαταραχή πρέπει να βασίζεται στην υποκείμενη αιτιολογία (Θέση Ορθής Πρακτικής).

## 5.8 Μη φαρμακευτικές θεραπείες για την άνοια

Η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των υπάρχουσών φαρμακευτικών θεραπειών και η πλαστικότητα του εγκεφάλου είναι οι κύριοι παράγοντες που ενίσχυσαν την εφαρμογή μη φαρμακευτικών θεραπειών στους ασθενείς με άνοια. Κάθε θεραπεία η οποία έχει μία δεδομένη θεωρητική βάση, δεν είναι χημική, είναι εστιασμένη και επαναλήψιμη και προσφέρει στον άρρωστο κάποιο όφελος ονομάζεται μη φαρμακευτική παρέμβαση ή θεραπεία.

Οι θεραπείες αυτές περιλαμβάνουν νοητικές προσεγγίσεις, πολυδιάστατες στρατηγικές και ειδικές θεραπείες όπως είναι οι θεραπείες τέχνης, πολλές μορφές σωματικής άσκησης, κ.α. Εφαρμόζονται δε, ατομικά ή ομαδικά, από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά Κέντρα Μνήμης, Κέντρα Ημέρας και μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας για ασθενείς με άνοια. Έχουν επίδραση ακόμη και στους φυσιολογικούς ηλικιωμένους, είτε με κλασσικές μεθόδους είτε με την χρήση νέων τεχνολογιών<sup>190, 191</sup>. Ανασκόπηση της Cochrane Library υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά τους<sup>192</sup>.

Η εμπειρία στην Ελλάδα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων είναι μεγάλη στα Κέντρα Ημέρας. Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί δύο μελέτες με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τους ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή<sup>193, 194</sup>. Επίσης, είναι υπό δημοσίευση μία μελέτη με ασκήσεις σε ηλεκτρονικό υπολογιστή<sup>195</sup>. Αλλά και στην άνοια διεθνώς υπάρχουν πολλές μελέτες τις τελευταίες δεκαετίες που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων<sup>196, 197, 198</sup>.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ν. ALZHEIMER			
Takeda et al., 2012 <sup>199</sup>			
Θεραπεία	Νοητικές λειτουργίες	Καθημερινές δραστηριότητες (ADL)	BPSD
Σποεζελen / πολυαισθητηριακά ερεθίσματα	+	+	+
Προσανατολισμός στην επικαιρότητα	+	+	+
Θεραπεία δια των αναπολήσεων (Reminiscence therapy)	+	-	+
Σωματική άσκηση	+	+	+
Φωτοθεραπεία	+	-	+
Αρωμαθεραπεία	-	-	+
Θεραπεία με κατοικίδια	-	-	+

Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών αυτών έχει εκτιμηθεί με τη βοήθεια λίγων τεκμηριωμένων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών και κρίνεται ικανοποιητική. Συστήνονται όμως σαν καλή κλινική πρακτική από τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε δομές για ασθενείς με άνοια.

Τέλος υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις αυξάνουν το καλό αποτέλεσμα των αναστολέων χολινεστερασών<sup>200, 201</sup>.

Βέβαια, απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους. Ωστόσο, μέχρι να βρεθούν φάρμακα τα οποία θα αλλάζουν την πορεία της ΝΑ ή θα προφυλάσσουν από την εμφάνισή της, η βελτίωση της ποιότητας ζωής ή η αύξηση της περιόδου που οι ασθενείς μας θα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, είναι η πιο σημαντική κλινική εξέλιξη.

## 5.9 Θεραπεία των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στην άνοια

Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα προκαλούν ανησυχία στους ασθενείς και αυξάνουν την επιβάρυνση των περιθαλπόντων και πολύ συχνά απαιτούν αντιμετώπιση, κάποιες φορές, σε επείγουσα βάση<sup>44</sup>. Η αιφνίδια έναρξη ή επιδείνωση συμπτωμάτων, όπως ψευδαισθήσεις, αϋπνία, ανησυχία, διέγερση ή επιθετικότητα μπορεί να είναι ένδειξη παραληρήματος καθώς επίσης και κατάθλιψης. Γι' αυτό, το πρώτο στάδιο της αντιμετώπισης συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων θα πρέπει πάντα να είναι η κλινική εκτίμηση του ασθενούς, εστιάζοντας σε πρόσφατες αλλαγές της φαρμακευτικής αγωγής, σημεία λοίμωξης ή συστηματικής τοξικότητας καθώς και σε ενδείξεις παράλληλης νοητικής έκπτωσης<sup>51</sup> (II).

Αρχικά πρέπει πάντοτε να γίνεται προσπάθεια για την αντιμετώπιση των ΝΨΔ με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, αφού γίνει η διερεύνηση για τα αίτιά τους, η κατάλληλη διαρρύθμιση του περιβάλλοντος (π.χ. η χρήση δυνατού φωτός μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των οπτικών ψευδαισθήσεων στην άνοια της νόσου του Parkinson και την άνοια με σωματίδια του Lewy). Η θεραπεία μέσω της μουσικής, μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση της ευερεθιστότητας και της επιθετικότητας. Δεν έχει αποδειχθεί ότι οι αναστολείς χολινεστερασών αλλά και η μεμαντίνη έχουν ευεργετική επίδραση στη θεραπεία της απάθειας όπως επίσης και της ευερεθιστότητας και του άγχους.

Φάρμακα που μπορούν να επιδεινώσουν το παραλήρημα και την ψύχωση π.χ. τα αντιχολινεργικά, αντενδείκνυνται και θα πρέπει να αποφεύγονται. Πριν από κάθε παρέμβαση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κατάλληλες κλίμακες μέτρησης των συμπεριφορικών ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων προκειμένου να είναι δυνατόν να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της θεραπείας. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε νοητικού, συμπεριφορικού, συναισθηματικού και με βάση ερεθίσματα προσανατολισμού. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για τα εξειδικευμένα αποτελέσματα των παραπάνω παρεμβάσεων και έτσι χρησιμοποιούνται περισσότερο σε εξατομικευμένα ή και ομαδικά πλαίσια όπως είναι οι μονάδες φροντίδας. Ομάδες εκπαίδευσης, πληροφόρησης και υποστήριξης για ασθενείς και περιθάλποντες είναι βοηθητικές και θα πρέπει να οργανώνονται από εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα. Περιβαλλοντικές παρεμβάσεις μπορεί να αποβούν σημαντικές. Μια ήπια προσέγγιση στην αντιμετώπιση του παραληρήματος, της περιπλάνησης, της διέγερσης και της επιθετικότητας μπορεί να είναι δύσκολο να διατηρηθεί στο σπίτι για τον περιθάλποντα, αλλά μπορεί να είναι εξαιρετικά βοηθητικό για την καθημερινή του

φροντίδα. Οι κλειδωμένες πόρτες μπορούν να μειώσουν τα προβλήματα από την περιπλάνηση, αν και μερικές φορές μπορεί να αυξήσουν τις προσπάθειες των ασθενών να δραπετεύσουν από το περιβάλλον τους. Ειδικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της ακράτειας<sup>16</sup> (I), ενώ η καλή υγιεινή του ύπνου μπορεί να μειώσει την αϋπνία.

Η φαρμακολογική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων στην άνοια είναι ιδιαίτερως δύσκολη, καθώς πολύ λίγες τυχαίοποιημένες, ελεγχόμενες, με εικονικό φάρμακο μελέτες έχουν διενεργηθεί<sup>44, 202</sup>. Προτιμότερη είναι μια προσέγγιση που θέτει κάποιο συγκεκριμένο σύμπτωμα ως στόχο, π.χ. στην μείωση της διέγερσης ή των ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Πρόσφατα σημειώνεται ενδιαφέρον για τον πιθανό ρόλο των αναστολέων των χολινεστερασών για την αντιμετώπιση συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Π.χ. η ριβαστιγμίνη μπορεί να μειώσει την απάθεια, την ανησυχία, τις ψευδαισθήσεις, τις παραισθήσεις και την ευερεθιστότητα στην ΑΣΛ<sup>181</sup> (I) και η γαλανταμίνη μπορεί να μειώσει τα ψυχιατρικά συμπτώματα σε ήπια έως μέτρια ΝΑ<sup>104</sup> (I). Ολοένα και περισσότερο οι αναστολείς χολινεστερασών χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό στη ΝΑ και άλλες άνοιες. Αν και μπορούν να έχουν επίδραση στα συμπεριφορικά συμπτώματα, ωστόσο, μπορεί να χρειάζεται να συγχρηγοούνται με άλλους παράγοντες. Η συνήθης πρακτική στην φαρμακολογική αντιμετώπιση τέτοιων συμπτωμάτων ήταν η χρήση νευροληπτικών όπως η αλοπεριδίνη σε μικρές δόσεις<sup>203</sup> και πιο πρόσφατα τα άτυπα αντιψυχωτικά, συνήθως στο 1/3 της συνηθισμένης τους δόσης. Λίγες ενδείξεις υπάρχουν ότι αυτά τα φάρμακα τροποποιούν σημαντικά ανεπιθύμητες συμπεριφορές εκτός της επιθετικότητας<sup>204, 205</sup> και συχνά υπάρχει ένα αξιοσημείωτο κόστος σε ανεπιθύμητες ενέργειες με καταστολή, αύξηση βάρους, εξωπυραμιδικά συμπτώματα και πτώσεις.

Πρόσφατες αναφορές δείχνουν ότι τα άτυπα αντιψυχωτικά μπορεί να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και θνησιμότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια<sup>205, 206, 207, 208</sup>. Ωστόσο, μια αναδρομική μελέτη τύπου κοόρτης έδειξε ότι τα συμβατικά αντιψυχωτικά είναι τουλάχιστον το ίδιο πιθανό όπως και τα άτυπα να αυξήσουν τον κίνδυνο θανάτου σε ηλικιωμένους<sup>209</sup> και απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες ώστε να βοηθηθούν οι κλινικοί γιατροί στη λήψη αποφάσεων σε κάθε ασθενή<sup>44</sup>. Στην ΑΣΛ οι σοβαρές αντιδράσεις υπερευαισθησίας στα νευροληπτικά σχετίζονται με διπλάσια έως τριπλάσια θνησιμότητα και για αυτό τα αντιψυχωτικά θα πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή<sup>210</sup> (II). Έτσι, σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς με

άνοια τόσο τα συμβατικά, όσο και τα άτυπα αντιψυχωτικά πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή και μετά από προσεκτική εκτίμηση των κινδύνων και των ωφελειών. Οι ασθενείς και οι περιθάλποντες θα πρέπει να ενημερώνονται για τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη και κινδύνους και η θεραπεία θα πρέπει να επανεκτιμάται συχνά. Η καρβαμαζεπίνη<sup>211</sup> και το βαλπροϊκό οξύ<sup>212</sup> έχουν χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση της διέγερσης στην άνοια, αλλά με αντιφατικά αποτελέσματα (II).

Οι αρχές της αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην άνοια είναι πιθανόν παρόμοιες με αυτές σε ασθενείς που δεν πάσχουν από άνοια της ίδιας ηλικίας, αν και λείπουν επαρκείς μελέτες για τα περισσότερα σκευάσματα<sup>213</sup>. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και άλλα νεότερα αντικαταθλιπτικά είναι λιγότερο πιθανό να επιδεινώσουν τη σύγχυση και τις αντιχολινεργικές δράσεις που παρατηρούνταν με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Συναισθηματική αστάθεια και παρορμητικές συμπεριφορές έχουν αναφερθεί ότι βελτιώνονται με τους SSRIs στην ΜΚΑ και πιθανόν και σε άλλες άνοιες<sup>44</sup> (II).

**Συστάσεις:** Οι κλινικοί γιατροί που αντιμετωπίζουν ασθενείς με άνοια θα πρέπει να γνωρίζουν τη σημασία της θεραπείας συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων και τα πιθανά οφέλη για ασθενείς και περιθάλποντες (Θέση Ορθής Πρακτικής). Συννοσηρότητα οργανικών παθήσεων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως αιτία των συμπτωμάτων (Επίπεδο C). Μη φαρμακολογικές καθώς και φαρμακολογικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές και θα πρέπει να εφαρμόζονται με μία στοχευμένη στο σύμπτωμα προσέγγιση. Τα βραχυπρόθεσμα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη, καθώς και οι παρενέργειες τέτοιων παρεμβάσεων θα πρέπει να επανεκτιμώνται τακτικά (επίπεδο C). Τα αντιψυχωτικά, συμβατικά και άτυπα, μπορεί να σχετίζονται με σημαντικές παρενέργειες και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή (Επίπεδο A).

## 5.10 Συμβουλευτική και υποστήριξη για περιθάλποντες

Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια άνοια η συμβολή του περιθάλποντα είναι σημαντική για πολλές σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες για παράδειγμα ταξίδια, οικονομικά θέματα, ντύσιμο, οργάνωση και επικοινωνία με οικογένεια και φίλους. Καθώς εξελίσσεται η ασθένεια, η διάρκεια της επίβλεψης πρέπει να αυξάνεται.



Σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή άνοια οι περιθάλποντες συχνά παρέχουν πλήρη και αποκλειστική βοήθεια σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες όπως σωματικές ανάγκες, μπάνιο, φαγητό, μετακίνηση ή χρήση τροχήλατου αμαξιδίου.

Η πλειονότητα των περιθαλπόντων ασθενών με ΝΑ παρέχουν υψηλά επίπεδα φροντίδας και ταυτόχρονα βιώνουν το βάρος της απώλειας του συντρόφου ή ενός καλού τους φίλου. Οι περιθάλποντες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν σωματική και συναισθηματική εξουθένωση ως άμεσο αποτέλεσμα των ευθυνών τους. Είναι πιθανότερο να αναφέρουν οικογενειακές συγκρούσεις, να περνούν λιγότερο χρόνο με άλλα μέλη της οικογένειάς τους και να παραιτούνται από διακοπές, ενδιαφέροντα και άλλες προσωπικές δραστηριότητες. Το να φροντίζεις έναν ασθενή με άνοια μπορεί επίσης να προκαλέσει μεγάλα οικονομικά προβλήματα.

Παρεμβάσεις σχεδιασμένες να παρέχουν υποστήριξη για περιθάλποντες περιλαμβάνουν προγράμματα συμβουλευτικής και εκπαίδευσης, ομάδες φροντίδας υγείας κατ' οίκον, ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς και υποστήριξης με βάση πληροφορικά συστήματα. Αρκετές μικρές ποσοτικές ή ποιοτικές μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων έχουν δημοσιευτεί. Δύο μετα-αναλύσεις<sup>214, 215</sup> και μία συστηματική ανασκόπηση<sup>216</sup> έχουν δημοσιευτεί για τα αποτελέσματα της παρέμβασης σε περιθάλποντες. Σε γενικές γραμμές υπάρχουν ενδείξεις από κάποιες τάξης II τυχαιοποιημένες μελέτες που υποστηρίζουν την άποψη ότι οι περιθάλποντες ασθενών με μέτρια έως σοβαρή άνοια ωφελούνται από δομημένες υποστηρικτικές προσπάθειες, οι οποίες μπορεί να μειώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα<sup>217, 218</sup>. Δεν υπάρχουν κατάλληλα σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες ειδικά στην ήπια άνοια<sup>219</sup>.

**Συστάσεις:** Η διάγνωση της άνοιας κινητοποιεί την κοινότητα προς διάθεση δημόσιων προγραμμάτων υποστηρικτικής φροντίδας (Θέση Ορθής Πρακτικής). Εξειδικευμένοι επιστήμονες θα πρέπει να αξιολογούν το φορτίο και τις ανάγκες των περιθαλπόντων σε τακτά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ασθένειας (Επίπεδο C). Πρέπει να παρέχεται στους περιθάλποντες υποστήριξη και συμβουλευτική (Επίπεδο B). Αυτό περιλαμβάνει και την πληροφόρηση σχετικά με οργανώσεις ασθενών (Θέση Ορθής Πρακτικής).

### 5.11 Νομικά ζητήματα

Η άνοια προκαλεί βαθμιαία απώλεια των νοητικών και σωματικών ικανοτήτων και έτσι επηρεάζει την μνήμη, τη λήψη αποφάσεων και την ικανότητα της επικοινωνίας των επιθυμιών. Για αυτούς τους λόγους ένας ασθενής με άνοια μπορεί να μην είναι ικανός να συγκατατεθεί στην θεραπεία, να λάβει μέρος σε ερευνητικές εργασίες ή να συναποφασίζει για ζητήματα που αφορούν στην φροντίδα του. Στην καθημερινή ζωή ανακύπτουν προβλήματα όταν ο ασθενής με άνοια θέλει να συνεχίσει να οδηγεί, να συντάξει μία διαθήκη ή να εκτελέσει οικονομικές συναλλαγές. Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να είναι απαραίτητο να οριστεί “κηδεμόνας” ή “επίτροπος”<sup>88</sup>.

Σχεδόν σε όλες τις χώρες οι ειδικοί νευρολόγοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση της νοητικής ικανότητας ή ανικανότητας, καθώς μπορεί να είναι απαραίτητο να κάνουν μια τέτοια εκτίμηση πριν την θεραπεία, να παρέχουν ιατρικό πιστοποιητικό σε δικηγορικό αίτημα, να παραστούν ως μάρτυρες ή να βεβαιώσουν την υπογραφή ενός νομικού εγγράφου ή να γνωμοδοτήσουν για ορισμένη νομική ικανότητα σχετικά με κάποια δικαστική διαδικασία<sup>220</sup>.

Αν και η εκτίμηση της ικανότητας ενός ατόμου δεν απαιτεί υψηλό βαθμό νομικής γνώσης, ο γιατρός θα πρέπει να κατανοεί τους σχετικούς νομικούς όρους με την ευρεία τους έννοια καθώς ο ρόλος του γιατρού συνίσταται στο να παρέχει πληροφορίες με βάση τις οποίες θα γίνει η τελική εκτίμηση της ικανότητας του ατόμου<sup>220</sup>.

**Συστάσεις: Τα νομικά και οικονομικά θέματα** είναι σημαντικά (διαθήκες, πληρεξούσιο, κηδεμονία, προγραμματισμός φροντίδας). Οι σύζυγοι οφείλουν να γνωρίζουν τα θέματα που θα ανακύψουν, ώστε να μπορέσουν να διευθετήσουν τυχόν προβλήματα πριν πεθάνει ο ασθενής. Το αυτό συμβαίνει και με τα οικονομικά θέματα (συντάξεις κτλ)<sup>221</sup>.

Ειδικοί γιατροί, υπεύθυνοι για την φροντίδα ασθενών με άνοια, θα πρέπει να γνωρίζουν τους εκάστοτε εθνικούς νόμους σχετικά με την εκτίμηση της ικανότητας, της συγκατάθεσης στην θεραπεία και στην έρευνα, της ανακοίνωσης της διάγνωσης (Θέση Ορθής Πρακτικής).

Η διάγνωση της άνοιας δεν είναι συνώνυμη με την νοητική ανικανότητα, καθώς ο ορισμός της ικανότητας θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνει μια λειτουργική ανάλυση: κατέχει το άτομο τις δεξιότητες και ικανότητες να εκτελέσει μία συγκεκριμένη πράξη σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο; (Θέση Ορθής Πρακτικής).

## 5.12 Οδήγηση

Η οδήγηση είναι ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα. Είναι μία σύνθετη δραστηριότητα που πάντα επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από εκφυλιστική άνοια<sup>222</sup>. Σταδιακά, οι ασθενείς θα πρέπει να σταματήσουν να οδηγούν. Είναι σημαντικό να προετοιμάσουμε τους ασθενείς για κάτι τέτοιο. Μπορούμε επίσης να τους κάνουμε ειδική δοκιμασία για την οδήγηση. Υπάρχουν νευροψυχολογικές δοκιμασίες που μετρούν διάφορες νοητικές λειτουργίες και είναι χρήσιμες για την αξιολόγηση της ικανότητας οδήγησης των ηλικιωμένων ατόμων με νοητική έκπτωση (στοιχεία κατηγορίας IV)<sup>222</sup>. Ωστόσο, δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το ποια νευροψυχολογική συστοιχία θα μπορούσε να προβλέψει με ακρίβεια την ασφαλή οδήγηση. Δοκιμασίες που εστιάζονται στην οπτικοχωρική προσοχή και απαιτούν εκτελεστικές ικανότητες μπορεί να είναι χρήσιμες στην πρόβλεψη της ικανότητας οδήγησης των ασθενών με άνοια. Ίσως, υπό ειδικές συνθήκες, μπορούν να έχουν άδεια οδήγησης, η οποία θα ανανεώνεται κάθε χρόνο αλλά δε θα επιτρέπει στους ασθενείς να οδηγούν πιο μακριά από ακτίνα 1χλμ. απ' το σπίτι τους. Οι ασθενείς μπορούν επίσης να χρησιμοποιούν εναλλακτικά τα MMM και ταξί<sup>223</sup>.

Παρ' όλα αυτά, όλοι οι οδηγοί που πάσχουν από άνοια θα πρέπει τελικώς να σταματούν να οδηγούν, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν μετρίου βαθμού συμπτώματα άνοιας ή ακόμη καλύτερα νωρίτερα. Πρέπει να σημειώσουμε ότι υπάρχει μία σημαντική διαφοροποίηση σε όλη την Ευρώπη σχετικά με τους εθνικούς κανονισμούς οδήγησης για τους ασθενείς με άνοια, την αξιολόγηση των ικανοτήτων οδήγησης και την εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων αναφορικά με τρίτους, όπως είναι η εθνική αρχή για την έκδοση αδειών οδήγησης (EFNS Guidelines 2012)<sup>224</sup>.

Κατά την στιγμή της διάγνωσης θα πρέπει να εκτιμάται και να τίθεται υπό συζήτηση η ικανότητα του ασθενή για οδήγηση καθώς οι σχετικές συμβουλές αποτελούν σημαντικό βήμα της αντιμετώπισης της άνοιας<sup>225</sup>, και επειδή οι ασθενείς με ΝΑ που συνεχίζουν να οδηγούν παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ατυχήματα (I)<sup>226</sup>. Συγκεκριμένα, οι οδηγοί με ήπια ΝΑ αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα οδικής ασφάλειας<sup>227</sup>. Υπάρχει όμως σημαντική διαφοροποίηση στις ευρωπαϊκές χώρες, όσον αφορά τις εθνικές νομοθεσίες που αφορούν την οδήγηση για ασθενείς που υποφέρουν από διαταραχές που σχετίζονται με άνοια, το ρόλο ειδικών γιατρών στην εκτίμηση των ικανοτήτων για οδήγηση και το απόρρητο των ιατρικών πληροφοριών σε σχέση με τρίτα μέρη, όπως εθνικές αρχές μεταφορών<sup>228</sup>. Τα νέας τεχνολογίας αυτοκίνητα είναι πιθανό να συμβάλλουν στη διευκόλυνση των ασθενών αυτών.

**Συστάσεις:** Η εκτίμηση της ικανότητας για οδήγηση θα πρέπει να γίνεται αμέσως μετά τη διάγνωση και να καθοδηγείται από την τρέχουσα νοητική λειτουργία και από σχετικό ιστορικό ατυχημάτων ή λαθών στην οδήγηση. Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις οπτικο-χωρικές, οπτικο-αντιληπτικές ικανότητες, την ευπραξία και τις μετωπιαίες λειτουργίες σε συνδυασμό με την προσοχή. Συμβουλές είτε στο να επιτραπεί η οδήγηση αλλά με επανεκτίμηση μετά από κάποιο διάστημα, είτε να σταματήσει η οδήγηση θα πρέπει να δίνονται κατά περίπτωση (Επίπεδο Α) και πάντα σύμφωνα με τους εθνικούς κανονισμούς τους οποίους πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός (Θέση Ορθής Πρακτικής).

### **5.13 Συμπέρασμα**

Η εκτίμηση, ερμηνεία και θεραπεία των συμπτωμάτων της αναπηρίας των ασθενών, και των αναγκών και του άγχους των περιθαλπόντων κατά τη διάρκεια της πορείας της ΝΑ και άλλων ανοιών απαιτούν τη συνεργασία πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων. Ιδανικά, η κατάλληλη φροντίδα ασθενών με άνοια απαιτεί μία διεπιστημονική προσέγγιση. Οι νευρολόγοι θα πρέπει να συνεργάζονται με ψυχογηγιάτρους και γηγιάτρους στην κατάρτιση, στελέχωση και καθοδήγηση διεπιστημονικών ομάδων υπεύθυνων για την κλινική πρακτική και την έρευνα στην άνοια. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες συνεισφέρουν στον καθορισμό προτύπων φροντίδας στην άνοια παρέχοντας στοιχεία για σημαντικές πλευρές της διάγνωσης και της θεραπείας.

## 6 Παράρτημα

## 6.1 Ιστορικό Ασθενούς

---

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ημερομηνία Εξέτασης

Ασφαλιστικός φορέας

ΑΜΚΑ

ΑΜ

Όνοματεπώνυμο

Όνομα πατρός

Όνομα μητρός

Ηλικία

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Επάγγελμα

Επίπεδο εκπαίδευσης

Οικογενειακή  
Κατάσταση

Αριθμός και φύλο  
τέκνων

---

Στοιχεία επαφής με  
περιθάλποντα

---

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ποιος δίνει τις πληροφορίες

Διάρκεια συμπτωμάτων

Αρχικό σύμπτωμα

Είδος έναρξης

Εκλυτικός παράγων

Πώς εξελίχθηκε η κλινική  
εικόνα

Έχει τεθεί διάγνωση (ποια και  
πότε);

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

---

#### ΠΑΡΟΝΤΑ ΝΟΗΤΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ

Μνήμη

Προσανατολισμός

---

Προσοχή

Ευπραξία

Γλώσσα

---

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συμπεριφορά

Συναίσθημα

Σκέψη

Αντίληψη

Αλλαγές στην  
προσωπικότητα

Ύπνος

Όρεξη – Μεταβολή  
βάρους

Εναισθησία

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΗ

Κληρονομικότητα

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Σχόλιο Εξεταστή:



## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

### Αγγειακοί παράγοντες κινδύνου

#### Καρδιαγγειακό Σύστημα

Προηγούμενο ΑΕΕ (τύπος/ εντόπιση/ συνέπειες ):

Υπέρταση

Διαβήτης I ή II

Αρρυθμίες/ Κολπ. Μαρμαρυγή

Βαλβιδοπάθεια

Αθηρωμάτωση μεγάλων αγγείων

Στεφαν. Νόσος/ Προηγ. Έμφραγμα μυοκαρδίου

Υπερλιπιδαιμία

Παχυσαρκία (Ύψος-βάρος )

Κάπνισμα

Υπερομοκυστιναιμία

Κατανάλωση κρέατος

**Νευρικό Σύστημα** Ιστορικό ΚΕΚ

Νόσος Parkinson

Επιληψία

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Νόσος Huntington

Νεόπλασμα

Άλλο

**Αναπνευστικό  
Σύστημα**

**Πεπτικό Σύστημα**

**Ουροποιητικό  
Σύστημα**

**Γεννητικό  
Σύστημα**

Εκτρώσεις

Αποβολές

Προστάτης

**Μυϊκό Σύστημα**

**Ερειστικό  
Σύστημα**

**Ανοσοποιητικό  
Σύστημα**

**Σύστημα  
αισθητηρίων  
οργάνων**

**Σύστημα  
ενδοκρινών  
Αδένων**

Θυρεοειδής

**Δέρμα και  
εξαρτήματα**

**Όγκοι**

**Αιματολογικές  
διαταραχές**

**Ψυχιατρική  
Διαταραχή**

Συναισθηματική Διαταραχή

Ψυχωτική Διαταραχή

Αγχώδης Διαταραχή

Γνωστική Έκπτωση

Ιστορικό Κατάχρησης Ουσιών

**Λοιπά  
αναφερόμενα  
νοσήματα**

**Χειρουργικές  
επεμβάσεις**

Με γενική αναισθησία

Με ραχιαία ή τοπική αναισθησία

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΓΩΓΗ					
ΦΑΡΜΑΚΟ	Δόση	Συχνότητα	Μονάδα	Έναρξη	Παύση
Βαθμός συμμόρφωσης και αίτια	Καλή				
	Μέτρια				
	Κακή				

Μείζονες παρελθούσες αγωγές και αίτια

διακοπής τους

Πρόσφατα  
εργαστηριακά ευρήματα

Αλλεργία σε  
φάρμακα/τροφές

---

---

## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Επίπεδο συνείδησης /  
προσανατολισμός

Ομιλία (Αφασία /  
Δυσarthρία)

Βάδιση

Ισορροπία

Κρανιακά νεύρα /  
Κόρες / Νυσταγμός

Τροφικότητα /  
ακούσιες κινήσεις

Μυϊκός τόνος / Οδοντ.  
τροχός

**Μυϊκή ισχύς / Σημείο**

Barre

Συντονισμός (Δοκ.  
Δείκτη-Ρινός / Εναλλ.  
Κινήσεις)

**Αισθητικότητα**

(επιβολής και εν τω  
βάθει)

**Αντανακλαστικά  
(εν τω βάθει τενόντια /  
Κλόνος)**

Δικεφάλου

Τρικεφάλου

Βραχιονοκερκιδικό

Επιγονάτιο

Αχίλλειο

Hoffman

**Λοιπά σχετικά  
Αντανακλαστικά**

Κοιλιακά

Babinski

Συλλήψεως

**Μηνιγγικά σημεία**

Αυχ. Δυσκαμψία

Kernig

Brudzinski

Άλλα σημεία	Trousseau
	Chvostek
	Lasegue

---

## 6.2 Κλινικά Κριτήρια

### 6.2.1 Κριτήρια Ήπιας Νοητικής Διαταραχής<sup>229</sup>

#### ΒΑΣΙΚΑ (ΠΥΡΗΝΙΚΑ) ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

---

- 1. Αλλαγή νοητικής κατάστασης
- 2. Έκπτωση σε μία ή περισσότερες νοητικές λειτουργίες (ανάλογα με την ηλικία και την εκπαίδευση)
- 3. Διατήρηση ανεξαρτησίας (λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή)
- 4. Απουσία άνοιας

#### ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ






---

- 1. Παράπονα από τον ασθενή ή το συνοδό
- 2. Νοητική έκπτωση στο ιστορικό
- 3. Νευροψυχολογική αξιολόγηση
- 4. Επαναληπτικές μετρήσεις
- 5. 1 – 1,5 τυπική απόκλιση κάτω από τον Μ.Ο. για ηλικία και εκπαίδευση (νόρμες)
- 6. Έλλειμμα επεισοδιακής μνήμης



## **ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER**

---

-  1. Έλλειμμα και άλλων εκτός της μνήμης νοητικών λειτουργιών
  
-  2. Αποκλεισμός εγκεφαλικής νόσου
  
-  3. Αποκλεισμός άλλων τύπων άνοιας
  
-  4. Γενετικές μεταλλάξεις
  
-  5. Βιολογικοί δείκτες

## 6.2.2 Κριτήρια Άνοιας (ανεξαρτήτως αιτιολογίας)<sup>24</sup>

### ΒΑΣΙΚΑ (ΠΥΡΗΝΙΚΑ) ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

---

#### Νοητικά ή Νευροψυχολογικά συμπτώματα, τα οποία:

---

1. Παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα στην εργασία ή στις συνήθεις δραστηριότητες
  2. Αντανακλούν έκπτωση σε σχέση με προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας
  3. Δεν αιτιολογούνται από παραλήρημα ή μείζονα ψυχιατρική διαταραχή
  4. Η νοητική έκπτωση εκτιμάται μετά από:
    - Ιστορικό από τον ασθενή και από κάποιο άλλο άτομο που γνωρίζει καλά τον ασθενή
    - Αντικειμενική και ενδεδειγμένη νευροψυχολογική εκτίμηση
  5. Οι νοητικές ή οι συμπεριφορικές διαταραχές προϋποθέτουν έκπτωση σε τουλάχιστον 2 από τους παρακάτω τομείς:
    - Ικανότητα μάθησης και μνήμης νέων πληροφοριών
    - Κρίση και επίλυση προβλημάτων
    - Οπτικοχωρικές ικανότητες
    - Γλωσσικές ικανότητες
    - Αλλαγές στην προσωπικότητα
-

### 6.2.3 Πιθανή Νόσος Alzheimer<sup>25</sup>

#### ΒΑΣΙΚΑ (ΠΥΡΗΝΙΚΑ) ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

##### Κριτήρια για την άνοια και επιπλέον χαρακτηριστικά

- 1. Ύπουλη – προοδευτική έναρξη
- 2. Ξεκάθαρο ιστορικό νοητικής επιδείνωσης  
Αρχικές και προεξέχουσες νοητικές ελλείψεις από το ιστορικό και την αξιολόγηση:
  - Μνημονικές εκδηλώσεις
  - Μη-μνημονικές εκδηλώσεις (λόγος, οπτικοχωρικές ικανότητες, εκτελεστική λειτουργία)
  - Πιθανή νόσος Alzheimer

#### ΠΡΟΣΟΧΗ

##### Η διάγνωση δεν τίθεται όταν υπάρχουν ενδείξεις για:

1. Συνυπάρχουσα εγκεφαλική νόσο
2. Άνοια με σωματία Lewy
3. Συμπεριφορικό τύπο μετωποκροταφικής άνοιας
4. Προοδευτική σημασιολογική άνοια ή προοδευτική μη ρέουσα αφασία
5. Άλλη παράλληλη νευρολογική ασθένεια
6. Χρήση φαρμάκων, που επηρεάζουν τη νόηση

##### Αυξημένο επίπεδο βεβαιότητας

- Τεκμηριωμένη ένδειξη για προοδευτική επιδείνωση της νοητικής κατάστασης
- Γενετικές μεταλλάξεις
- Βιολογικοί δείκτες

## 6.2.4 Κριτήρια Αγγειακής Άνοιας<sup>29</sup>

---

### I. Κριτήρια για τη διάγνωση πιθανής ΑΑ

---

- 1. Άνοια
  - 2. Αγγειακή εγκεφαλική νόσος
  - 3. Σχέση μεταξύ των 2 προηγούμενων διαταραχών
    - Α. Έναρξη της άνοιας σε διάστημα 3 μηνών μετά από ένα διαγνωσμένο έμφρακτο
    - Β. Αιφνίδια επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών ή κυμαινόμενη σταδιακή εξέλιξη νοητικών ελλειμμάτων
- 

### II. Κλινικά χαρακτηριστικά που συμβαδίζουν με τη διάγνωση της πιθανής ΑΓΓΑ

---

- 1. Πρώιμη παρουσία διαταραχής στη βάδιση
  - 2. Ιστορικό αστάθειας και συχνών απρόκλητων πτώσεων
  - 3. Πρώιμη συχνουρία, επιθυμία προς ούρηση και άλλη ουρολογική νόσο
  - 4. Ψευδοπρομηκική παράλυση
  - 5. Διαταραχές της προσωπικότητας και της διάθεσης
- 

### III. Χαρακτηριστικά που κάνουν τη διάγνωση της ΑΓΓΑ αβέβαιη ή πιθανή

---

- 1. Πρώιμη έναρξη ελλειμμάτων μνήμης και προοδευτική επιδείνωση μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών με απουσία αντίστοιχων εστιακών βλαβών στην απεικόνιση εγκεφάλου
  - 2. Απουσία άλλων εστιακών νευρολογικών σημείων, εκτός από τις νοητικές διαταραχές
  - 3. Απουσία αγγειακής εγκεφαλικής νόσου στη CT ή στην MRI
-

## 6.2.5 Κριτήρια Lund-Manchester Research (LMRC) για Μετωποκροταφική άνοια

---

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ LUND-MANCHESTER RESEARCH (LMRC)<sup>27</sup>

---

- Νοητική έκπτωση με διαταραχή κρίσης και άρση αναστολών, παρορμητικότητα, κοινωνική αδεξιότητα
  - Τα ελλείμματα στην κρίση είναι δυσανάλογα με τα ελλείμματα μνήμης
- 

#### 1. Μετωπιαία άνοια

---

- Διαταραχές συμπεριφοράς
  - Συναισθηματικές διαταραχές
  - Διαταραχές του λόγου
  - Διατήρηση του χωρικού προσανατολισμού και ευπραξίας
  - Ευρήματα στο ΗΕΓ στην νευροαπεικόνιση και στις δοκιμασίες
- 

#### 2. Πρωτοπαθής προοδευτική αφασία

---

- Προσπάθεια στην παραγωγή του λόγου
  - Φωνολογικά και γραμματικά λάθη
  - Δυσκολία στην ανάκληση λέξεων
  - Δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή
  - Ασύμμετρη ακινησία και δυσκαμψία
  - Ασύμμετρη ατροφία
-

### **3. Σημασιολογική άνοια**

---

- Σοβαρή διαταραχή της αντίληψης των λέξεων και της κατονομασίας
  - Διατήρηση της ροής, της γραμματικής και της επανάληψης
  - Αδυναμία αναγνώρισης οπτικών εικόνων
  - Διατήρηση των οπτικοχωρικών ικανοτήτων και της μνήμης
-

## 6.2.6 Κριτήρια άνοιας με σωματία Lewy<sup>26</sup>

---

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY

---

I. Κεντρικό χαρακτηριστικό: Προοδευτική νοητική έκπτωση, που παρεμβαίνει στη φυσιολογική κοινωνική ή εργασιακή λειτουργικότητα. Εξέχουσα ή επίμονη διαταραχή της μνήμης δε συμβαίνει απαραίτητα στα πρώιμα στάδια, αλλά συνήθως εμφανής με την πρόοδο της νόσου. Ελλείμματα σε δοκιμασίες προσοχής, εκτελεστικής λειτουργίας, οπτικοχωρικής ικανότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα εμφανή

II. Πυρηνικά χαρακτηριστικά:

- 1. Διακυμαινομένη νοητική λειτουργία με ιδιαίτερες διακυμάνσεις στην προσοχή και την εγρήγορση
- 2. Επαναλαμβανόμενες οπτικές ψευδαισθήσεις, συνήθως καλά σχηματισμένες και λεπτομερείς
- 3. Αυθόρμητα χαρακτηριστικά παρκινσονισμού

III. Υποδηλούντα χαρακτηριστικά:

- 1. Διαταραχή συμπεριφοράς ύπνου REM
- 2. Σοβαρή ευαισθησία στα νευροληπτικά
- 3. Χαμηλή πρόσληψη μεταφορέα ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια

IV. Υποστηρικτικά χαρακτηριστικά:

- 1. Επαναλαμβανόμενες πτώσεις και συγκοπτικά επεισόδια
- 2. Παροδική, ανεξήγητη απώλεια συνείδησης
- 3. Σοβαρή δυσλειτουργία του ΑΝΣ
- 4. Ψευδαισθήσεις άλλου αισθητηριακού τύπου
- 5. Συστηματοποιημένα παραληρήματα
- 6. Κατάθλιψη
- 7. Σχετική διατήρηση μέσω κροταφικών δομών στην CT/MRI

- 8. Γενικευμένη χαμηλή πρόσληψη στο SPECT/PET διάχυσης με ελαττωμένη ινιακή δραστηριότητα
- 9. Ανώμαλο (χαμηλής πρόσληψης) MIBG μυοκαρδιακό σπινθηρογράφημα
- 10. Αυξημένη δραστηριότητα χαμηλών κυμάτων στο ΗΕΓ με παροδικά οξύαιχμα κύματα του κροταφικού λοβού

---

V. Διάγνωση LBD είναι λιγότερο πιθανή:

- 1. Επί παρουσίας εγκεφαλοαγγειακής νόσου εκδηλούμενης με εστιακά νευρολογικά σημεία ή στην απεικόνιση του εγκεφάλου
- 2. Επί παρουσίας οποιασδήποτε άλλης σωματικής νόσου ή εγκεφαλικής διαταραχής, ικανής να ευθύνεται εν μέρει ή συνολικά για την κλινική εικόνα
- 3. Εάν ο παρκινονισμός εμφανίζεται για πρώτη φορά στο στάδιο της σοβαρής άνοιας
- 4. Χρονική διαδοχή συμπτωμάτων

*Η DLB θα πρέπει να διαγιγνώσκεται όταν η άνοια συμβαίνει πριν ή ταυτόχρονα με τον παρκινονισμό (αν είναι παρών)*

---



## 6.2.7 Κριτήρια άνοιας

### ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

1. Επηρεάζουν την λειτουργική ικανότητα στην εργασία ή στις συνήθεις δραστηριότητες.
2. Αντιστοιχούν σε μια έκπτωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας και επίδοσης.
3. Δεν οφείλονται σε κάποια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή ή σε παραλήρημα.
4. Η νοητική δυσχέρεια ανιχνεύεται και διαγιγνώσκεται μέσω ενός συνδυασμού (α) λήψης ιστορικού από τον ασθενή και από τις πληροφορίες που δίνει κάποιο αξιόπιστο άτομο και (β) από μια αντικειμενική εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων, είτε με μια εξέταση της διανοητικής κατάστασης «παρά την κλίνη» είτε με κάποιον νευροψυχολογικό έλεγχο.
5. Η νοητική ή συμπεριφορική διαταραχή περιλαμβάνει κατά το ελάχιστο δύο από τα ακόλουθα πεδία:
  - i. Δυσχέρεια στην ικανότητα πρόσκτησης και ανάκλησης καινούργιων πληροφοριών – τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: επανάληψη ερωτήσεων ή συζητήσεων, απώλεια προσωπικών αντικειμένων, αμνησία γεγονότων ή ραντεβού, απώλεια προσανατολισμού σε κάποια οικεία διαδρομή
  - ii. Δυσχέρεια στην εκλογίκευση και στη διαχείριση πολύπλοκων εργασιών, ανεπαρκής κρίση – τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: ανεπαρκή κατανόηση των κινδύνων, ανικανότητα διαχείρισης των οικονομικών, ανεπαρκή ικανότητα λήψης αποφάσεων, αδυναμία να σχεδιαστούν πολύπλοκες ή διαδοχικές δραστηριότητες.
  - iii. Δυσχέρεια στις οπτικοχωρικές ικανότητες – τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: ανικανότητα αναγνώρισης προσώπων ή κοινών αντικειμένων ή να εντοπιστούν αντικείμενα που βρίσκονται σε οπτική επαφή παρόλη την καλή οπτική οξύτητα, ανικανότητα χρήσης απλών εργαλείων ή δυσκολίες στην ένδυση.
  - iv. Δυσχέρεια στις λειτουργίες του λόγου (ομιλία, γραφή, ανάγνωση) – τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: δυσκολία εύρεσης κοινών λέξεων κατά την ομιλία, δισταγμούς, λάθη στην ομιλία, στη γραφή, στην προφορά.
  - v. Αλλαγές στην προσωπικότητα, στη συμπεριφορά ή στη διαγωγή – τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: διακυμάνσεις της διάθεσης, όπως διέγερση, ελλιπή υποκίνηση και πρωτοβουλία, απάθεια, απώλεια κινήτρου, κοινωνική απόσυρση, μειωμένο ενδιαφέρον για προηγούμενες δραστηριότητες, απώλεια ενσυναίσθησης, παρορμητική ή ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά.

### 6.3 Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

#### 6.3.1 Σύντομη Δοκιμασία Εκτίμησης Νοητικής Κατάστασης (MINI MENTAL STATE EXAMINATION, MMSE)<sup>230, 231</sup>

##### ΣΥΝΤΟΜΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Προσανατολισμός: Χρόνος	ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
1. Τι μέρα της εβδομάδας έχουμε;	0	1
2. Τι ημερομηνία είναι σήμερα;	0	1
3. Τι μήνα έχουμε;	0	1
4. Τι έτος έχουμε;	0	1
5. Τι εποχή έχουμε;	0	1
Τόπος	ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
6. Σε ποια χώρα ζούμε;	0	1
7. Ποιο είναι το όνομα αυτής της πόλης;	0	1
8. Πώς λέγονται οι δύο πιο σημαντικοί δρόμοι γύρω από το σπίτι σας;	0	1
ή Αν το άτομο ζει σε χωριό του ζητάμε να αναφέρει 2 χωριά κοντά στο δικό του	0	1
9. Σε ποιόν όροφο βρισκόμαστε τώρα;	0	1
10. Πώς λέγεται αυτό το μέρος;	0	1

Κατονομασία		ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
11. Τι είναι αυτό; (δείχνουμε το μολύβι);		0	1
12. Πώς λέγεται αυτό; (δείχνουμε το ρολόι)		0	1
Κατανόηση-Επανάληψη		ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
13. Θα σας πω μια φράση και θα ήθελα να την επαναλάβετε μετά από μένα: «Άσπρη πέτρα ξέξασπρη»		0	1
Καταχώρηση		ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
14. Ονομάστε τα παρακάτω αντικείμενα με παύση: μήλο, τραπέζι, δραχμή		0	1
Προσοχή		ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
15. Αφαιρέστε 7 από τα 100.	93	0	1
Ξανα-αφαιρέστε 7 από τον αριθμό που βρήκατε.	86	0	1
Συνεχίστε να αφαιρείτε 7, μέχρι να πω να σταματήσετε.	79	0	1
	72	0	1
	65	0	1
Μνήμη-Ανάκληση		ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ
16. Ποια ήταν τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε πριν από λίγο; (μήλο, τραπέζι, δραχμή)		0	1
Γλώσσα		ΛΑΘΟΣ	ΣΩΣΤΟ

17. «Κλείστε τα μάτια σας»		0	1
<b>Ευπραξία</b>		<b>ΛΑΘΟΣ</b>	<b>ΣΩΣΤΟ</b>
18. Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο (πεντάγωνο)		0	1
<b>Αυθόρμητη γραφή</b>		<b>ΛΑΘΟΣ</b>	<b>ΣΩΣΤΟ</b>
19. Γράψτε μια δική σας πλήρη πρόταση σε αυτό το χαρτί.		0	1
<b>Ιδεατή ευπραξία</b>		<b>ΛΑΘΟΣ</b>	<b>ΣΩΣΤΟ</b>
20. Θα σας δώσω ένα φύλλο χαρτί. Θέλω να το πάρετε με το δεξί σας χέρι,	δεξί χέρι	0	1
να το διπλώσετε στα δύο και να το αφήσετε μετά πάνω στο τραπέζι	δίπλωμα	0	1
	πάνω στο τραπέζι	0	1

## 6.3.2 Νοητική Εκτίμηση Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MOCA)

### 6.3.2.1 Οδηγίες εφαρμογής και βαθμολόγησης

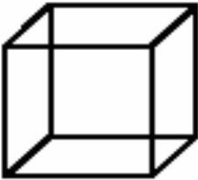

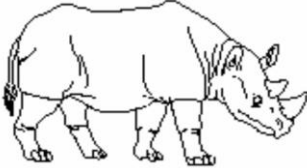
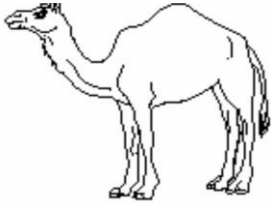
Η νοητική εκτίμηση MOCA σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται ως σύντομο ανιχνευτικό εργαλείο για την Ήπια Νοητική Διαταραχή (Mild Cognitive Dysfunction), δίνοντας στον εξεταστή μια σφαιρική εικόνα της νοητικής κατάστασης του υποκειμένου. Εξετάζει την επίδοση ενός ατόμου σε πολλές διαφορετικές δοκιμασίες νοητικών ικανοτήτων, όπως αυτές της προσοχής και συγκέντρωσης, τις εκτελεστικές, τις μνημονικές, τις γλωσσικές, τις οπτικο-χωρικές, καθώς και εκείνες τις αφαιρετικής σκέψης, του αριθμητικού υπολογισμού και του προσανατολισμού. Ο χρόνος που χρειάζεται για την εφαρμογή της δοκιμασίας είναι περίπου 10 λεπτά. Η μέγιστη δυνατή επίδοση είναι 30 βαθμοί. Επίδοση μεγαλύτερη ή ίση με 26 βαθμούς θεωρείται φυσιολογική.

1. Οπτικο-νοητική ιχνηλάτηση-μέρος Β
2. Οπτικο-κατασκευαστικές ικανότητες (κύβος):
3. Οπτικο-κατασκευαστικές ικανότητες (ρολόι):
4. Κατονομασία :
5. Μνήμη:
6. Προσοχή:
7. Επανάληψη εκφώνησης προτάσεων
8. Λεκτική ροή:
9. Αφαιρετική σκέψη:
10. Καθυστερημένη ανάκληση:
11. Προσανατολισμός:

#### Συνολική βαθμολογία:

Ο εξεταστής αθροίζει όλα τα υποσύνολα αξιολόγησης, που έχουν καταγραφεί στη δεξιά στήλη του απαντητικού καθ' όλη τη διάρκεια της νοητικής εκτίμησης Montreal.

6.3.2.2 ΝΟΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΟΝΤΡΕΑΛ ΜΟΝΤΡΕΑΛ COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)

ΟΝΟΜΑ:		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:		ΗΛΙΚΙΑ:		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:		ΦΥΛΟ:	
<b>ΟΠΤΙΚΟΧΩΡΙΚΕΣ/ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΕΣ</b> Κύβος αντιγραφή  [ ]		ΣΧΕΔΙΟ ΡΟΛΟΓΙΟΥ (11και 10) (3 βαθμοί) [ ] [ ] [ ] Κύκλος    Αριθμοί    Δείκτες		ΒΑΘΜΟΙ ΟΙ /5					
<b>ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ</b>  [ ]		 [ ]		 [ ]		/3			
<b>ΜΝΗΜΗ</b> Διαβάστε τη λίστα με τις λέξεις, το υποκείμενο πρέπει να τις επαναλάβει. Κάντε 2 δοκιμές και μια καθυστερημένη ανάκληση μετά από 5 λεπτά		ΠΡΟΣΩΠΟ ΔΟΚΙΜΗ 1 ΔΟΚΙΜΗ 2	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ	όχι βαθμοί		
<b>ΠΡΟΣΟΧΗ</b> Διαβάστε τη λίστα των ψηφίων(1 ψηφίο/δευτ) Το υποκείμενο θα επαναλάβει με την ίδια σειρά τα εξής: [ ] 2 1 8 5 4 Το υποκείμενο θα επαναλάβει με την ανάποδη σειρά τα εξής: [ ] 7 4 2		/2							
Διαβάστε τον κατάλογο των γραμμάτων Το υποκείμενο θα χτυπά το χέρι στο τραπέζι κάθε φορά που ακούει το γράμμα Α Δε δίνονται βαθμοί εάν >2 λάθη [ ] Φ Β Α Γ Μ Ν Α Α Ξ Κ Λ Β Α Φ Α Κ Δ Ε Α Α Ξ Α Ν Ο Φ Α Β		/1							
Διαδοχική αφαίρεση ανά 7, ξεκινώντας από το 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4-5 σωστές αφαιρέσεις: 3 βαθ., 2-3 σωστές: 2 βαθ., 1 σωστή: 1 βαθ., 0 σωστές: 0 βαθ.		/3							
<b>ΓΛΩΣΣΑ</b> Επαναλάβετε: Το μόνο που ξέρω είναι ότι ο Γιάννης είναι αυτός που θα βοηθήσει σήμερα. [ ] Η γάτα κρυβόταν πάντα κάτω από τον καναπέ όταν βρίσκονταν σκυλιά μέσα στο δωμάτιο [ ]		/2							
<b>Ροή/</b> Πείτε όσες περισσότερες λέξεις μπορείτε, σε ένα λεπτό, που να αρχίζουν από Χ [ ] _____ (N ≥ 11 λέξεις)		/1							
<b>ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ</b> Ομοιότητα μεταξύ π.χ. μπανάνα- πορτοκάλι = φρούτο [ ] τρένο-ποδήλατο [ ] ρολόι- χάρακας		/2							
<b>ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ</b>	ανάκληση λέξεων ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ [ ]	ΠΡΟΣΩΠΟ [ ]	ΒΕΛΟΥΔΟ [ ]	ΕΚΚΛΗΣΙΑ [ ]	ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ [ ]	ΚΟΚΚΙΝΟ [ ]	βαθμοί μόνο για ανάκληση χωρίς βοήθεια		
Προαιρετικό	Βοήθημα κατηγορίας βοήθημα πολλαπλής επιλογής						/5		
<b>ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ</b> [ ] ημ/μηνία [ ] μήνας [ ] έτος [ ] ημέρα [ ] τόπος [ ] πόλη		/6							
Φυσιολογική επίδοση ≥ 26 Προσθέστε έναν βαθμό αν ≤ 12 έτη εκπαίδευσης						Σύνολο /30			

6.3.3 Η δοκιμασία των 5 λέξεων (“5 words test”)<sup>41, 232, 233</sup>

Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΤΩΝ 5 ΛΕΞΕΩΝ

Όνομα:

Ηλικία:

Εκπαίδευση:

MMSE:

MoCa:

Ημερομηνία:

<b>Λύκος</b>			
<b>Παπαρούνα</b>			
<b>Πουκάμισο</b>			
<b>Βιολί</b>			
<b>Ροδάκινο</b>			
Άμεση Ανάκληση:	/ 5	/ 5	= / 10

**Δοκιμασία του ρολογιού ή άλλη απασχόληση για 2-3 λεπτά και μετά.**

**Λύκος**

**Παπαρούνα**

**Πουκάμισο**

<b>Βιολί</b>			
<b>Ροδάκινο</b>			
Ετεροχρονισμένη Ανάκληση	/ 5	/ 5 =	/ 10

Σύνολο: / 20

**Εάν το σύνολο είναι κάτω του 10 ο ασθενής έχει άνοια.**



### 6.3.4 Σύνθετες Δραστηριότητες της Καθημερινής Ζωής (Instrumental Activities Of Daily Living Scale, IADL)<sup>234, 235</sup>

---

#### ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

##### A. Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς.
2. Παίρνει λίγα, πολύ γνωστά τηλέφωνα.
3. Απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα.
4. Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο.

##### B. Ικανότητα για ψώνια.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνος-η του/της.
2. Ψωνίζει, αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του/της.
3. Συνοδεύει απλώς για ψώνια.
4. Δεν πάει καθόλου για ψώνια.

##### Γ. Προετοιμασία γευμάτων.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Σχεδιάζει, ετοιμάζει και σερβίρει επαρκή γεύματα.
2. Προετοιμάζει επαρκή γεύματα εάν υπάρχουν τα απαραίτητα.
3. Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα, αλλά δε διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής.
4. Χρειάζεται να του/της ετοιμάσουν και να του/της σερβίρουν τα γεύματα.

##### Δ. Νοικοκυριό.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος-η με περιστασιακή βοήθεια (για τις βαριές δουλειές).
2. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο των

κρεβατιών.

3. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας.
4. Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού.
5. Δε συμμετέχει σε καμία από τις δουλειές του σπιτιού.

#### Ε. Πλύσιμο

0. Δεν εκτιμάται.
1. Πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνος-η του/της.
2. Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, όπως κάλτσες.
3. Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους.

#### ΣΤ. Τρόποι μεταφοράς.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Μετακινείται μόνος-η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του/της αυτοκίνητο.
2. Οργανώνει τα ταξίδια του/της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς.
3. Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους.
4. Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου.
5. Δεν ταξιδεύει καθόλου.

#### Ζ. Υπευθυνότητα για τα φάρμακά του.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακά του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο.
2. Παίρνει τα φάρμακά του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις.
3. Δεν είναι ικανός-η να πάρει τα φάρμακά του/της.

#### Η. Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Διαχειρίζεται μόνος-η τα οικονομικά του/της (κονδύλια, γράφει επιταγές,

πληρώνει το ενοίκιο, λογαριασμούς, πηγαίνει στην τράπεζα), μαζεύει και διατηρεί οικονομίες από το εισόδημα.

2. Τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές.
  3. Ανίκανος-η να διαχειρίζεται χρήματα.
-

6.3.5 Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης – Geriatric Depression Scale, GDS (Short form of 15 questions)<sup>236, 237, 238</sup>

ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ			
		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Είστε γενικά ευχαριστημένος από τη ζωή σας;	0	1
2.	Έχετε αποτραβηχτεί από τις περισσότερες δραστηριότητες / ενδιαφέροντα σας;	1	0
3.	Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	1	0
4.	Βαριέστε συχνά;	1	0
5.	Έχετε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό;	0	1
6.	Φοβάστε ότι θα συμβεί κάτι κακό;	1	0
7.	Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;	0	1
8.	Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	1	0
9.	Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;	1	0
10.	Αισθάνεστε να έχετε πρόβλημα στη μνήμη περισσότερο από τους άλλους;	1	0
11.	Νομίζετε ότι είναι σπουδαίο το ότι ζείτε σήμερα;	0	1
12.	Νομίζετε ότι δεν είστε αρκετά χρήσιμος στην κατάσταση που είστε σήμερα;	1	0
13.	Αισθάνεστε ότι είστε γεμάτος από ζωντάνια ή από ενέργεια;	0	1
14.	Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απογοητευτική;	1	0
15.	Αισθάνεστε ότι ο περισσότερος κόσμος είναι καλύτερα από σας;	1	0
<b>Συνολικός Βαθμός:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής επιλέγει την καλύτερη απάντηση για το πώς αισθάνθηκε την τελευταία εβδομάδα.</li> <li>• Βαθμολογία πάνω από 5 υποδηλώνει υποψία για συναισθηματική διαταραχή.</li> <li>• Να σημειωθεί ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε πρώτα λεπτά.</li> </ul>			

### 6.3.6 Κλίμακα Cornell για την εκτίμηση της Κατάθλιψης στη Άνοια (CSDD)<sup>239, 240,</sup>

241

Η κλίμακα Cornell έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση της μείζονος κατάθλιψης στην άνοια και αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών σημείων και συμπτωμάτων και αποτελείται από 19 λήμματα. Το κάθε λήμμα βαθμολογείται, ως προς την βαρύτητα σε μία κλίμακα από το 0 έως το 2, όπου το 0 σημαίνει απουσία του υπό διερεύνηση πεδίου και το 2 σοβαρού βαθμού βαρύτητα. Συνολική βαθμολογία άνω του 10 σημαίνει πιθανόν καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ βαθμολογία άνω του 18 σημαίνει παρουσία μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Η τελική βαθμολογία είναι αποτέλεσμα συγκερασμού της βαθμολογίας που προκύπτει πρώτα με ημιδομημένη συνέντευξη ενός αξιόπιστου φροντιστή και της βαθμολογίας που προκύπτει από την συνέντευξη με τον ασθενή.

Η συνέντευξη / εκτίμηση γίνεται με τον ασθενή και τον φροντιστή / συνοδό και ακολούθως συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο.

Σύστημα βαθμολογίας λημμάτων α = αδύνατη εκτίμηση, 0 = δεν υπάρχει, 1 = ήπιο / διαλείπων χαρακτήρας, 2 = σοβαρό.

Κλίμακα Cornell για την εκτίμηση της Κατάθλιψης στη Άνοια (CSDD)				
<b>ΑΓΧΟΣ</b> Έκφραση αγχώδης, μηρυκασμός, ανησυχία	α	0	1	2
<b>ΘΛΙΨΗ</b> Θλιμμένη έκφραση, φωνή, δακρύζει συχνά	α	0	1	2
<b>ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ</b>	α	0	1	2
<b>ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ</b> Εύκολα βαριέται, ευέξαπτος	α	0	1	2
<b>ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ</b> Ανησυχία, στριφογουρίζει ανήσυχα τα χέρια	α	0	1	2
<b>ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ</b> Αργές κινήσεις, αργή εκφορά λόγου, αργές αντιδράσεις	α	0	1	2
<b>ΠΟΛΛΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΑΡΑΠΟΝΑ</b> Εάν υπάρχουν μονάχα συμπτώματα από το πεπτικό βαθμολογείστε 0	α	0	1	2
<b>ΑΠΟΥΣΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ</b> Μειωμένη εμπλοκή σε συνηθισμένες δραστηριότητες	α	0	1	2
<b>ΑΝΟΡΕΞΙΑ</b> Τρώει λιγότερο από το συνηθισμένο	α	0	1	2
<b>ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ</b> Βαθμολογείστε 2 εάν υπάρχει απώλεια βάρους περισσότερο από 5 kg μέσα σε ένα μήνα	α	0	1	2
<b>ΑΔΥΝΑΜΙΑ</b> Κουράζεται εύκολα, ανήμπορος /η να έχει δραστηριότητες	α	0	1	2
<b>ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b> Τα συμπτώματα είναι χειρότερα το πρωί	α	0	1	2
<b>ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΕΠΕΛΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ</b> Αργότερα από ότι συνήθιζε	α	0	1	2
<b>ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΟΣ ΥΠΝΟΣ</b> Ξυπνάει πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας	α	0	1	2
<b>ΠΡΩΙΜΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ</b> Νωρίτερα από ότι συνήθιζε	α	0	1	2
<b>ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ</b> Αισθάνεται ότι η ζωή δεν αξίζει , ευχές αυτοκτονίας, απόπειρα αυτοκτονίας	α	0	1	2
<b>ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> Αυτομομφή, αισθήματα αποτυχίας,	α	0	1	2
<b>ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ</b> Προαναγγελία άσχημων νέων	α	0	1	2
<b>ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ ΣΥΝΤΟΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΘΕΣΗ</b> Παραληρητικές ιδέες ασθένειας, απώλειας, πτώχευσης	α	0	1	2
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ</b>				

### 6.3.7 Νευροψυχιατρικό Ερωτηματολόγιο (Neuropsychiatric Inventory, NPI)<sup>242</sup>

Το Νευροψυχιατρικό Ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους Cummings και συν.<sup>52</sup>, για να εκτιμήσει ένα εύρος νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων (κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα) και αποδιοργανωμένων συμπεριφορών στη νόσο Alzheimer. Ο όρος «αποδιοργανωμένες» αφορά σε συμπεριφορές, οι οποίες αναφέρονται από τους συγγενείς των ασθενών με νόσο Alzheimer και παραβιάζουν τους οικογενειακούς ή κοινωνικούς κανόνες. Το Νευροψυχιατρικό Ερωτηματολόγιο είναι ένα εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει στον διαχωρισμό διάφορων τύπων ανοιών. Βρέθηκε υψηλή εσωτερική εγκυρότητα (0.88) και σημαντικά υψηλή αξιοπιστία μεταξύ των δύο επαναληπτικών μετρήσεων. Η μετάφρασή του στα ελληνικά και η εφαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό με νόσο Alzheimer, έγινε από τους Politis και συν.<sup>243</sup>. Οι πληροφορίες δίνονται στον εξεταστή από ένα άτομο που γνωρίζει καλά τον ασθενή, όπως είναι ο περιθάλπων.

#### 6.3.7.1 Οδηγίες χορήγησης

Το Νευροψυχιατρικό Ερωτηματολόγιο εξετάζει 12 τομείς νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων ξεχωριστά.

# NPI

## Ερωτηματολόγιο Απογραφής Ψυχιατρικών συμπτωμάτων

Αριθμ. Κέντρου			
Αριθμ. ασθενούς		Αρχικά ασθενούς	
Αριθμ. Επίσκεψης		Ημερομηνία	

Οδηγίες για το κάθε λήμμα:

Εφόσον τα συμπτώματα που απογράφει το συγκεκριμένο λήμμα δεν πληρούν τα κριτήρια να σημειωθεί «δεν αφορά».

Εφόσον τα συμπτώματα που απογράφει το συγκεκριμένο λήμμα του ερωτηματολογίου απουσιάζουν να σημειωθεί το *δεν υπάρχει* «0».

Εφόσον τα συμπτώματα που απογράφει το συγκεκριμένο λήμμα του ερωτηματολογίου υπάρχουν να σημειωθεί η «βαθμολογία της συχνότητας και της βαρύτητας».

Πολλαπλασιάστε την επί μέρους βαθμολογία της συχνότητας με την βαθμολογία της βαρύτητας «*Συχνότητα χ Βαρύτητα =*» του συγκεκριμένου λήμματος που απογράφει το ερωτηματολόγιο και τοποθετήστε το αποτέλεσμα στο αντίστοιχο διάστημα.

Αθροίστε την συνολική βαθμολογία «*Συχνότητα χ Βαρύτητα =*» και τοποθετήστε το αποτέλεσμα στο αντίστοιχο διάστημα.

Λήμμα	ΔΥ	Δεν αφορά	Συχνότητα	Βαρύτητα	Συχνότητα χ Βαρύτητα	Ψυχολογική επιβάρυνση
Παραληρήματα		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Ψευδαισθήσεις		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Επιθετικότητα		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Κατάθλιψη/ δυσφορία		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Άγχος		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Ευφορική διάθεση		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5



Λήμμα	ΔΥ	Δεν αφορά	Συχνότητα	Βαρύτητα	Συχνότητα χ Βαρύτητα	Ψυχολογική επιβάρυνση
Απάθεια		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Άρση αναστολών		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Παθολογική κινητική συμπεριφορά		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Ευερεθιστότητα / ευμεταβλητότητα		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Συνολική βαθμολογία					- -	- -
Διαταραχές του ύπνου		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5
Διαταραχές όρεξης		0	1 2 3 4	1 2 3	- -	0 1 2 3 4 5

# NPI

## Ερωτηματολόγιο Απογραφής Ψυχιατρικών συμπτωμάτων

<p><b>A. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΑ:</b> <u>ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <p>γγγ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. φόβος ότι θα τον βλάψουν</li> <li>2. φόβος ότι θα τον κλέψουν</li> <li>3. φοβάται απιστία συζύγου</li> <li>4. άγνωστοι στο σπίτι</li> <li>5. σύζυγος σωσίας</li> <li>6. δεν είναι το σπίτι του</li> <li>7. φόβος ότι θα τον εγκαταλείψουν</li> <li>8. μιλάει στην τηλεόραση κ.ά.</li> <li>9. άλλα.....</li> </ol>	<p><b>B. ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ:</b> <u>ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ακούει φωνές</li> <li>2. μιλάει σε ανύπαρκτα πρόσωπα</li> <li>3. βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν</li> <li>4. μυρίζει οσμές που δεν υπάρχουν</li> <li>5. αισθάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν</li> <li>6. ασυνήθιστες γεύσεις</li> <li>7. άλλα.....</li> </ol>
<p><b>Γ. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ:</b> <u>ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. εκνευρίζεται με τον φροντιστή</li> <li>2. πείσμα</li> <li>3. έλλειψη συνεργασίας/ αρνητισμός</li> <li>4. δύσκολα ελέγχεται</li> <li>5. υβριστικός/ λεκτικά επιθετικός</li> <li>6. κτυπάει πόρτες, πετάει πράγματα</li> <li>7. επιτίθεται, προκαλεί σωματικές βλάβες</li> <li>8. άλλα.....</li> </ol>	<p><b>Δ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:</b> <u>ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. δακρύζει και κλαίει με αναφιλητά</li> <li>2. είναι απογοητευμένος</li> <li>3. θεωρεί ότι είναι αποτυχημένος</li> <li>4. συμπεριφέρεται ενοχικά</li> <li>5. δείχνει αποθαρρημένος</li> <li>6. λέει ότι είναι βάρος στην οικογένεια</li> <li>7. εκφράζει ευχές θανάτους, αυτοκτονικός</li> <li>8. άλλα.....</li> </ol>

<p><b><u>Ε. ΑΓΧΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ανησυχεί για προγραμματισμένες δραστηριότητες</li> <li>2. βρίσκεται σε υπερένταση</li> <li>3. κλαίει, αναστενάζει, αγκομαχεί</li> <li>4. ταχυπαλμία, φτερουγίσματα</li> <li>5. αποφυγές</li> <li>6. άγχος αποχωρισμού</li> <li>7. άλλα.....</li> </ol>	<p><b><u>Ζ. ΕΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. αισθάνεται πολύ καλά, ευτυχισμένος</li> <li>2. ασυνήθιστο χιούμορ</li> <li>3. παιδική συμπεριφορά, αναίτιοι γέλωτες</li> <li>4. αστειεύεται ή χειρονομεί στους άλλους</li> <li>5. παιδιαρίσματα, «παιχνιδάκια»</li> <li>6. καυχιέται</li> <li>7. άλλα.....</li> </ol>
<p><b><u>Η. ΑΠΑΘΕΙΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. λιγότερο αυθόρμητος</li> <li>2. δύσκολα αρχίζει συζήτηση</li> <li>3. λιγότερο στοργικός, μειωμένο συναίσθημα</li> <li>4. συμμετέχει λιγότερο στο σπίτι</li> <li>5. ενδιαφέρεται λιγότερο για τους άλλους</li> <li>6. απώλεια ενδιαφέροντος για φίλους, οικογένεια</li> <li>7. λιγότερο ενδιαφέρον για προσφιλείς ασχολίες</li> <li>8. άλλα.....</li> </ol>	<p><b><u>Θ. ΑΡΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΩΝ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. συμπεριφέρεται παρορμητικά</li> <li>2. ιδιαίτερα φιλικός με αγνώστους</li> <li>3. συμπεριφέρεται χωρίς ευαισθησίες</li> <li>4. απρεπής, παρενοχλεί σεξουαλικά</li> <li>5. μιλάει χωρίς δισταγμό για προσωπικά θέματα</li> <li>6. ακατάλληλες χειρονομίες σε τρίτους</li> <li>7. άλλα.....</li> </ol>

<p><b><u>Ι. ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. νευρικός, «ξεσπάει» εύκολα</li> <li>2. ευμετάβλητο συναίσθημα</li> <li>3. αιφνίδιες εκρήξεις οργής</li> <li>4. ανυπόμονος</li> <li>5. ευερέθιστος, ιδιότροπος</li> <li>6. διαπληκτίζεται εύκολα</li> <li>7. άλλα.....</li> </ol>	<p><b><u>Κ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. βηματίζει δίχως σκοπό</li> <li>2. ανοίγει ή κλείνει συρτάρια και πόρτες</li> <li>3. ντύνεται και γδύνεται διαρκώς</li> <li>4. επαναλαμβάνει συμπεριφορές</li> <li>5. χειρονομεί, συλλέγει πράγματα</li> <li>6. υπερκινητικός</li> <li>7. άλλα.....</li> </ol>
<p><b><u>Λ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΗΝ ΝΥΧΤΑ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. δύσκολα κοιμάται</li> <li>2. σηκώνεται στην διάρκεια της νύχτας</li> <li>3. περιπλάνηση, άσκοπη δραστηριότητα</li> <li>4. ξυπνάει άλλους την νύχτα</li> <li>5. ντύνεται να βγει έξω την νύχτα</li> <li>6. πρώιμη αφύπνιση</li> <li>7. κοιμάται υπερβολικά την ημέρα</li> <li>8. άλλα.....</li> </ol>	<p><b><u>Μ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΥ</u></b></p> <p>Συχνότητα.....Βαρύτητα.....</p> <p>Ψυχολογική επιβάρυνση.....</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. μειωμένη όρεξη</li> <li>2. αυξημένη όρεξη</li> <li>3. απώλεια σωματικού βάρους</li> <li>4. αύξηση σωματικού βάρους</li> <li>5. αλλαγή στις συνήθειες διατροφής</li> <li>6. αλλαγή στις προτιμήσεις για φαγητό</li> <li>7. τελετουργική συμπεριφορά</li> <li>8. άλλα.....</li> </ol>

### 6.3.7.2 Αξιολόγηση

Για κάθε τομέα υπάρχουν δύο διαφορετικές βαθμολογίες.

Η πρώτη αντανακλά τη συχνότητα εμφάνισης του συμπτώματος και τη σοβαρότητα του συμπτώματος. Η συχνότητα βαθμολογείται σε μία κλίμακα από 0 έως 4, ενώ η σοβαρότητα (πόσο ενοχλείται – ταλαιπωρείται ο ασθενής από την παρουσία του συμπτώματος) βαθμολογείται σε μία κλίμακα από 0 – 3. Η μεγαλύτερη βαθμολογία δείχνει αυξημένη συχνότητα και ενόχληση. Οι δύο αυτές βαθμολογήσεις του κάθε τομέα πολλαπλασιάζονται μεταξύ τους και μας δίνουν την τελική βαθμολογία (συχνότητα Χ σοβαρότητα). Το άθροισμα των βαθμολογιών στους δώδεκα τομείς μας δίνει τη συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 έως 144.

Η δεύτερη βαθμολογία δίνει την επιβάρυνση που νιώθει ο περιθάλπων εξαιτίας του συμπτώματος. Η βαθμολογία αυτή κυμαίνεται από 0 έως 5. Η μεγαλύτερη βαθμολογία δείχνει αυξημένη επιβάρυνση.

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΝΤΑ	
0	Καμία επιβάρυνση
1	Ελάχιστη
2	Ήπια
3	Μέτρια
4	Μέτρια σοβαρή
5	Πολύ σοβαρή ή υπερβολική

### 6.3.8 Κλίμακα Νοητικής και Λειτουργικής Εκτίμησης (Functional and Cognitive Assessment Scale, FUCAS)<sup>244</sup>

Η κλίμακα Νοητικής Λειτουργικής Εκτίμησης (FUCAS) είναι μία νέα ποιοτική κλίμακα με την οποία αξιολογείται η εκτελεστική λειτουργία των ατόμων με πιθανή άνοια και ασθενών με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ) κατά την εκτέλεση μιας σειράς καθημερινών δραστηριοτήτων. Συνήθως, οι πληροφορίες για την καθημερινή λειτουργικότητα των ατόμων με άνοια και ΗΝΔ συλλέγονται από τον κυρίως περιθάλποντα και είναι επηρεασμένες από τη συναισθηματική του φόρτιση ή την προσωπικότητά του. Αντιθέτως, με τη δοκιμασία FUCAS η οποία εφαρμόζεται άμεσα στον εξεταζόμενο συλλέγουμε δεδομένα αντικειμενικά και αξιόπιστα.

Η FUCAS εξετάζει 7 παραμέτρους εκτελεστικής λειτουργίας που αξιολογούνται κατά την εκτέλεση 6 διαφορετικών καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι παράμετροι που εξετάζονται είναι: η κατανόηση προβλήματος, η εργαζόμενη μνήμη, ο σχεδιασμός, η κατανομή του χρόνου, η διαδοχή, η ακρίβεια, και η ολοκλήρωση στόχου. Οι δραστηριότητες στις οποίες εξετάζονται αυτές οι παράμετροι είναι η λήψη φαρμάκων, η επικοινωνία με το τηλέφωνο, τα ψώνια, η μετακίνηση-προσανατολισμός στο χώρο, η προσωπική υγιεινή και το ντύσιμο. Ο εξεταστής παρατηρεί τον ασθενή κατά την εκτέλεση των παραπάνω δραστηριοτήτων και βαθμολογεί την εκτελεστική του λειτουργία σύμφωνα με τις παραπάνω παραμέτρους, π.χ. στη λήψη φαρμάκων, εάν κατανοούν τι πρέπει να κάνουν, αν θυμούνται τι πρέπει να κάνουν, πώς σχεδιάζουν την εκτέλεση αυτής της δραστηριότητας, πως κατανέμουν τον χρόνο στα διάφορα βήματα που χρειάζεται να κάνουν για να την εκτελέσουν, αν ακολουθούν τη διαδοχική σειρά των βημάτων που πρέπει να κάνουν για να ολοκληρωθεί η δραστηριότητα, αν εφαρμόζουν με ακρίβεια όλα τα απαιτούμενα βήματα και τέλος εάν ολοκληρώνοντας τη δραστηριότητα επιτυγχάνουν και τον αρχικό στόχο σύμφωνα με την οδηγία που τους έχει δοθεί.

#### 6.3.8.1 Τεχνικά υλικά

Για την εφαρμογή της FUCAS, χρειάζονται:

1. Διάφορα φάρμακα νευρολογικά ή τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής, για να μπορούμε όταν χρειάζεται να του τα δείξουμε και να του ζητήσουμε να τα αναγνωρίσει κατά την εξέταση στο τομέα "λήψης φαρμάκων".

2. Τηλεφωνική συσκευή εν ενεργεία, τηλεφωνικός κατάλογος, μολύβι και χαρτί για την εξέταση στο τομέα της "επικοινωνίας".
3. Ένα μικρό πορτοφόλι με 5 ευρώ, 2 σοκολάτες, η μία με ένδειξη τιμής 4.20 ευρώ και η άλλη 5.30 ευρώ για την εξέταση στο τομέα "ψώνια".
4. Νιπτήρας με νερό, σαπούνι και πετσέτα για την εξέταση στο τομέα "πλύσιμο"
5. Δύο μπλούζες ή άλλο ρούχο καθαρά γυναικείο, η μία θερινή, η άλλη χειμωνιάτικη. Δύο μπλούζες ή άλλο ρούχο καθαρά ανδρικό, η μία θερινή, η άλλη χειμωνιάτικη. Κατά προτίμηση με κουμπιά, για την εξέταση του "ντυσίματος".
6. Ερωτηματολόγιο FUCAS, και απαντητικό φυλλάδιο.

### 6.3.8.2 Εφαρμογή της FUCAS

Η εφαρμογή της κλίμακας γίνεται με την εκφώνηση συγκεκριμένων οδηγιών προς τον εξεταζόμενο. Δεν παραφράζουμε τις οδηγίες που δίδονται, απλά τις επαναλαμβάνουμε όταν χρειάζεται. Παρουσιάζουμε την όλη δοκιμασία σαν ένα παιχνίδι. Εκφωνούμε τις οδηγίες, καθώς κοιτάζουμε τον ασθενή κατά πρόσωπο, τον προσφωνούμε με το όνομα του και μας κοιτάζει και εκείνος με τον ίδιο τρόπο.

---

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FUCAS: ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

### ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

1. Τι φάρμακα παίρνετε, πώς θυμάστε πότε θα τα παίρνετε, πόσα και για ποια πάθηση είναι το κάθε φάρμακο;

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια:*

2. Αυτά εδώ είναι τα φάρμακα που σας δίνει ο γιατρός σας (δείχνετε τα φάρμακα). Γνωρίζετε γιατί τα παίρνετε, πόσα και πότε;

### ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ-ΤΗΛΕΦΩΝΟ

1. Χρησιμοποιήστε το τηλέφωνο για να μάθετε πόσο κοστίζει ένα εισιτήριο με πούλμαν για τη διαδρομή Θεσσαλονίκη-Κατερίνη.

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια:*

2. Τηλεφωνείτε σε αυτό το νούμερο (γραφτό) στο πρακτορείο Κ.Τ.Ε.Λ, για να μάθετε πόσο κοστίζει ένα εισιτήριο με πούλμαν για τη διαδρομή Θεσσαλονίκη-Κατερίνη.

*Εναλλακτική πρόταση όταν ο ασθενής δεν έχει εμπειρία τηλεφωνικής επικοινωνίας*

1. Δεν είναι κανείς στο σπίτι. Χρειάζεται να αγοράσετε ένα κιλό ψωμί. Τι θα κάνετε;

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια:*

2. Δεν είναι κανείς στο σπίτι. Ο μπακάλης της γειτονιάς πουλάει και ψωμί. Χρησιμοποιήστε ένα από τα παιδιά που παίζουν έξω από το μπαλκόνι σας ή κάποιο γείτονα για να αγοράσετε ένα κιλό ψωμί. Τι θα κάνετε;

### ΨΩΝΙΑ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΑΛΛΑΓΕΣ

1. Διαλέξτε τη σοκολάτα που μπορείτε να πληρώσετε με τα λεφτά που υπάρχουν μέσα στο πορτοφόλι, πληρώστε την με αυτά σε μένα και αγοράστε την.

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια:*

2. Διευκρινίζουμε ότι μπροστά μας υπάρχουν σοκολάτες ακριβές και φθηνές. Παροτρύνουμε να διαλέξει αυτή που μπορεί να πληρώσει με τα λεφτά που υπάρχουν μέσα στο πορτοφόλι και να την αγοράσει από μας.



### ΠΛΥΣΙΜΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

1. Παρακαλώ σηκωθείτε και πλύνετε τα χέρια σας, όπως όταν είναι πολύ λερωμένα

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια:*

2. Μέσα σ' αυτό το κουτί υπάρχει σαπούνι και πετσέτα. Μπορείτε να τα χρησιμοποιήσετε για να πλύνετε τα χέρια σας σε εκείνο το νιπτήρα και να τα σκουπίσετε.

### ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ-ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

1. Βρείτε την έξοδο του κτιρίου ξεκινώντας από το σημείο όπου βρισκόμαστε

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια δίνουμε ένα σημείο αναφοράς:*

2. Βρείτε την έξοδο του κτιρίου ξεκινώντας από το σημείο όπου βρισκόμαστε δηλαδή τον 3ο όροφο

### ΝΤΥΣΙΜΟ

1. Αν ήταν να φορέσετε κάποιο από αυτά τα ρούχα, ποιο θα διαλέγατε και πώς θα το φορούσατε;

*Όταν είναι απαραίτητη η βοήθεια:*

2. Διευκρινίζουμε ότι μπροστά μας υπάρχουν ρούχα καλοκαιρινά και χειμωνιάτικα, ανδρικά και γυναικεία. Του ζητάμε να διαλέξει ένα ρούχο κατάλληλο για το φύλο του και τον καιρό και να το φορέσει.

### 6.3.8.3 Αξιολόγηση

Κατά την αξιολόγηση χρησιμοποιείται τρίβαθμη κλίμακα. Ο εξεταστής δίνει **1 βαθμό** όταν δεν υπάρχει πρόβλημα στη συγκεκριμένη παράμετρο κατά τη διάρκεια εκτέλεσης μιας δραστηριότητας, **2 βαθμούς** όταν υπάρχει ελαφριά έως μέτρια δυσκολία και **3 βαθμούς** όταν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα. Είναι δυνατό να έχουμε τη βαθμολογία ξεχωριστά για κάθε παράμετρο σε όλες τις δραστηριότητες. Έτσι, ο βαθμός **6** σημαίνει ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα στη συγκεκριμένη παράμετρο σε όλες τις δραστηριότητες, **7-12** δείχνουν ότι υπάρχει μία σχετική δυσκολία στην εξεταζόμενη παράμετρο, ενώ **13- 18** δείχνουν σοβαρό πρόβλημα της παραμέτρου κατά την εκτέλεση όλων των δραστηριοτήτων. Επιπλέον, είναι δυνατό να υπολογίσουμε ξεχωριστά την ικανότητα εκτέλεσης κάθε δραστηριότητας, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους. Έτσι, ο βαθμός **7** δείχνει ότι δεν υπάρχει δυσκολία σε καμία παράμετρο στην εκτέλεση της συγκεκριμένης δραστηριότητας, **8-14** δείχνουν κάποιο πρόβλημα και **15-21** δείχνουν σοβαρό πρόβλημα. Τέλος, μπορούμε να έχουμε τη **συνολική βαθμολογία** που αντιπροσωπεύει και τις 7 παραμέτρους στις 6 δραστηριότητες, με διακύμανση από **42 έως 126** βαθμούς. Οι φυσιολογικοί ηλικιωμένοι παρουσιάζουν όλοι επίδοση 42 βαθμών, που σημαίνει ότι η εκτελεστική τους λειτουργία στις καθημερινές δραστηριότητες είναι άρτια. Επομένως, όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στη δοκιμασία, τόσο πιο επιβαρυνμένη είναι η επίδοση του εξεταζόμενου.

### 6.3.8.4 Εφαρμογή της δοκιμασίας σε ελληνικό πληθυσμό

Η FUCAS εφαρμόστηκε σε ηλικιωμένο ελληνικό πληθυσμό από τους Kounti, Tsolaki και Kiosseoglou, το 2006<sup>244</sup>. Κατά τη μελέτη αξιοπιστίας της κλίμακας διαπιστώθηκε υψηλή ένδειξη εσωτερικής αξιοπιστίας με alpha του Cronbach .90 κατά μέσον όρο. Επίσης, βρέθηκε ότι η FUCAS αποτελεί μία αξιόπιστη διαγνωστική δοκιμασία που μπορεί να διαχωρίσει τους ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή άνοια από τους ασθενείς με ΗΝΔ, αφού η κατανόηση προβλήματος και η εργαζόμενη μνήμη έχουν σοβαρή έκπτωση στους ασθενείς με άνοια. Φάνηκε ότι η τηλεφωνική επικοινωνία είναι η δραστηριότητα που διαχωρίζει τους ασθενείς με ΗΝΔ από τους ασθενείς με άνοια. Ωστόσο, η FUCAS δεν μπορεί να διακρίνει την ελαφριά μορφή άνοιας από την ΗΝΔ, διότι οι διαφορές μεταξύ τους στις παραμέτρους της εκτελεστικής λειτουργίας είναι ποσοτικά ελάχιστες και η FUCAS είναι κλίμακα ποιοτικής εκτίμησης και όχι ποσοτικής. Η FUCAS δεν επηρεάζεται από φύλο, ηλικία ή εκπαίδευση. Μπορούμε να προτείνουμε την κλίμακα FUCAS σαν αξιόπιστο διαγνωστικό

εργαλείο για την ΗΝΔ και την άνοια. Είναι επίσης, χρήσιμο εργαλείο για τον επαγγελματία υγείας που θα ασκήσει συμβουλευτική στον περιθάλποντα, εφόσον θα έχει στη διάθεσή του στοιχεία για τις ικανότητες του ασθενούς στην καθημερινή ζωή. Ανάλογα με αυτές θα μπορούν να προσαρμόζονται και οι προσδοκίες του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ακόμη, σύμφωνα με έρευνα που έγινε<sup>245</sup>, η FUCAS είναι ευαίσθητη στην παρακολούθηση των γνωστικών αλλαγών που συμβαίνουν στην εξέλιξη της άνοιας.

### 6.3.8.5 Απαντητικό φυλλάδιο

FUCAS						
ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ						
2006 © ΚΟΥΝΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ Ψυχολόγος-ΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΓΔΑ Νευρολόγος-Ψυχίατρος						
ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ	ΦΑΡ	ΕΠΙ	ΨΩΝ	ΠΛΥ	ΜΕΤ	ΝΤΥ
1. Χωρίς διευκρινίσεις						
2. Διευκρίνιση των οδηγιών γιατί δεν έχουν κατανοηθεί						
3. Δεν κατανοεί τίποτε ακόμη και με διευκρίνιση των οδηγιών						
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ ΜΝΗΜΗ	ΦΑΡ	ΕΠΙ	ΨΩΝ	ΠΛΥ	ΜΕΤ	ΝΤΥ
1. Χωρίς επανάληψη οδηγιών						
2. Επανάληψη οδηγιών γιατί δεν τις θυμάται						
3. Δεν συγκρατεί τίποτε ακόμη και με επανάληψη των οδηγιών						

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ- ΟΡΓΑΝΩΣΗ	ΦΑΡ	ΕΠΙ	ΨΩΝ	ΠΛΥ	ΜΕΤ	ΝΤΥ
1. Εντοπίζει στο περιβάλλον ψάχνοντας ή ρωτώντας όλα τα αντικείμενα ή μέσα για την επίτευξη του στόχου						
2. Σχεδιασμός βήματος με βοήθεια						
3. Σφάλματα ακόμη και με βοήθεια στον σχεδιασμό						
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΟΝΟΥ	ΦΑΡ	ΕΠΙ	ΨΩΝ	ΠΛΥ	ΜΕΤ	ΝΤΥ
1. Κανονική χρονική ροή βημάτων						
2. Κανονική χρονική ροή με βοήθεια						
3. Αδυναμία κανονικής χρονικής ροής βημάτων ακόμη και με βοήθεια						
ΔΙΑΔΟΧΗ	ΦΑΡ	ΕΠΙ	ΨΩΝ	ΠΛΥ	ΜΕΤ	ΝΤΥ
1. Ορθή σειρά βημάτων						
2. Ορθή σειρά βημάτων με βοήθεια						
3. Όχι ορθή σειρά ακόμη και με βοήθεια						
ΑΚΡΙΒΕΙΑ	ΦΑΡ	ΕΠΙ	ΨΩΝ	ΠΛΥ	ΜΕΤ	ΝΤΥ
1. Ακριβή εκτέλεση όλων των βασικών βημάτων						

2. Ακριβή εκτέλεση των βασικών βημάτων με βοήθεια						
3. Μη ακριβή εκτέλεση των βασικών βημάτων ακόμη και με βοήθεια						
<b>ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΣΤΟΧΟΥ</b>	<b>ΦΑΡ</b>	<b>ΕΠΙ</b>	<b>ΨΩΝ</b>	<b>ΠΛΥ</b>	<b>ΜΕΤ</b>	<b>ΝΤΥ</b>
1. Αυθόρμητη ολοκλήρωση του στόχου έστω και με αυτοδιόρθωση						
2. Ολοκλήρωση του στόχου με βοήθεια						
3. Μη ολοκλήρωση, του στόχου ακόμη και με βοήθεια						
<b>ΣΥΝΟΛΑ:</b>						
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>						

ΦΑΡ = Λήψη φαρμάκων, ΕΠΙ = Τηλεφωνική επικοινωνία, ΨΩΝ = Οικονομική συναλλαγή, ΠΛΥ = Προσωπική υγιεινή, ΜΕΤ = Μετακίνηση στο χώρο, ΝΤΥ = Ντύσιμο

6.3.8.6 Βαθμολόγηση

## FUCAS-υγιής

FUCAS	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
Κατανόηση	1	1	1	1	1	1	6
Μνήμη	1	1	1	1	1	1	6
Σχεδιασμός	1	1	1	1	1	1	6
Χρόνος	1	1	1	1	1	1	6
Διαδοχή	1	1	1	1	1	1	6
Ακρίβεια	1	1	1	1	1	1	6
Ολ. Στόχου	1	1	1	1	1	1	6
<b>Σύνολο</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>42</b>

## FUCAS-ΗΝΔ

FUCAS	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
Κατανόηση	1	1	1	1	1	1	6
Μνήμη	1	1	2	1	1	1	7
Σχεδιασμός	1	2	1	1	1	1	7
Χρόνος	1	1	1	1	1	1	6
Διαδοχή	1	1	1	1	1	1	6
Ακρίβεια	1	1	1	1	1	1	6
Ολ. Στόχου	1	2	2	1	1	1	8
<b>Σύνολο</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>46</b>

## FUCAS- ήπια άνοια

FUCAS	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
Κατανόηση	1	1	1	1	1	1	6
Μνήμη	2	2	2	1	2	1	10
Σχεδιασμός	1	2	1	1	1	1	7
Χρόνος	1	2	1	1	1	1	7
Διαδοχή	1	2	1	1	1	1	7
Ακρίβεια	1	2	2	1	1	1	8
Ολ. Στόχου	2	2	2	1	2	1	10
<b>Σύνολο</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>55</b>

## FUCAS- μέτρια άνοια

FUCAS	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
Κατανόηση	1	1	2	1	1	1	7
Μνήμη	2	2	2	1	2	1	10
Σχεδιασμός	2	2	3	1	2	2	12
Χρόνος	2	2	2	1	2	2	11
Διαδοχή	2	2	3	1	2	2	12
Ακρίβεια	2	3	3	1	2	2	13
Ολ. Στόχου	2	3	3	1	2	2	13
<b>Σύνολο</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>78</b>

## FUCAS- σοβαρή άνοια

FUCAS	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
Κατανόηση	2	3	3	1	1	1	11
Μνήμη	3	3	3	2	2	2	15
Σχεδιασμός	2	3	3	1	2	2	13
Χρόνος	2	3	2	2	2	1	12
Διαδοχή	2	3	3	1	2	2	13
Ακρίβεια	3	3	3	2	2	2	15
Ολ. Στόχου	3	3	3	2	2	2	15
<b>Σύνολο</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>94</b>

## FUCAS- πολύ σοβαρή άνοια

FUCAS	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
Κατανόηση	3	3	3	3	3	3	18
Μνήμη	3	3	3	3	3	3	18
Σχεδιασμός	3	3	3	3	3	3	18
Χρόνος	3	3	3	3	3	3	18
Διαδοχή	3	3	3	3	3	3	18
Ακρίβεια	3	3	3	3	3	3	18
Ολ. Στόχου	3	3	3	3	3	3	18
<b>Σύνολο</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>126</b>



6.3.9 Κλίμακα σταδιοποίησης της άνοιας (Clinical Dementia Rating, CDR)

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ	G1. ΜΝΗΜΗ	G2. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ	G3. ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	G4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	G5. ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΧΟΜΠΥ	G6. ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ
0. Όχι	Όχι απώλεια μνήμης ή ελαφρά και μη σταθερή αφηρημάδα.	Πλήρως προσανατολισμένος.	Λύνει καλά τα καθημερινά προβλήματα. Σωστή κρίση, σε σχέση με παλιότερα.	Ανεξάρτητη λειτουργικότητα στο επίπεδο της <u>εργασίας, στην αγορά, τα οικονομικά και τις ομαδικές δραστηριότητες</u> της κοινότητας.	Αδιατάραχτη καθημερινή οικιακή ζωή, <u>χόμπυ και πνευματικά ενδιαφέροντα</u> .	Πλήρως ικανός για αυτοεξυπηρέτηση.
0.5 Αμφισβητούμενη	Σταθερή ελαφρά αφηρημάδα, <u>μερική μόνο μνημονική ανάκληση γεγονότων</u>	Πλήρως προσανατολισμένος, <u>εκτός μικρών δυσκολιών με τις χρονικές σχέσεις</u>	Ελαφρά <u>δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, στην ανεύρεση ομοιοτήτων ή διαφορών</u> .	Ελαφρές δυσχέρειες, στις παραπάνω δραστηριότητες.	Ελαφρά διαταραγμένη οικιακή ζωή, χόμπυ και πνευματικά ενδιαφέροντα.	

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ	G1. ΜΝΗΜΗ	G2. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ	G3. ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	G4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	G5. ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΧΟΜΠΥ	G6. ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ
1. Ελαφρά	Μέτρια απώλεια μνήμης, εντονότερη για πρόσφατα γεγονότα, <u>σε σημείο διαταραχής των καθημερινών δραστηριοτήτων.</u>	Μέτρια δυσκολία με τις χρονικές σχέσεις. Μπορεί να είναι προσανατολισμένος, ως προς το χώρο της εξετάσεως, αλλά να παρουσιάζει δυσχέρειες ως προς το χώρο σε άλλες περιπτώσεις.	Μέση δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, ενώ η κοινωνική κρίση συνήθως διατηρείται.	Δεν μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα, στις παραπάνω δραστηριότητες, αν και πιθανόν να ασχολείται ακόμη με κάποιες από αυτές. Εμφανίζεται φυσιολογικός με την πρώτη ματιά.	Ελαφρά, αλλά οριστική διαταραχή της οικιακής ζωής. Εγκατάλειψη των δυσκολότερων οικιακών εργασιών και ενδιαφερόντων.	Χρειάζεται παρότρυνση.
2. Μέσης βαρύτητας	Σοβαρή απώλεια μνήμης. Διατηρείται μόνο το υλικό, που έχει εγχαραχθεί πολύ ισχυρά από παλιά, ενώ κάθε νέα γνώση χάνεται ταχύτατα.	Σοβαρή δυσκολία ως προς τις χρονικές σχέσεις. Συνήθως αποπροσανατολισμένος ως προς το χρόνο, συχνά και ως προς τον τόπο.	Σοβαρή δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων και διαταραχή της κοινωνικής κριτικής.	Δεν μπορεί να ενεργήσει μόνος του, εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Φαίνεται αρκετά καλά, ώστε να συνοδεύεται σε	Κάνει μόνο τα πιο απλά πράγματα και διατηρεί ίσως ελάχιστα, πολύ περιορισμένα ενδιαφέροντα.	Χρειάζεται βοήθεια στο ντύσιμο, στην ατομική υγιεινή και στη διατήρηση ικανοποιητικής εικόνας, προς τα έξω.

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ	G1. ΜΝΗΜΗ	G2. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ	G3. ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	G4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	G5. ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΧΟΜΠΥ	G6. ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ
<b>3. Σοβαρή</b>	Σοβαρή απώλεια μνήμης, με διατήρηση μόνον μικρών τμημάτων.	Προσανατολισμός προς εαυτόν και μόνο.	Αδυνατεί να λύνει προβλήματα και να κρίνει.	εξωοικιακές εκδηλώσεις.  Δεν μπορεί να ενεργήσει μόνος του εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Φαίνεται πολύ άρρωστος, για να συνοδεύεται σε εξωοικιακές εκδηλώσεις.	Καμιά σημαντική λειτουργία μέσα στο σπίτι.	Χρειάζεται μεγάλη βοήθεια, συχνά έχει ακράτεια.
<b>4. Πολύ σοβαρή</b>	Ο λόγος είναι συνήθως ακατανόητος ή άσχετος με την κατάσταση. Ο συμμετέχων δεν είναι ικανός να ακολουθήσει απλές οδηγίες ή να κατανοήσει εντολές. Μερικές φορές αναγνωρίζει το σύζυγο ή αυτόν που τον φροντίζει. Δε χρησιμοποιεί εργαλεία παρά μόνο τα δάχτυλά του και χρειάζεται πολύ μεγάλη βοήθεια. Συχνά υπάρχει ακράτεια παρά τη βοήθεια ή την εκπαίδευση. Ικανός να κάνει μερικά βήματα με βοήθεια, συχνά καθηλωμένος σε αναπηρική καρέκλα. Σπάνια μπορεί να μεταφερθεί εκτός σπιτιού ή ιδρύματος, ενώ συχνά κάνει άσκοπες κινήσεις.					

ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΟΥ	G1. ΜΝΗΜΗ	G2. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ	G3. ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	G4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	G5. ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΧΟΜΠΥ	G6. ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ
5. Τελική	Καμιά αντίδραση ή αντίληψη. Καμιά αναγνώριση. Είναι αναγκαίο να τον τρέφουν άλλοι, ενώ μπορεί να έχει ρινογαστρικό καθετήρα και δυσκολία κατάποσης. Πλήρης ακράτεια. Είναι καθηλωμένος στο κρεβάτι, ανίκανος να σηκωθεί ή να καθίσει. Παραμορφώσεις από αγκύλωση.					

CDR =

### 6.3.10 Παγκόσμια Κλίμακα Εκτίμησης της Άνοιας του Rowland (Rowland Universal Dementia Assessment Scale, RUDAS): Οδηγός χορήγησης και βαθμολόγησης<sup>246</sup>

Η Παγκόσμια Κλίμακα Εκτίμησης της Άνοιας του Rowland (RUDAS) είναι μια πολυπολιτισμική κλίμακα νοητικής εκτίμησης. Η κλίμακα αυτή δεν έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα, αλλά θεωρείται πολύ χρήσιμο να σταθμιστεί για να χρησιμοποιείται για τους μετανάστες που δεν μιλούν ελληνικά.

Πρόκειται για ένα σύντομο εργαλείο νοητικής ανίχνευσης, σχεδιασμένο έτσι ώστε να ελαχιστοποιεί την επίδραση της πολιτισμικής μαθησιακής και γλωσσικής ποικιλότητας κατά την εκτίμηση επίδοσης της νοητικής κατάστασης του ατόμου.

Κατά την χορήγηση της κλίμακας RUDAS είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται οι εξεταζόμενοι ώστε να επικοινωνήσουν στην γλώσσα με την οποία νιώθουν περισσότερο επαρκείς και άνετοι.

Οι εξεταστές οι οποίοι θα χορηγήσουν την δοκιμασία, οφείλουν να διαβάσουν προσεκτικά τις ακόλουθες οδηγίες πριν ξεκινήσουν να χρησιμοποιούν το RUDAS.

#### 6.3.10.1 Το πλαίσιο της εκτίμησης – Γενικές οδηγίες

**Άγχος:** Σιγουρευτείτε ότι εκείνος που εξετάζεται είναι όσο το δυνατόν ήρεμος, ώστε ο παράγοντας του άγχους να μην εμποδίσει την επίδοσή του στην νοητική δοκιμασία.

**Ακοή:** Χορηγείστε το RUDAS σε ήσυχο μέρος και σιγουρευτείτε ότι ο εξεταζόμενος ακούει καθαρά. Είναι σημαντικό να διαπιστώσετε στην αρχή της εκτίμησης εάν ο εξεταζόμενος έχει προβλήματα ακοής και να το διαχειριστείτε όσο το δυνατόν καλύτερα μιλώντας του πιο αργά και πιο καθαρά. Προτρέψτε τον εξεταζόμενο να φορέσει ακουστικά βαρηκοΐας (αν υπάρχουν). Να είστε προσεκτικοί και να μην μιλάτε τόσο δυνατά ώστε αυτό να αποτελέσει προϊόν διάσπασης προσοχής ή σύγχυσης. (Υπάρχει μια ολοκληρωμένη μορφή του RUDAS για εξεταζόμενους με σοβαρά προβλήματα ακοής).

**Όραση:** Σιγουρευτείτε ότι ο εξεταζόμενος χρησιμοποιεί γυαλιά οράσεως, όπου είναι απαραίτητο, και ότι υπάρχει αρκετό φως στο δωμάτιο που εξετάζετε.

**Θέση:** Καθίστε απέναντι από τον εξεταζόμενο. Αυτή η θέση είναι σημαντική τόσο για επικοινωνιακούς λόγους όσο και για να ελέγχετε τυχόν δυσκολίες κάποιων έργων του RUDAS. Μην κάθεστε πίσω από το γραφείο, δεδομένου ότι αυτή η θέση μπορεί να σας εμποδίσει από το να δώσετε οδηγίες σε μερικά θέματα του RUDAS καθώς επίσης μπορεί ο εξεταζόμενος να νιώσει υποτιμητικά.

**Ηχογραφημένες απαντήσεις:** Είναι σημαντικό να ηχογραφείτε τις ολοκληρωμένες απαντήσεις του εξεταζόμενου για κάθε θέμα.

**Φυσική ανικανότητα:** Για τους εξεταζόμενους οι οποίοι έχουν φυσική ανικανότητα (π.χ. όραση, ακοή, ημιπάρεση, αναπηρία, εγκεφαλικό επεισόδιο, αφασία), η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα επίδοσής τους στις υποκλίμακες του RUDAS, είναι σημαντικό να τελειώσουν το RUDAS όσο πιο ολοκληρωμένα γίνεται και παράλληλα να αντιμετωπιστεί με επιείκεια η συγκέντρωση γενικής βαθμολογίας τους κάτω από 22 (χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να εκτιμηθεί η αξιοπιστία του RUDAS για αυτήν την υπο-ομάδα ασθενών).

#### **6.3.10.2 Γλωσσικό / πολιτισμικό πλαίσιο**

**Χρησιμοποιείτε έναν επαγγελματία διερμηνέα.**

Εάν χρησιμοποιήσετε έναν επαγγελματία διερμηνέα για την χορήγηση του RUDAS είναι σημαντικό να ακολουθείτε τα παρακάτω:

- 1) Οι διερμηνείς θα μπορούσαν να χρησιμοποιούνται σε όλες τις περιπτώσεις που η προτιμώμενη γλώσσα του ατόμου που εξετάζεται δεν ομιλείται με ευφράδεια από τον εξεταστή.
- 2) Σιγουρευτείτε ότι η γλώσσα που ομιλείται από τον διερμηνέα (συμπεριλαμβανομένης και της διαλέκτου) είναι η ίδια με την οικεία γλώσσα του εξεταζόμενου.
- 3) Είναι σημαντικό να εξηγήσετε στον εξεταζόμενο ότι ο διερμηνέας είναι διευκολυντικός παράγοντας για κείνον και ότι μέσω αυτού θα τεθούν οι ερωτήσεις. Αυτό θα βοηθήσει ώστε να αποφευχθεί τυχόν σύγχυση κατά την διάρκεια της εκτίμησης.
- 4) Είναι καλύτερα για τον διερμηνέα να κάθεται δίπλα στον εξεταστή που χορηγεί την δοκιμασία ενώ ο εξεταζόμενος να κάθεται απέναντι. Αυτό θα ενδυναμώσει και θα δικαιώσει τον ρόλο του διερμηνέα και θα κάνει πιο εύκολο για τον εξεταζόμενο να

συνθέσει τα μη λεκτικά ερεθίσματα από τον εξεταστή και τα λεκτικά ερεθίσματα από τον διερμηνέα.

5) Είναι σημαντικό να εξηγήσετε τα παρακάτω στον διερμηνέα πριν ξεκινήσετε την εκτίμηση :

- Ο διερμηνέας οφείλει να είναι ενήμερος για την φυσική αλληλεπίδραση π.χ. αυτό είναι η νοητική εκτίμηση.
- Θυμίστε στον διερμηνέα πόσο σημαντικός είναι ο συγχρονισμός και η ακρίβεια της μετάφρασης. Εξηγήστε ότι οι οδηγίες σας και οι απαντήσεις του εξεταζόμενου θα πρέπει να μεταφράζονται επακριβώς.
- Ζητείστε από τον διερμηνέα να κρατά σημειώσεις από τυχόν παρεκκλίσεις (μετάφρασης) κατά την διάρκεια της εκτίμησης όπου η επίδοση του εξεταζόμενου μπορεί να έχει επηρεαστεί από ανεπαίσθητες μικρές αλλαγές στο νόημα των οδηγιών της δοκιμασίας λόγω γλωσσικών ή πολιτισμικών παραγόντων.
- Ενημερώστε τον διερμηνέα ότι μπορεί να είναι απαραίτητο για σας στο τέλος της δοκιμασίας να έχετε μια ξεκάθαρη γενική εντύπωση από την εκτίμηση, διαχωρίζοντας την πραγματική νοητική ικανότητα του εξεταζόμενου από την πιθανή πολιτισμική προκατάληψη, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της μεταφραστικής διαδικασίας.

#### **6.3.10.3 Χορήγηση πολυγλωσσικής δοκιμασίας**

Εάν, ως εξεταστής της δοκιμασίας, είστε πολύγλωσσος είναι σημαντικό να συγκρατήσετε όλες τις παραπάνω πληροφορίες οι οποίες σχετίζονταν με την χρήση του επαγγελματία διερμηνέα, καθώς και τις ακόλουθες οδηγίες:

- Είναι απαραίτητο να είστε προσεκτικοί με την μετάφραση των ερωτήσεων του RUDAS καθώς μπορεί να δυσκολευτείτε, όταν έχετε να διαβάζετε σε μια γλώσσα και να μιλάτε σε άλλη
- Είναι σημαντικό να μεταφράζετε τις ερωτήσεις του RUDAS με μεγάλη ακρίβεια. Να είστε προσεκτικοί με τις διαφορές ανάμεσα σε επίσημη και μη επίσημη χρήση των

λέξεων κατά την διάρκεια της μετάφρασης των εντολών του RUDAS και να ηχογραφείτε τις απαντήσεις του εξεταζόμενου.

### **Θέμα 1 – Μνήμη (Λίστα για ψώνια)**

#### Οδηγίες

Θα ήθελα να φανταστείτε ότι θα πάμε μαζί για ψώνια. Εδώ υπάρχει μια λίστα από είδη παντοπωλείου. Θα πρέπει να θυμάστε τα παρακάτω πράγματα, τα οποία πρέπει να πάρουμε από το κατάστημα. Όταν θα φτάσουμε στο κατάστημα, σε περίπου 5 λεπτά από τώρα δηλαδή, θα σας ζητήσω να μου πείτε ποια είναι τα πράγματα που θέλουμε να αγοράσουμε. Εσείς θα πρέπει να θυμάστε να μου πείτε την λίστα.

**Τσάι, Λάδι μαγειρέματος, Αυγά, Σαπούνι.** Παρακαλώ επαναλάβετε αυτήν την λίστα μετά από μένα (πείτε στο άτομο να επαναλάβει την λίστα 3 φορές). Εάν το άτομο δεν επαναλάβει και τις 4 λέξεις, συνεχίστε να τις επαναλαμβάνετε μέχρι το άτομο να τις μάθει όλες και να μπορεί να τις επαναλάβει ή επαναλάβετε τις εσείς μέχρι 5 φορές).

#### Σημειώσεις

- Είναι σημαντικό να δίνουμε τη δυνατότητα για αρκετές προσπάθειες (δοκιμές) μάθησης στον εξεταζόμενο ώστε να κωδικοποιήσει και να συγκρατήσει τα ονόματα της λίστας όσο καλύτερα μπορεί (δίνονται μέχρι 5 δοκιμές μάθησης)
- Ζητήστε από τον εξεταζόμενο να σας επαναλάβει την λίστα τουλάχιστον 3 φορές μέχρι να τις μάθει όσο το δυνατόν σωστότερα.
- Χρησιμοποιήστε φυσικά/ρεαλιστικά σενάρια επαφής καθώς και χιούμορ ώστε να χτίσετε μια σχέση εμπιστοσύνης και να κάνετε την διαδικασία εκτίμησης λιγότερο συγκρουσιακή π.χ. ΕΜΕΙΣ πηγαίνουμε για ψώνια..., Στηρίζομαι σε ΣΕΝΑ να θυμηθείς την λίστα ΓΙΑ ΜΕΝΑ, έτσι μη την ξεχάσεις.... Όταν θα φτάσουμε στο κατάστημα....
- Για να διευκολύνετε την διαδικασία μάθησης της λίστας χρησιμοποιήστε τα δάχτυλά σας για να καταμετρήσετε τα αντικείμενα, την στιγμή που το εξηγείτε στον



εξεταζόμενο ώστε να ενισχυθεί η μάθηση του έργου όσο το δυνατόν περισσότερο  
π.χ. αντίχειρας= τσάι, δείκτης= λάδι μαγειρέματος

### Βαθμολογία

Αυτή είναι η διαδικασία της μάθησης, μέρος της οποίας είναι η ερώτηση μνήμης. Επομένως δεν δίνονται βαθμοί για αυτό το μέρος της ερώτησης, αλλά το στοιχείο της μνημονικής ανάκλησης αργότερα στην δοκιμασία, συγκεντρώνει το μεγαλύτερο σκορ των 8 μονάδων.

### **Θέμα 2 – Σωματική Οριοθέτηση**

Θα ήθελα να σας ζητήσω να μου δείξετε διαφορετικά μέρη του σώματός σας (σωστό =1. Λάθος =0).

Όταν το άτομο απαντήσει σωστά στα 5 σκέλη της ερώτησης, δεν συνεχίζουμε, καθώς το ανώτερο σκορ είναι 5.

(1) δείξε μου το πόδι σου .....1

(2) δείξε μου το αριστερό σου χέρι.....1

(3) με το δεξί σου χέρι ακούμπησε τον αριστερό ώμο .....1

(4) με το αριστερό σου χέρι ακούμπα το δεξί σου αυτί .....1

(5) ποιο είναι( δείχνουμε) το αριστερό μου γόνατο .....1

(6) ποιο είναι (δείχνουμε) ο δεξιός αγκώνας μου .....1

(7) με το δεξί σου χέρι δείξε το αριστερό μου αυτί .....1

(8) με το αριστερό σου χέρι δείξε το αριστερό μου πόδι .....1

..../5

### Σημειώσεις

- Είναι σημαντικό να κάθεστε απέναντι από τον εξεταζόμενο ( για να ελέγχετε τις δυσκολίες των έργων)

- Δεν χρειάζεται περαιτέρω εξήγηση πριν ξεκινήσετε, αρκεί να πείτε, «θα σας ζητήσω να δείξετε διάφορα μέρη του σώματος ...» το έργο γίνεται πιο σαφές καθώς εξελίσσεται.

### Βαθμολόγηση

- Παρόλο που αποτελείται από 8 μέρη το συγκεκριμένο έργο έχει μέγιστο αποτέλεσμα τους 5 βαθμούς. Με τις 5 πρώτες σωστές απαντήσεις δεν χρειάζεται να συνεχίσετε.
- Να είστε προσεκτικοί με την βαθμολογία- θυμηθείτε ότι κάθεστε απέναντι από τον εξεταζόμενο- είναι εύκολο να γίνουν λάθη, οπότε συγκεντρωθείτε ώστε να είστε βέβαιοι ότι η βαθμολόγηση του ατόμου είναι ακριβής.
- Δεν δίνονται μισοί βαθμοί, ο εξεταστής για να δώσει βαθμό στο σωστό πρέπει να είναι 100% σωστό (π.χ. εάν ο εξεταστής ζητήσει «με το δεξί χέρι δείξε μου το αριστερό μάτι» και χρησιμοποιήσει το αριστερό χέρι να δείξει το αριστερό σας μάτι- βαθμολογείται ως λάθος η απάντηση).

### **Θέμα 3 – Ευπραξία (Γροθιά/ Παλάμη)**

#### Οδηγίες

**Πρόκειται να σας δείξω μια πράξη/ άσκηση με τα χέρια μου. Θα ήθελα να με παρατηρήσετε και να κάνετε ό, τι κάνω. Κάνετε κι εσείς ό, τι κάνω....** (π.χ. κάντε το ένα χέρι σας γροθιά και το άλλο παλάμη και ακουμπήστε το στο τραπέζι ή στα γόνατά σας και να εναλλάσσονται ταυτόχρονα. **Τώρα κάντε το μαζί μου. Θα ήθελα να συνεχίσετε να κάνετε αυτήν την πράξη κατά αυτόν τον ρυθμό μέχρι να σας πω να σταματήσετε-** περίπου 10'' ή 5-6 ακολουθίες πράξεων (δείξτε έναν μέτριο ρυθμό εκτέλεσης της έργου).

### Βαθμολογία

**Φυσιολογικά** = 2 (ελάχιστα, έως και κανένα λάθη- αυτοδιόρθωση -καλή διατήρηση του έργου- χάνεται ελάχιστα ο συντονισμός μεταξύ των χεριών)

**Μερική επάρκεια** = 1 (ξεκάθαρα λάθη με κάποιες προσπάθειες για αυτοδιόρθωση - κάποιες προσπάθειες για διατήρηση του έργου- φτωχός συγχρονισμός)

**Αποτυχία** = 0 (ανικανότητα να ανταποκριθεί στο έργο- καμία διατήρηση του έργου-καμία προσπάθεια απολύτως)

..../2

### Σημειώσεις

- Είναι σημαντικό να κάθεται απέναντι από τον εξεταζόμενο (ώστε να ελέγχετε για τυχόν δυσκολίες του έργου)
- Όταν εξηγείτε το έργο χρησιμοποιείτε τα ακόλουθα βήματα:

**Βήμα 1:** Θα ήθελα να βάλεις τα χέρια σου στα γόνατά σου όπως εγώ. π.χ. βάλε τις παλάμες των χεριών σας στα γόνατά σας (εάν όχι, τότε στην επιφάνεια του τραπεζιού)

**Βήμα 2:** τώρα παρακολουθήσε προσεκτικά τί κάνω (κάντε το ένα χέρι σας γροθιά σε κατακόρυφη θέση και με το άλλο ανοίξτε την παλάμη και αφήστε το κάτω) – θα ήθελα να το κάνετε ακριβώς έτσι όπως σας έδειξα.

**Βήμα 3:** Παρακολουθήστε πάλι τώρα, καθώς θα κάνω αυτό (εναλλάξτε τα χέρια σας ταυτόχρονα – κάντε το ένα γροθιά και με το άλλο ανοίξτε την παλάμη σας και διατηρήστε την εναλλαγή για 5-6 δοκιμές).

**Βήμα 4:** Ζητήστε από τον εξεταζόμενο να αντιγράψει ακριβώς αυτό που κάνατε. Εάν ο εξεταζόμενος μπερδεύεται και δεν έχει μάθει το έργο καλά, τότε επαναλάβετε τα βήματα 1, 2 και 3.

**Βήμα 5:** Όταν ο εξεταζόμενος μάθει επιτυχώς το έργο (π.χ. καταλάβει όσο το δυνατόν καλύτερα τι πρέπει να κάνει- ανεξάρτητα με το εάν μπορεί ή όχι να το κάνει 100%) ζητήστε του να επαναλάβει την άσκηση με τον ρυθμό που του επιδείξατε προηγουμένως μέχρι να

του πείτε να σταματήσει (τώρα δείξτε του το έργο- με διαστήματα μεταξύ της εναλλαγής των χεριών που αντικατοπτρίζουν τον μέτριο ρυθμό περπατήματος). Μην επιτρέψετε στον εξεταζόμενο να μιμείται τις κινήσεις σας καθώς βαθμολογείτε- πρέπει να ολοκληρώσει το έργο ανεξάρτητα από εσάς.

### Βαθμολογία

Αυτή η ερώτηση έχει μέγιστο αποτέλεσμα τους 2 βαθμούς. Προκειμένου να διαχωρίσετε τα 3 επίπεδα του έργου, λάβετε υπόψη τα παρακάτω:

Σκορ	Θέση Γροθιάς / Παλάμης	Αριθμός Λαθών	Ευχέρεια	Ικανότητα Αυτο-διόρθωσης	Προοδευτική Βελτίωση	Συγχρονισμός
Φυσιολογικό	Καλή εκτέλεση των κινήσεων «παλάμη προς τα κάτω» και «γροθιά» με λίγες παρεμβολές ή λανθασμένες εναλλαγές	Ελάχιστα	Καλή	Καλή	Εμφανής	Ελάχιστη έλλειψη συγχρονισμού
Μερική επάρκεια	Εμφανείς παρεμβολές και λανθασμένες εναλλαγές στις κινήσεις «παλάμη προς τα κάτω» και «γροθιά»	Αρκετά	Κάποιες προσπάθειες για διατήρηση	Κάποιες προσπάθειες	Κάποιες ενδείξεις	Αξιοσημείωτη έλλειψη συγχρονισμού
Αποτυχία	Μετά βίας προσδιορίζει τις σωστές κινήσεις «παλάμη προς τα κάτω» και «γροθιά» λόγω των πολλών παρεμβολών και των λαθών εναλλαγών	Πολλά	Φτωχή ή καμία	Καμία	Ελάχιστη ή καμία	Ελάχιστος ή κανένας συγχρονισμός

**Φυσιολογικό:** Το άτομο που η επίδοσή του είναι φυσιολογική σε αυτό το έργο φανερώνει σημάδια ανέπαφης ικανότητας μάθησης και είναι ικανός να αναπαράγει ξεκάθαρα τις κινήσεις «γροθιά σε κάθετη θέση» και «παλάμη προς τα κάτω». Η επίδοσή τους στο έργο μπορεί να βελτιωθεί με δοκιμές προοδευτικής μάθησης μέχρι έναν βαθμό, έως ότου να αποκτήσουν την ικανότητα ευχέρειας του έργου με ελάχιστα λάθη.

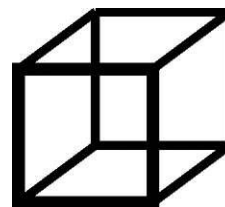
Ο εξεταζόμενος μπορεί να επιδείξει την ικανότητα αυτοδιόρθωσης, να δείξει προοδευτική βελτίωση κατά την διάρκεια του έργου και να έχει μόνο ελάχιστη έλλειψη συγχρονισμού μεταξύ των χεριών.

**Μερική επάρκεια:** Το άτομο του οποίου οι απαντήσεις είναι μερικώς επαρκείς θα κάνει αξιοσημείωτα λάθη π.χ. τοποθετεί περιστασιακά την παλάμη πάνω, αντί να βάλει την παλάμη κάτω ή βάζει την παλάμη πάνω αντί να κάνει γροθιά ή μπορεί να κάνει γροθιά σε οριζόντια θέση. Μπορεί να σταματά κάποιες φορές προκειμένου να κάνει αυτοδιόρθωση, αλλά ακόμα κι αν δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο έργο τέλεια υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι έχει μάθει το έργο, γίνονται κάποιες προσπάθειες για αυτοδιόρθωση, καθώς και κάποιες προσπάθειες για διατήρηση της ευχέρειας της εναλλαγής των χεριών. Μπορεί να υπάρχει επίσης μια αξιοσημείωτη έλλειψη συγχρονισμού μεταξύ των χεριών.

**Αποτυχία:** Το άτομο που αποτυγχάνει σε αυτό το έργο δείχνει ελάχιστη έως και καμία ικανότητα να κατανοήσει και να εκτελέσει το έργο. Υπάρχουν πολλά λάθη, ελάχιστη ή καμία ένδειξη για βελτίωση, ανικανότητα στην αυτό-διόρθωση, φτωχή διατήρηση του έργου, και εμφανής ανικανότητα στην μίμηση της σωστής θέσης των χεριών και την εκτέλεση της ταυτόχρονης αλλαγής των χεριών με κανένα συγχρονισμό. Το άτομο που αποτυγχάνει δεν είναι ικανό να κάνει το χέρι του «γροθιά» ή να ξεχωρίσει την θέση μεταξύ της «παλάμης πάνω» και «παλάμης κάτω», δεν μπορεί να εναλλάσσει τις κινήσεις μεταξύ των χεριών και δεν δύναται καθόλου να χρησιμοποιήσει και τα δύο χέρια μαζί.

#### Θέμα 4 - Οπτικό-Κατασκευαστικό Σχέδιο κύβου

Παρακαλώ κάντε αυτό το σχέδιο ακριβώς όπως το καταλαβαίνετε (δείξτε τον κύβο στην πίσω σελίδα).



Βαθμολογείστε (ναι = 1, όχι = 0), σύμφωνα με:

(1) έχει σχεδιάσει το άτομο μια εικόνα βασισμένη σε έναν κύβο? .....1

(2) εμφανίζονται όλες οι εσωτερικές γραμμές στο σχέδιο του ατόμου? .....1

(3) εμφανίζονται όλες οι εξωτερικές γραμμές στο σχέδιο του ατόμου? .....1

..../3

### Σημειώσεις

Αυτή η ερώτηση έχει μέγιστο αποτέλεσμα τους 3 βαθμούς.

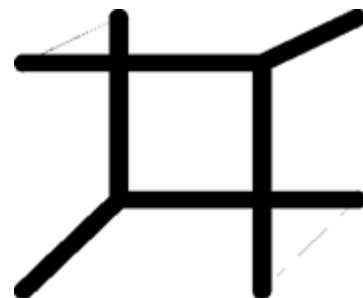
- Δείξτε στον εξεταζόμενο το σχέδιο του κύβου
- Εάν δεν υπάρχει η κάρτα με το σχέδιο, ο εξεταστής φτιάχνει ο ίδιος ένα σχέδιο με τον κύβο σε ένα χαρτί.
- Σιγουρευτείτε ότι ο εξεταζόμενος μπορεί να δει καθαρά το σχέδιο (ελέγξτε αν ο εξεταζόμενος χρειάζεται να φορά γυαλιά οράσεως κατά περίπτωση)
- Ζητείστε από τον εξεταζόμενο να σχεδιάσει την εικόνα του κύβου όσο καλύτερα μπορεί

### Βαθμολογία

Ο εξεταζόμενος έχει κάνει ένα σχέδιο βασισμένο σε ένα τετράγωνο; (π.χ. υπάρχει ένα τετράγωνο κάπου στο σχέδιο): ΝΑΙ / ΟΧΙ

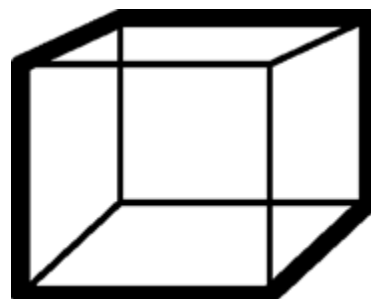
Εμφανίζονται όλες οι εσωτερικές γραμμές στο σχέδιο του εξεταζόμενου; (π.χ. σκούρες γραμμές)

ΝΑΙ/ ΟΧΙ



Εμφανίζονται όλες οι εξωτερικές γραμμές στο σχέδιο του εξεταζόμενου; (π.χ. σκούρες γραμμές)

ΝΑΙ/ ΟΧΙ



### Θέμα 5 – Κρίση (Διασχίζοντας τον δρόμο)

#### Οδηγίες

Στέκεστε στην άκρη ενός δρόμου με πολύ κίνηση. Δεν υπάρχει πεζοδρόμιο για να περπατήσετε εκεί και κανένα φανάρι. Πείτε μου τι θα κάνετε για να περάσετε στην άλλη πλευρά του δρόμου με ασφάλεια. (εάν το άτομο δώσει μια μη ολοκληρωμένη απάντηση, βοηθήστε τον: “Υπάρχει κάτι άλλο που θα κάνατε?”). Καταγράψτε επακριβώς ό, τι είπε ο ασθενής και κυκλώστε όλα τα μέρη της απάντησης τα οποία είχαν ζητηθεί.

#### Βαθμολογία

Βαθμολογείστε σύμφωνα με :

- Έδειξε το άτομο ότι θα ψάξει για την κίνηση (των αυτοκινήτων); (ΝΑΙ = 2; ΝΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ = 1; ΟΧΙ = 0) ...2
- Έκανε το άτομο κάποια επιπλέον πρόταση για την ασφάλεια του; (ΝΑΙ = 2; ΝΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ = 1; ΟΧΙ = 0) ...2

**Σύνολο:**     .../4

#### Σημειώσεις

- Εάν ο εξεταζόμενος δεν δώσει καμία απάντηση στην ερώτηση, ή πει “δεν ξέρω”, τότε επαναλάβετε την ερώτηση άλλη μια φορά.

- Εάν ο εξεταζόμενος απαντήσει και στα 2 σκέλη της ερώτησης με την πρώτη προσπάθεια χρησιμοποιείτε την βοήθεια: «Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να κάνετε;» σε όλες τις συνθήκες του έργου. Αυτό γίνεται για να κερδίσει ο εξεταζόμενος μια όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη απάντηση.
- Χρησιμοποιείτε μόνο μια γενική βοήθεια: «Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να κάνετε;» – μην βοηθάτε το άτομο με κανένα άλλον τρόπο.
- Καταγράψτε/Ηχογραφήστε την απάντηση του εξεταζόμενου σε αυτή την ερώτηση.
- Κυκλώστε κάθε μέρος της απάντησης του εξεταζόμενου που δόθηκε βοήθεια και βαθμολογείτε ανάλογα.
- Εάν ο εξεταζόμενος πει ότι ποτέ δεν διασχίζει τον δρόμο μόνος του (π.χ. είναι σε αναπηρικό αμαξίδιο ή ότι η όρασή του είναι φτωχή), τότε κάντε του την ερώτηση ξανά τροποποιώντας την ακολούθως: «Τι θα έπρεπε να κάνει κάποιος που θέλει να διασχίσει τον δρόμο περνώντας απέναντι με ασφάλεια;»

### Βαθμολογία

Το έργο αυτό έχει μέγιστο αποτέλεσμα 4 βαθμούς. Δυο βαθμοί για κάθε μέρος:

1. Ελέγχει την κίνηση στον δρόμο και
2. Κάνει επιπλέον προτάσεις για την ασφάλειά του

Συνολικό αποτέλεσμα 2 βαθμοί: ΝΑΙ = 2, ΝΑΙ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ = 1, ΟΧΙ = 0

Ειδικότερα:

1. Δείχνει ο εξεταζόμενος ότι ψάχνει για κίνηση στον δρόμο;

### **Παραδείγματα Σωστών Απαντήσεων**

### **Παραδείγματα Λανθασμένων Απαντήσεων**

Θα ελέγξω την κίνηση

Απλά θα περάσω

Θα κοιτάξω αριστερά και δεξιά

Θα σηκώσω το χέρι μου ώστε να ξέρουν ότι θα περάσω.



Παραδείγματα Σωστών Απαντήσεων	Παραδείγματα Λανθασμένων Απαντήσεων
Θα ελέγξω για αυτοκίνητα	Θα πάω στην γωνία και θα περάσω
Θα ελέγξω αν είναι άδειος ο δρόμος	Θα κάνω νεύμα στα αυτοκίνητα ώστε να με δουν.
Θα διασχίσω τον δρόμο όταν δεν θα υπάρχει κανείς	Δεν θα διασχίσω τον δρόμο.

2. Έκανε ο εξεταζόμενος καμιά επιπρόσθετη πρόταση για ασφάλεια στο σενάριο «διασχίζω τον δρόμο?»

Παραδείγματα Σωστών Απαντήσεων	Παραδείγματα Λανθασμένων Απαντήσεων
Φτάνω στην μέση του δρόμου και μετά κοιτάω πάλι για να βεβαιωθώ ότι δεν υπάρχει κίνηση πριν συνεχίσω να διασχίσω ευθεία τον δρόμο.	Τρέχω όσο πιο γρήγορα μπορώ.
Εξακολουθώ να ελέγχω την κίνηση ενώ διασχίζω τον δρόμο.	Διασχίζω τον δρόμο όταν το φανάρι είναι πράσινο.
Διασχίζω σχετικά γρήγορα αλλά χωρίς να τρέχω.	Διασχίζω την διάβαση.
Είμαι προσεκτικός.	Κατεβάζω το κεφάλι μου και πηγαίνω.
Περιμένω μέχρι να μπορέσω να τον διασχίσω μαζί με άλλους. Ζητάω βοήθεια.	

### Παραδείγματα βαθμολόγησης

#### **Παράδειγμα 1**

«Δεν ξέρω». (επαναλαμβάνετε την ερώτηση).

«Θα ελέγξω αν υπάρχουν αυτοκίνητα. Δεν μπορώ να σκεφτώ κάτι άλλο από το να είμαι προσεκτικός.»

Αυτή η απάντηση θα πάρει 3 βαθμούς από τους 4 επειδή το άτομο είπε ότι θα ελέγξει αν υπάρχουν αυτοκίνητα (2/2) και όταν βοηθήθηκε (π.χ. τα σημεία που κυκλώθηκαν δείχνουν ότι βοηθήθηκε) είπε ότι θα είναι προσεκτικός (1/2) π.χ.  $2/2 + 1/2 = 3/4$ .

### **Παράδειγμα 2**

«Απλώς προχωράω. Ελέγχω για αυτοκίνητα»

Αυτή η απάντηση θα πάρει 1 βαθμό από τους 4 επειδή το πρώτο μέρος της ερώτησης ‘απλώς προχωράω’ είναι λάθος (0/2), και το δεύτερο μέρος της ερώτησης «ελέγχω για αυτοκίνητα» ενώ είναι σωστή, βοηθήθηκε (π.χ. τα κυκλωμένα σημεία δείχνουν ότι βοηθήθηκε) (1/2) π.χ.  $0/2 + 1/2 = 1/4$

### **Παράδειγμα 3**

«Σηκώνω το χέρι μου ώστε να ξέρουν ότι θέλω να διασχίσω τον δρόμο και μετά προχωράω μέχρι την μέση του δρόμου πριν συνεχίσω να τον διασχίσω ευθεία.»

Αυτή η απάντηση θα πάρει 2 βαθμούς από τους 4 επειδή το πρώτο μέρος της απάντησης είναι λάθος (0/2) και το δεύτερο μέρος της απάντησης «μετά προχωράω μέχρι την μέση του δρόμου πριν συνεχίσω να τον διασχίσω ευθεία» είναι σωστό

(2/2) π.χ.  $0/2 + 2/2 = 2/4$

### **Θέμα 1 – Μνημονική Ανάκληση (από Θέμα – 1: Λίστα για ψώνια)**

#### Οδηγίες

Μόλις φτάσαμε στο κατάστημα. Μπορείτε να θυμηθείτε την λίστα με τα ψώνια που πρέπει να κάνουμε;

Παρότρυνση / βοήθεια: Εάν το άτομο δεν μπορεί να ανακαλέσει τίποτα από την λίστα τότε λέμε: «το πρώτο ήταν το τσάι».

### Βαθμολογία

Βαθμολογούμε με 2 βαθμούς για καθένα από τα αντικείμενα που ανακαλεί για τα οποία δεν βοηθήθηκε.

Κυκλώνουμε το πρώτο (τσάι) εάν χρησιμοποιήθηκε ως βοήθεια και βαθμολογούμε με 0 βαθμούς από τους 2.

Μέγιστη βαθμολογία: .../8

### Σημειώσεις

- Ζητείστε από τον εξεταζόμενο να επαναλάβει τα 4 αντικείμενα της λίστας για τα ψώνια
- Εάν μετά από 20-30'' ο εξεταζόμενος δεν μπορεί να θυμηθεί την λίστα που έμαθε ή κανένα από τα αντικείμενα της λίστας τότε βοηθείστε τον- π.χ. το πρώτο ήταν το «τσάι» και μετά κυκλώστε την λέξη «τσάι» ή σημειώστε ένα Β σε μια παρένθεση ώστε να δείξετε ότι βοηθήθηκε και να βαθμολογηθεί με 0.
- Χρησιμοποιήστε την βοήθεια «το πρώτο στην λίστα ήταν το τσάι» μόνο αν το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί κανένα από τα αντικείμενα της λίστας για τα ψώνια.
- Μην χρησιμοποιήσετε καμία άλλη βοήθεια σε αυτό το έργο (π.χ. αν το άτομο πει «λάδι μαγειρέματος», αλλά δεν μπορεί να θυμηθεί κανένα άλλο από τα αντικείμενα της λίστας για τα ψώνια, μην χρησιμοποιήσετε την βοήθεια «τσάι» ή καμία άλλη βοήθεια.

Βαθμολογία

Το έργο της μνημονικής ανάκλησης των αντικειμένων έχει μέγιστο αποτέλεσμα τους 8 βαθμούς.

- Δεν υπάρχει μερική βαθμολόγηση, το άτομο βαθμολογείται είτε με 0 είτε με 2 βαθμούς για κάθε αντικείμενο της λίστας για τα ψώνια.
- Εάν το «τσάι» χρησιμοποιήθηκε ως βοήθεια η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να πάρει το άτομο είναι 6/8.
- Υπολογίστε ως σωστή την απάντηση του ατόμου «λάδι» αντί για «λάδι μαγειρέματος»

**Θέμα 6 – Γλώσσα** (Γλωσσική κατηγοροποίηση – κατονομασία ζώων)

Οδηγίες

Πρόκειται να σας χρονομετρήσω για ένα λεπτό. Σε αυτό το λεπτό θα ήθελα να μου πείτε όσα περισσότερα διαφορετικά ονόματα ζώων μπορείτε. Θα δούμε πόσα διαφορετικά ζώα μπορείτε να ονομάσετε μέσα σε ένα λεπτό (επαναλάβετε την οδηγία εάν είναι απαραίτητο). Μέγιστο αποτέλεσμα για αυτό το έργο είναι οι 8 βαθμοί. Εάν το άτομο κατονομάσει 8 διαφορετικά ζώα μέσα σε ένα λεπτό δεν χρειάζεται να συνεχίσει.

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 5. .... |
| 2. .... | 6. .... |
| 3. .... | 7. .... |
| 4. .... | 8. .... |

.../8

Σημειώσεις

Αυτό το έργο έχει μέγιστο αποτέλεσμα τους 8 βαθμούς.

- Χρονομετρήστε τον εξεταζόμενο ΜΟΝΟ για ένα λεπτό (1')- σιγουρευτείτε ότι είναι ξεκάθαρο για τον εξεταζόμενο πότε να ξεκινήσει π.χ. “Όταν πω ξεκινήστε! εσείς θα πρέπει να ξεκινήσετε να ονομάζετε τα ζώα. Εγώ θα καταγράψω αυτά που μου λέτε και εσείς θα λέτε όσο πιο γρήγορα μπορείτε ζώα.”
- Εάν ο εξεταζόμενος δεν μιλάει ελληνικά, σιγουρευτείτε ότι ο διερμηνέας κατανόησε την οδηγία και το πόσο σημαντική είναι η ταυτόχρονη μετάφραση.

### Βαθμολογία

Εάν ο εξεταζόμενος πει για παράδειγμα- «μικρό άλογο», τότε καταγράψτε αυτό ως δυο ξεχωριστά ονόματα ζώων. Έπειτα στο τέλος της εκτίμησης, αν το άτομο είναι από χώρα που δεν ομιλούνται τα ελληνικά, ελέγξτε μαζί με τον διερμηνέα αν αυτά τα 2 ονόματα πραγματικά αναπαριστούν ξεχωριστή κατηγορία ζώων στην οικεία με αυτούς γλώσσα ( π.χ. στα ελληνικά – το μεγάλο άλογο και το –μικρό άλογο δεν είναι ονόματα διαφορετικών ζώων, οπότε τα άτομα που είναι από χώρες που ομιλούνται τα ελληνικά θα βαθμολογηθούν με 1 βαθμό. ΑΛΛΑ, αν το άτομο είναι από χώρα που ομιλούνται τα ελληνικά και πει «άλογο» και «πουλάρι» τότε αυτά τα δύο είναι ξεχωριστές κατηγορίες ζώων και θα πάρει 2 βαθμούς). Ένα άτομο που ανήκει σε χώρα που δεν ομιλούνται τα ελληνικά και ανάλογα με την γλώσσα που μιλάει μπορεί να πάρει 2 βαθμούς αν χρησιμοποιήσει σωστά 2 λέξεις για το «μεγάλο άλογο» και για το «μικρό άλογο». Είναι σημαντικό εδώ να κάνουμε τον διαχωρισμό μεταξύ της εμμονής (π.χ. συνεχής επανάληψη του ίδιου ονόματος ζώου) και γλωσσικών ιδιαιτεροτήτων των διαφόρων γλωσσών οι οποίες περιγράφουν διαφορετικές έννοιες ζώων.

### **Συνολικό αποτέλεσμα**

Συγκεντρώστε την βαθμολογία κάθε έργου για να πάρετε το **συνολικό αποτέλεσμα που φτάνει το 30**

**Οποιαδήποτε βαθμολογία  $\leq$  22:** θεωρείται δυνατή μια νοητική διαταραχή η οποία χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση από τον κατάλληλο ειδικό επιστήμονα.

6.3.11 Εξέταση Συννοσηρότητας: Τροποποιημένη Αθροιστική Κλίμακα Ασθενειών  
(Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, CIRS-G)

ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ				
1. Καρδιακό (μόνο καρδιά)	0	1	2	3	4
2. Υπέρταση (η βαθμολόγηση βασίζεται στην σοβαρότητα, η οργανική βλάβη βαθμολογείται ανεξάρτητα)	0	1	2	3	4
3. Αγγειακό (αίμα, αρτηρίες και κύτταρα, μυελός των οστών, σπλήνα, λεμφαδένες)	0	1	2	3	4
4. Αναπνευστικό (πνεύμονες, βρόγχοι, τραχεία κάτω από τον λάρυγγα)	0	1	2	3	4
5. Οτορινολαρυγγολογικό και Οφθαλμολογικό (μάτια, αυτιά, μύτη, λαιμός, λάρυγγας)	0	1	2	3	4
6. Ανώτερο Γαστρεντερικό (οισοφάγος, στομάχι, και δωδεκαδάκτυλο; πάγκρεας; δεν συμπεριλαμβάνεται ο διαβήτης)	0	1	2	3	4
7. Κατώτερο Γαστρεντερικό (έντερο, κοίλες)	0	1	2	3	4
8. Ηπατικό (ήπαρ και χολή)	0	1	2	3	4
9. Νεφρική (νεφροί μόνο)	0	1	2	3	4
10. Ουροποιητικό (ουροδόχος κύστη, ουρήθρα, προστάτης, γεννητικά όργανα)	0	1	2	3	4
11. Μυο-Σκελετικό- Δέρμα (μύες, κόκκαλα, δέρμα)	0	1	2	3	4

<b>ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ</b>				
12. Νευρολογικό (εγκέφαλος, νωτιαίος μυελός, νεύρα, δεν συμπεριλαμβάνεται η άνοια)	0	1	2	3	4
13. Ενδοκρινικό- Μεταβολικό (περιλαμβάνει τον διαβήτη, θυρεοειδή αδένες, στήθος, συστηματικές λοιμώξεις, τοξικότητα)	0	1	2	3	4
14. Ψυχιατρικό/ Συμπεριφορικό (περιλαμβάνει την Άνοια, κατάθλιψη, άγχος, ευερεθιστότητα/παραλήρημα, ψύχωση)	0	1	2	3	4

---

### 6.3.12 Δοκιμασία εξέτασης της Νοητικής Κατάστασης για τους Γενικούς γιατρούς (General Practitioner Assessment of Cognition Score, GPCOG)

#### ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΕΝΙΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ

Όνομα και Διεύθυνση για τη δοκιμασία ανάκλησης που ακολουθεί

**Διαβάστε το ακόλουθο κείμενο στον ασθενή:**

*Θα σας δώσω ένα όνομα και μία διεύθυνση. Αφού τα πω, θέλω να τα επαναλάβετε. Να θυμόσαστε αυτό το όνομα και τη διεύθυνση, γιατί θα σας ζητήσω να μου τα πείτε ξανά σε μερικά λεπτά:*

**Ιωάννης – Παπαδάκης – 42 – Καστρινάκη – Ηράκλειο**

**(Επιτρέψτε το μέγιστο 4 προσπάθειες).**

Προσανατολισμός στο χρόνο

*Τι ημερομηνία έχουμε; (ακριβής)*

Σωστό  Λάθος

Σχεδιασμός ρολογιού

*Σας παρακαλούμε σχεδιάστε όλους τους αριθμούς που υποδεικνύουν τις ώρες ενός ρολογιού.*

Σωστό  Λάθος

**Η σωστή απόσταση που απαιτείται i.e. ακόμη και τα διαστήματα μεταξύ των αριθμών και 12, 3, 6, και 9 σε σωστές θέσεις.**

*Σας παρακαλούμε σχεδιάστε τους δείκτες έτσι ώστε να δείχνουν έντεκα και δέκα (11:10)*

Σωστό  Λάθος



Πληροφόρηση

Μπορείτε να μου πείτε κάποια πρόσφατη είδηση;

Σωστό  Λάθος

Πρόσφατη = την προηγούμενη εβδομάδα. Εάν δοθεί μία γενική απάντηση, όπως πόλεμος, πολλή βροχή ζητήστε λεπτομέρειες. Μόνο συγκεκριμένη απάντηση βαθμολογείται).

Ανάκληση

Ποιο ήταν το όνομα και η διεύθυνση που σας ζήτησα να θυμόσαστε;

Σωστό  Λάθος

Ιωάννης  Σωστό  Λάθος

Παπαδάκης  Σωστό  Λάθος

42  Σωστό  Λάθος

Καστρινάκη  Σωστό  Λάθος

Ηράκλειο  Σωστό  Λάθος

Αυτές οι έξι ερωτήσεις ζητάνε το πώς είναι ο/η ασθενής σήμερα σε σχέση με παλιά, π.χ.5-10 χρόνια πριν. Σε σύγκριση με λίγα χρόνια πριν:	Ναι	Όχι	Δεν Ξέρω	Ο/Α
Έχει ο/η ασθενής μεγαλύτερο πρόβλημα στο να θυμάται πράγματα που έχουν συμβεί πρόσφατα από ότι συνήθως;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Έχει αυτός ή αυτή μεγαλύτερο πρόβλημα στο να ανακαλεί συνομιλίες μερικές μέρες αργότερα;</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Όταν μιλάει, έχει ο/η ασθενής περισσότερη δυσκολία στο να βρει τη σωστή λέξη ή τείνει να χρησιμοποιεί λάθος λέξεις πιο συχνά;</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Είναι ο/η ασθενής λιγότερο ικανός/η να διαχειριστεί χρήματα και οικονομικά ζητήματα (π.χ. πληρωμή λογαριασμών, προϋπολογισμός);</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Είναι ο/η ασθενής λιγότερο ικανός/η να λάβει την φαρμακευτική αγωγή του μόνος/η του/της;</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Χρειάζεται ο ασθενής περισσότερη βοήθεια στις μετακινήσεις (ιδιωτικές ή δημόσιες); (Εάν ο ασθενής έχει δυσκολίες λόγω μόνο σωματικών προβλημάτων, π.χ. προβλήματα με το πόδι, σημειώστε όχι)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 6.3.13 Ερωτηματολόγιο Πληροφοριοδότη σχετικά με τη Νοητική Εξασθένηση στους Ηλικιωμένους (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE)<sup>247</sup>

Τώρα θέλουμε να θυμηθείτε το πώς ήταν ο φίλος ή ο συγγενής σας πριν από 10 χρόνια και να το συγκρίνετε με το πώς αυτός/αυτή είναι τώρα. Πριν από 10 χρόνια ήταν το 19\_\_.

Παρακάτω ακολουθούν οι καταστάσεις όπου αυτό το άτομο πρέπει να χρησιμοποιήσει τη μνήμη του/της ή την ευφυΐα του/της και θέλουμε από εσάς να μας δείξετε εάν αυτή έχει βελτιωθεί, παρέμεινε το ίδιο, ή έχει χειροτερέψει μέσα σε εκείνη την κατάσταση τα τελευταία 10 χρόνια. Σημειώστε τη σημασία που έχει η σύγκριση της παρούσας απόδοσης του/της με την απόδοση που είχε 10 χρόνια πριν. Έτσι, εάν πριν από 10 χρόνια αυτό το άτομο πάντα ξεχνούσε το που είχε αφήσει τα πράγματα του/της, και αυτό/αυτή εξακολουθεί να κάνει το ίδιο, τότε αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι «δεν έχει αλλάξει πολύ». Παρακαλώ να αναφέρετε τις αλλαγές που έχετε παρατηρήσει, κυκλώνοντας την κατάλληλη απάντηση.

Συγκρίνοντας με το πως ήταν αυτό το άτομο 10 χρόνια πριν στα εξής:

	Πολύ καλύτερα	Λίγο καλύτερα	Δεν έχει μεγάλη αλλαγή	Λίγο χειρότερα	Πολύ χειρότερα
1. Αναγνωρίζει τα πρόσωπα των μελών της οικογένειας του και των φίλων	1	2	3	4	5
2. Θυμάται τα ονόματα των μελών της οικογένειας και των φίλων	1	2	3	4	5
3. Θυμάται πράγματα για την οικογένεια και τους φίλους π.χ. επαγγέλματα, γενέθλια, διευθύνσεις	1	2	3	4	5
4. Θυμάται πράγματα που έχουν συμβεί πρόσφατα	1	2	3	4	5

	Πολύ καλύτερα	Λίγο καλύτερα	Δεν έχει μεγάλη αλλαγή	Λίγο χειρότερα	Πολύ χειρότερα
5. Ανακαλεί λίγες ημέρες αργότερα συζητήσεις που έχουν γίνει πρόσφατα	1	2	3	4	5
6. Ξεχνάει ο/η ίδιος/α αυτό που ήθελε να πει στα μέσα μιας συζήτησης	1	2	3	4	5
7. Θυμάται την διεύθυνση του/της και τον αριθμό τηλεφώνου του/της	1	2	3	4	5
8. Θυμάται τι ημέρα και τι μήνας είναι	1	2	3	4	5
9. Θυμάται που βρίσκονται τα πράγματα συνήθως	1	2	3	4	5
10. Θυμάται που να βρει πράγματα που έχουν τοποθετηθεί σε διαφορετικό μέρος απ' ότι συνήθως	1	2	3	4	5
11. Προσαρμόζετε σε οποιαδήποτε αλλαγή της καθημερινής του/της ρουτίνας	1	2	3	4	5
12. Γνωρίζει το πως να χρησιμοποιήσει γνωστά μηχανήματα μέσα στο σπίτι	1	2	3	4	5
13. Μαθαίνει να χρησιμοποιεί μια καινούργια συσκευή ή μηχανήμα μέσα στο σπίτι	1	2	3	4	5
14. Γενικώς μαθαίνει καινούργια πράγματα	1	2	3	4	5

	Πολύ καλύτερα	Λίγο καλύτερα	Δεν έχει μεγάλη αλλαγή	Λίγο χειρότερα	Πολύ χειρότερα
15. Θυμάται πράγματα που του/της συνέβηκαν όταν ο/η ίδιος/α ήταν νέος/α	1	2	3	4	5
16. Θυμάται πράγματα που ο/η ίδιος/α έμαθε όταν ο/η ίδιος/α ήταν νέος/α	1	2	3	4	5
17. Καταλαβαίνει το νόημα μη συνηθισμένων λέξεων	1	2	3	4	5
18. Καταλαβαίνει τα άρθρα σε περιοδικά ή εφημερίδα	1	2	3	4	5
19. Παρακολουθεί μια ιστορία όταν διαβάζει ένα βιβλίο ή όταν βλέπει τηλεόραση	1	2	3	4	5
20. Συντάσσει ένα γράμμα για φίλους ή για επιχειρηματικούς σκοπούς	1	2	3	4	5
21. Γνωρίζει σημαντικά ιστορικά γεγονότα του παρελθόντος	1	2	3	4	5
22. Παίρνει αποφάσεις σε καθημερινά ζητήματα	1	2	3	4	5
23. Διαχειρίζεται χρήματα για να ψωνίσει	1	2	3	4	5

	Πολύ καλύτερα	Λίγο καλύτερα	Δεν έχει μεγάλη αλλαγή	Λίγο χειρότερα	Πολύ χειρότερα
24. Διαχειρίζεται οικονομικά θέματα, π.χ. τη σύνταξη, συναλλαγές με την τράπεζα	1	2	3	4	5
25. Διαχειρίζεται άλλα καθημερινά θέματα αριθμητικής, π.χ. γνωρίζει πόσα τρόφιμα να αγοράσει, γνωρίζει πόσος χρόνος πέρασε μεταξύ επισκέψεων από την οικογένεια ή τους φίλους	1	2	3	4	5
26. Χρησιμοποιεί τη νοημοσύνη του/της για να καταλάβει τι συμβαίνει και να σκεφτεί διεξοδικά τα πράγματα	1	2	3	4	5

**ΒΑΘΜΟΣ:.....**

6.3.14 Απαντητικό για όλες σχεδόν τις ανωτέρω κλίμακες

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____			Επικρ. χέρι Δ Α		
			ΑΣΦΑΛΕΙΑ _____			C E N		

MMSE - CAMCOG				HINDI				NPI				FRSD				GDS			
120		132		1		11		1		X		1				1			
121		133		2		12		2		X		2				2			
122		137		3		13-15		3		X		3				3			
123		139		4		16		4		X		4				4			
124		144		5		17		5		X		5				5			
125		158		6		18		6		X		6				6			
126		160		7		19		7		X		7				7			
127		161		8		20		8		X		8				8			
128		162		9		21		9		X		9				9			
129		164		10		22		10		X		10				10			
130		168						11		X		11				11			
131		169						12		X		12				12			
MMSE				Σύνολο				Σύνολο				Σύνολο				Σύνολο			
130 - 133																			

CDR		FUCAS							
ΜΝΗΜΗ		Κατανόηση	Φ	Ε	Ψ	Π	Μ	Ν	Σύνολο
ΠΡΟΣΑΝΑΤ.		Μνήμη							
ΚΡΙΣΗ & ΕΠΙΛΥΣΗ		Σχεδιασμός							
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ		Χρόνος							
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ		Διασάχι							
ΑΥΤΟΕΞΥΠ.		Ακρίβεια							
Σύνολο		Ολ. Στόχου							
		Σύνολο							

BDI		TEA		
Score		✓ 1	✓ 4	✓ 6
		1m.	Raw	
		2m.	Time	

Beck - Anxiety		RAVLT		ROCFT	
Score		I		Αντιγραφή	
		I-V		1η Ανάκληση (3')	
		Σύνολο I - V		2η Ανάκληση (20')	
		VI		Αναγνώριση	
		Αναγνώριση			

IA Απόθες			Κ.Π.Ε.	
Π	(Σ X		Ο.Ε.	
Σ)			Υ.Σ.	
1	X		Δ.Σ.	
2	X		Υ.Λ.	
3	X		Δ.Λ.	
Σύν.	/36		Δ.Ε.	
A			Σύ- νολο	
1				
2				
3				
Σύν.	/36			
E				
1				
2				
3				
Σύν.	/12			

Χ	Σ	Α
M.O.		

RBMT		Trail B	
Δμ. Ανάκληση		Sec.	
Καθ. Ανάκληση			

Ηλικία	
Εκπαίδευση	
Επάγγελμα	
Περιοχή διαμονής	
Τηλέφωνο	
Συνοδός	
Τηλέφωνο ανάκλησης	
Ευαισθησία	
Ιατρός	

Εξετάστης		Παραπομπή	
-----------	--	-----------	--

## 6.4 Κλινική προσέγγιση Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

### 6.4.1 Εισαγωγή

Επειδή η ΝΑ είναι τόσο διαδεδομένη, οι κατευθυντήριες οδηγίες στις ΗΠΑ συνιστούν ότι θα πρέπει σε μεγάλο βαθμό η διάγνωση και η αντιμετώπιση να γίνεται και από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας<sup>248</sup>. Λόγω του ότι η νόσος Alzheimer είναι μια χρόνια νόσος με μια πορεία που διαρκεί 8 με 10 έτη, απαιτείται παροχή φροντίδας υγείας και υποστηρικτικών υπηρεσιών για μεγάλο χρονικό διάστημα και απαιτείται συντονισμός. Πρόσφατα το σύστημα υγείας Medicare των ΗΠΑ περιέλαβε στην ετήσια επίσκεψη την εκτίμηση της νοητικής λειτουργίας, δίνοντας έμφαση στο ρόλο των γιατρών της ΠΦΥ στην ανίχνευση περιστατικών και στην ακόλουθη διάγνωση και θεραπεία<sup>249</sup>.

Θα πρέπει να αναγνωριστεί η δυσχέρεια που αισθάνονται αρκετοί γιατροί της ΠΦΥ σε σχέση με την νόσο Alzheimer. Πολυάριθμοι φραγμοί έχουν αναγνωριστεί, όπως (i) αβεβαιότητα σχετικά με τη διάγνωση, (ii) αρνητική στάση ως προς την έγκαιρη διάγνωση, (iii) έλλειψη γνώσης και αυτοπεποίθησης και (iv) δυσκολίες στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με την άνοια<sup>250</sup>. Σκοπός αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών είναι να προσφέρουν στους γιατρούς της ΠΦΥ ένα σαφές και ξεκάθαρο πλαίσιο, το οποίο θα τους διευκολύνει στην διαγνωστική προσπέλαση και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών που διαχειρίζονται στην καθημερινή κλινική τους πράξη, οι οποίοι εμφανίζουν συμπτώματα άνοιας.

### *Ανίχνευση των συμπτωμάτων στην ΠΦΥ*

Η έγκαιρη διάγνωση είναι πρωταρχικής σημασίας στην διαχείριση της ΝΑ. Ο αριθμός των καινούργιων περιστατικών που ανιχνεύονται στην ΠΦΥ είναι μικρότερος από αυτόν που θα έπρεπε με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα στον γενικό πληθυσμό<sup>250</sup>.

Το πρώτο βήμα στην ΠΦΥ είναι η ανίχνευση και η αναγνώριση των συμπτωμάτων της άνοιας, καθώς ο οικογενειακός γιατρός είναι τις περισσότερες φορές ο πρώτος που βλέπει τον ασθενή και τον περιθάλποντά του.



Στα πλαίσια αυτά χρειάζεται να καθοριστεί με σαφήνεια ο πληθυσμός στόχος στον οποίο θα πρέπει να ανιχνευθεί η ΝΑ, με τέσσερις διαφορετικές καταστάσεις, οι οποίες θα πρέπει να τύχουν της ιδιαίτερης προσοχής των γιατρών της ΠΦΥ.

- 1) ο ασθενής που αναφέρει αυθόρμητα κάποια ανησυχία σε σχέση με τη μνήμη του
- 2) ο ασθενής που προσκομίζεται από κάποιο μέλος της οικογένειας, που θεωρεί ότι «δεν είναι όπως ήταν» και έχει επισημάνει προβλήματα με τη μνήμη και τον προσανατολισμό του
- 3) ο ασθενής που έχει «ψυχοκινητική επιβράδυνση» που αναφέρεται από την οικογένεια
- 4) η επείγουσα κλήση που αφορά κάποιο ηλικιωμένο άτομο που έχει διέγερση ή παραλήρημα.

#### **Εκτίμηση της νοητικής ικανότητας**

Ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για αρκετούς γιατρούς της ΠΦΥ είναι η απόφαση σχετικά με το ποιο εργαλείο ελέγχου της νόησης να χρησιμοποιήσουν καθώς υπάρχουν αρκετά. Κανένα διαγνωστικό εργαλείο δε θεωρείται ως πρότυπο, και προτείνεται η ενσωμάτωση της χρήσης κάποιου από τα διαθέσιμα εργαλεία στην καθημερινή κλινική πράξη, με σημαντικότερα το MMSE, το GPCOG και τη δοκιμασία σχεδίασης ρολογιού, τα οποία είναι τα πιο χρήσιμα, πρακτικά και σταθμισμένα διεθνώς για τον προληπτικό έλεγχο σε επίπεδο ΠΦΥ (Βλ. Παράρτημα 6.3.1 και 6.3.12). Το GPCOG έχει στοιχεία που αφορούν τον ασθενή και το άτομο που ζει μαζί του και παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό για να αυξηθεί η ευαισθησία και η ειδικότητα. Το μειονέκτημα στη χρήση του MMSE είναι ότι προστατεύεται από δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας και ότι, τουλάχιστο διεθνώς υπάρχει ολοένα και μεγαλύτερη πίεση για την είσπραξη αυτών. Το GPCOG είναι προστατευμένο με δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας, αλλά οι κάτοχοι του επιτρέπουν την δωρεάν χρήση τους από τους κλινικούς γιατρούς<sup>249</sup>. Δυστυχώς όμως το τελευταίο δεν έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε περίπτωση που σταθμιστεί το GPCOG στα Ελληνικά, είναι το καλύτερα προσαρμοσμένο εργαλείο για χρήση στα πλαίσια της ΠΦΥ.

### 6.4.2 Διάγνωση

Η διάγνωση πολύ συχνά διαλάθει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με το 50 % περίπου των ασθενών να παραμένουν αδιάγνωστοι. Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν από το National Institute on Aging and Alzheimer's Association<sup>251</sup> διαγνωστικά κριτήρια που διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: στα κλινικά και στα ερευνητικά. Τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια στηρίζονται στο ατομικό αναμνηστικό μαζί με την αξιολόγηση της νοητικής και λειτουργικής κατάστασης.

#### Ατομικό αναμνηστικό

Ο γιατρός της ΠΦΥ είναι σε πλεονεκτικότερη θέση σε σχέση με τον ειδικό, καθώς γνωρίζει τον ασθενή και την οικογένειά του και μπορεί να ανιχνεύσει ευκολότερα την απώλεια μνήμης των πρόσφατων γεγονότων και την αδυναμία να επιτελεστούν δραστηριότητες που πραγματοποιούνταν με ευκολία κατά το παρελθόν. Εκτός από τα βασικά στοιχεία του αναμνηστικού (κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, φαρμακευτική αγωγή και πιο συγκεκριμένα λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων) πρέπει να συμπεριλαμβάνεται καταγραφή της απώλειας μνήμης, πιθανό οικογενειακό ιστορικό άνοιας, πιθανό ιστορικό εγκεφαλικού, αξιολόγηση της οπτικής και ακουστικής οξύτητας, καταγραφή του τρόπου εμφάνισης και εξέλιξης των συμπτωμάτων, πιθανής ακράτειας και πτώσεων. Για να γίνει αξιολόγηση των λειτουργικών ικανοτήτων, η πιο ευαίσθητη κλίμακα είναι η κλίμακα IADL, στην απλοποιημένη έκδοση της με τα τέσσερα αντικείμενα (χρήση τηλεφώνου, χρήση μέσων μεταφοράς, ικανότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής και διαχείρισης οικονομικών) (βλ. Παράρτημα 6.3.4). Θα πρέπει να γίνει διερεύνηση πιθανής κατάθλιψης με τη βοήθεια κλιμάκων όπως η GDS, στην πλήρη ή στη βραχεία έκδοση τους<sup>250</sup> (βλ. Παράρτημα 6.3.5).

#### Κλινική εξέταση

Εκτός από την συνήθη φυσική εξέταση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί:

- Καταγραφή σωματικού βάρους (διερεύνηση ανεξήγητης απώλειας),
- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης, για αναζήτηση αδιάγνωστης υπέρτασης,

- Αδρή Νευρολογική εξέταση
- Εξέταση οπτικής και ακουστικής οξύτητας.

Η νευρολογική εξέταση θα πρέπει να αναζητά παρουσία εστιακών σημείων, όπως αδυναμίας, δυσκολιών βάδισης και ισορροπίας, δυσκολιών με το λόγο, εξωπυραμιδικά σημεία (δυσκαμψία, τρόμος, βραδυκινησία). Οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα θα πρέπει να θέσει την υποψία άλλου τύπου άνοιας εκτός από την ΝΑ και τότε ο ασθενής θα πρέπει να παραπεμφθεί σε εξειδικευμένο κέντρο. Το πρώτο βήμα στην ΠΦΥ είναι η αναγνώριση της άνοιας. Ο χαρακτηρισμός του υπότυπου είναι δουλειά των εξειδικευμένων γιατρών. Οι γιατροί της ΠΦΥ μπορούν να αναγνωρίσουν «χαρακτηριστικά» περιστατικά, λαμβάνοντας υπόψη την επίπτωση της νόσου και να κάνουν την διάγνωση. Η απόφαση για το αν κάποιο περιστατικό είναι χαρακτηριστικό ή μη χαρακτηριστικό μπορεί να αφεθεί στον γιατρό της ΠΦΥ, αλλά εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (ηλικία, σοβαρότητα), καθώς και από τις γνώσεις, την ικανότητα και την ετοιμότητα του γιατρού της ΠΦΥ. Σε κάθε περίπτωση ασθενείς μεγαλύτεροι των 65 ετών με χαρακτηριστική διαταραχή της επεισοδιακής μνήμης, που έχει επιβεβαιωθεί από κάποιον γιατρό της ΠΦΥ και με παρουσία διαταραχής των λειτουργικών ικανοτήτων σε κάποιες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μπορούν να λάβουν τη διάγνωση της «πιθανής νόσου Alzheimer».

Σε κάποια χαρακτηριστικά περιστατικά, ο γιατρός της ΠΦΥ μπορεί να προχωρήσει την διερεύνηση, πραγματοποιώντας απεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου, αναζητώντας ατροφία και να αποκλείσει άλλες νόσους, καθώς και τον εργαστηριακό έλεγχο που απαιτείται για να αποκλειστεί οποιαδήποτε άλλη αιτία άνοιας (Γενική αίματος, ΤΚΕ, ΤSH, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη, ασβέστιο, αλβουμίνη και γλυκόζη ορού), καθώς και αναλόγως το περιστατικό άλλον έλεγχο (B<sub>12</sub>, φυλλικό οξύ, ομοκυστεΐνη, VDRL)<sup>250, 252</sup>.

Απαιτείται έγκαιρη παραπομπή σε εξειδικευμένο γιατρό στην περίπτωση μη χαρακτηριστικών περιστατικών όπως σε:

- Νέοι ασθενείς (κάτω των 65)
- Ασθενείς που έχουν εστιακά νευρολογικά σημεία
- Ασθενείς με ταχεία επιδείνωση των νοητικών ικανοτήτων ανάμεσα σε 2 επισκέψεις (πάνω από 3 μονάδες στο MMSE σε διάστημα 6 μηνών)
- Ασθενείς σε πρώιμο στάδιο (ήπια νοητική διαταραχή)

- Ασθενείς με σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς
- Ασθενείς των οποίων ο περιθάλπων έχει εξαντληθεί
- Ασθενείς με μη τυπική κλινική εικόνα.

### **Ανακοίνωση της διάγνωσης**

Έχει δειχθεί ότι μόνο οι μισοί από τους γιατρούς της ΠΦΥ είναι υπέρ της ανακοίνωσης της διάγνωσης. Στη σελίδα 41, μπορεί να βρει όποιος ενδιαφέρεται περισσότερες πληροφορίες για την ανακοίνωση της διάγνωσης.

### **6.4.3 Θεραπεία**

Είναι αναμενόμενο από τον γιατρό της ΠΦΥ να συνεργαστεί με τον ειδικό σε θέματα άνοιας γιατρό σε ότι αφορά την φαρμακευτική και μη φαρμακευτική διαχείριση και αντιμετώπιση. Στις περισσότερες χώρες, μόνο ο εξειδικευμένος γιατρός σε θέματα άνοιας (νευρολόγος, ψυχίατρος, γηρίατρος και γιατροί με εκπαίδευση στη γηριατρική) μπορεί να ξεκινήσει την αγωγή. Παρόλα αυτά, κάτι τέτοιο δεν ισχύει σε άλλες χώρες, όπως στις ΗΠΑ.

Οι Οικογενειακοί Γιατροί του συστήματος ΠΦΥ, θα πρέπει να μπορούν να ξεκινήσουν την αγωγή με αναστολείς των χολινεστερασών, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση. Η συνταγογράφηση της αγωγής έναντι της άνοιας θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι γιατροί της ΠΦΥ μπορούν να ανανεώσουν ή να διακόψουν την συμπτωματική θεραπεία και είναι υποχρέωσή τους να καταγράφουν την αποτελεσματικότητα και ανοχή της. Επιπλέον ο γιατρός της ΠΦΥ είναι εκείνος που μετά από ανάλογη εκπαίδευση, μπορεί να χορηγεί τις υπόλοιπες κατηγορίες φαρμάκων, ειδικότερα τα ψυχοτρόπα (αντιψυχωτικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες κλπ.). Η χορήγηση αυτών των φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες.

Αναφορικά με τις μη-φαρμακευτικές θεραπείες, ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι κυρίως η κινητοποίηση όλων των υποστηρικτικών υπηρεσιών και η παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν νοητική και κοινωνική

ενδυνάμωση, συμπεριφορικές θεραπείες και υποστήριξη του περιβάλλοντα. Βελτιωμένη αυτοεξυπηρέτηση, συναισθηματική ευεξία και νοητική λειτουργία είναι κάποιες από τις διαστάσεις που μπορεί να βελτιωθούν με τέτοιου είδους παρεμβάσεις. Οι γιατροί της ΠΦΥ πρέπει να γνωρίζουν τις διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες (κέντρα ημέρας, νοσηλεία στο σπίτι, προσωρινή διαμονή σε κάποια δομή). Πρέπει να μπορούν να αναγνωρίζουν την επιβάρυνση των περιθαλπόντων, να διερευνήσουν τα θέματα υγείας που τους αφορούν και να ανιχνεύσουν τον κίνδυνο παραμέλησης ή κακοποίησης ηλικιωμένου. Το πλάνο φροντίδας και βοήθειας μπορεί να είναι αληθινά αποτελεσματικό μόνο στην περίπτωση που ο γιατρός της ΠΦΥ μπορεί να ανιχνεύσει, να προλάβει και να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές μόλις αυτές εμφανιστούν, προκειμένου να μειωθεί η επίπτωσή τους στον ασθενή και στους συγγενείς του.

---

#### ΓΕΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ<sup>253</sup>

1. Αναγνώριση και θεραπεία της υπάρχουσας συν-νοσηρότητας (υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη)
2. Προαγωγή της υγείας του εγκεφάλου με φυσική και νοητική εξάσκηση, ισορροπημένη διαίτα και μείωση του στρες
3. Αποφυγή λήψης αντιχολινεργικών φαρμάκων (βλ. Παράρτημα)
4. Περιορισμός της λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων
5. Συγκεκριμενοποίηση και ποσοτικοποίηση των συμπεριφορικών στόχων
6. Καθορισμός ρεαλιστικών στόχων
7. Εκτίμηση και παρακολούθηση της νοητικής και λειτουργικής κατάστασης και των νευροψυχολογικών συμπτωμάτων
8. Παρεμβάσεις για μείωση των κινδύνων από την άσκοπη βάρδια
9. Επισκόπηση του φυσικού περιβάλλοντος για μείωση των κινδύνων (π.χ. σκάλες)

10. Συμβουλευτική στον ασθενή και στην οικογένεια σχετικά με την οδήγηση

11. Διαμόρφωση και διατήρηση καλής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένεια

12. Συμβουλευτική στον ασθενή και στην οικογένεια σχετικά με τις διαθέσιμες υποστηρικτικές και θεραπευτικές δομές, νομικά και οικονομικά θέματα

---

## 6.5 Πίνακας Αντιχολινεργικών φαρμάκων

ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ			
Σκοπ 1= Ήπια αντιχολινεργική δράση			
Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία
ABERTEN	Theophylline	NEO-IPERTAS	Captopril
ADALAT	Nifedipine	NEPRESOL	Hydralazine
ADESAN	Dipyridamole	NIFEDICOR	Nifedipine
AGGRENOX	Dipyridamole	NORMOLOSE	Captopril
ALOPERIDIN	Haloperidol	NOVAPHYLLINE-COOPER	Theophylline
ANTIBLUT	Nifedipine	ODUPRIL	Captopril
APOLLONSET	Diazepam	ORBIPRONT	Isosorbide
ATARVITON	Diazepam	PANECTYL	Alimemazine, trimeprazine
AZECTOL	Atenolol	PENSORDIL	Isosorbide
BESIDIN	Cimetidine hydrochloride	PERSNATIN	Dipyridamole
BLOCOTENOL	Atenolol	PERTACINOL	Captopril
BUDEPRION	Bupropion Hydrochloride	RELAXYL	Alverine
CAPOTEN	Captopril	REPELTIN	Alimemazine, trimeprazine
CODIPRONT-N	codeine	RIBEX	Risperidone
COLCHICINE-HOUDE	Colchicine	RISORDAN	Isosorbide
CORACTEN	Nifedipine	RISPELEN	Risperidone
DELTASONE	Prednizone	RISPERDAL	Risperidone
DIAZEPAM	Diazepam	RYTHMODAN	Disopyramide phosphate
DIGOXIN	Digoxin	SANCAP	Captopril
DIMETAPP NEW	Brompheniramine maleate	SEVIUM	Haloperidol
DUMYROX	Fluvoxamine	SOLU- CORTEF	Hydrocortizone
DUROGESIC	Fentanyl	SPASMONAL	Alverine
DURULES	Quinidine	STEDON	Diazepam
DYRENIUM	Triamterene	STESOLID	Diazepam
FEALIN	Atenolol	SYNAROME	Atenolol

ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ			
Σκοπ 1= Ήπια αντιχολινεργική δράση			
Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία
FLECOR	Nifedipine	TAGAMET	Cimetidine hydrochloride
GASTROLENE	Cimetidine hydrochloride	TAMPER	Cimetidine hydrochloride
GLOPIR	Nifedipine	TEMARIL	Alimemazine, trimeprazine
HEMON	Atenolol	TENORETIC	Atenolol + Chlortalidone
HYDROCORTIZONE	Hydrocortizone	TENORMIN	Atenolol
HYDROFLUX	Furosemide	THEO-BROS	Theophylline
HYDROQUINIDINE-COOPER	Quinidine	THEO-DUR	Theophylline
HYGROTON	Chlorthalidone	THEOPLUS	Theophylline
HYPOTENSOR	Captopril	THERAFINE	Alimemazine, trimeprazine
IMODIUM	Loperamide	THERALEN	Alimemazine, trimeprazine
KINIDINE	Quinidine	TRANXENE	chlorazepate
LASIX	Furosemide	TRITTICO	Trazodone
LONALGAL	codeine	UMODER	Atenolol
LONARID-N	codeine	UNIPHYLLIN	Theophylline
LOPRESOR	Metoprolol	VALLERGAN	Alimemazine, trimeprazine
MACOREL	Nifedipine	VANECTYL	Alimemazine, trimeprazine
MAREVAN	Varfarin	VISCARD	Nifedipine
MESONEX	Atenolol	VOXRA	Bupropion Hydrochloride
Morphine		WARAN	Varfarin
NEDELTRAN	Alimemazine, trimeprazine	WELLBUTRIN	Bupropion Hydrochloride
NEFELID	Nifedipine	XANAX	Alprazolam
NEOCARDON	Atenolol	ZANTAC	Ranitidine
NEO-ENTEROSEPTOL	Loperamide	ZYBAN	Bupropion Hydrochloride



ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ			
Σκορ 2= Μέτρια αντιχολινεργική δράση			
Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία
ALGIL	Pethidine Hydrochloride	LEDION	Loxapine
ALODAN	Pethidine Hydrochloride	LOXAPIN	Loxapine
ANCHOCALM	Loxapine	MEFEDINA	Pethidine Hydrochloride
ANTIPSICHOS	Loxapine	MOBAN	Molindone
Belladone alkaloids		NADRIFOR	Loxapine
BESPAR	Loxapine	NEURORESTOL	Loxapine
BORONEX	Loxapine	NEVROSTAL	Loxapine
CENTRALGIN	Pethidine Hydrochloride	NORBAL	Loxapine
DEMEROL	Meperidine	NOZINAN	Methotrimeprazine
DISPADOL	Pethidine Hydrochloride	PENDIUM	Loxapine
DOLESTINE	Pethidine Hydrochloride	PERGAMOL	Loxapine
DOLOSAL	Pethidine Hydrochloride	PERIACTIN	Cycloheptadine
DOLSIN	Pethidine Hydrochloride	PIRIUM	Pimozide
EMPRACET	Codeine & Acetaminophen	PRAZINE	Methotrimeprazine
EPSILAT	Loxapine	STRESSIGAL	Loxapine
FEXMID	Cyclobenzaprine	SVITALARK	Loxapine
FLEXERIL	Cyclobenzaprine	SYMMETREL	Amantadine
HIREMOND	Loxapine	TEGRETOL	Carbamazepine
HOBATSTRESS	Loxapine	TENSISPESS	Loxapine
KOMASIN	Loxapine	TRAFURIL	Loxapine
LAMAMONT	Loxapine	TRILEPTAL	Oxcarbazepine
LEBILON	Loxapine	UMOLIT	Loxapine

ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σκορ 3 = Σοβαρή αντιχολινεργική δράση

Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία
ANAFRANIL	Clomipramine	LEPONEX	Clozapine
ANASPAZ	Hyoscyamine	LEVBID	Hyoscyamine
ANTIDEPRIN	Imipramine	LEVSIN	Hyoscyamine
ANTIVERT	Meclizine	MAXIVALET	Amitriptyline
ARTANE	Trihexyphenidy	MELIPRAMIN	Imipramine
A-TAN 12X	Pyrilamine	MELLERIL	Thioridazine
ATARAX	Hydroxyzine	MINITRAN	Perphenazine
Atropine		NEOQUESS	Hyoscyamine
BENADRYL	Diphenhydramine	NORPRAMIN	Desipramine
BENTYL	Dicyclomine	NORTRILEN	Nortriptyline
BLADDERON	Flavoxate	NULEV	Hyoscyamine
BONAMINE	Meclizine	PALGIC	Carbinoxamine
BONINE	Meclizine	PERTOFRANE	Desipramine
BUSCOPAN	Hyoscyamine	PHENERGAN	Promethazine
BUSCOPAN	Scopolamine	POSTAFEN	Meclizine
BUWECON	Hyoscyamine	PRO-BANTHINE	Propantheline
CLISTIN	Carbinoxamine	RHOTRIMINE	Trimipramine
COGENTIN	Benzotropine	RYNA-12X	Pyrilamine
CYSTOSPAZ	Hyoscyamine	SAROTEN	Amitriptyline
DEPRIMIN	Imipramine	SEROQUEL	Quetiapine
DEPSONIL	Imipramine	SEROXAT	Paroxetine
DETRUSITOL	Tolterodine	SINEQUAN	Doxepin
DIMETAPP	Brompheniramine	SOLIDON	Chlorpromazine
DISIPAL	Orphenadrine	SPARINE	Promazine
DITROPAN	Oxybutinin	STANGYL	Trimipramine
DONNAMAR	Hyoscyamine	STELAZINE	Trifluoperazine
DRIMEN	Dimenhydrinate	STELIUM	Trifluoperazine
DYNAPRIN	Imipramine	SURMONTIL	Trimipramine
EMSELEX	Darifenacin	SURPLIX	Imipramine
ENABLEX	Darifenacin	SYMAX	Hyoscyamine
EUPRAMIN	Imipramine	TAVEGYL	Clemastine
HYOMAX	Hyoscyamine	TAVIST	Clemastine

**ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Σκορ 3 = Σοβαρή αντιχολινεργική δράση

Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία
HYOSPASMOL	Hyoscyamine	TITANOX	Promethazine
IMIPRAMIL	Imipramine	TOFRANIL	Imipramine
IREMOFAR	Hydroxyzine	TRAVEV-GUM	Dimenhydrinate
IRMIN	Imipramine	URISPAS (PALADIN)	Flavoxate
ISTAMEX	Chlorphenramine	VOMEX	Dimenhydrinate
JANIMINE	Imipramine	ZULEDINE	Chlorpromazine
KEMADRIN	Procyclidine	ZYPREXA	Olanzapine
LARGASTIL	Chlorpromazine		

**ΆΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕ ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ**

Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία	Εμπορική Ονομασία	Δραστική Ουσία
ALPHADINE	Ranitidine	RANITIDE/GENERICS	Ranitidine
BAROXAL	Ranitidine	RANITIDINE/BIOSTAM	Ranitidine
BINDAZAC	Ranitidine	RESTOPON	Ranitidine
BLUMOL	Ranitidine	SEMUELE	Ranitidine
BRIXOPAL	Ranitidine	SMARIL	Ranitidine
EPADOREN	Ranitidine	SPECINOR	Ranitidine
EZOPTA	Ranitidine	SPIRIVA	Tiotropium bromide
GERTOCAL	Ranitidine	SVELTANET	Ranitidine
LOMADRYL	Ranitidine	SYNTHOMANET	Ranitidine
LUMAREN	Ranitidine	TOVIAZ	Fesoterodine
NARIGEN	Ranitidine	TUPAST	Ranitidine
NIPODUR	Ranitidine	VERLOST	Ranitidine
ODANET	Ranitidine	ZANTAC	Ranitidine
PTINOLIN	Ranitidine	ZOLIDEN	Ranitidine
RANICLON	Ranitidine	ZURFIX	Ranitidine

## 6.6 Πίνακας Θεραπείας Νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων

ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)
<p><b>Ψυχωσική συμπτωματολογία</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Αντιψυχωσικά</b>  <u>Τυπικά</u>: υψηλής και χαμηλής ισχύος ενοχοποιούνται για σοβαρού βαθμού ανεπιθύμητες ενέργειες  <u>Άτυπα</u>: αμφιλεγόμενα αποτελέσματα από κλινικές μελέτες, εφόσον χρησιμοποιηθούν η επιλογή θα στηριχθεί στο φαρμακολογικό προφίλ, τη γενική σωματική κατάσταση του ασθενούς και την ήδη λαμβάνουσα φαρμακευτική αγωγή, χρειάζονται συχνές επανεκτιμήσεις δεδομένου της διεθνώς προτεινόμενης επαγρύπνησης                      Τυπικά και άτυπα αντιψυχωσικά έχουν ενοχοποιηθεί για αυξημένη θνησιμότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια)  <b>Ρισπεριδόνη</b> έχει πάρει ένδειξη, 0.25/1-1.5/2mg ημερησίως, λιγότερες εξωπυραμιδικού τύπου ανεπιθύμητες ενέργειες στη δοσολογία του 1mg, (ολανζαπίνη 1.25/5-10mg ημερησίως, αριπιπραζόλη 5-15mg δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση, κλοζαπίνη 12.5-75/100mg, αλοπεριδόλη 0.25/0.5-2mg) δεν έχουν πάρει ένδειξη, Κουετιαπίνη 12.5/50-200/300mg ανεπαρκής τεκμηρίωση όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτίμηση γενικής ιατρικής κατάστασης/άλλων ψυχιατρικών νοσημάτων/ περιβαλλοντικών και προβλημάτων και αντίστοιχες παρεμβάσεις</li> <li>• Πιθανές τροποποιήσεις στο περιβάλλον του ασθενούς/ στη συμπεριφορά του περιθάλποντα/ στον τρόπο διεξαγωγής συγκεκριμένης δραστηριότητας που επάγει το σύμπτωμα</li> <li>• Εξειδικευμένες στοχοκατευθυνόμενες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ανεπαρκής τεκμηρίωση)</li> </ul>

ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ  
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ  
ΝΟΣΟ ALZHEIMER

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ  
(ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)

Προτείνονται:

1. Έναρξη με τις χαμηλότερες δυνατές δόσεις, σταδιακή και βραδεία αύξηση εφόσον κρίνεται απαραίτητη και με στενή ιατρική παρακολούθηση.
  2. Περιοδικές προσπάθειες διακοπής ή μείωσης της φαρμακευτικής αγωγής με στενή ιατρική παρακολούθηση.
- Τραζοδόνη 25/50mg-150-250mg/ SSRIs: ανεπαρκής τεκμηρίωση για τη θεραπεία ρουτίνας στην ψύχωση, κυρίως χορηγούνται όταν κυριαρχεί η ανησυχία ή υπάρχει επιβεβαιωμένη ευαισθησία στις ανεπιθύμητες ενέργειες στα αντιψυχωσικά.
  - Αναστολείς χολινεστερασών και/ή μεμαντίνη: ανεπαρκής τεκμηρίωση όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα στην ψύχωση.
  - Βενζοδιαζεπίνες: δεν ενδείκνυνται για τη θεραπεία της ψύχωσης.
  - Αντιεπιληπτικά: (καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό οξύ) μη τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, προτείνεται η χορήγησή τους σε αποτυχία άλλης θεραπείας ή αδυναμία χορήγησης άλλης φαρμακευτικής αγωγής.

<p>ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER</p>	<p>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)</p>
<p>Ψυχοκινητική Ανησυχία / Διέγερση / Επιθετικότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιψυχωσικά: ισχύει ό,τι αναφέρεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψύχωσης</li> <li>• Βενζοδιαζεπίνες : (λοραζεπάμη 0.5-1mg /1-4 φορές την ημέρα), δεν έχουν τεκμηρίωση, περιστασιακή και πολύ βραχεία η διάρκεια της χορήγησης)</li> <li>• Τραζοδόνη/SSRIs: ισχύει ό,τι και στη θεραπεία της ψύχωσης</li> <li>• Αντιεπιληπτικά/Λίθιο: δεν συνιστώνται, β-αναστολείς: ανεπαρκής τεκμηρίωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτίμηση γενικής ιατρικής κατάστασης/άλλων ψυχιατρικών νοσημάτων/ περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και αντίστοιχες παρεμβάσεις</li> <li>• Πιθανές τροποποιήσεις στο περιβάλλον του ασθενούς/ στη συμπεριφορά του περιθάλποντα/ στον τρόπο διεξαγωγής συγκεκριμένης δραστηριότητας που επάγει το σύμπτωμα</li> <li>• Εξειδικευμένες στοχοκατευθυνόμενες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ανεπαρκής τεκμηρίωση)</li> </ul>
<p>Καταθλιπτική συμπτωματολογία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSRIs (αμφιλεγόμενη αποτελεσματικότητα) καλύτερο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών από τα τρικυκλικά, προσοχή στη συγχορήγηση με άλλα φάρμακα.</li> <li>• Σιταλοπράμη 5/10-40mg, σετραλίνη 12.5/25-150/200mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτίμηση γενικής ιατρικής κατάστασης/άλλων ψυχιατρικών νοσημάτων/ περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και</li> </ul>

<p>ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER</p>	<p>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΒενλαφαξίνηXR 37.5-225mg (ανεπαρκής τεκμηρίωση, προσοχή στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης)</li> <li>• Δουλοξετίνη 20/40-60/80mg (περιορισμένη βιβλιογραφία, χωρίς αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με άνοια)</li> <li>• Μιρταζαπίνη 7.5-45/60mg (ανεπαρκής τεκμηρίωση, καταστολή χορήγηση το βράδυ πριν τον ύπνο)</li> <li>• Βουπροπρόνη 37.50-300mg (ανεπαρκής τεκμηρίωση, κίνδυνος επιληπτικών κρίσεων)</li> <li>• Τραζοδόνη (ανεπαρκής τεκμηρίωση, καταστολή)</li> <li>• ΜΑΟΙs (μοκλοβεμίδη σε αποτυχία άλλης θεραπείας, προσοχή στη διατροφή)</li> <li>• ECT (σε αποτυχία άλλης θεραπείας)</li> </ul>	<p>αντίστοιχες παρεμβάσεις</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πιθανές τροποποιήσεις στο περιβάλλον του ασθενούς/ στη συμπεριφορά του περιθάλποντα/ στον τρόπο διεξαγωγής συγκεκριμένης δραστηριότητας που επάγει το σύμπτωμα</li> <li>• Εξειδικευμένες στοχοκατευθυνόμενες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ανεπαρκής τεκμηρίωση)</li> </ul>
<p>Απάθεια</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ψυχοδιεγερτικά (μεθυλφαινιδάτη, πρόσφατη βιβλιογραφική αναφορά)</li> <li>• Βουπροπρόνη, Βρωμοκρυπτίνη, Αμανταδίνη (ανεπαρκής αποτελεσματικότητα)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εργοθεραπεία (βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα)</li> <li>• Εξειδικευμένες στοχοκατευθυνόμενες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ανεπαρκής</li> </ul>

<p>ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER</p>	<p>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ (ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ)</p>
<p><b>Διαταραχές ύπνου</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σε δευτεροπαθή δ/χη ύπνου επαγόμενη από άλλη νευροψυχιατρική διαταραχή επιλέγεται φαρμακευτικό σκεύασμα με κατασταλτικές ιδιότητες ανάλογα με τη συνοδό νευροψυχιατρική διαταραχή και σύμφωνα με τις οδηγίες που αφορούν τις άλλες νευροψυχιατρικές διαταραχές.</li> <li>• Σε πρωτοπαθή δ/χή ύπνου: τραζοδόνη 25-100mg, ζολπιδέμη 5-10mg, ζαλεπλόνη 5-10mg</li> <li>• ΟΧΙ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ</li> <li>• Βραχείας ημίσειας ζωής Βενζοδιαζεπίνες: Λοραζεπάμη 0.5-1mg (βραχεία διάρκεια χορήγησης)</li> </ul>	<p>τεκμηρίωση)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας</li> <li>• Υγιεινή ύπνου</li> <li>• Συμπεριφορικές και περιβαλλοντολογικές παρεμβάσεις</li> </ul>



## 7 Βιβλιογραφία

- <sup>1</sup> Mann, T. (1996). *Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS*. London: Department of Health NHS Executive.
- <sup>2</sup> EFNS (2007). *Προτάσεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων διαταραχών σχετιζόμενων με άνοια*. Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιριών. Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία, Κλάδος Άνοιας.
- <sup>3</sup> Tsolaki M., Fountoulakis C., Papageorgiou D. & Kazis A. (1999). Prevalence and Incidence of dementia in Greek Population. *Am J Alzheimer's Disease*, 14, 138-148.
- <sup>4</sup> Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών (2012). *Η Άνοια στην Ελλάδα σήμερα*. ADI 2012.
- <sup>5</sup> Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen H-U & Olesen J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Dementia*, 12, 1–27.
- <sup>6</sup> Olesen J & Leonardi M. (2003). The burden of brain diseases in Europe. *European Journal of Neurology*, 10, 471–477.
- <sup>7</sup> Heron M. (2013). Deaths: leading causes for 2010. *Natl Vital Stat Rep.*, 62(6), 1-97.
- <sup>8</sup> Jonsson L & Berr C. (2005). Cost of dementia in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 50–53.
- <sup>9</sup> Ωρολογάς Α., Καλπατσανίδης Α. & Λίτσα Δ. (2005). Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer. Στο Βιβλίο των: Μάγδα Τσολάκη και Αριστεΐδη Κάζη, *Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση* (σελ. 619-624). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- <sup>10</sup> Κυριόπουλος Ι., Βανδώρου Χ., Ζάβρας Α., Δανιηλίδου Ν. με την ομάδα ειδικών: Καπάκη Ε., Κωδούνης Α., Παπαγεωργίου Σ., Πολίτης Α., Τζήμος Α., Τσολάκη Μ., Φιτσιώρης Ξ., Φόρτος Α. & Δόλγερας Α. (2005). Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer Στην Ελλάδα. Στο Βιβλίο των: Μάγδα Τσολάκη και Αριστεΐδη Κάζη, *Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση* (σελ. 625-633). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- <sup>11</sup> Καϊταλίδου Δ. (2013). Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της Νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: Πιλοτική μελέτη. *Νοσηλεία και Έρευνα*, Απρ. 2013.
- <sup>12</sup> Waldemar G, Phungh KTT, Burns A, Georges J, Hansen FR, Iliffe S, Marking C, Olde-Rikkert M, Selmes J, Stoppe G & Sartorius N. (2007). Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 47-54.
- <sup>13</sup> Waldemar G, Dubois B, Emre M, Scheltens P, Tariska P & Rossor M. (2000). Diagnosis and management of Alzheimer's disease and related disorders: the role of neurologists in Europe. *European Journal of Neurology*, 7, 133–144.
- <sup>14</sup> Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL & DeKosky ST. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1133–1142.
- <sup>15</sup> Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. (2001). Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1143–1153.
- <sup>16</sup> Doody RC, Stevens JC, Beck RN, et al. (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1154–1166.
- <sup>17</sup> Brainin M, Barnes M, Gilhus NE, Selmaj K & Waldemar G. (2004). Guidance for the preparation of neurological management guidelines by EFNS scientific task forces – revised recommendations. *European Journal of Neurology*, 11, 577–581.
- <sup>18</sup> EFNS (2010). *Συστάσεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της Νόσου Alzheimer*. Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιριών. Ελληνική Εταιρεία Άνοιας.
- <sup>19</sup> Επιτροπή για τις Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της Άνοιας στην Ελλάδα, 3/1/2014.
- <sup>20</sup> NICE (2012). *Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care*. NICE Clinical Guideline 42 ([guidance.nice.org.uk/cg42](http://guidance.nice.org.uk/cg42)).

- <sup>21</sup> Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM, Khachaturian AS, Trzepacz P, Amatniek J, Cedarbaum J, Brashear R & Miller DS. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 7, 532-539.
- <sup>22</sup> Tsatali, M., Tsolaki, M. & Cristodoulou, TP. (2011). The complex nature of inappropriate sexual behaviors in patients with dementia; Can we put it into a frame? *Sex Disabil.*, 29, 143-156.
- <sup>23</sup> Solomon A, Mangialasche F, Richard E, Andrieu S, Bennett DA, Breteler M, Fratiglioni L, Hooshmand B, Khachaturian AS, Schneider LS, Skoog I & Kivipelto M. (2014). Advances in the prevention of Alzheimer's disease and dementia. *J Intern Med.*, 275(3), 229-250.
- <sup>24</sup> American Psychiatric Association (1993). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- <sup>25</sup> McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D & Stadlan EM. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDSADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939–944.
- <sup>26</sup> McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. (1996). Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47, 1113–1124.
- <sup>27</sup> Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51, 1546–1554.
- <sup>28</sup> McKhann GM, Albert MS, Grossman M, Miller B, Dickson D & Trojanowski JQ. (2001). Clinical and Pathological Diagnosis of Frontotemporal Dementia: Report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Archives of Neurology*, 58, 1803–1809.
- <sup>29</sup> Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. (1993). Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDSAIREN International Workshop. *Neurology*, 43, 250–260.

- <sup>30</sup> Holmes C, Cairns N, Lantos P, et al. (1999). Validity of current clinical criteria for Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies. *British Journal of Psychiatry*, 174, 45–50.
- <sup>31</sup> Sachdev P, Kalaria R, O'Brien J, Skoog I, Alladi S, Black SE, Blacker D, Blazer DG, Chen C, Chui H, Ganguli M, Jellinger K, Jeste DV, Pasquier F, Paulsen J, Prins N, Rockwood K, Roman G & Scheltens P. (2014). Diagnostic Criteria for Vascular Cognitive Disorders: A VASCOG Statement. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, Mar 13.
- <sup>32</sup> Jorm AF & Jacomb PA. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): sociodemographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19, 1015–1022.
- <sup>33</sup> Fuh JL, Teng EL, Lin KN, et al. (1995). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population. *Neurology*, 45, 92–96.
- <sup>34</sup> Folstein MF, Folstein SE & McHugh PR. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- <sup>35</sup> Juva K, Sulkava R, Erkinjutti K, Ylikoski R, Valvanne J & Tilvis R. (1995). Usefulness of the clinical Dementia Rating scale in screening for dementia. *International Psychogeriatrics*, 7, 17–24.
- <sup>36</sup> Τσολάκη Μ. & Κουντή Φ. (2010). *Δοκιμασίες και κριτήρια για την εκτίμηση των εγκεφαλικών δυσλειτουργιών*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Γιαχούδη.
- <sup>37</sup> Nasreddine, Z., Phillis, N., Bedirian, V., Charbneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- <sup>38</sup> Kounti F., Tsolaki M., Eleftheriou M., Agogiatou C., Karagiozi K., Bakoglidou E., Nikolaidis E., Nakou S., Poptsi E., Zafiropoulou M., Papaliagkas V., Kiosseoglou G, & Nasreddine Z. (2007). *Administration of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test in Greek healthy elderly, patients with Mild Cognitive Impairment and patients with Dementia*. European Conference on Psychological Assessment and 2th International Conference of the Psychological Society of Northern Greece, 129, Thessaloniki, Greece.

- <sup>39</sup> Incalzi RA, Capparella O, Gemma A, Marra C & Carbonin P. (1995). Effects of aging and of Alzheimer's disease on verbal memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17, 580–589.
- <sup>40</sup> Pillon B, Dubois B & Agid Y. (1996). Testing cognition may contribute to the diagnosis of movement disorders. *Neurology*, 46, 329–333.
- <sup>41</sup> Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B & Michel B. (2002). "The 5 words" test: a simple and sensitive test for the diagnosis of Alzheimer's disease. *Presse Medicale*, 31, 1696–1699.
- <sup>42</sup> Reitan RM. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271–276.
- <sup>43</sup> Bozeat S, Gregory CA, Ralph MA & Hodges JR. (2000). Which neuropsychiatric and behavioral features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease? *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 69, 178–186.
- <sup>44</sup> McKeith IG & Cummings J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurology*, 4, 735–742.
- <sup>45</sup> Aalten P, Verhey FR, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, Caputo M, Collins D, De Deyn PP, Elina K, Frisoni G, Girtler N, Holmes C, Hurt C, Marriott A, Mecocci P, Nobili F, Ousset PJ, Reynish E, Salmon E, Tsolaki M, Vellas B & Robert PH. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dement Geriatr Cogn Disord.*, 24(6), 457-63.
- <sup>46</sup> McMurtray AM, Chen AK, Shapira JS et al. (2006). Variations in regional SPECT hypoperfusion and clinical features in frontotemporal dementia. *Neurology*, 66, 517–22.
- <sup>47</sup> Aalten P, Verhey FR, Boziki M, Brugnolo A, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, Caputo M, Collins D, De Deyn PP, Elina K, Frisoni G, Holmes C, Hurt C, Marriott A, Mecocci P, Nobili F, Ousset PJ, Reynish E, Salmon E, Tsolaki M, Vellas B & Robert PH. (2008). Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer Disease Consortium. Part II. *Dement Geriatr Cogn Disord.*, 25(1), 1-8.

- <sup>48</sup> Finkel S & Burns A. (2000). Introduction. In: Ames D, O'Brien J, eds. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): A Clinical and Research Update. *International Psychogeriatrics*, 12 (Suppl. 13): 9–12.
- <sup>49</sup> Neary D & Snowden JS. (1996). Clinical features of frontotemporal dementia. In: Pasquier F, Lebert F, Scheltens Ph, eds. *Frontotemporal Dementia Current Issues in Neurodegeneration* (pp. 31–47), Vol. 8. Dordrecht: ICG Publications.
- <sup>50</sup> Hwang TJ & Cummings JL. (2004). Neuropsychiatric symptoms of mild cognitive impairment. In: Gauthier S, Scheltens Ph, Cummings JL, eds. *Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual 2004* (71-70). London: Martin Dunitz.
- <sup>51</sup> Gustavson AR & Cummings JL. (2004). Assessment and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's disease. In: Richter RW, Richter ZR, eds. *Alzheimer's Disease. A Physician's Guide to Practical Management* (pp. 371–385). Totowa, NJ: Humana Press.
- <sup>52</sup> Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA & Gornbein J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308–2314.
- <sup>53</sup> Mega MS, Cummings JL, Fiorello T & Gornbein J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 130–135.
- <sup>54</sup> Boeve B, Silber M, Ferman T, et al. (2001). Association of REM sleep behavior disorder and neurodegenerative disease may reflect an underlying synucleinopathy. *Movement Disorders*, 16, 622–630.
- <sup>55</sup> Galasko D, Bennett D, Sano M, et al. and the Alzheimer's Disease Cooperative Study. (1997). An Inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 11(Suppl.2), S33–S39.
- <sup>56</sup> Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, et al. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37, 323–329.
- <sup>57</sup> Doraiswamy M, Leon J, Cummings JL, Martin D & Neumann PJ. (2002). Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *The journals of gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, 73–77.

- <sup>58</sup> Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, Spazzafumo L, Mancinelli L, Espinosa E, Rappelli A & Dessi-Fulgheri P. (2008). A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc.*, 56, 1926-1931.
- <sup>59</sup> Fu C, Chute DJ, Farag ES, Garakian J, Cummings JL & Vinters HV. (2004). Comorbidity in dementia: an autopsy study. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 128, 32–38.
- <sup>60</sup> Wattjes MP, Henneman WJ, van der Flier WM, et al. (2009). Diagnostic imaging of patients in a memory clinic: comparison of MR imaging and 64-detector row CT. *Radiology*, 253, 174–183.
- <sup>61</sup> Scheltens P. (2009). Imaging in Alzheimer’s disease. *Dialogues Clin Neurosci*, 11, 191–199.
- <sup>62</sup> Scheltens P, Fox N, Barkhof F & De Carli C. (2002). Structural magnetic resonance imaging in the practical assessment of dementia: beyond exclusion. *Lancet Neurology*, 1, 13–21.
- <sup>63</sup> Burton EJ, Barber R, Mukaetova-Ladinska EB, et al. (2009). Medial temporal lobe atrophy on MRI differentiates Alzheimer’s disease from dementia with Lewy bodies and vascular cognitive impairment: a prospective study with pathological verification of diagnosis. *Brain*, 1(Pt 1), 195–203.
- <sup>64</sup> Hodges JR. (2006). Alzheimer’s centennial legacy: origins, landmarks and the current status of knowledge concerning cognitive aspects. *Brain*, 129, 2811–2822.
- <sup>65</sup> Karas G, Scheltens P, Rombouts S, et al. (2007). Precuneus atrophy in early-onset Alzheimer’s disease: a morphometric structural MRI study. *Neuroradiology*, 49, 967–976.
- <sup>66</sup> Cash DM, Ridgway GR, Liang Y, Ryan NS et al. (2013). Dominantly Inherited Alzheimer Network (DIAN). The pattern of atrophy in familial Alzheimer disease: volumetric MRI results from the DIAN study. *Neurology*, 81(16), 1425-1433.
- <sup>67</sup> Jagust W, Thisted R, Devous MD Sr, et al. (2001). SPECT perfusion imaging in the diagnosis of Alzheimer’s disease: a clinical-pathologic study. *Neurology*, 56, 950–956.
- <sup>68</sup> McKeith I, O’Brien J, Walker Z, et al. (2007). Sensitivity and specificity of dopamine transporter imaging with 123I-FP-CIT SPECT in dementia with Lewy bodies: a phase III, multicentre study. *Lancet Neurol*, 6, 305–313.

- <sup>69</sup> Silverman DH & Alavi A. (2005). PET imaging in the assessment of normal and impaired cognitive function. *Radiol Clin North Am*, 43, 67–77.
- <sup>70</sup> Panegyres PK, Rogers JM, McCarthy M, Campbell A & Wu JS. (2009). Fluorodeoxyglucose-positron emission tomography in the differential diagnosis of early-onset dementia: a prospective, community-based study. *BMC Neurol*, 9, 41–50.
- <sup>71</sup> Foster NL, Heidebrink JL, Clark CM, et al. (2007). FDG-PET improves accuracy in distinguishing frontotemporal dementia and Alzheimer’s disease. *Brain*, 10 (Pt 10), 2616–2635.
- <sup>72</sup> Mason NS, Mathis CA & Klunk WE. (2013). Positron emission tomography radioligands for in vivo imaging of A $\beta$  plaques. *J Labelled Comp Radiopharm.*, 56(3-4), 89-95.
- <sup>73</sup> Okamura N, Furumoto S, Harada R, Tago T, Yoshikawa T, Fodero-Tavoletti M, Mulligan RS, Villemagne VL, Akatsu H, Yamamoto T, Arai H, Iwata R, Yanai K & Kudo Y. (2013 ). Novel 18F-Labeled Arylquinoline Derivatives for Noninvasive Imaging of Tau Pathology in Alzheimer Disease. *J Nucl Med.*, 54(8), 1420-7.
- <sup>74</sup> Filippi M, Agosta F, Barkhof F, Dubois B, Fox NC, Frisoni GB, Jack CR, Johannsen P, Miller BL, Nestor PJ, Scheltens P, Sorbi S, Teipel S, Thompson PM, Wahlund LO & European Federation of the Neurologic Societies (2012). EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Eur J Neurol.*, 19(12), e131-40.
- <sup>75</sup> Jelic V & Kowalski J. (2009) Evidence-based evaluation of diagnostic accuracy of resting EEG in dementia and mild cognitive impairment. *Clin EEG Neurosci*; 40: 129–142.
- <sup>76</sup> Liedorp M, van der Flier WM, Hoogervorst EL, Scheltens P & Stam CJ. (2009). Associations between patterns of EEG abnormalities and diagnosis in a large memory clinic cohort. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 27, 18–23.
- <sup>77</sup> Tsolaki A., Kazis D., Kompatsiaris I., Kosmidou V. & Tsolaki M. (2014). Electroencephalogram and Alzheimer’s disease: Clinical and research approaches. *International Journal of Alzheimer’s Disease*, Article ID 349249, 10 pages (<http://dx.doi.org/10.1155/2014/349249>).



- <sup>78</sup> WHO (2003). *WHO manual for surveillance of human transmissible spongiform encephalopathies*. WHO.
- <sup>79</sup> Otto M, Wiltfang J, Cepek L, et al. (2002). Tau protein and 14-3-3 protein in the differential diagnosis of Creutzfeldt–Jakob disease. *Neurology*, *58*, 192–197.
- <sup>80</sup> Sanchez-Juan P, Green A, Ladogana A, et al. (2006). CSF tests in the differential diagnosis of Creutzfeldt–Jakob disease. *Neurology*, *67*, 637–643.
- <sup>81</sup> Blennow K & Hampel H. (2003). CSF markers for incipient Alzheimer’s disease. *Lancet Neurol*, *2*, 605–613.
- <sup>82</sup> Tibben A. (2007). Predictive testing for Huntington’s disease. *Brain Res Bull*, *72*, 165–171.
- <sup>83</sup> Mattsson N, Zetterberg H, Hansson O, et al. (2009). CSF biomarkers and incipient Alzheimer’s disease in patients with mild cognitive impairment. *JAMA*, *302*, 385–393.
- <sup>84</sup> Tapiola T, Alafuzoff I, Herukka SK, et al. (2009). CSF beta-amyloid42 and Tau proteins are markers of Alzheimer-type pathology in the brain. *Arch Neurol*, *66*, 382–389.
- <sup>85</sup> Hort J, Bartos A, Pirttila T & Scheltens P. (2010). Use of cerebrospinal fluid biomarkers in diagnosis of dementia across Europe. *Eur J Neurol*, *17*, 90–96.
- <sup>86</sup> Verwey NA, van der Flier WM, Blennow K, et al. (2009). A worldwide multicentre comparison of assays for cerebrospinal fluid biomarkers in Alzheimer’s disease. *Ann Clin Biochem*, *46*, 235–240.
- <sup>87</sup> Meredith JE Jr, Sankaranarayanan S, Guss V, Lanzetti AJ, Berisha F, Neely RJ, Slemmon JR, Portelius E, Zetterberg H, Blennow K, Soares H, Ahljanian M & Albright CF. (2013). Characterization of novel CSF Tau and ptau biomarkers for Alzheimer's disease. *PLoS One*, *8*(10).
- <sup>88</sup> Alzheimer Europe (2000). *Lawnet – Final report*. [http:// www.alzheimereurope. org](http://www.alzheimereurope.org) 2000 (accessed February 24, 2006).
- <sup>89</sup> JPND program 2012-2015. *Βιοδείκτες για την νόσο του Alzheimer και του Parkinson*.
- <sup>90</sup> Houlden H, Baker M, Adamson J, et al. (1999). Frequency of tau mutations in three series of non-Alzheimer’s degenerative dementia. *Annals of Neurology*, *46*, 243–248.

- <sup>91</sup> Brouwers N, Sleegers K & Van Broeckhoven C. (2008). Molecular genetics of Alzheimer's disease: an update. *Ann Med*, 40, 562–583.
- <sup>92</sup> Lambert JC, Ibrahim-Verbaas CA, Harold D, Naj AC, Sims R, Bellenguez C, Jun G et al. (2013). Meta-analysis of 74,046 individuals identifies 11 new susceptibility loci for Alzheimer's disease. *Nat Genet.*, 2013 Oct 27.
- <sup>93</sup> Warren JD, Schott JM, Fox NC, et al. (2005). Brain biopsy in dementia. *Brain*, 128, 2016–2025.
- <sup>94</sup> Alzheimer Europe (2001). *Recommendations on How to Improve the Legal Rights and Protection of Adults with Incapacity due to Dementia*. <http://www.alzheimer-europe.org>, 2001 (accessed February 24, 2006).
- <sup>95</sup> Fearnley K, McLennan J & Weaks D. (1999). *The Right to Know—Sharing the Diagnosis of Dementia*. Edinburgh: Alzheimer Scotland – Action on Dementia.
- <sup>96</sup> Rosler M, Anand R, Cicin-Sain A, et al. (1999). Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 318, 633–638.
- <sup>97</sup> Rogers SL & Friedhoff LT. (1996). The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US Multicentre, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. The Donepezil Study Group. *Dementia*, 7, 293–303.
- <sup>98</sup> Rogers SL, Doody RS, Mohs RC & Friedhoff LT. (1998). Donepezil improves cognition and global function in Alzheimer disease: a 15-week, double-blind, placebo controlled study. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1021–1031.
- <sup>99</sup> Raskind MA, Peskind ER, Wessel T & Yuan W. (2000). Galantamine in AD: A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. The Galantamine USA-1 Study Group. *Neurology*, 54, 2261–2268.
- <sup>100</sup> Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, Kershaw P, Lilienfeld S & Ding C. (2000). A 5-month, randomized, placebo controlled trial of galantamine in AD. The Galantamine USA-10 Study Group. *Neurology*, 54, 2269–2276.

- <sup>101</sup> Brodaty H, Cory-Bloom J, Potocnik FC, Tryen L, Gold M & Damaraju CR. (2005). Galantamine prolonged-release formulation in the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 20, 120–132.
- <sup>102</sup> Birks J & Harvey RJ. (2006). *Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 1. art no.: CD001190. DOI:10.1002/14651858.CD001190.pub2.
- <sup>103</sup> Birks J, Grimley Evans J, Iakovidou V & Tsolaki M. (2000). *Rivastigmine for Alzheimer's disease*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, issue 4. art no.:CD001191. DOI: 10.1002/14651858.CD001191.
- <sup>104</sup> Loy C & Schneider L. (2006). *Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 1. art no.:CD001747. DOI: 10.1002/14651858.CD001747.pub3.
- <sup>105</sup> NICE (2001). *Alzheimer's Disease – Donepezil, Rivastigmine and Galantamine*. London, UK: NICE Technology Appraisal Guidance- No 19.2001 <http://www.nice.org.uk> (accessed February 24, 2006).
- <sup>106</sup> Winblad B, Engedal K, Soininen H, et al. (2001). A 1-year, randomized, placebo-controlled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. *Neurology*, 57, 489–495.
- <sup>107</sup> Mohs RC, Doody RS, Morris JC, et al. (2001). A 1-year, placebo-controlled preservation of function survival study of donepezil in AD patients. *Neurology*, 57, 481–488.
- <sup>108</sup> AD 2000 Collaborative Group (2004). Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD 2000): randomized double-blind trial. *The Lancet*, 363, 2105–2115.
- <sup>109</sup> Pirttala T, Wilcock G, Truyen L & Damaraju CV. (2004). Long term efficacy and safety of galantamine in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease: multicenter trial. *European Journal of Neurology*, 11, 734–741.
- <sup>110</sup> Rogers S, Doody RS, Pratt RD & Ieni JR. (2000). Long-term efficacy and safety of donepezil in the treatment of Alzheimer's disease: final analysis of a US multicentre open label study. *European Neuropsychopharmacology*, 10, 195–203.

- <sup>111</sup> Winblad B, Wimo A, Engedal K, Soininen H, Verhey F, Waldemar G, Wetterholm A-L, Haglund A, Zhang R, Schindler R and the Donepezil Nordic Study Group (2006). 3-year study of donepezil therapy in Alzheimer's disease: effects of early and continuous therapy. *Dementia and Geriatric Cognitive Impairment*; 21, 353–363.
- <sup>112</sup> Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P & Whalen E (2001). Donepezil MSAD Study Investigators Group. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology*, 57, 613–620.
- <sup>113</sup> Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S & Yaffe K. (2003). Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 289, 210–216.
- <sup>114</sup> Seltzer B, Zolnouni B, Nunez M, et al. Donepezil 402 study group (2004). Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of Neurology*, 61, 1852–1856.
- <sup>115</sup> Bullock R, Touchon J, Bergman H, et al. Rivastigmine and donepezil treatment in moderate to moderately-severe Alzheimer's disease over a 2-year period. *Current Medical Research Opinion* 2005; 21: 1317–1327.
- <sup>116</sup> Auriacombe S, Pere J-J, Loria-Kanza Y, et al. (2002). Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease who failed to benefit from treatment with donepezil. *Current Medical Research and Opinion*, 18, 129–138.
- <sup>117</sup> Bartorelli L, Giraldi C, Saccardo M, et al. (2005). Effects of switching from an AChEI to a dual AChE-BuChE inhibitor in patients with Alzheimer's disease. *Current Medical Research and Opinion*, 21, 1809–1818.
- <sup>118</sup> Livingston G & Katona C. (2000). How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 203–207.
- <sup>119</sup> Clegg A, Bryant J, Nicholson T, et al. (2001). Clinical and cost effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamine for Alzheimer's disease: a rapid and systematic review. *Health Technology Assessments*, 5, 1–137.

- <sup>120</sup> Grossberg G, Cummings J, Frölich L, Bellelli G, Molinuevo JL, Krahnke T & Strohmaier C. (2013). Efficacy of higher dose 13.3 mg/24 h rivastigmine patch on instrumental activities of daily living in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 28(6), 583-591.
- <sup>121</sup> Reisberg B, Doody R, Stoffler A, Schmitt F, Ferris S & Mobius HJ, Memantine Study Group (2003). Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 348, 1333–1341.
- <sup>122</sup> Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S & Gergel I. (2004). Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 317–324.
- <sup>123</sup> Winblad B & Poritis N. (1999). Memantine in severe dementia: results of the M-Best Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 135–146.
- <sup>124</sup> Areosa Sastre A, Sherriff F & McShane R. (2005). *Memantine for dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, issue 3. art. no.: CD003154. DOI: 10.1002/14651858.CD003154.pub4.
- <sup>125</sup> Choi SH, Park KW, Na DL, Han HJ, Kim EJ, Shim YS, Lee JH; Expect Study Group (2011). Tolerability and efficacy of memantine add-on therapy to rivastigmine transdermal patches in mild to moderate Alzheimer's disease: a multicenter, randomized, open-label, parallel-group study. *Curr Med Res Opin.*, 2011 Jul;27(7):1375-83.
- <sup>126</sup> Wimo A, Winblad B, Stoffler A, Wirth Y & Mobius HJ. (2003). Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics*, 21, 327–340.
- <sup>127</sup> Kanowski S, Herrmann WM, Stephan K, Wierich W & Horr R. (1996). Proof of efficacy of the ginkgo biloba special extract EGb 761 in outpatients suffering from mild to moderate primary degenerative dementia of the Alzheimer type or multi-infarct dementia. *Pharmacopsychiatry*, 29, 47–56.

- <sup>128</sup> Le Bars PL, Katz MM, Berman N, Itil TM, Freedman AM & Schatzberg AF (1997). A placebo-controlled, double blind, randomized trial of an extract of Ginkgo biloba for dementia. North American EGb Study Group. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1327–1332.
- <sup>129</sup> van Dongen M, van Rossum E, Kessels A, Sielhorst H & Knipschild P. (2003). Ginkgo for elderly people with dementia and age-associated memory impairment: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 367–376.
- <sup>130</sup> Birks J & Grimley Evans J. (2002). *Ginkgo Biloba for cognitive impairment and dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD003120. DOI: 10.1002/14651858.CD003120.
- <sup>131</sup> Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et al. (1997). A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer’s disease. The Alzheimer’s Disease Cooperative Study. *New England Journal of Medicine*, 336, 1216–1222.
- <sup>132</sup> Tabet N, Birks J, Grimley Evans J, Orrel M & Spector A. (2000). *Vitamin E for Alzheimer’s disease*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, issue 4. art. no.: CD002854. DOI: 10.1002/14651858.CD002854.
- <sup>133</sup> Miller ER III, Pastor-Barriuso R, Dalal D, Riemersma RA, Appel LJ & Guallar E. (2005). Meta-analysis: high-dosage vitamin E supplementation may increase all-cause mortality. *Annals of Internal Medicine*, 142, 37–46.
- <sup>134</sup> Isaac MG, Quinn R & Tabet N. (2008). *Vitamin E for Alzheimer’s disease and mild cognitive impairment*. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD002854. doi: 10.1002/14651858.CD002854.pub2.
- <sup>135</sup> McGeer PL, Schulzer M & McGeer EG. (1996). Arthritis and anti-inflammatory agents as possible protective factors for Alzheimer’s disease: a review of 17 epidemiologic studies. *Neurology*, 47, 425–432.
- <sup>136</sup> Rogers J, Kirby LC, Hempelman SR, et al. (1993). Clinical trial of indomethacin in Alzheimer’s disease. *Neurology*, 43, 1609–1611.

- <sup>137</sup> Scharf S, Mander A, Ugoni A, Vajda F & Christophidis N. (1999). A double blind, placebo-controlled trial of diclofenac/ misoprostol in Alzheimer's disease. *Neurology*, 53, 197–201.
- <sup>138</sup> Aisen PS, Davis KL, Berg JD, et al. (2000). A randomized controlled trial of prednisone in Alzheimer's disease. Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Neurology*, 54, 588–593.
- <sup>139</sup> Van Gool WA, Weinstein HC, Scheltens P & Walstra GJ. (2001). Effect of hydroxychloroquine on progression of dementia in early Alzheimer's disease: an 18-month randomised, double-blind, placebo- controlled study. *Lancet*, 358, 455–460.
- <sup>140</sup> Aisen PS, Schafer KA, Grundman M et al. Alzheimer's Disease Cooperative Study (2003). Effects of rofecoxib or naproxen versus placebo on Alzheimer disease progression: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2819–2826.
- <sup>141</sup> Reines SA, Block GA, Morris JC, et al. (2004). Rofecoxib: no effect on Alzheimer's disease in a 1-year, randomized, blinded, controlled study. *Neurology*, 62, 66–71.
- <sup>142</sup> ADAPT Research Group, Martin BK, Szekely C, Brandt J, Piantadosi S, Breitner JC, Craft S, Evans D, Green R & Mullan M. (2008). Cognitive function over time in the Alzheimer's Disease Anti-inflammatory Prevention Trial (ADAPT): results of a randomized, controlled trial of naproxen and celecoxib. *Arch Neurol.*, 65(7), 896-905.
- <sup>143</sup> Jick H, Zornberg GL, Jick SS, Seshadri S & Drachman DA. (2000). Statins and the risk of dementia. *Lancet*, 356, 1627–1631.
- <sup>144</sup> Wolozin B, Kellman W, Ruosseau P, Celesia GG & Siegel G. (2000). Decreased prevalence of Alzheimer disease associated with 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors. *Archives of Neurology*, 57, 1439–1443.
- <sup>145</sup> Rockwood K, Kirkland S, Hogan DB, et al. (2002). Use of lipid lowering agents, indication bias, and the risk of dementia in community dwelling elderly people. *Archives Neurology*, 59, 223–227.
- <sup>146</sup> Zamrini E, McGwin G & Roseman JM. (2004). Association between statin use and Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology*, 23, 94–98.

- <sup>147</sup> Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB et al. (2002). PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial. *Lancet*, 360, 1623–1630.
- <sup>148</sup> Sparks DL, Sabbagh MN, Connor DJ, et al. (2005). Atorvastatin therapy lowers circulating cholesterol but not free radical activity in advance of identifiable clinical benefit in the treatment of mild to- moderate AD. *Current Alzheimer Research*, 2, 343–353.
- <sup>149</sup> Scott HD & Laake K. (2001). *Statins for the prevention of Alzheimer’s disease*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 3. art. no.: CD003160. DOI: 10.1002/ 14651858. CD003160.
- <sup>150</sup> Wang PN, Liao SQ, Liu RS, et al. (2000). Effects of estrogen on cognition, mood, and cerebral blood flow in AD: a controlled study. *Neurology*, 54, 2061–2066.
- <sup>151</sup> Henderson VW, Paganini-Hill A, Miller BL, et al. (2000). Estrogen for Alzheimer’s disease in women: randomized, double-blind, placebo- controlled trial. *Neurology*, 54, 295–301.
- <sup>152</sup> Mulnard RA, Cotman CW, Kawas C, et al. (2000). Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease: a randomized controlled trial. Alzheimer’s Disease Cooperative Study. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1007–1015.
- <sup>153</sup> Thal LJ, Thomas RG, Mulnard R, Sano M, Grundman M & Schneider L. (2003). Estrogen levels do not correlate with improvement in cognition. *Archives of Neurology*, 60, 209–212.
- <sup>154</sup> Hogervorst E, Yaffe K, Richards M & Huppert F. (2002). *Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 3. art. no.: CD003799. DOI: 10.1002/14651858.CD003799.
- <sup>155</sup> Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, et al. (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women’s Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289, 2651–2662.
- <sup>156</sup> Birks J & Flicker L. (2003). *Selegiline for Alzheimer’s disease*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 1. art. no.: CD000442. DOI: 10.1002/14651858.CD000442.



- <sup>157</sup> Fioravanti M & Flicker L. (2001). *Nicergoline for dementia and other age associated forms of cognitive impairment*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 4. art. no.: CD003159. DOI: 10.1002/14651858.CD003159.
- <sup>158</sup> López-Arrieta JM & Birks J. (2002). *Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD000147. DOI: 10.1002/14651858.CD000147.
- <sup>159</sup> Flicker L & Grimley Evans J. (2004). *Piracetam for dementia or cognitive impairment*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, issue 1. art. no.: CD001011. DOI:10.1002/14651858.CD001011.
- <sup>160</sup> Dantoine T, Auriacombe S, Sarazin M, Becker H, Pere JJ & Bourdeix I. (2006). Rivastigmine monotherapy and combination therapy with memantine in patients with moderately severe Alzheimer's disease who failed to benefit from previous cholinesterase inhibitor treatment. *Int J Clin Pract*, 60(1), 110-118.
- <sup>161</sup> Farrimond LE, Roberts E & McShane R. (2012). Memantine and cholinesterase inhibitor combination therapy for Alzheimer's disease: a systematic review. *BMJ Open*, 11, 2:e000917.
- <sup>162</sup> Black S, Roman GC, Geldmacher DS, et al. (2003). Efficacy and tolerability of donepezil in vascular dementia: positive results of a 24- week, multicenter, international, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Stroke*, 34, 2323–2330.
- <sup>163</sup> Wilkinson D, Doody R, Helme R, et al. (2003). Donepezil in vascular dementia: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology*, 61, 479–486.
- <sup>164</sup> Erkinjuntti T, Kurz A, Gauthier S, Bullock R, Lilienfeld S & Damaraju CV. (2002). Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomized trial. *Lancet*, 359, 1283–1290.
- <sup>165</sup> Erkinjuntti T, Kurz A, Small GW, Bullock R, Lilienfeld S & Damaraju CV (2003). GAL-INT-6 Study Group. An open label extension trial of galantamine in patients with probable vascular dementia and mixed dementia. *Clinical Therapeutics*, 25, 1765–1782.

- <sup>166</sup> Craig D & Birks J. (2006). *Galantamine for vascular cognitive impairment*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 1. art. no.: CD004746. DOI: 10.1002/14651858.CD004746.pub2.
- <sup>167</sup> Craig D & Birks J. (2004). *Rivastigmine for vascular cognitive impairment*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, issue 2. art. no.: CD004744. DOI: 10.1002/14651858.CD004744.pub2.
- <sup>168</sup> Wilcock G, Mobius HJ & Stoffler A. (2002). A double-blind, placebo-controlled multicentre study of memantine in mild to moderate vascular dementia (MMM500). *International Clinical Psychopharmacology*, 17, 297–305.
- <sup>169</sup> Orgogozo JM, Rigaud AS, Stoffler A, Mobius HJ & Forette F. (2002). Efficacy and safety of memantine in patients with mild to moderate vascular dementia: a randomized, placebo controlled trial (MMM300). *Stroke*, 1834–1839.
- <sup>170</sup> Mobius HJ & Stoffler A. (2002). New approaches to clinical trials in vascular dementia: memantine in small vessel disease. *Cerebrovascular Disease*, 13(Suppl. 2), 61–66.
- <sup>171</sup> Ditzler K. (1991). Efficacy and tolerability of memantine in patients with dementia syndrome. A double-blind, placebo controlled trial. *Arzneimittel-Forschung*, 41, 773–780.
- <sup>172</sup> Gortelmeyer R & Erbler H. (1992). Memantine in the treatment of mild to moderate dementia syndrome. A double-blind placebo-controlled study. *Arzneimittel-Forschung*, 42, 904–913.
- <sup>173</sup> Meyer JS, Chowdhury MH, Xu G, Li YS & Quach M. (2002). Donepezil treatment of vascular dementia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 977, 482–486.
- <sup>174</sup> Rands G, Orrel M, Spector A & Williams P. (2000). *Aspirin for vascular dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, issue 4. art. no.: CD001296. DOI: 10.1002/14651858.CD001296.
- <sup>175</sup> Sha MC & Callahan CM. (2003). The efficacy of pentoxifylline in the treatment of vascular dementia: a systematic review. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 17, 46–54.

- <sup>176</sup> Pantoni L, Bianchi C, Beneke M, Inzitari D, Wallin A & Erkinjuntti T. (2000). The Scandinavian multi-infarct dementia trial: a double-blind, placebo-controlled trial on nimodipine in multi-infarct dementia. *Journal of Neurological Science*, 175, 116–123.
- <sup>177</sup> Pantoni L, del Ser T, Soglian AG, et al. (2005). Efficacy and safety of nimodipine in subcortical vascular dementia: a randomized placebo controlled trial. *Stroke*, 36, 619–624.
- <sup>178</sup> Aarsland D, Mosimann UP & McKeith IG. (2004). Role of cholinesterase inhibitors in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17, 164–171.
- <sup>179</sup> Ravina B, Putt M, Siderowf A, et al. (2005). Donepezil for dementia in Parkinson's disease: a randomized double blind placebo controlled crossover study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76, 903–904.
- <sup>180</sup> Emre M, Aarsland D, Albanese A, et al. (2004). Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *NEJM*, 351, 2509–2518.
- <sup>181</sup> McKeith IG, Grace JB, Walker Z, Byrne EJ, Wilkinson D, Stevens T & Perry EK. (2000). Rivastigmine in the treatment of dementia with Lewy bodies: preliminary findings from an open trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 387–392.
- <sup>182</sup> Sabbagh M, Hake A, Ahmed S & Farlow M. (2005). The use of memantine in dementia with Lewy bodies. *Journal of Alzheimer's Disease*, 7, 85–289.
- <sup>183</sup> Ridha BH, Josephs KA & Rossor MN. (2005). Delusions and hallucinations in dementia with Lewy bodies: worsening with memantine. *Neurology*, 65, 481–482.
- <sup>184</sup> Emre M, Tsolaki M, Bonuccelli U, Destée A, Tolosa E, Kutzelnigg A, Ceballos-Baumann A, Zdravkovic S, Bladström A, Jones R; 11018 Study Investigators (2010). Memantine for patients with Parkinson's disease dementia or dementia with Lewy bodies: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*, 9(10), 969-977.
- <sup>185</sup> Fabbrini G, Barbanti P, Bonifati V, et al. (2001). Donepezil in the treatment of progressive supranuclear palsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 103, 123–125.

- <sup>186</sup> Litvan I, Phipps M, Pharr VL, Hallett M, Grafman J & Salazar A. (2001). Randomized placebo-controlled trial of donepezil in patients with progressive supranuclear palsy. *Neurology*, 57, 467–473.
- <sup>187</sup> Swartz JR, Miller BL, Lesser IM & Darby AL. (1997). Frontotemporal dementia: treatment response to serotonin selective reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 212–216.
- <sup>188</sup> Moretti R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G & Bava A. (2003). Frontotemporal dementia: paroxetine as a possible treatment of behavior symptoms. A randomized, controlled, open 14-month study. *European Neurology*, 49, 13–19.
- <sup>189</sup> Deakin JB, Rahman S, Nestor PJ, Hodges JR & Sahakian BJ. (2004). Paroxetine does not improve symptoms and impairs cognition in frontotemporal dementia: a double-blind randomized controlled trial. *Psychopharmacology*, 172, 400–408.
- <sup>190</sup> Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, Marsiske M, Morris JN, Tennstedt SL, Unverzagt FW & Willis SL. (2014). Ten-Year Effects of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Jan 13.
- <sup>191</sup> Anguera JA, Boccanfuso J, Rintoul JL, Al-Hashimi O, Faraji F, Janowich J, Kong E, Larraburo Y, Rolle C, Johnston E & Gazzaley A. (2013). Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*, 501(7465), 97-101.
- <sup>192</sup> Woods B, Aguirre E, Spector AE & Orrell M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15;2:CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- <sup>193</sup> Tsolaki M, Kounti F, Agogiatou C, Poptsi E, Bakoglidou E, Zafeiropoulou M, Soumbourou A, Nikolaidou E, Batsila G, Siambani A, Nakou S, Mouzakidis C, Tsiakiri A, Zafeiropoulos S, Karagiozi K, Messini C, Diamantidou A & Vasiloglou M. (2011). Effectiveness of Nonpharmacological Approaches in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Neurodegener Dis*, 8(3), 138-145.

- <sup>194</sup> Kounti, F., Bakoglidou, E., Agogiatou C., Emerson Lombardo N.B., Serper L. L & Tsolaki, M. (2011). RHEA, a Nonpharmacological Cognitive Training Intervention in Patients With Mild Cognitive Impairment. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 27*(4), 289–300.
- <sup>195</sup> Chaldogeridis A., Tsiatsos T., Gialaouzidis M. & Tsolaki M. (2014). Comparing data from a computer based intervention program for patients with Alzheimer’s disease. HCII 2014.
- <sup>196</sup> Clare L. & Woods R.T. (2001). Editorial: A role for cognitive rehabilitation in dementia care. *Neuropsychological Rehabilitation, 11*(3-4), 193-196.
- <sup>197</sup> Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH & Muñoz R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord, 30* (2), 161-178.
- <sup>198</sup> Aguirre E, Woods RT, Spector A & Orrell M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Res Rev, 12*(1), 253-262.
- <sup>199</sup> Takeda M, Tanaka T, Okochi M & Kazui H. (2012). Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry Clin Neurosci, 66*(1), 1-7.
- <sup>200</sup> Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, Lambertucci P, Silveri MC & Bernabei R. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry, 187*, 450-455.
- <sup>201</sup> Requena C, López Ibor MI, Maestú F, Campo P, López Ibor JJ & Ortiz T. (2004). Effects of cholinergic drugs and cognitive training on dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord, 18*(1), 50-54.
- <sup>202</sup> Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, Lyketsos C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr, 22*(3), 346-372.

- <sup>203</sup> Lonergan E, Luxenberg J, Colford J & Birks J. (2002). *Haloperidol for agitation in dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. art. no.: CD002852. DOI: 10.1002/14651858.CD002852.
- <sup>204</sup> O'Brien JT & Ballard CG. (1999). Treating behavioural and psychological signs in Alzheimer's disease (editorial). *British Medical Journal*, 319, 138–139.
- <sup>205</sup> Ballard C. & Waite J. (2006). *The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 1. art. no.: CD003476. DOI:10.1002/14651858.CD003476.pub2.
- <sup>206</sup> UK Committee on Safety of Medicines (2004). *New advice issued on risperidone and olanzapine*. <http://www.mhra.gov.uk> (accessed February 4, 2006).
- <sup>207</sup> Carson S, McDonagh MS, Peterson K, et al. (2006). A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. *Journal of the American Geriatric Association*, 54, 354–361.
- <sup>208</sup> Schneider LS, Dagerman KS & Insel P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1934–1943.
- <sup>209</sup> Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. (2005). Risk of death in elderly users of conventional versus atypical antipsychotic medications. *NEJM*, 353, 2335–2341.
- <sup>210</sup> McKeith IG, Fairbairn AF, Perry RH, Thompson P & Perry EK. (1992). Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *BMJ*, 305, 673–678.
- <sup>211</sup> Olin JT, Fox LS, Pawluczyk S, Taggart NA & Schneider LS. (2001). A pilot randomized trial of carbamazepine for behavioral symptoms in treatment-resistant outpatients with Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 400–405.
- <sup>212</sup> Lonergan ET & Luxenberg J. (2004). *Valproate preparations for agitation in dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, issue 2. art. no.: CD003945. DOI: 10.1002/14651858.CD003945.pub2.

- <sup>213</sup> Bains J, Birks JS & Dening TD. (2002). *Antidepressants for treating depression in dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 4. art. no.: CD003944. DOI: 10.1002/14651858.CD003944.
- <sup>214</sup> Brodaty H, Green A & Koschera A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 657–664.
- <sup>215</sup> Sorensen S, Pinquart M & Duberstein P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356–372.
- <sup>216</sup> Pusey H. & Richards R. (2001). A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 107–119.
- <sup>217</sup> Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA & Cohen J. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*, 35, 792–803.
- <sup>218</sup> Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, et al. (1993). An intervention that delays institutionalization of Alzheimer’s disease patients: treatment of spouse-caregivers. *The Gerontologist*, 33, 730–740.
- <sup>219</sup> Thompson CA, Spilsbury K & Barnes C. (2003). *Information and support interventions for carers of people with dementia* (Protocol). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, issue 4. art. no.:CD004513. DOI: 10.1002/ 14651858.CD004513.
- <sup>220</sup> British Medical Association (1995). *Assessment of Mental Capacity: Guidance for Doctors and Lawyers*. A Report of the British Medical Association and The Law Society. Plymouth: Latimer Trend and Company Ltd.
- <sup>221</sup> Brunnström H, Gustafson L, Passant U & Englund E. (2009). Prevalence of dementia subtypes: a 30-year retrospective survey of neuropathological reports. *Arch Gerontol Geriatr*, 49, 146-149.
- <sup>222</sup> Adler, G. & Rottunda, S.J. (2011). The driver with dementia: a survey of physician attitudes, knowledge, and practice. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 26 (1), 58-64.

- <sup>223</sup> Brodaty H., Connors M., Pond D., Cumming A. & Creasey H. (2013). Dementia: 14 essentials of assessment and care planning. *Medicine Today*, 14(8), 18-27.
- <sup>224</sup> Sorbi, S., Hort, J., Erkinjuntti, T., Fladby, T., Gainotti, G., Gurvit, H., Nacmias, B., Pasquier, F., Popescu, B.O., Rektorova, I., Religa, D., Rusina, R., Rossor, M., Schmidt, R., Stefanova, E., Warren, J.D., Scheltens on behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology (2012). EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *European Journal of Neurology*, 19, 1159-1179.
- <sup>225</sup> Johansson K. & Lundberg C. (1997). The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving: a brief report. Swedish National Road Administration. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 11(Suppl. 1), 62–69.
- <sup>226</sup> Hunt LA, Murphy CF, Carr D, Duchek JM, Buckles V & Morris JC. (1997). Reliability of the Washington University Road Test: a performance- based assessment for drivers with dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology*, 54, 707–712.
- <sup>227</sup> Dubinsky RM, Stein AC & Lyons K. (2000). Practice parameter: risk of driving and Alzheimer's disease (an evidence based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 54, 2205–2211.
- <sup>228</sup> White S. & O'Neill D. (2000). Health and relicensing policies for older drivers in the European Union. *Gerontology*, 46, 146–152.
- <sup>229</sup> Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG & Kokmen E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, 56(3), 303-308.
- <sup>230</sup> Φουντουλάκης Κ, Τσολάκη Μ, Χαντζή Ε & Κάζης Α. (1994). MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE). Εφαρμογή του στον Ελληνικό πληθυσμό σε ασθενείς με άνοια. *Εγκέφαλος*, 31, 93-102.
- <sup>231</sup> Fountoulakis, C., Tsolaki, M., Chantzi, H. & Kazis, A. (2000). Mini Mental State Examination (MMSE): A validation study in demented patients from the elderly Greek population. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15, 342-347.
- <sup>232</sup> Papageorgiou SG, Economou A & Routsis C. (2014). The 5 Objects Test: a novel, minimal-language, memory screening test. *J Neurol*, 261(2), 422-431.



- <sup>233</sup> Gialaouzidis M., Ginopoulos T. & Tsolaki M. Can the “5 words test” discriminate patients with MCI who will progress next years to dementia? Under publication.
- <sup>234</sup> Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- <sup>235</sup> Theotoka I, Kapaki E, Vagenas V, Ilias I, Paraskevas GP & Liappas I. (2007). Preliminary report of a validation study of Instrumental Activities of Daily Living in a Greek sample. *Percept Mot Skills*, 104 (3 Pt 1), 958-960.
- <sup>236</sup> Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- <sup>237</sup> Sheikh, J.I. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontol.*, 5, 165-173.
- <sup>238</sup> Fountoulakis, K.N., Tsolaki, M., Iacovides, A., Yesavage, J., O'Hara, R., Kazis, A. & Ierodiakonou, Ch. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging Clin. Exp. Res*, 11, 367-372.
- <sup>239</sup> Mayer, L.S., Bay, R.C., Politis, A., Steinberg, M., Steele, C., Baker, A.S., Rabins, P.V. & Lyketsos, C.G. (2006). Comparison of three rating scales as outcome measures for treatment trials of depression in Alzheimer disease: findings from DIADS. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21, 930-936.
- <sup>240</sup> Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*, 23, 271-284.
- <sup>241</sup> Politis, A., Maillis, A., Thomadaki, O., Passa, M., Stamouli, E., Kotrotsou, M., Kontoaggellos, K. & Soldatos, C. (2006). Validity and reliability of the newly translated Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) applied to Greek outpatients with depression and depression and Alzheimer's disease. *Annals of General Psychiatry*, 5 (Suppl 1), S245.

- <sup>242</sup> Politis A.M., Vozzella S., Mayer L.S., Onyike C.U., Baker A.S. & Lyketsos C.G. (2004). A randomized controlled clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in a long term care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 11, 1087-1094.
- <sup>243</sup> Politis, A., M., Mayer, L., S., Passa, M., Maillis, A. & Lyketsos, C., G. (2004). Validity and reliability of the newly translated Hellenic Neuropsychiatric Inventory (H – NPI) applied to Greek outpatients with Alzheimer’s disease: a study of disturbing behaviors among referrals to a memory clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 203 – 208.
- <sup>244</sup> Kounti, F., Tsolaki, M., & Kiosseoglou, G. (2006). Functional Cognitive Assessment Scale (FUCAS): a new scale to assess executive cognitive function in daily life activities in patients with dementia and mild cognitive impairment. *Human Psychopharmacol Clin Exp*, 21, 305-311.
- <sup>245</sup> Tsolaki, M., Alexiadou, A., Kiosseoglou, G. & Kounti, F. (2006). Correlations between the Functional-Cognitive Assessment Scale and the Alzheimer's Disease Assessment Scale when administered to patients with dementia residing in long-term care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 21, 274-80.
- <sup>246</sup> Storey J, Rowland J, Basic D, Conforti D & Dickson H. (2004). The Rowland Universal Dementia Assessment Scale: A Multicultural Cognitive Assessment Scale. *International Psychogeriatrics*, 16 (1), 13-31.
- <sup>247</sup> Μετάφραση & Προσαρμογή στα Ελληνικά (2012): Δρ. Αλεξάνδρα Πενταράκη PhD, CPsychol, AFBPsS. Brain Matters-Ινστιτούτο Νευροψυχολογικής Εκτίμησης, Γνωστικής Αποκατάστασης & Θεραπείας.
- <sup>248</sup> Geldmacher DS. & Kerwin DR. (2013). Practical diagnosis and management of dementia due to Alzheimer's disease in the primary care setting:an evidence-based approach. *Prim Care Companion CNS Disord*.
- <sup>249</sup> Cordell CB, Borson S, Boustani M., Chodosh J, Reuben D, Verghese J, Thies W, Fried LB, for the Medicare Detection of Cognitive Impairment Workgroup (2013). "Alzheimer’s Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimer’s & Dementia*, 9, 141-150.

- <sup>250</sup> Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens J.P, Bernabei R, Brodaty H, Brummel- Smith K, Celafu C, Chappel N, Fitten J, Frisoni G, Froelich L, Guerin O, Gold G, Holmerova I, Iliffe S, Lukas A, Melis R, Morley J.E, Nies H, Nourhashemi F, Petermans J et al. (2010). The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*, 14(2), 110-120.
- <sup>251</sup> McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.*, 7(3), 263-269.
- <sup>252</sup> HAS (2011). *RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. Haute Autorité de Santé.
- <sup>253</sup> Brodaty H, Connors M, Pond D, Cumming A & Creasey H. (2013). Dementia: 14 essentials of management. *Medicine Today*, 14(9), 29-41.