



NVKG-NVN THEMAMIDDAG

ALZHEIMER AND BEYOND

WOENSDAGMIDDAG 9 FEBRUARI 2022

ONLINE BIJENKOMST

13.30 **Inloggen**

13.55 - 14.00 **Opening**

14.00 - 15.15 **Plenaire sessie 1**

14.00 **Klinische fenotypen van Alzheimer**

Dr. Astrid van Strien, klinisch geriater, klinisch farmacoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Het duurt gemiddeld 14 maanden voordat de diagnose gesteld wordt. De ziekte van Alzheimer heeft vele gezichten, waardoor herkenning van de verschillende varianten niet altijd even gemakkelijk is. Aan de hand van casuïstiek wordt u meegenomen in de verschillende varianten van de ziekte van Alzheimer. U leert meer over Posterieure Corticale Atrofie, de links temporopariëtale variant van Alzheimer en de frontale variant van Alzheimer.

14.30 **Lewy Body Dementie**

Dr. Evelien Lemstra, neuroloog, Amsterdam UMC

Lewy body dementie (LBD) omvat de ziektebeelden Dementie met Lewy bodies (DLB) en dementie in het kader van de ziekte van Parkinson (PDD). Bij LBDs staan geheugenstoornissen meestal niet op de voorgrond, maar is er vaak sprake van achteruitgang in executieve functies, aandachtstoornissen en visuospatiële problemen. Deze vormen van dementie worden gekenmerkt door naast dementie ook de aanwezigheid van relevante non-cognitieve symptomatologie. Er zijn specifieke diagnostische criteria voor DLB en PDD alsmede ook de prodromale vormen (MCI-LB). Het tijdig stellen van de diagnose is relevant omdat patiënten met deze aandoeningen baat hebben bij symptomatische behandeling en niet-medicamenteuze interventies. In deze voordracht wordt herkennen van LBDs en mogelijkheden van behandelingen besproken.

15.00 – 15.05 **Wisseltijd**

15.05 - 16.05 **Workshops ronde 1 (deze workshops worden in ronde 2 herhaald)**

1. De PPA criteria: Kunnen wij er mee uit de voeten?

Drs. Antoinette Keulen, logopedist/spraak-taalpatholoog, Amsterdam UMC, locatie VUmc

In deze workshop worden de huidige diagnostische criteria voor Primair Progressieve Afasie van Gorno Tempini e.a. (2011) besproken. Aan de hand van voorbeelden en casuïstiek worden de taal- en spraakkenmerken van de verschillende varianten toegelicht. Sterktes en zwaktes van de taalcriteria voor het stellen van de diagnose PPA worden bediscussieerd. Tevens wordt belicht welke moeilijkheden er ontstaan in de diagnostiek, als de problemen niet met een taalstoornis, maar met een geïsoleerde spraakstoornis beginnen.

2. **Waardevolle nucleaire diagnostiek bij dementie**

Drs. Cecile de Pont, nucleair geneeskundige, Jeroen Bosch Ziekenhuis

Een overzicht van hoe een FDG PET scan de aanwezigheid van een neurodegeneratieve dementie nagenoeg kan uitsluiten, verschillende dementieën van elkaar kan onderscheiden, of alternatieve diagnoses kan geven. Bij wie zou een Amyloid PET van de hersenen gedaan kunnen worden, en wat is daar de waarde van? Welke andere nucleaire onderzoeken zouden men moeten willen in de diagnostiek naar dementie, en waarom? Casuïstiek van Alzheimer tot Lewy Body Dementie, FTD-spectrum aandoeningen van PSP tot PPA, en diagnoses zoals paraneoplastische limbische encefalitis, Wernicke's encefalitis, en CADASIL die zich met cognitieve stoornissen zonder specifieke MRI-afwijkingen, komen aan bod.

3. **Liquordiagnostiek; wanneer vraag je het aan hoe interpreteer je het wat zijn nieuwe ontwikkelingen**

Dr. Niki Schoonenboom, neuroloog, Spaarne Gasthuis

Sinds 2000 wordt in Nederland meer en meer liquordiagnostiek aangevraagd door klinisch geriaters in samenwerking met neurologen voor de differentiële en vroegdiagnostiek van de ziekte van Alzheimer. Er is volgens de landelijke richtlijn (2014) geen plaats voor liquoronderzoek bij de routinediagnostiek voor dementie en mild cognitive impairment (richtlijn MCI, 2018). In bijzondere gevallen kan op indicatie liquordiagnostiek worden aangevraagd bij twijfel over de diagnose, met name bij jonge mensen en indien het overig aanvullend onderzoek onvoldoende bijdraagt aan de diagnose en meer zekerheid gewenst is. De komende jaren zal meer nadruk komen op de oorzaken van dementie, herkennen van dementie op jonge leeftijd, de vroege fase van de ziekte en voor zorg op maat (Nationale Dementiestrategie 2021-2030). Hierdoor zal liquordiagnostiek waarschijnlijk een prominenter plaats krijgen, al dan niet in combinatie met (Amyloid of FDG) PET en bloedbiomarkers. Naar aanleiding van diverse casuïstiek uit de praktijk zal in de workshop duidelijker worden bij welke patiënten liquordiagnostiek kan worden ingezet, variërend van verdenking op M Alzheimer, dementie met snelle progressie, bij MCI en bij de differentiële diagnostiek. De relatie met andere diagnostische methoden zal ook kort worden besproken, alsmede de nieuwste ontwikkelingen.

4. **Euthanasie bij dementie: ontwikkelingen, open vragen en uitdagingen**

Sisco van Veen, ouderenpsychiater bij GGZ inGeest; onderzoeker bij het Amsterdam UMC en 113 Zelfmoordpreventie.

Euthanasie bij dementie is een heet hangijzer in onze maatschappij. In deze lezing kijken we naar de geschiedenis van euthanasie, de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, de relevante rechtspraak en de richtlijnen. Hoe ga je om met een euthanasieverzoek bij beginnende en gevorderde dementie? Hoe bepaal je precies of lijden uitzichtloos en ondraaglijk is bij dementie? Wat moet er in een wilsverklaring staan? Niet alle antwoorden zijn beschikbaar, maar na deze workshop weet je wel welke vragen je jezelf moet stellen.

5. **Subjectieve klachten en dementie - handvaten voor de spreekkamer**

Prof. dr. Wiesje van der Flier, Scientific director Alzheimer center, Amsterdam

Bij een flink deel van de patiënten die een geheugenpoli bezoekt vinden we geen aanwijzingen voor cognitieve achteruitgang. We spreken dan van subjectieve klachten, in het Engels: Subjective Cognitive Decline (SCD). Heeft dit concept van SCD nu klinische relevantie? SCD kan een prodroom zijn van zowel Alzheimer-dementie als niet-Alzheimer dementie (bv frontotemporale dementie). In het overgrote deel van de gevallen is dit echter niet het geval. De SCD+-criteria zijn ontwikkeld om mensen met een groter risico op onderliggende Alzheimer te identificeren. Ook biomarkers, zoals MRI en liquormarkers kunnen helpen om het risico op toekomstige dementie te bepalen. In de toekomst zouden biomarkers in bloed hierbij zeer behulpzaam kunnen zijn, maar op dit moment is terughoudendheid bij interpretatie op individueel niveau nog geboden. Is het concept van SCD dan weinig relevant voor de spreekkamer? Ik zou juist denken van wel. Mensen maken zich zorgen én willen graag weten wat ze zelf kunnen doen. Als er één groep patiënten is die baat zou kunnen hebben bij leefstijl interventies, dan deze.

16.05 - 16.35 **Pauze**

16.35 - 17.35 **Workshops ronde 2 (idem als ronde 1)**

17.35 - 17.40 **Wisseltijd**

17.40 - 18.40 **Plenaire sessie 2**

17.40 **Nieuwe behandelingen/ontwikkelingen van Alzheimer**
Dr. Niels Prins, directeur, Brain Research Center in Amsterdam

17.55 **Waarom anti-amyloïd therapie niet helpt**
Prof. dr. Edo Richard, neuroloog, Radboudumc / Amsterdam UMC, afdeling Public and Occupational Health

Al 20 jaar wordt geprobeerd om de achteruitgang bij de ziekte van Alzheimer af te remmen of te stoppen door het amyloïd eiwit uit de hersenen op te ruimen. Verschillende gerandomiseerde onderzoeken hebben laten zien dat het eiwit inderdaad succesvol uit de hersenen kan worden verwijderd. Daardoor is de hoop ontstaan dat uiteindelijk de ziekte afgeremd kan worden. Helaas heeft het verwijderen van het amyloïd uit de hersenen geen effect op de achteruitgang van de ziekte. Recent keurde de Amerikaanse FDA het anti-amyloïd middel aducanumab voorlopig goed voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer. Het Europese EMA oordeelde anders, en keurde het middel niet goed. Ook dit middel verwijdert amyloïd uit de hersenen, maar ook bij dit middel worden patiënten er niet beter van. De kans dat dit type therapie tot klinisch relevante effecten bij patiënten gaat leiden lijkt bijzonder klein.

18.10 **Q&A en discussie**

18.40 – 18.45 **Afsluiting**