**Programma LOAG SOMA 1**

Dementie

Organisatie: Dr. J. Claassen / Prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, UMC St. Radboud Nijmegen

Datum: 12 december 2018

Locatie: Utrecht: BCN Utrecht, Daltonlaan

Route: <http://www.bcn.nl/routebeschrijving-bcn-utrecht>

9.00 Ontvangst en aftekenen presentielijst

9.30 Welkom / opening en start met terugkoppeling van 3 meest gestelde vragen (huiswerkopdracht 3)

10.00 State of the art lectures:
Complexiteit van cognitieve achteruitgang en dementie op hoge leeftijd.
Prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert (doelstelling 1)

10.30 Vasculaire en Alzheimer dementie
Dr. J. Claassen (doelstelling 1, 2)

**11.15 Koffie/theepauze**

11.30 Masterclass neuroimaging
Dr. J. Claassen (doelstelling 2)

**12.45 jNVKG**

**13.00 Lunch**

13.45 Sensitiviteit, specificiteit, voorspellende waarde van diagnostische hulpmiddelen bij dementie diagnostiek op leeftijd

Prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert (doelstelling 4)

14.15 Zeldzame vormen van dementie: demonstratie practicum
Prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert / Dr. J. Claassen (doelstelling 5)

**15.15 Koffie/theepauze**

15.30 Afronden Zeldzame ziektebeelden
Dementie als bijkomende ziekte in het ziekenhuis

Prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert / Dr. J. Claassen (doelstelling 4)

16.00-16.30 Afsluiting / feedback / aftekenen presentielijst / evaluatie invullen

# Leerdoelen

 De aios kan na deze dag:

1. Antwoord geven op de vragen:
2. Hoe onderscheidt zich normale brein veroudering van neurodegeneratieve of vasculaire hersenziektes? De hoofdlijnen (kern) van de amyloid-hypothese, en de beperking van deze hypothese bij de oudere dementie-patiënt
3. Op welke vlakken is er overlap tussen veroudering en genoemde hersenziekten?
4. Hoe kan het complexiteitsparadigma worden toegepast op Late Onset Alzheimer Disease
5. De rol van beeldvorming van het brein benoemen in de diagnostiek van dementie, en zelfstandig een hersenscan (MRI en CT) beoordelen.
Concreet: de aios kan corticale atrofie beoordelen atrofie, basale neuroanatomische localisaties aangeven, hippocampusatrofie (MTA schaal) beoordelen, vasculaire schade (Fazekas schaal) beoordelen, en kan onderscheid maken tussen lacunair infarct en Virchov Robin ruimte.
6. De begrippen sensitiviteit, specificiteit, positief en negatief voorspellende waarden toepassen op de diagnostica voor LOAD.
De keuze criteria benoemen en de processteppen die relevant zijn voor een verantwoorde inzet van diagnostische hulpmiddelen.
7. Aangeven hoe bijkomende ziekte relevant is in het beloop van de ziekte van Alzheimer, hoe de NICE richtlijn ‘Multimorbiditeit’ hiervoor relevant is en welke taken daar liggen voor de klinisch geriater.
8. Beschrijven waardoor de klinische beelden worden gekenmerkt en hoe de diagnostiek en behandeling verloopt bij weinig voorkomende dementie vormen, met name:
1. FTD,
2. CJD,
3. LBD,
4. NPH
5. limbische encephalitis,
6. OSAS en dementie/cognitieve stoornissen,
7. Early onset familiare dementie (preseniline 1),
8. Alcohol dementie,
9. Posterieure corticale atrofie,
10. Postanoxische encephalopathie.
11. HIV dementie,
12. Corticobasale degeneratie en dementie;
13. Cognitieve stoornissen bij schizofrenie, langdurig middelen gebruik, myotone dystrofie.

Ziektebeelden worden ingedeeld per cluster om face to face contact tussen de twee aios die een beeld voorbereiden mogelijk te maken.

**Literatuur**

**Verplicht voor LOAG dag:**Chibnik LB, Hofman A. [Trends in the incidence of dementia: design and methods in the Alzheimer Cohorts Consortium.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29063414) Eur J Epidemiol. 2017;32:931-938. doi: 10.1007/s10654-017-0320-5

*Studievraag:*

-Welke implicaties heeft de evidence rond incidentie voor het pathopfysiologisch model van Alzheimer?

Arenaza-Urquijo EM, Vemuri P. [Resistance vs resilience to Alzheimer disease: Clarifying terminology for preclinical studies.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29592885)Neurology. 2018 Apr 10;90(15):695-703. doi: 10.1212/WNL.0000000000005303

*Studievraag:*-Hoe zie je in jouw kliniek resilience en resistance voor Alzheimer pathologie terug?

Inouye SK, et al [The short-term and long-term relationship between delirium and cognitive trajectory in older surgical patients.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27103261) Alzheimers Dement. 2016;12:766-75

*Studievraag:*

-Welke implicaties hebben de resultaten van de studie voor follow-up na peri-operatief delier?

**Naslag literatuur:**

# Winblad B et al. Defeating Alzheimer’s disease: a priority for European science and society Lancet Neurol2016; 15: 455–532 Richtlijn Dementie 2014 Zie [www.richtlijnendatabase.nl](http://www.richtlijnendatabase.nl)Nice richtlijn multimorbidity: https://www.nice.org.uk/guidance/ng56

# [Richard E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Richard%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22810091), [Schmand B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Schmand%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22810091), [Eikelenboom P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Eikelenboom%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22810091), [Westendorp RG](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Westendorp%20RG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22810091), [Van Gool WA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Van%20Gool%20WA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22810091). The Alzheimer myth and biomarker research in dementia. [J Alzheimers Dis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22810091) 2012;31 Suppl 3:S203-9.

Spies PE, Verbeek MM, van Groen T, Claassen JA. [Reviewing reasons for the decreased CSF Abeta42 concentration in Alzheimer disease.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22652762) Front Biosci. 2012 Jun 1;17:2024-34. Review.

[Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27655884) Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. BMJ. 2016 Sep 21;354:i4843. doi: 10.1136/bmj.i4843.

*Dementie door ziekte van Alzheimer:*

McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H et al. 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. Alzheimer’s & Dementia 2011;7;263-269.

*Lichte cognitieve stoornissen door ziekte van Alzheimer:*

Albert MS, Dekosky ST, Dickson D et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer’s disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. Alzheimer’s & Dementia 2011;7: 270-279.

*Dementie met Lewy Bodies/ Dementie bij Parkinson:*

*DLB:* McKeith IG, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy Bodies. Neurology 2017;89:1-13

*PDD:* [Emre M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Emre%20M%22%5BAuthor%5D), [Aarsland D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Aarsland%20D%22%5BAuthor%5D), [Brown R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Brown%20R%22%5BAuthor%5D), et al.Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. [Mov Disord.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17542011##) 2007;22:1689-707

*Vasculaire dementie:*

*VD*: Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjutti, et al. Vascular dementie : diagnotic criteria for research studies. Reoprt of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-60

*VCI:* Gorelick PB, Scuteri A, Black SE et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia. A statement for Healthcare professionals From the American Heart Association / American Stroke Association. Stroke 2011;42:2672-2713

*Frontotemporale dementie:*

*Behavioral variant:*

Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain 2011:134:2456-2477

*Primair progressieve afasie:*

Gorno-Tempini et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 2011;76:1006–1014

*Ziekte van Creutzfeldt-Jakob:*

[Zerr I](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Zerr%20I%22%5BAuthor%5D), [Kallenberg K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Kallenberg%20K%22%5BAuthor%5D), [Summers DM](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Summers%20DM%22%5BAuthor%5D), et al. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. [Brain.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19773352##) 2009;132:2659-68.

Collins SJ, Sanchez-Juan P, Masters CL, et al. Determinants of diagnostic investigation sensitivities across the clinical spectrum of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. Brain 2006; 129: 2278–87.

DSM V 1e druk, APA,Washington, 2013

Update richtlijn dementia 2013: pdf versie.

Zorgstandaard dementia: <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf> of www.Vilans.nl

**Huiswerkopdrachten**

# Samenvatting huiswerk (invullen / uploaden voor 28-11):

# verplichte literatuur op hoofdlijnen lezen

# vraag/gewenste leerdoel alle sprekers

# 1 meerkeuzevraag kennistoets

# opdrachten 3, 5, 6 en 7 uitwerken

# opdracht 4 in duo uitwerken en presentatie meenemen naar LOAG-dag

# Het huiswerk [kan uitsluitend via deze link](https://www.formdesk.com/federatiemedischspecialisten/LOAGhuiswerkSOMA112) worden geüpload. Let op: uitwerking opdrachten 3, 5, 6 en 7 moet in één word document worden geüpload.

Aanbevolen literatuur en verplichte AIOS boekenlijst gebruiken bij beantwoording vragen.

Studietijd: geschat 2,5 uur

Pas als we alle 5 de opdrachten hebben gezien voldoet men aan de voorwaarden die gesteld zijn voor het verkrijgen van een registratie in het e-portfolio.

**Huiswerkopdracht:**

1. Stel een vraag of gewenste leerdoel aan alle sprekers van de dag (vermeld de naam van de spreker erbij).

*Doel hiervan is:*

Door middel van vragen van de AIOS kan het niveau van de presentaties indien nodig aangepast worden en kan er dieper op de materie worden ingegaan.

1. Maak 1 meerkeuzevraag voor de kennistoets, zie toelichting.

Voordeel voor de AIOS:

- Extra verdieping in de stof

- De beste vragen komen terug in de toets

- Bijdrage aan goede kwaliteit van de kennistoets

3. Stel één achtergrond vraag op die je uitgaande van de bestudeerde literatuur en je praktijkervaring in ieder geval beantwoord wilt zien op de LOAG dag.

4. Maak in duo een presentatie van maximaal drie dia’s over ofwel de diagnostiek ofwel de behandeling van het je **toegewezen** (zeldzame) ziektebeeld (evt. inclusief video beelden), zoals aangegeven in het overzicht bij je naam (zie indeling). Maak je presentatie inhoudelijk en qua vorm aansprekend, gebruik bij voorkeur het model van een pitch (max. 3 minuten).
Het is de bedoeling de ziekte zo te bespreken/ uit te beelden dat het belangrijkste typische kenmerk van een bepaalde dementie zo wordt verduidelijkt dat al je collegae deze zullen onthouden: kies ook een diagnostische praktijk clue voor de kliniek. Hoe stel je de diagnose?

Je licht in duo’s de diagnostiek of behandeling van je ziektebeeld toe in een presentatie van max. 3 minuten met 3 minuten ruimte voor discussie (totaal 60 minuten bij 10 presentaties).

Sluit kort wie wat doet, maar presenteer beide een deel (er worden voor de meeste beelden zowel een duo voor diagnostiek als voor behandeling aangewezen).
Oefen samen de presentatie naar inhoud en vorm, op beide krijg je feedback van de docenten (mbv een beoordelingsformulier). (**Zie bijlage Ziektebeelden voor huiswerkopdracht)**

*Vraag 5, 6 en 7: max. 100 woorden per opdracht*

5. Wat verandert figuur 5 uit het artikel van Winblad in je pathofysiologisch denken over LOAD. Welke diagnostische en behandelimplicaties heeft het voor je?

6. Wat verandert figuur 1 uit het artikel van Inouye et al in je pathofysiologisch denken over dementie op oudere leeftijd? Welke implicaties heeft het voor je peri-operatieve beleid?

7. Geef een voorbeeld uit je praktijk waar de dementie als bijkomende aandoening een wezenlijke verandering van het ziekte gerichte beleid noodzakelijk maakte, of dat achteraf gezien had moeten doen.

**Overzicht meer zeldzame dementie beelden: Je wordt zoveel mogelijk in duo’s ingedeeld. Misschien dat er voor enkelen geen duo partner is: dat blijkt uit de indeling. Per duo houd je je of met diagnostiek of met therapie bezig.**