



Korte cognitieve testen om klinische Alzheimer-dementie te onderscheiden van milde cognitieve achteruitgang of normaal cognitief functioneren

Referentie

Hemmy LS, Linskens EJ, Silverman PC, et al. Brief cognitive tests for distinguishing clinical Alzheimer-type dementia from mild cognitive impairment or normal cognition in older adults with suspected cognitive impairment. *Ann Intern Med* 2020;172:678-87. DOI: 10.7326/M19-3889

Duiding

Birgitte Schoenmakers, huisarts, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Met de vergrijzende populatie, de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te wonen en verzorgd te worden en gesteund door de vermaatschappelijking van de zorg zullen we als huisarts steeds vaker geconfronteerd worden met de diagnostiek van dementie (1). Deze diagnostiek is een tijdrovend proces omdat de focus niet enkel op de cognitieve vermogens ligt maar ook op gedrag, functioneren in het dagelijks leven en de zelfredzaamheid/zorgafhankelijkheid (2). Dit proces verloopt bovendien in verschillende fases waarbij de eerste fase, de detectie van de cognitieve achteruitgang, belangrijk is om het zorgproces tijdig op te starten (3). Een accurate en 'on time'-diagnose heeft immers een gunstige korte- en langetermijninval op zowel patiënt als omgeving (4). Deze fase zou versneld kunnen worden door korte cognitieve testen die bij verdenking op dementie het onderscheid kunnen maken tussen klinische Alzheimer-dementie en milde cognitieve achteruitgang (Mild Cognitive Impairment of MCI) of normale cognitie. In Minerva bespraken we reeds een meta-analyse van goede methodologische kwaliteit die de performantie van heel wat testen voor het opsporen van dementie onderzocht (5,6). Van de 11 best onderzochte testen, was de MMSE de meest gebruikte. De diagnostische performantie van de MMSE was vergelijkbaar met deze van de Mini-Cog en de ACE-R, maar deze laatste 2 testen waren gebruiksvriendelijker.

In een recente systematische review (7) werd nagegaan hoe accuraat korte cognitieve testen zijn om bij personen met vermoeden van cognitieve achteruitgang klinische Alzheimer-dementie te identificeren zoals gedefinieerd door gevalideerde diagnostische criteria. Daarnaast wou men nagaan of de accuraatheid varieert naargelang de patiëntkarakteristieken. Een uitgebreide literatuurzoektocht werd uitgevoerd in alle grote databanken (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, tot november 2019) en aangevuld met een handmatige screening van de referentielijsten van relevante systematische reviews. Twee onafhankelijke reviewers selecteerden observationele studies die de accuraatheid onderzochten van gevalideerde korte cognitieve screeningsinstrumenten bij patiënten met vermoeden van cognitieve achteruitgang om klinische Alzheimer-dementie te onderscheiden van milde cognitieve achteruitgang (MCI) en normale cognitie. Ook de data-extractie en de kwaliteitsbeoordeling aan de hand van de QUADAS-2 (Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies) gebeurde door twee onafhankelijke onderzoekers. De studie is gefinancierd door een overheidsinstelling en de resultaten zijn gereviewd door een panel stakeholders (inclusief leken/patiënten) en experts.

Van de 5 007 gevonden referenties werden uiteindelijk 57 studies geselecteerd. Zeven studies hadden een laag risico van bias terwijl de andere een matig risico van bias hadden. De gemiddelde leeftijd van de studiepopulatie was 73 jaar en 40% was van het mannelijke geslacht. De meeste korte cognitieve testen bleken een hoge sensitiviteit en specificiteit te hebben om klinische Alzheimer-dementie te onderscheiden van normale cognitie. Standaard* testen zoals de Mini Mental State Examination (MMSE), de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en de Brief Alzheimer Screen (BAS), alsook geheugentesten en semantische taaltesten waren het meest accuraat met een sensitiviteit en specificiteit van ongeveer 0,90 of meer. Door een gebrek aan gegevens kon men de accuraatheid van de testen onderling niet vergelijken. Om klinische Alzheimer-dementie te onderscheiden van MCI waren deze testen (vooral onderzocht met MMSE, kloktekentest en MoCA) minder accuraat. De accuraatheid van de testen bleek niet af te hangen van patiëntkarakteristieken (zoals leeftijd, geslacht, opleiding), alhoewel dit door slechts een klein aantal kleinschalige studies onderzocht werd. Men merkte wel op dat bij heel wat testen de gevoeligheid om klinische Alzheimer-dementie te onderscheiden van normale cognitie toenam met de ernst van de dementie. In hun bespreking leiden de auteurs hierbij af dat deze testen bij patiënten met meer cognitieve en functionele uitval het diagnostisch proces zouden kunnen verlichten. Voor patiënten met minder cognitieve uitval zouden deze testen dan weer

richtinggevend kunnen zijn om op een uitgebreidere diagnostiek aan te sturen. Het is echter zeer belangrijk om aan te geven dat de resultaten van deze systematische review zich beperken tot de accuraatheid van korte cognitieve testen om bij personen met vermoeden van cognitieve achteruitgang klinische Alzheimer-dementie op te sporen. De klinische voordelen, noch de kosten-effectiviteit van het gebruik van deze testen wordt onderzocht. Nochtans is de schade zowel van vals-positieve als van vals-negatieve resultaten groot voor zowel patiënt als zorgverlener. In het eerste geval zijn er vooral de stigmatisering en de onnodige interventies (beperkingen in onafhankelijkheid, onnodige onderzoeken, onnodige medicatie) die volgen terwijl in het tweede geval frustratie kan ontstaan over 'onverklaarde' cognitieve en niet-cognitieve symptomen en verdere actie (vroegtijdige zorgplanning, veiligheidsmaatregelen, ondersteuning) uitblijft (8). Bij de interpretatie van de resultaten moeten we ook rekening houden met de beperkingen van de geïncludeerde studies. Ze waren meestal kleinschalig, gebruikten verschillende criteria om Alzheimer-dementie, MCI en normale cognitie af te lijnen en hanteerden verschillende testcores. Ook de cut-offwaarden werden vaak niet vooraf gedefinieerd maar aangepast op basis van de klinische bevindingen van de studiepopulatie. Dat kan geleid hebben tot een overschatting van de sensitiviteit en de specificiteit. Ook de hoge prevalentie van klinische Alzheimer-dementie in de bestudeerde populaties kan de accuraatheid van de testen overschat hebben (9).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Systematische screening van dementie bij ouderen in de eerste lijn wordt niet aanbevolen (GRADE 1A) (10). Elke zorgverlener in de eerste lijn die een vermoeden heeft van cognitieve achteruitgang bij een bepaalde persoon (geheugenstoornissen, apathie, gewichtsverlies, gangmoeilijkheden, onverklaarde klachten) brengt de huisarts hiervan op de hoogte (GRADE 1C). De patiënt en zijn omgeving moeten hierbij betrokken worden (GRADE 2C). De huisarts probeert het vermoeden van cognitieve achteruitgang te objectiveren door het uitvoeren van een korte cognitieve test, zoals de Mini Mental State Examination (MMSE), the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), de Elderly Cognitive Assessment Questionnaire (ECAQ) of de Global Deterioration Scale-4 (GDS-4). Het uitvoeren van deze testen kan gebeuren door de huisarts zelf, een verpleegkundige of een ergotherapeut (GRADE 1B). Bij een abnormale MMSE zonder effect op het dagelijks functioneren wordt aangeraden de test regelmatig te herhalen om de cognitieve evolutie op te volgen (GRADE 1A). Doorverwijzing voor verdere diagnostiek moet in overleg met de patiënt gebeuren (GRADE 2C).

Besluit

Deze methodologisch correct uitgevoerde systematische review toont aan dat standalone* testen zoals de Mini Mental State Examination (MMSE), de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en de Brief Alzheimer screen (BAS), alsook geheugentesten en semantische taaltesten voldoende accuraat zijn om bij ouderen met vermoeden van cognitieve achteruitgang matige tot ernstige Alzheimer-dementie te onderscheiden van normaal cognitief functioneren. Er is nood aan verder onderzoek naar de accuraatheid van deze testen om milde vormen van Alzheimer-dementie te onderscheiden van normaal cognitief functioneren en om klinische Alzheimer-dementie te onderscheiden van Mild Cognitive Impairment (MCI). De plaats van deze sneltesten in het test-diagnose-behandeltraject van dementie blijft dus onduidelijk. Bij de opzet van toekomstig onderzoek is het dan ook belangrijk om te vertrekken van de meest recente criteria om Alzheimer-dementie, MCI en normaal cognitief functioneren af te lijnen, om de testcores en de cut off-waarden op voorhand minutieus vast te leggen en om naast de accuraatheid ook de voor- en nadelen van het gebruik van deze testen voor patiënt en zorgverlener als uitkomstmaten op te nemen.

*Testen die op zichzelf worden uitgevoerd en geen deel uitmaken van een bredere testbatterij.

Referenties

1. Bacigalupo I, Mayer F, Lacorte E, et al. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of dementia in Europe: estimates from the highest-quality studies adopting the DSM IV diagnostic criteria. *J Alzheimers Dis* 2018;66:1471-81. DOI: 10.3233/JAD-180416
2. Buntinx F, De Lepeleire J, Paquay L, Iliffe S, Schoenmakers B. Diagnosing dementia: no easy job. *BMC Fam Pract* 2011;12:60. DOI: 10.1186/1471-2296-12-60
3. Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging* 2011;15:595-6. DOI: 10.1007/s12603-011-0135-0
4. De Lepeleire J, Heyrman J. Diagnosis and management of dementia in primary care at an early stage: the need for a new concept and an adapted procedure. *Theor Med Bioeth* 1999;20:215-28. DOI: 10.1023/a:1005488328563
5. Chevalier P. Dementie opsporen: de MMSE vergeleken met andere cognitieve testen. *Minerva bondig* 18/11/2015.

6. Tsoi KK, Chan JY, Hirai HW, et al. Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175:1450-8. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.2152
7. Hemmy LS, Linskens EJ, Silverman PC, et al. Brief cognitive tests for distinguishing clinical Alzheimer-type dementia from mild cognitive impairment or normal cognition in older adults with suspected cognitive impairment. *Ann Intern Med* 2020;172:678-87. DOI: 10.7326/M19-3889
8. Michiels B. Het test-diagnose-behandelingstraject. [Editoriaal] *Minerva* 2015;14(6):65.
9. Chevalier P. Is de precisie van een diagnostische test afhankelijk van de prevalentie? *Minerva* 2011;10(4):51.
10. De Coninck L, De Vlieghe K, D'hanis G, Schroyen V. Multidisciplinaire richtlijn voor thuiswonende oudere personen met dementie en hun mantelzorgers. *Ebpracticenet*. Werkgroep ontwikkeling richtlijn eerste lijn, 16/08/2017.