

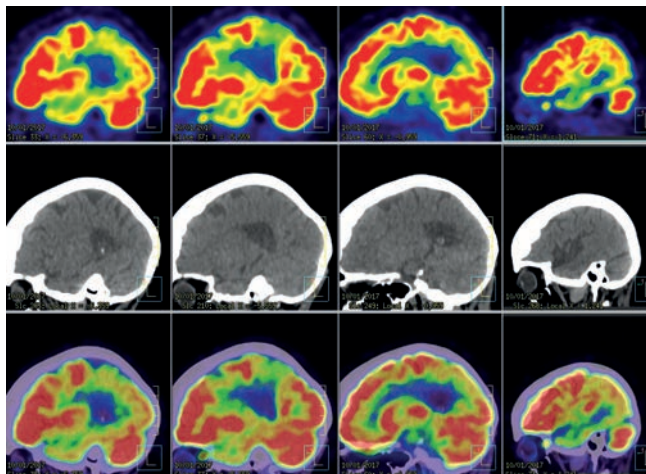
Gedächtnisminderung

Stand September 2021

Für den Betroffenen löst ein nachlassendes Gedächtnis angstbesetzte Assoziationen aus: „Ist das Alzheimer?“. Meistens geht es nur um subjektiv empfundenes längeres Suchen nach Namen, Ereignissen, Notizen oder vergessene Termine bzw. Absprachen. Mein Eindruck ist jedoch: Solange der Betroffene selbst das Thema aktiv angeht, ist es selten wirklich ernst. Bei einer echten Alzheimererkrankung ist es meistens das Umfeld, von dem ich die relevantesten Informationen erhalte. Andererseits sind es nicht immer patientenbezogene Motive, die das Umfeld auf eine diagnostische Abklärung drängen lassen.

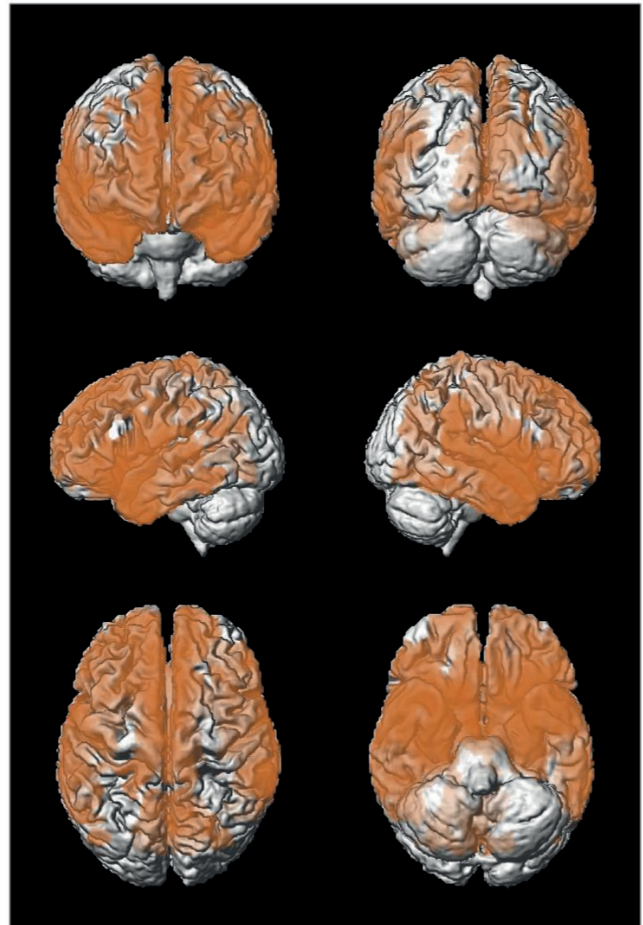
Erster Schritt sollte die Objektivierung der Gedächtnisleistung sein mit standardisierten Testverfahren sein, z.B. DEMTECT. Bei grenzwertigen Befunden i.S. eines mild cognitive deficit sollte eine weitere Abklärung erfolgen, üblicherweise zunächst mit der Kernspintomographie. Je spezifischer sich die Frage auf M. Alzheimer ja/nein verdichtet, desto weiter können wir die diagnostischen Stufen eskalieren: statistisch-parametrische Analyse der MRT, Hippocampusvolumetrie, statistisch-parametrische Analyse des Glukosemetabolismus, Amyloid-PET auch mit dynamischen Perfusionsaufnahmen. Letztes ist seit Oktober 2020 probatorisch Kassenleistung und auf Überweisungsschein durchführbar. Das genaue Vorgehen und der Einsatz invasiver Verfahren wie Liquorpunktion ist in der S3-Leitlinie „Demenzen“ (Stand Januar 2016) niedergelegt.

Selbstverständlich gibt es auch andere Ursachen für vorübergehend oder dauerhaft reduzierte Gedächtnisleistungen: Schlaganfall, Amyloidangiopathie, limbische Encephalitis, Hirntumoren, Hippocampusklerose, mikrovaskuläre Encephalopathie um nur einige zu nennen. Standardbildgebungsverfahren ist hier die Kernspintomographie, alternativ insbesondere bei Vorliegen von Kontraindikationen und eingeschränkter Kooperation die CT.

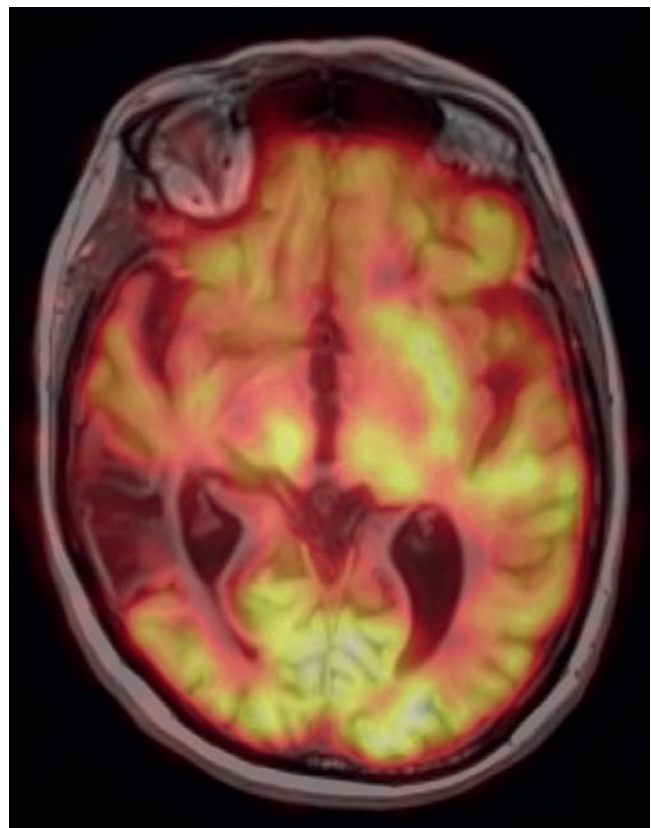


Demenz vom Alzheimerstyp DAT FDG-PET/CT

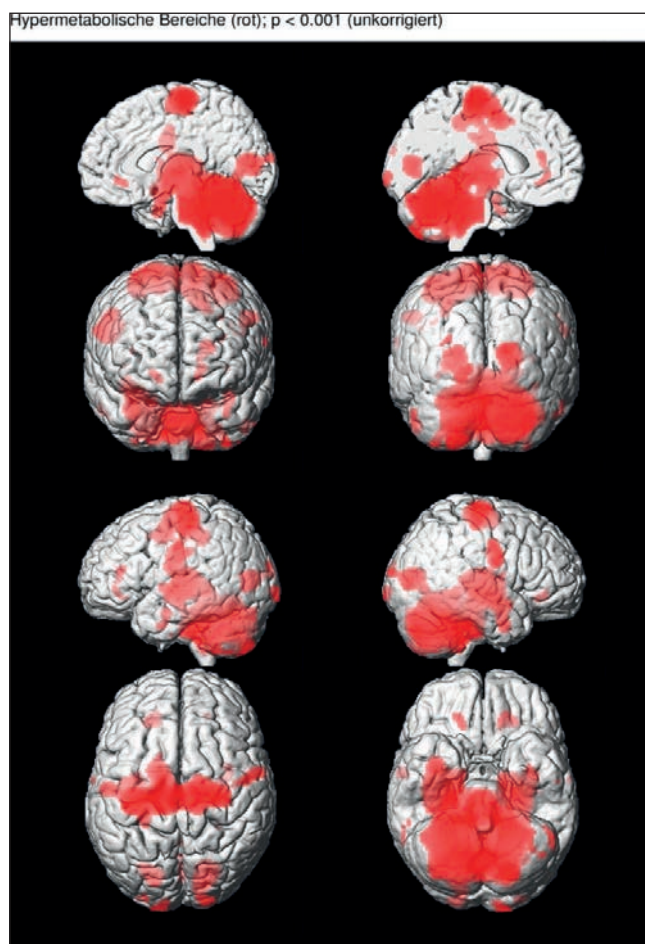
Farblich markierte Bereiche (Oberflächenprojektion):
Graue Substanz reduziert (farbig); $p < 0.005$



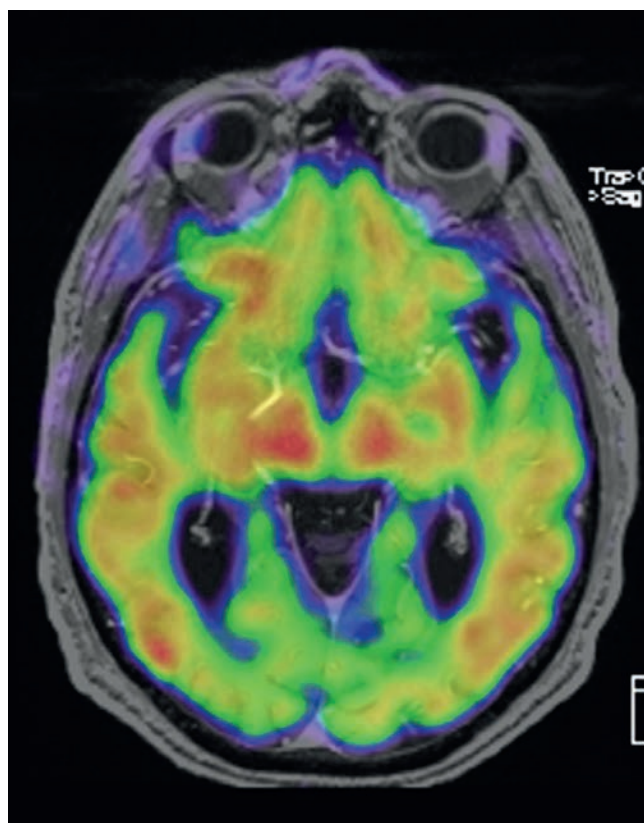
M. Alzheimer statistisch-parametrische Analyse
MRT 3D mpRAGE



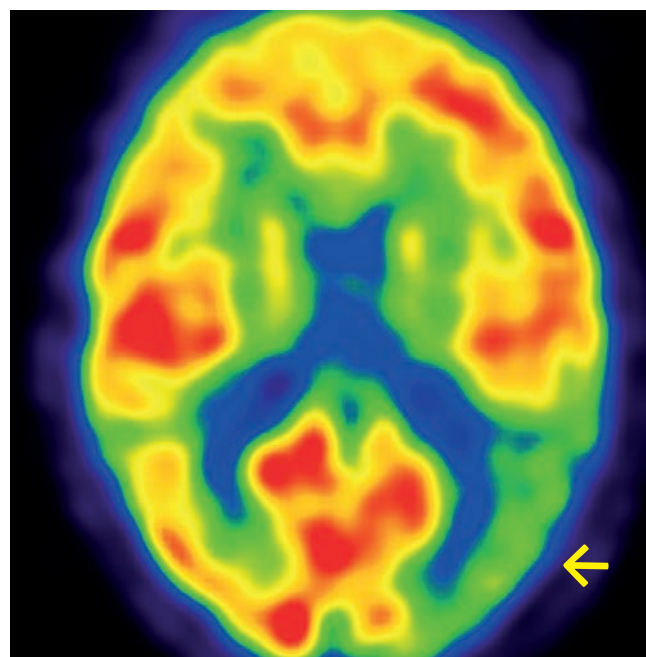
Mediainsult rechts FDG-MRT-PET Fusion



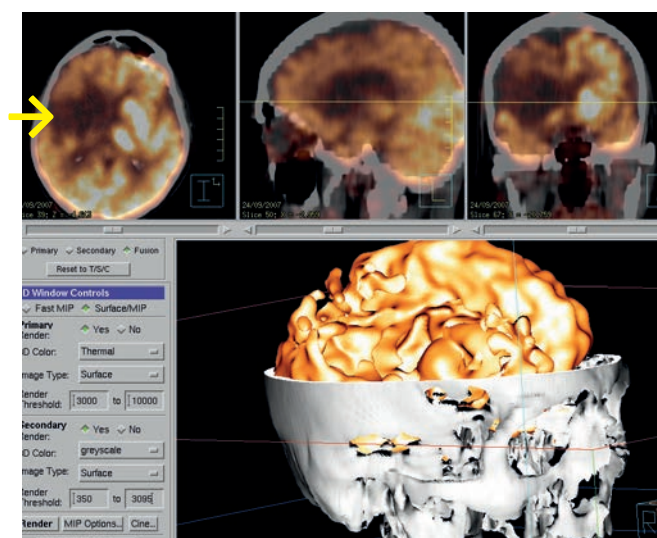
Demenz vom Alzheimertyp DAT FDG-PET
relativ hypermetabole Bereiche Motor Cortex



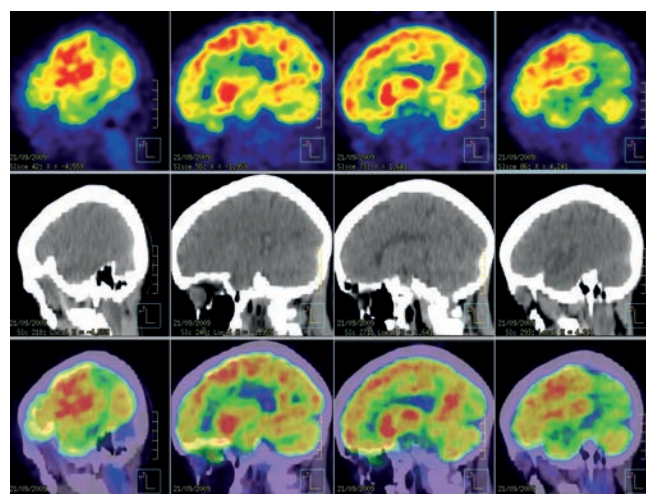
M. Alzheimer Amyloid PET-MRT Fusion
Florbetaben-positiver Befund



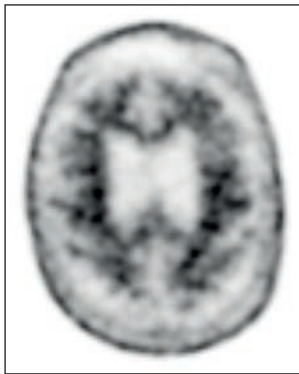
Fortgeschrittener M. Alzheimer FDG-PET axial



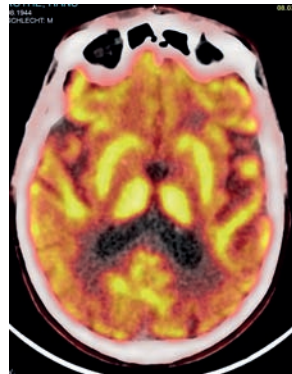
Mediainfarkt rechts FDG-PET/CT



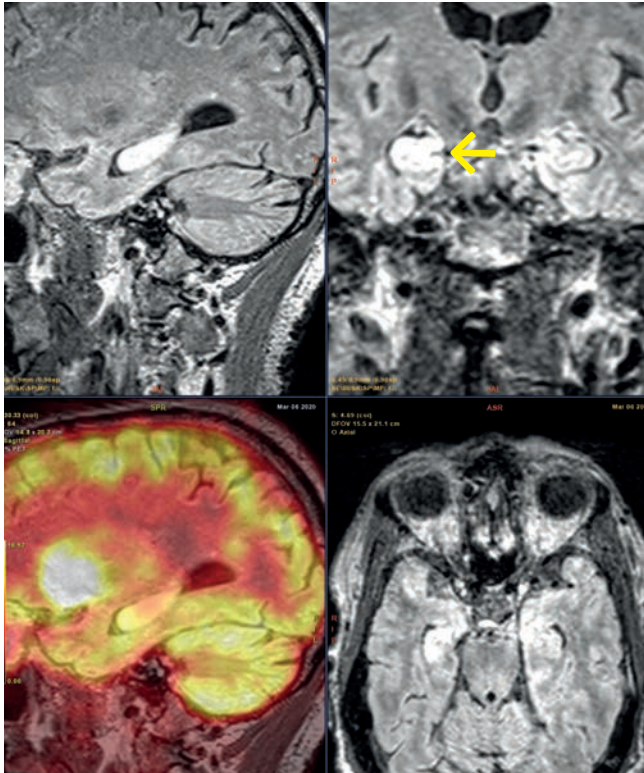
Fortgeschrittener M. Alzheimer FDG-PET/CT



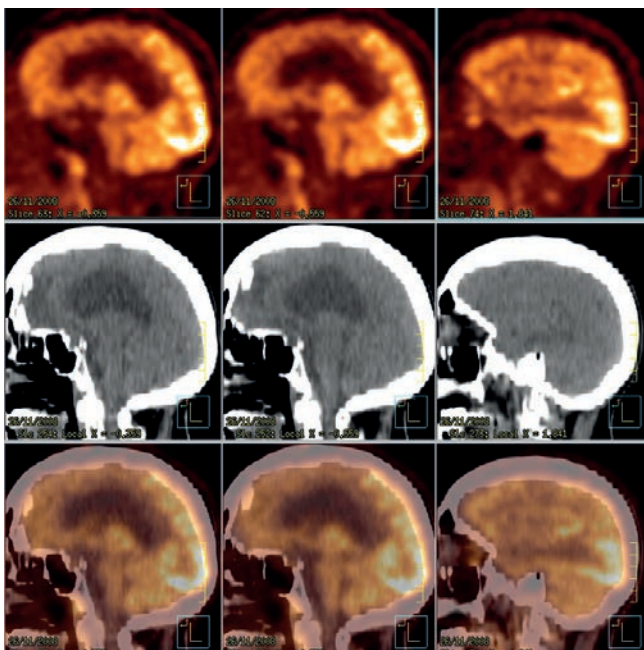
Florbetaben PET
negativer Befund



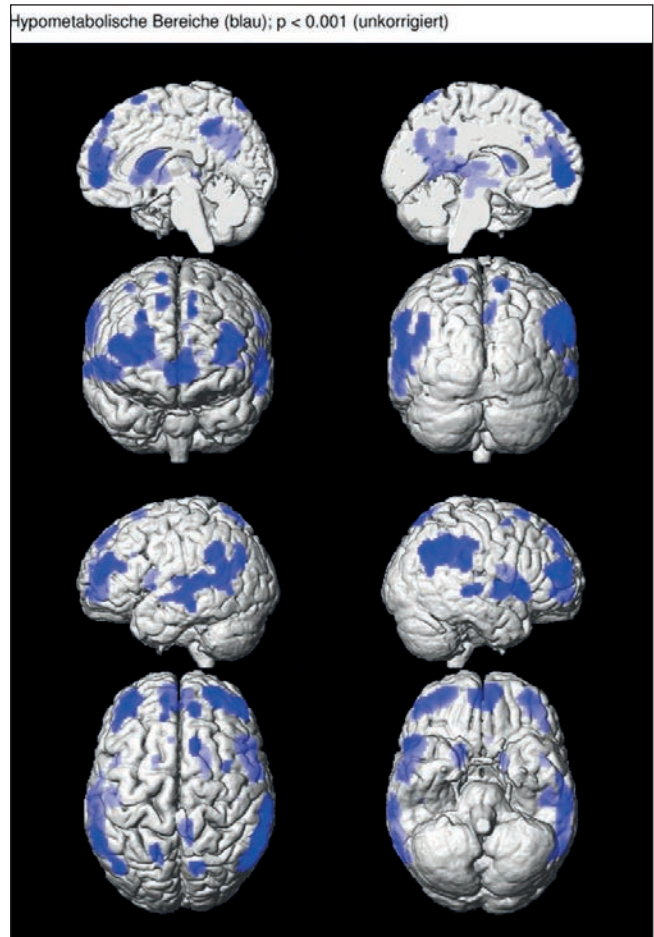
Florbetaben PET/CT
positiver Befund



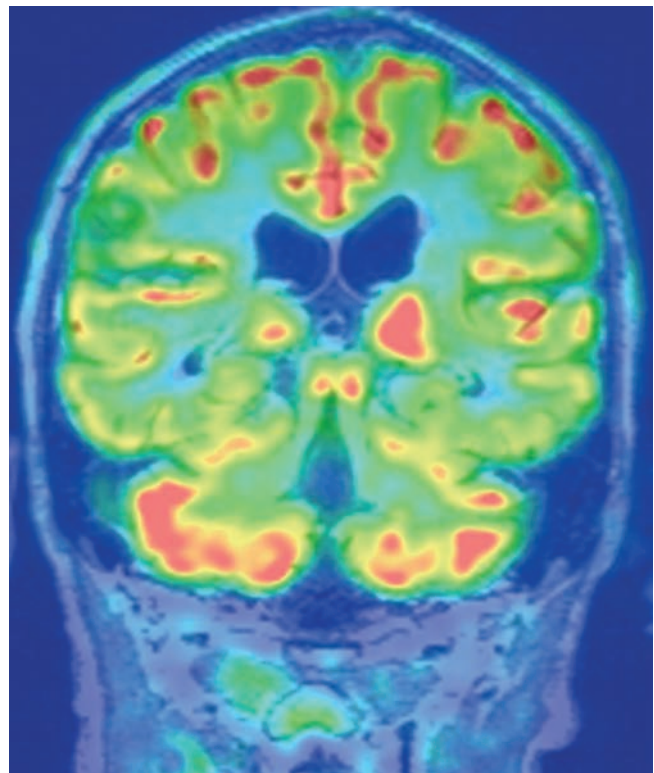
Limbische Enzephalitis rechts FDG-PET-MRT Fusion



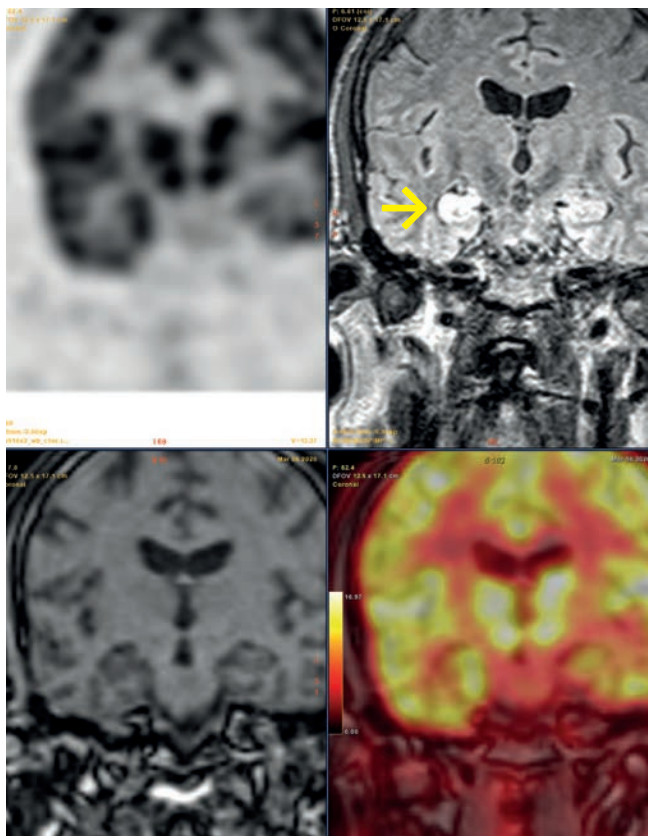
Frontotemporale Demenz M. Pick FDG-PET/CT



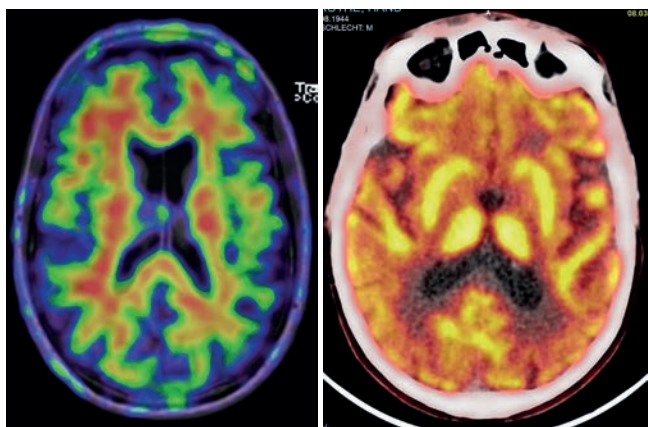
Demenz vom Alzheimerstyp FDG PET
statistisch-parametrische Analyse hypometabole Be-
reiche biparietal bitemporal Praecuneum



Florbetaben PET-MRT Fusion positiver Befund

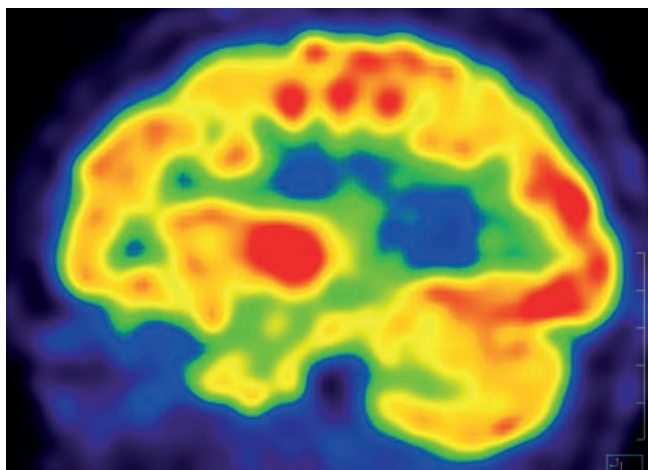


Limbische Enzephalitis rechts FDG PET-MRT Fusion

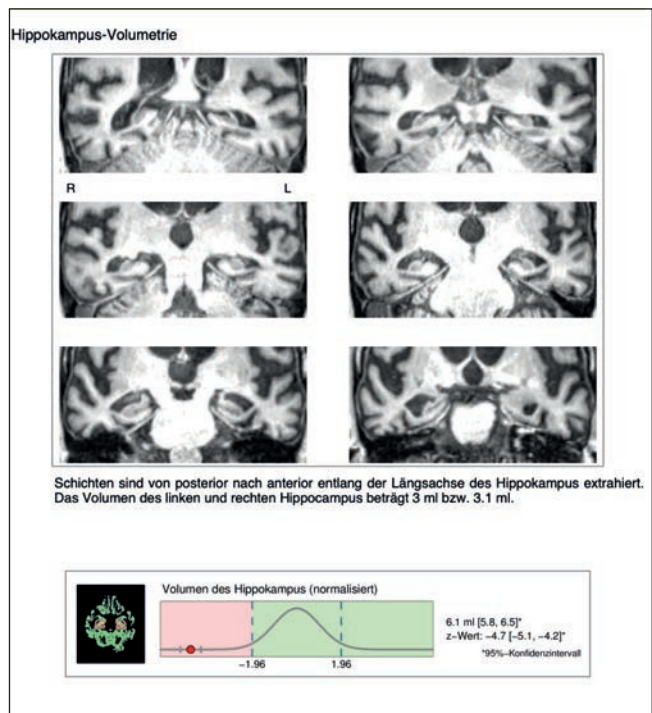


Florbetaben PET-MRT
negativer Befund

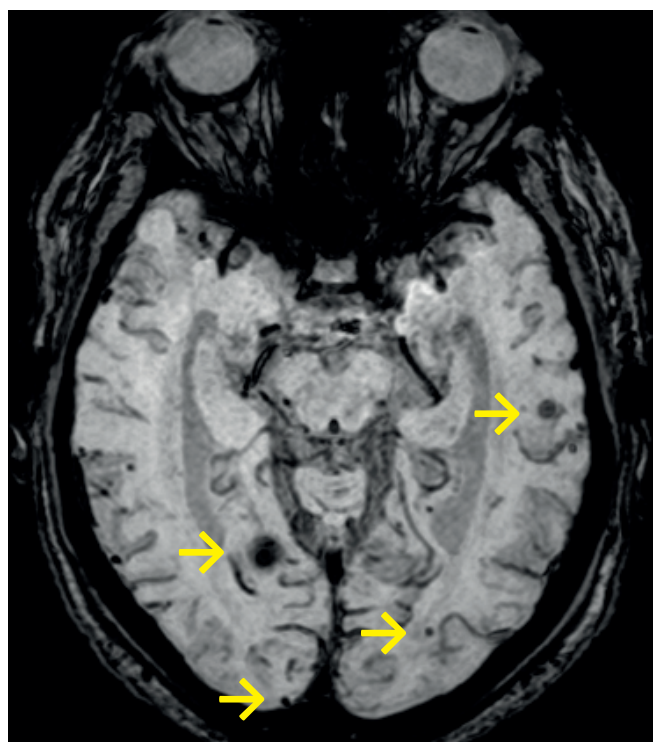
Florbetaben PET/CT
positiver Befund



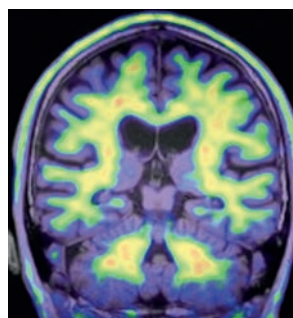
M. Alzheimer FDG-PET sagittal



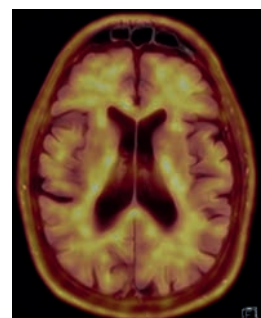
DAT MRT Hippocampusvolumetrie



Cerebrale Amyloidangiopathie SWI MinIP



coronare FLAIR



axiale T1W

Lewy Body Disease Florbetaben PET-MRT Fusion