

universimed

3

FALLBERICHTE

CASE REPORTS

© iam - stock.adobe.com

Das Spektrum kognitiver Störungen im Alter
Fallbeispiele zur Anwendung von EGB 761[®]
(Ginkgo biloba) bei SCD, MCI und Komorbiditäten

EDITORIAL

SCD, MCI und Demenz – die Rolle der Hausarztmedizin

Prof. Dr. med. **Thomas Rosemann, PhD**

Institutsdirektor

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Die Langzeitbetreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist eine der Kernaufgaben der Hausarztmedizin und die Evidenz zeigt, dass diese Kontinuität die Lebensqualität und Lebensdauer der Patientinnen und Patienten steigert.¹ Gerade weil die Hausarztmedizin erste und kontinuierliche Anlaufstelle für ältere und chronisch kranke Menschen ist, ist dies auch der Ort, wo demenzielle Erkrankungen oftmals erstmals wahrgenommen, diagnostiziert und im Verlauf begleitet werden. Dabei stehen nicht selten Angehörige ebenso im Fokus der Aufmerksamkeit wie die Betroffenen selbst.

2018 wurden in einem nationalen Schweizer Survey Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte nach ihrem Vorgehen bei Demenzerkrankungen befragt.² In Bezug auf die Diagnose gaben dabei 57% der Befragten an, dass es die Angehörigen waren, denen kognitive Einschränkungen aufgefallen waren, in 49% der Fälle waren es die Betroffenen selbst und in fast der Hälfte der Fälle war es die Hausärztin oder der Hausarzt, dem die kognitiven Einschränkungen auffielen. Die Diagnose bereitet nach eigenen Angaben den Ärztinnen und

Ärzten mehrheitlich (64%) keine Probleme. Als häufigste Tests zur Sicherung der Diagnose einer demenziellen Erkrankung wurden die Mini-Mental-Status-Examination (MMSE) mit 84,9%, der Uhrenzeichentest mit 83,8% und der Trail Making Test mit 43,85% genannt.

Auch bei den demenziellen Erkrankungen wird die Rolle der Hausarztmedizin als koordinierender Spezialität deutlich, denn die Einbindung der Spezialistinnen und Spezialisten ist für fast alle Hausärztinnen und Hausärzte fest etabliert und die grosse Mehrheit ist mit der Zugänglichkeit und der Zusammenarbeit auch sehr zufrieden. Über drei Viertel (75,7%) weisen ihre Patientinnen und Patienten ambulant einer Memory Clinic zu, 37,9% in die ambulante Neurologie, 32,5% in die Neuropsychologie, 18,3% in die Geriatrie und 13,4% in die Psychiatrie.

Wenn die Diagnose einer Demenz gestellt ist, kommt der Beratung der Angehörigen (71%) gemäss Survey eine grosse Bedeutung zu, ebenso der Fahrtauglichkeitsuntersuchung (66%) und der Optimie-

zung des kardiovaskulären Risikomanagements (63%). Die Komplexität der Erkrankung, gerade auch in kommunikativer Hinsicht im Kontext einer Demenzerkrankung prädestiniert diese Erkrankung für interprofessionelle Behandlungsansätze, etwa durch speziell geschultes Pflegepersonal. Studien belegen, dass dies die Behandelnden ebenso entlasten kann wie die Betroffenen und ihre Angehörigen.³

Das Vertrauen in die pharmakologischen Behandlungsansätze ist in der Schweiz übrigens vergleichsweise gering, in einem Fallvignettenbeispiel eines Demenzpatienten sahen nur 29% Acetylcholinesterasehemmer oder Memantine regelmässig indiziert. Weit mehr Vertrauen geniessen pflanzliche Präparate: immerhin 56% der Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, regelmässig oder in der Mehrzahl der

Fälle demenzieller Erkrankungen Ginkgo-biloba-Präparate zu verordnen. Diese Ergebnisse reflektieren die in diesem Heft wiedergegebenen Erfahrungen der Fallberichte somit sehr gut.

Literatur:

- 1 Bazemore A et al.: *The impact of interpersonal continuity of primary care on health care costs and use: a critical review. Ann Fam Med* 2023; 21: 274-9
- 2 Giezendanner S et al.: *Early diagnosis and management of dementia in general practice - how do Swiss GPs meet the challenge? Swiss Med Wkly* 2018; 148: w14695
- 3 Thyrian JRet al.: *Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry* 2017; 74: 996-1004

EDITORIAL

Zusammenhang zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und ihren Komorbiditäten

Prof. Dr. med. **Andreas Zwergal**

Neurologische Klinik und Poliklinik & Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum (DSGZ)
LMU Klinikum, Campus Großhadern, München

Demenzen gehören zu den häufigsten Gründen für eine gesundheitliche Beeinträchtigung weltweit. Nach WHO-Angaben sind derzeit 55 Millionen Menschen an Demenz erkrankt.¹ Bis zum Jahr 2050 wird eine Verdreifachung der Fälle erwartet. Milde kognitive Einschränkungen als Vorstufe einer Demenz sind noch deutlich häufiger, die Dunkelziffer nicht diagnostizierter Fälle ist beträchtlich. Obwohl bei demenziellen Entwicklungen die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen etwa des Gedächtnisses für die Diagnose im Vordergrund steht, leiden Betroffene häufig auch unter nichtkognitiven Begleitsymptomen und Komorbiditäten wie Depression, Angst, Schwindel, Gangunsicherheit und Stürzen. Diese Komorbiditäten sollten nicht vernachlässigt werden, da sie ausgesprochen relevant für die Lebensqualität der Betroffenen sind und Ansatzpunkte für die Modifikation von Krankheitsverläufen und Sekundärkomplikationen bieten.

Den wechselseitigen Zusammenhang zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und ihren Komorbiditäten kann man sich gut am Beispiel von Schwindel, Gleichgewichts- und Gangstörungen veranschaulichen. Nach aktuellen Metaanalysen geben 30–50% der an Demenz Erkrankten Schwindel als Begleitsymptom an.² Umge-

kehrt lässt sich bei Patienten, die sich mit dem Leitsymptom eines chronischen Schwindels in einer Schwindelambulanz vorstellen, in einem Drittel der Fälle eine kognitive Beeinträchtigung nachweisen. Für diese Konstellation wurde kürzlich der eigenständige Krankheitsbegriff «dizziness in cognitive impairment» (DCI) etabliert.³ Bei diesen Personen lassen sich auch Veränderungen im Gangmuster nachweisen, wie zum Beispiel eine Verlangsamung der Ganggeschwindigkeit bei gleichzeitiger kognitiver Beanspruchung («dual task»). Gangveränderungen können bereits in einem frühen Stadium einer kognitiven Beeinträchtigung auftreten («motor cognitive risk syndrome»)⁴

Wie kann man sich nun den Zusammenhang zwischen demenziellen Erkrankungen und sensomotorischen Begleitsymptomen wie Schwindel, Gleichgewichts- und Gangstörungen pathomechanistisch vorstellen? Neurodegenerative Prozesse können zerebrale Netzwerke betreffen, die sowohl in die Verarbeitung kognitiver Funktionen als auch in die Prozessierung von Sinneswahrnehmungen und die Kontrolle von Bewegung involviert sind (Abb. 1). Besonders relevant sind hier fronto-parieto-insuläre Kortexareale. Patienten mit Abbauprozessen in dieser Region zeigen Zei-

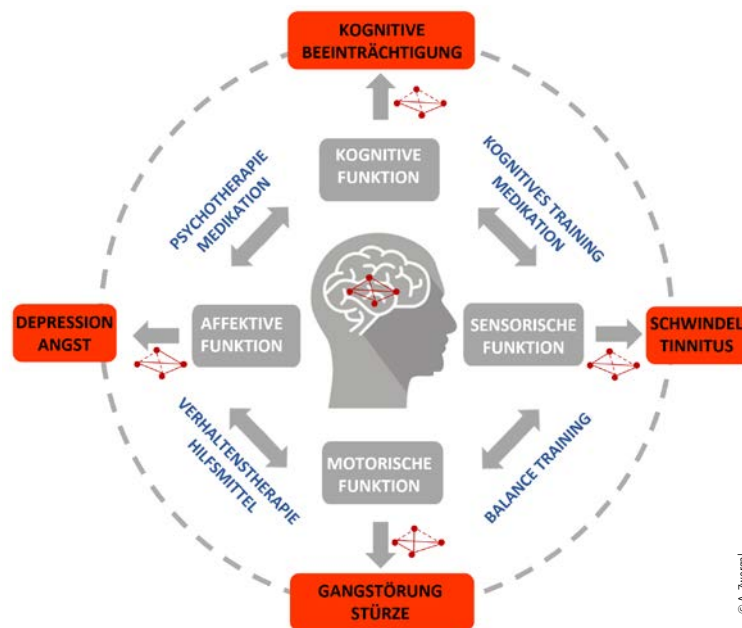


ABB. 1: Störungen zerebraler Netzwerke, die zu einer kognitiven Beeinträchtigung führen, können auch andere Hirnfunktionen wie Sensorik, Motorik und Affektion betreffen. Entsprechend klagen Betroffene häufig über Begleitsymptome wie Schwindel, Gangstörung, Depression und Angst. Interaktionen zwischen den Funktionsdomänen können durch übende Therapien oder Medikamente aktiv beeinflusst werden

chen einer kognitiven Störung (z. B. Orientierungs- oder Aufmerksamkeitsdefizite), aber gleichzeitig auch Sinnesstörungen wie Schwindel. Die Bedeutung kognitiver und sensorischer Störungen geht dabei deutlich über eine reine Koinzidenz hinaus. Schwindel, Gleichgewichts- und Gangstörungen bei kognitiven Beeinträchtigungen können zu einem Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, einer geringeren körperlichen Aktivität und sozialer Deprivation führen. Auf diese Weise entwickelt sich ein Teufelskreis aus Inaktivität und einem Fortschreiten des kognitiven Abbaus.

Umgekehrt bietet die Behandlung von Begleitsymptomen und Komorbiditäten auch eine Chance für einen adjuvanten krankheitsmodulierten Ansatz. Aktive tägliche Kraft-, Ausdauer- und Gleichgewichtsübungen von mindestens 30 Minuten Dauer können sich positiv auf die kognitive Funktion auswirken.⁶ Zudem können Medikamente eingesetzt werden, die sowohl die kognitive Beeinträchtigung als auch die sensorische Begleitsymptomatik adressieren. Für den polyvalenten Ginkgo-biloba-Extrakt EGB 761® z. B. gibt es eine sehr gute Evidenz bei der Behandlung kognitiver Störungen⁶ und für die Linderung von Schwindel als Begleitsymptomatik einer Demenz.²

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei Patienten mit einer kognitiven Einschränkung in einem integrierten neuropsychiatrischen Ansatz das Auftreten von Komorbiditäten und Begleitsymptomen erfasst werden und der multimodale therapeutische Ansatz patientenindividuell angepasst werden sollte.

Literatur:

- 1 World Health Organization: Global status report on the public health response to dementia. Geneva, WHO: 2021
- 2 Spiegel R et al.: Ginkgo biloba extract EGB 761® alleviates neurosensory symptoms in patients with dementia: a meta-analysis of treatment effects on tinnitus and dizziness in randomized, placebo-controlled trials. *Clin Interv Aging* 2018; 13: 1121-7
- 3 Felfela K et al.: Evaluation of a multimodal diagnostic algorithm for prediction of cognitive impairment in elderly patients with dizziness. *J Neurol* 2024; 271: 4485-94
- 4 Skillbäck T et al.: Slowing gait speed precedes cognitive decline by several years. *Alzheimers Dement* 2022; 18: 1667-76
- 5 Ngandu T et al.: A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 2255-63
- 6 DGN e.V. & DGPPN e.V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Demenzen, Version 4, 8.11.2023

FALLBERICHT 1

MCI und Schwindel auf dem Boden einer vaskulären Leukenzephalopathie



Dr. med. **Ansgar Fellbecker**
Leitender Arzt, Klinik für Neurologie
Kantonsspital St. Gallen

Anamnese und Befunde

Die 63-jährige Patientin wird vom Hausarzt wegen Gedächtnisstörungen und Schwindel zugewiesen. Der Hausarzt hatte bereits eine Blutdruck- und Labordiagnostik durchgeführt, zudem eine körperliche Untersuchung, welche keine Auffälligkeiten erbrachte. Wegen wiederholt zu hoher Blutdruckwerte wurde eine antihypertensive Therapie mit Candesartan begonnen. Aufgrund einer depressiven Phase vor über 20 Jahren nimmt die Patientin dauerhaft Fluoxetin und Flupentixol/Melitracen ein. Den Nikotinkonsum hat sie vor 5 Jahren sistiert.

Auf genaue Nachfrage gibt sie an, dass die Gedächtnisstörungen nur in bestimmten Situationen auftreten. Am meisten störe es sie bei ihrer Arbeit in einer Arztpraxis und beim Spielen mit den Enkelkindern. Sie sei nicht mehr stressresistent und multitaskingfähig. Bei der Arbeit seien Fehler passiert, sie habe sie aber immer selbst bemerkt und korrigieren können. Dies strengt sie aber an und mache sie müde. In solchen

Situationen trete auch der Schwindel auf, sie fühle sich «wie auf einem Schiff» und unsicher. In der Fremdanamnese mit dem Ehemann werden die Symptome bestätigt. Aus seiner Sicht seien sie sehr wechselhaft, es gebe gute und schlechte Tage, ohne erkennbaren Auslöser.

Klinisch-neurologisch zeigt sich ein unauffälliger Befund. Auch die schwindelspezifische Untersuchung ergibt keine pathologischen Befunde. Aktuell zeigt die Patientin keine depressiven Symptome. In der neuropsychologischen Diagnostik lassen sich leichte bis mittelschwere Defizite objektivieren, insbesondere im Bereich der exekutiven Funktionen, in den Gedächtnisaufgaben und bei der Aufmerksamkeit. Das zerebrale MRI zeigt eine fortgeschrittene mikrovaskuläre Leukenzephalopathie (Fazekas 2–3) sowohl supra- als auch infratentoriell. Auf eine Biomarkerdiagnostik mittels Liquorpunktion wird auf Wunsch der Patientin vorerst verzichtet.

«Die Diagnose eines MCI stellt eine Chance dar, notwendige präventive und therapeutische Massnahmen gemeinsam mit dem Patienten effektiv umzusetzen.»

Diagnose

Es wird aufgrund der objektivierbaren, im Alltag aber noch weitgehend kompensierten Defizite ein «Mild Cognitive Impairment» (MCI) auf dem Boden einer vaskulären Leukenzephalopathie diagnostiziert. Daneben besteht ein unsystematischer Schwindel aufgrund einer situationsgebundenen kognitiven Überforderung.

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen & Therapie

Die Befunde werden mit der Patientin ausführlich besprochen. Sie ist erleichtert, dass sich die Beschwerden objektivieren liessen, ist angesichts der deutlichen Leukenzephalopathie aber auch sehr besorgt. Wir leiten gemeinsam ein Massnahmenpaket ab: Zuerst will sie an ihren Risikofaktoren arbeiten, eine leichte sportliche Aktivität aufnehmen und den Blutdruck zusammen mit dem Hausarzt konsequent einstellen. Ihr abwechslungsreiches Sozialleben wird sie weiter pflegen und bereits jetzt Massnahmen treffen, damit sie nach der Pensionierung weiterhin sozial sehr gut vernetzt bleibt.

Sie nimmt das Angebot einer MBSR-Gruppentherapie («mindfulness-based stress reduction») wahr, welches eine sehr sinnvolle Möglichkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung und Stärkung der Stressresistenz darstellt. Daneben wird Ergotherapie zum Erlernen kognitiver Trainings verordnet. Zudem wird eine Therapie mit dem Ginkgo-biloba-Extrakt EGB 761® (Tebokan®) in einer Dosis von 240mg/d begonnen.

Verlauf

Bei der neurologischen Verlaufskontrolle nach 6 Monaten berichtet die Patientin von einem positiven Verlauf. Sie bemerke die Probleme zwar noch, die Gedächtnisstörungen würden sie aber weniger «stressen». Interessanterweise sei auch der Schwindel in den letzten Wochen kaum mehr aufgetreten. Auch der Ehepartner hat den Eindruck, dass die Massnahmen greifen und sie im Alltag wieder leistungsfähiger ist. Sie habe wieder Vertrauen in die eigenen kognitiven Fähigkeiten.

FAZIT

Ein MCI ist eine häufige Diagnose jenseits des 60. Lebensjahrs. Es kann den Beginn einer neurodegenerativen oder vaskulären kognitiven Erkrankung widerspiegeln. Der Zustand kann jedoch auch noch reversibel sein. Insofern ist es ein ideales Gebiet für den Beginn präventiver und therapeutischer Massnahmen. Die Betroffenen können dies in diesem Stadium oft besser annehmen, da sie durch die bereits objektivierbaren Befunde die Dringlichkeit spüren. Eine Pharmakotherapie mit einem Ginkgo-Präparat (wie z.B. Tebokan®) kann in dieser Phase die weiteren therapeutischen Massnahmen sehr gut unterstützen. Wichtig ist aber, dass die Patientin versteht, dass nur ein multimodaler Ansatz aus Lifestyle-Modifikation, Behandlung vaskulärer Risikofaktoren, Pflege von Sozialkontakten und Pharmakotherapie Erfolg versprechend ist.

FALLBERICHT 2

Gemischte Demenz, Alzheimer- und vaskuläre Demenz



Dr. med. Pio Eugenio **Fontana**
Medicina Interna e Geriatria, FMH
Medico Responsabile del Reparto di Geriatria, Clinica Moncucco di Lugano

Anamnese und Befunde

MB, eine 78-jährige Frau, wurde uns zugewiesen, weil sie wiederholt die gleichen Dinge fragt, kürzliche Ereignisse vergisst und gelegentlich Wortfindungsschwierigkeiten hat. Eine der Töchter, die MB begleitet, erzählte, dass ihre seit drei Jahren verwitwete Mutter weniger auf ihre Ernährung achte und auch ihre Kleidung vernachlässige. Die Hausarbeit erledige sie noch selbst, gehe einkaufen und besuche ihre Töchter, die in der Nähe wohnen. Sie verlasse das Viertel aber nicht mehr und nehme nur ungern öffentliche Verkehrsmittel. Bei den Zahlungen helfe eine Tochter. MB hat nie geraucht, trinkt 1 Glas Wein pro Tag, nimmt Candesartan 16 mg wegen Bluthochdruck, Metformin 500mg wegen eines Typ-2-Diabetes und Rosuvastatin 10mg wegen einer Dyslipidämie. Blutzucker und Blutdruck waren zufriedenstellend eingestellt.

Beim ersten Besuch zeigte sich MB kooperativ und war sich ihrer Schwierigkeiten teilweise bewusst. Bei der anamnestischen Rekonstruktion zeigte sich eine deutliche Gedächtnisschwäche, die mehrmals das Eingreifen der Tochter erforderte. Die Stimmung war leicht gedämpft, keine psychotischen Elemente. Die internisti-

sche Untersuchung war unauffällig. Im Mini-Mental-Test erreichte MB 22/30, beim Uhrentest 1/5 und auf der GDS-4 1/4 Punkten. Die Laborwerte (einschliesslich Ferritin, TSH, Vitamin B12 und Folsäure) waren normal. Das MRI des Gehirns zeigte eine beidseitige Hippocampusatrophie (Scheltens 2) und eine Hyperintensität der weissen Substanz (Fazekas 2). Die gründliche neuropsychologische Untersuchung bestätigte das Vorhandensein einer kognitiven Beeinträchtigung mit Defiziten im Kurzzeitgedächtnis, im visuell-konstruktiven Bereich, in den exekutiven Funktionen (frontale Enthemmung, Verschiebung und geistige Flexibilität), im semantischen Fluss und in der logisch-abstrakten Fähigkeit. Die neurologische Untersuchung war ansonsten unauffällig.

Diagnose

Es wurde die Diagnose einer wahrscheinlichen gemischten Demenz, Alzheimer- und vaskuläre Demenz, Grad CDR-1, gestellt.

Weiteres Vorgehen und Therapie

Beim zweiten Gespräch, in Anwesenheit der Töchter, fasste ich die Untersuchungsergebnisse zusammen und erläuterte die Diagnose und ihre Konsequenzen aus

«Es lohnt sich, vom Zeitpunkt der Diagnose an zusätzlich zu den nicht-pharmakologischen und organisatorischen Massnahmen alle Wirkstoffe einzusetzen, die den kognitiven Verfall verlangsamen können.»

medizinischer, therapeutischer, organisatorischer und rechtlicher Sicht. Insbesondere sprach ich den progressiven Charakter der Krankheit an, der zu einer mehr oder weniger langsamen Verschlechterung der kognitiven und funktionellen Leistungen führt. Ich erklärte, dass es heute möglich ist, diese Verschlechterung aufzuhalten, aber nicht endgültig zu verhindern. Anschliessend betonte ich, wie wichtig es ist, ein «Pflegesystem» mit den folgenden Elementen aufzubauen: 1) bewusste Mitarbeit von MB, soweit dies möglich ist; 2) koordinierte Unterstützung durch Familienangehörige; 3) Unterstützung der Familie bei der Überwachung der Medikamenteneinnahme, der Ernährung und der Körperpflege durch einen ambulanten Pflegedienst; 4) Teilnahme an einem Gedächtniskurs; 5) Einsatz einer Familienhelferin für komplexere Reinigungsaufgaben; 6) mögliche Unterstützung durch die Schweizerische Alzheimervereinigung; 7) mögliche Intervention des Sozialdienstes von Pro Senectute; 8) enge Zusammenarbeit von Hausarzt, Geriater, Pflegedienst und Familie.

Für die medikamentöse Therapie schlug ich eine Behandlung mit einer Kombination aus einem Cholinesterasehemmer, Memantin und einem Ginkgo-biloba-Präparat vor. Die Therapie wurde mit 5mg Donepezil und 240mg Tebokan® gestartet, nach 4 Wochen wurde die Donepezil-Dosis bei guter Verträglichkeit auf 10 mg erhöht. Im darauffolgenden Monat kam Memantin in steigender Dosis bis 20mg/d dazu.

Verlauf

Sechs Monate später nimmt die Patientin regelmässig ihre vier Medikamente, wird vom ambulanten Pflegedienst betreut, mit dem sie sich gut versteht, nimmt an einem Gedächtniskurs teil, und ihre Stimmung hat

sich verbessert. Nach Angaben ihrer Töchter ist sie tagsüber klarer und ruhiger. Bei den kognitiven Tests haben sich einige Werte in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Ausdruck verbessert. Die anderen Bereiche sind stabil.

FAZIT

Dieses Fallbeispiel zeigt exemplarisch, welche Beurteilungs- und Betreuungsmethoden unsere Memory Clinic älteren Menschen mit beginnender Alzheimer-Krankheit oder gemischter Demenz anbietet. Unser übliches Vorgehen mit der Verordnung einer Kombination aus einem Cholinesterasehemmer, Memantin und einem standardisierten Ginkgo-biloba-Präparat von Anfang an wird durch ausreichende wissenschaftliche Literatur gestützt und ist auch in anderen spezialisierten Zentren sowohl in der Schweiz als auch im Ausland gängige Praxis. Die Idee besteht darin, vom Zeitpunkt der Diagnose an alle Wirkstoffe einzusetzen, die den kognitiven Verfall verlangsamen können, während wir darauf warten, dass die neuen Behandlungen, die in den nächsten 2 bis 3 Jahren erwartet werden, zugelassen werden. Die nicht-pharmakologischen und organisatorischen Bereiche sind in diesem Zusammenhang jedoch ebenso wichtig.

FALLBERICHT 3

Verdacht auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI) mit interkurrentem akutem Tinnitus

Dr. med. **Alfons Michael Schwarz**FMH Allgemeine Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie
Basel

Anamnese und Befunde

P. M., ein 78-jähriger pensionierter Mathematik- und Physiklehrer ist seit mehreren Jahren in meiner hausärztlichen Betreuung aufgrund einer arteriellen Hypertonie. Er hat einen sehr eigenwilligen Charakter und eine kritische Haltung gegenüber medizinischen Interventionen (Vater war Arzt), was sich unter anderem in der Ablehnung einer lipidsenkenden Therapie zeigt, trotz deutlicher Dyslipidämie, bekannter familiärer Belastung mit koronarer Herzkrankheit und einem St. n. 40 Packyears.

P. M. lebt mit seiner Ehefrau, die ebenfalls in meiner hausärztlichen Behandlung ist. Sie beklagte mehrfach eine zunehmende Vergesslichkeit ihres Mannes, welche von ihm aber vehement abgestritten werde. Auf ihre wiederholten Aufforderungen, dies ärztlich abklären zu lassen, reagiere ihr Mann gereizt und lehne Untersuchungen ab.

Bei der Konsultation macht P. M. einen geordneten Eindruck und zeigt im Gespräch keine offensichtlichen kognitiven Defizite. Eine Demenzabklärung mittels Minimalstatus und Uhrentest lehnt er ab und betont, er werde sich melden, sobald er selbst Gedächtnisprobleme bemerke.

Diagnose

Aufgrund der beschriebenen Symptome durch die Ehefrau und der Weigerung des Patienten, eine weitergehende Diagnostik zuzulassen, ist die Diagnose einer beginnenden Demenz nicht sicher zu stellen. Eine Verdachtsdiagnose, zumindest auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI), kann jedoch in Betracht gezogen werden.

«Manchmal resultiert aus einer neuen Erkrankung, eine Änderung der Haltung des Patienten gegenüber medizinischen Massnahmen. Dies kann primär unbeabsichtigte, positive Effekte auf ein anderes medizinisches Leiden haben.»

Weiteres Vorgehen und Therapie

Zu Beginn dieses Jahres kam es zu einem Wendepunkt, als bei P. M. ein akuter Tinnitus auftrat. Der Patient, der sonst stets zögerlich gegenüber ärztlichen Interventionen war, meldete sich notfallmässig in meiner Praxis, da der Tinnitus für ihn eine erhebliche Belastung darstellte. Ich verordnete eine 10-tägige Therapie mit Prednison und zusätzlich Tebokan® zur Förderung der Mikrozirkulation. Innerhalb weniger Tage zeigte sich eine deutliche Besserung, und der Tinnitus verschwand dauerhaft nahezu vollständig.

Verlauf

Seither nimmt der Patient zur Rezidivprophylaxe regelmässig Tebokan® ein, mit guter Compliance. Interessanterweise berichtete die Ehefrau im weiteren Verlauf, dass sich das Gedächtnis ihres Mannes in letzter Zeit wieder etwas zu verbessern scheine. Der Patient selbst streitet weiterhin Gedächtnisprobleme ab.

FAZIT

Dieser Fall verdeutlicht die Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Betreuung von Patienten mit potenzieller kognitiver Beeinträchtigung, die ihre Symptome abstreiten, sich gegen eine Diagnostik sträuben oder eine Therapie ablehnen. Eine andere gesundheitliche Problematik – der Tinnitus – ermöglichte bei diesem Patienten die (erfolgreiche) Behandlung einer Verdachtsdiagnose. Die anhaltende Einnahme von Tebokan® und die mutmasslich hieraus resultierende Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit, die von der Ehefrau berichtet wird, unterstreichen die komplexe Dynamik in der Wahrnehmung und Akzeptanz von Gesundheitsproblemen und deren Behandlung.

EGb 761®



Sie kann immer noch alleine ihren Garten pflegen.

Die Demenz hinausschieben.¹⁻⁶

Neue Tebokan® Kompakttablette



alte Tablette 240 mg neue Tablette 240 mg

Tebokan® 240

Ginkgo-biloba-Spezialextrakt EGb 761®



- 1x 240 mg am Tag¹
- Kassenzulässig, Liste B^{1,7}
- Eigener Ginkgo-Anbau⁸

Gekürzte Fachinformation Tebokan® 120 / Tebokan® 240: Z: 1 FT enthält 120 mg bzw. 240 mg Ginkgo-biloba-Extrakt (EGb 761®) [DEV 35-67:1], quantifiziert auf 26,4-32,4 mg bzw. 52,8-64,8 mg Flavonglykoside und 6,48-7,92 mg bzw. 12,96-15,84 mg Terpenlactone (Ginkgolide, Bilobalid), Auszugsmittel; Aceton 60% m/m. **I:** Symptomatische Behandlung von Einbrüchen der mentalen Leistungsfähigkeit, Adjuvans bei ausgeschöpftem Gehirntuning bei Claudicatio intermittens, bei Vertigo und Tinnitus. **D:** Morgens und abends 1 FT (120 mg) bzw. 1x täglich 1 FT (240 mg). **KI:** Überempfindlichkeit gegen Ginkgo-biloba-Extrakte. **UEW:** Sehr selten leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen. **I:** Eine Wechselwirkung mit Arzneimitteln, die die Blutgerinnung hemmen, kann nicht ausgeschlossen werden. **P:** 90 und 120 FT (120 mg) bzw. 30, 60 und 90 FT (240 mg). **VK:** B, kassenzulässig. **ZI:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch.
Referenzen: 1. Fachinformation Tebokan®; <https://www.swissmedinfo.ch/>; Stand: April 2022. 2. Kaschel R. et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345-370. 3. Kurz A et al., Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Nervenarzt 2004; 75: 6-15. 4. Tian J et al., Chinese herbal medicine Ginkgongshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y). 2019;5:441-449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/j.trci.2019.03.001. 5. Rainer M et al. Ginkgo biloba extract EGb 761 in the treatment of dementia: a pharmaco-economic analysis of the Austrian setting. Wien Klin Wochenschr. 2013;125(1-2):8-15. doi:10.1007/s00508-012-0307-x. 6. Bohliken J et al. Association Between Ginkgo Biloba Extract Prescriptions and Dementia Incidence in Outpatients with Mild Cognitive Impairment in Germany: A Retrospective Cohort Study. J Alzheimers Dis. 2022;86(2):703-709. doi:10.3233/JAD-215348. <https://www.spezialistenliste.ch/>; Tebokan®; Letzter Zugriff 4.7.2024. 8. Schmid W., Balz J. P., Cultivation of Ginkgo biloba L. On three continents. Acta Hort. 2005; 676, 177-180. 10.17660/actahortic.2005.676.23. **Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. Schwabe Pharma AG, Erlstrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi.**



Schwabe Pharma
From Nature. For Health.

12/2024