

Faktenblatt

Auswirkungen übermässigen Substanzkonsums auf die Entwicklung einer Demenz

Durch die demografische Alterung der Bevölkerung in der Schweiz sind jedes Jahr mehr Menschen von Demenz betroffen. Demenz ist aber keine unvermeidliche Folge des Alterns. Studien haben Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Lebensweise aufgezeigt, die verändert werden können. Dazu gehören neben der Ernährung auch der Konsum von Substanzen wie Tabak oder Alkohol. Dieses Faktenblatt gibt einen Überblick über die Thematik. Es beruht auf einer explorativen Studie, die das GREA im Auftrag des BAG durchgeführt hat.

FAKTEN & KENNZAHLEN

In der Schweiz leiden über **146 000** Menschen an Demenz.

Jedes Jahr kommen fast **32 000** Neuerkrankungen hinzu.

Das Alter ist der wichtigste (nicht veränderbare) Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz.

Es gibt weitere Risikofaktoren, die mit dem Lebensstil zusammenhängen und die veränderbar sind.

Übermässiger Alkoholkonsum ist mit einer **Verdreifachung** des Demenzrisikos allgemein und einer **Verdopplung** des Alzheimerrisikos verbunden.

14 % der Alzheimer-Erkrankungen weltweit sind potenziell auf Tabakkonsum zurückzuführen.

VERSTÄNDNISGRUNDLAGE

Demenz

Demenz ist ein meist chronisches oder fortschreitendes Syndrom, bei dem die kognitive Funktion (die Fähigkeit, Denkopoperationen durchzuführen), stärker beeinträchtigt ist, als es das normale Altern erwarten liesse [2]. Alzheimer Schweiz schätzt die Zahl der Menschen mit Demenz in der Schweiz im Jahr 2021 auf 146 500 und die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen (Inzidenz) auf 31 375 [3].

Risikofaktoren

Das Alter ist ein entscheidender Faktor für die Entwicklung einer Demenz: In der Altersgruppe der 80-89-Jährigen sollen 16 % an Demenz leiden, bei den über 90-Jährigen sollen es 40 % sein [4]. Demenz ist aber keine natürliche oder unvermeidliche Folge des Alters [2]. Verschiedene neuere Studien haben einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Demenz und Risikofaktoren des Lebensstils wie körperliche Inaktivität, unausgewogene Ernährung, aber auch exzessiver Alkohol- und Tabakkonsum aufgezeigt [5].

PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN

Um den schädlichen Auswirkungen des Konsums psychoaktiver Substanzen auf die Kognition Rechnung zu tragen, ist im DSM-5 seit 2015 die Diagnose «substanz-/medikamenteninduzierte schwere oder leichte neurokognitive Störung (NKS)» enthalten [6]. Schwere NKS ist gleichbedeutend mit Demenz.

Alkohol: 2020 nahm die *Lancet Commission* übermässigen Alkoholkonsum als veränderbaren Risikofaktor für Demenz auf [5]. Der Entscheid stützte sich auf eine sehr breite retrospektive Studie mit über 30 Millionen hospitalisierten Patientinnen und Patienten. Die Studie ergab, dass übermässiger Alkoholkonsum mit einer Verdreifachung des allgemeinen Demenzrisikos und einer Verdoppelung des Alzheimerrisikos verbunden ist [1].

Tabak: Mehrere Studien stellen einen Zusammenhang zwischen Rauchen und einem erhöhten Demenzrisiko fest [7]–[10]. Nach Schätzungen der WHO sind 14 % der Alzheimer-Erkrankungen weltweit potenziell auf Tabakkonsum zurückzuführen [11]. Mit dem Rauchen aufzuhören reduziert dieses Risiko und sollte entsprechend gefördert werden [12], [13].



Die Verschreibung von Benzodiazepinen, vor allem über längere Zeit, würde das Demenzrisiko um das **1,5-2-Fache** erhöhen.

Das Demenzrisiko würde mit der Anzahl verschriebener Medikamente steigen: Bei 5-9 Medikamenten beträgt die OR* **2,64**.

Abkürzung

*OR = Odds Ratio (Quotenverhältnis)

Benzodiazepine: Zahlreiche Studien erkennen einen starken Zusammenhang zwischen dem Konsum von Benzodiazepinen und kognitivem Abbau [14]–[16] oder Demenz [17]. Bei älteren Menschen, die Benzodiazepine (mit langer Halbwertszeit) konsumieren, soll das Risiko für die Entwicklung einer Demenz um 60 % erhöht sein [18]. Wer Benzodiazepine über einen längeren Zeitraum (länger als drei Monate) einnimmt, soll ein 1,5-2 Mal höheres Risiko für eine Demenz aufweisen als Menschen ohne längere Einnahme [19]. Schliesslich scheint das Demenzrisiko im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Benzodiazepinen auch mit der Dosis zu steigen [20]. Trotz einer grossen Anzahl von Studien kommt eine aktuelle Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass die Kriterien, die erforderlich sind, um eine kausale Beziehung zwischen Benzodiazepinen und Demenz stark zu stützen, nur teilweise erfüllt sind [21].

Polypharmazie: Polypharmazie, insbesondere wenn sie Psychopharmaka und Anticholinergika umfasst, wird in zahlreichen Studien mit kognitiven Störungen in Verbindung gebracht [22], [23]. Eine breitangelegte Studie zeigt, dass ein Zusammenhang zwischen Polypharmazie und der Entwicklung einer Demenz besteht, und dass das Demenzrisiko proportional zur Anzahl der verschriebenen Medikamente steigt: *OR bei 1-4 Medikamenten 1,72; bei 5-9 Medikamenten 2,64 und bei 10 und mehr Medikamenten 3,35 [24].

FAZIT

Aufgrund des Alkohol- und Tabakkonsums bei Jüngeren, der (Über-)Verschreibung von Benzodiazepinen sowie der Polypharmazie bei Älteren könnte die Zahl der Menschen mit Demenz in den nächsten Jahren stärker steigen als die demografische Alterung erwarten liesse.

- Eine Sensibilisierung der Bevölkerung für die Demenzrisiken von übermässigem Alkohol- und Tabakkonsum und den Nutzen, wenn der Alkoholkonsum reduziert und das Rauchen aufgegeben wird, scheint angezeigt.
- Gleichzeitig sollten aktuelle Projekte, die sich mit der Verschreibung psychoaktiver Substanzen durch Gesundheitsfachpersonen bei älteren Menschen befassen (z. B. *Smarter Medicine Switzerland*, *Beers Criteria*, *STOPP/START Criteria v2*, *The PRISCUS List*, *The EU(7)-PIM List*), stärker verbreitet werden.

KONTAKT

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Gesundheitsstrategien
gesundheitsstrategien@bag.admin.ch

Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA)
info@grea.ch

AUTOR / DATUM

Christophe Al Kurdi / März 2022

BERICHT

- Al Kurdi, Christophe, und Fabrice Rosselet. «**Substanzgebrauchsstörungen - in den Settings Demenz, psychiatrische Störungen und Palliative Care**». Lausanne: Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA), Januar 2022.

FAKTENBLÄTTER ZUM BERICHT

1. Substanzgebrauchsstörungen und Altern
2. **Auswirkungen übermässigen Substanzkonsums auf die Entwicklung einer Demenz**
3. Herausforderungen bei alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen
4. Herausforderungen bei gemeinsam auftretenden psychischen und Suchtstörungen (CODs)
5. Substanzgebrauchsstörungen und Schmerzen
6. Hauptprobleme der Polypharmazie



QUELLEN

- [1] M. Schwarzinger *et al.*, « Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study », *Lancet Public Health*, vol. 3, n° 3, p. e124- e132, mars 2018, doi: 10.1016/S2468-2667(18)30022-7.
- [2] OMS, « La démence », 21 septembre 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (consulté le 15 décembre 2020).
- [3] ALZ, « Les démences en Suisse 2021 », Alzheimer Suisse, Berne, 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publicationen-Produkte/Factsheet_DemencesCH_neu_2021.pdf
- [4] BASS, « Estimations de la prévalence de la démence en Suisse ». Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1 avril 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/hf-daten/8_1_versorgungsmoitoring/praevalenzschaetzung_demenz.pdf.download.pdf/prevalence_demence.pdf
- [5] G. Livingston *et al.*, « *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 396, n° 10248, p. 413- 446, août 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- [6] APA, **DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [7] R. Peters, R. Poulter, J. Warner, N. Beckett, L. Burch, et C. Bulpitt, « Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review », *BMC Geriatr.*, vol. 8, n° 1, p. 36, déc. 2008, doi: 10.1186/1471-2318-8-36.
- [8] J. K. Cataldo, J. J. Prochaska, et S. A. Glantz, « Cigarette Smoking is a Risk Factor for Alzheimer’s Disease: An Analysis Controlling for Tobacco Industry Affiliation », *J. Alzheimers Dis.*, vol. 19, n° 2, p. 465- 480, janv. 2010, doi: 10.3233/JAD-2010-1240.
- [9] K. J. Anstey, C. von Sanden, A. Salim, et R. O’Kearney, « Smoking as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: A Meta-Analysis of Prospective Studies », *Am. J. Epidemiol.*, vol. 166, n° 4, p. 367- 378, août 2007, doi: 10.1093/aje/kwm116.
- [10] M. A. Beydoun, H. A. Beydoun, A. A. Gamaldo, A. Teel, A. B. Zonderman, et Y. Wang, « Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 14, n° 1, p. 643, juin 2014, doi: 10.1186/1471-2458-14-643.
- [11] OMS, « Dossier succincts tabac : tabac et démence », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332581>
- [12] G. Zhong, Y. Wang, Y. Zhang, J. J. Guo, et Y. Zhao, « Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 3, p. e0118333, mars 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0118333.
- [13] D. Choi, S. Choi, et S. M. Park, « Effect of smoking cessation on the risk of dementia: a longitudinal study », *Ann. Clin. Transl. Neurol.*, vol. 5, n° 10, p. 1192- 1199, sept. 2018, doi: 10.1002/acn3.633.
- [14] M. J. Barker, K. M. Greenwood, M. Jackson, et S. F. Crowe, « Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use », *CNS Drugs*, vol. 18, n° 1, p. 37- 48, janv. 2004, doi: 10.2165/00023210-200418010-00004.
- [15] H. Verdoux, R. Lagnaoui, et B. Bégaud, « Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies », *Psychol. Med.*, vol. 35, n° 3, p. 307- 315, avr. 2005, doi: 10.1017/S0033291704003897.
- [16] S. Paterniti, C. Dufouil, et A. Alépovitch, « Long-Term Benzodiazepine Use and Cognitive Decline in the Elderly: The Epidemiology of Vascular Aging Study », *J. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 22, n° 3, p. 285- 293, juin 2002.
- [17] S. Billioti de Gage *et al.*, « Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study », *BMJ*, vol. 345, p. e6231, sept. 2012, doi: 10.1136/bmj.e6231.
- [18] D. Shash *et al.*, « Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study », *Alzheimers Dement.*, vol. 12, n° 5, p. 604- 613, 2016, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.10.006>.
- [19] S. Billioti de Gage, A. Pariente, et B. Bégaud, « Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 14, n° 5, p. 733- 747, mai 2015, doi: 10.1517/14740338.2015.1014796.
- [20] G. Zhong, Y. Wang, Y. Zhang, et Y. Zhao, « Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 5, p. e0127836, mai 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0127836.
- [21] J. Brandt et C. Leong, « Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research », *Drugs RD*, vol. 17, n° 4, p. 493- 507, déc. 2017, doi: 10.1007/s40268-017-0207-7.
- [22] F. Pazan et M. Wehling, « Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences », *Eur. Geriatr. Med.*, vol. 12, n° 3, p. 443- 452, juin 2021, doi: 10.1007/s41999-021-00479-3.
- [23] J. W. Wastesson, L. Morin, E. C. K. Tan, et K. Johnell, « An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 17, n° 12, p. 1185- 1196, déc. 2018, doi: 10.1080/14740338.2018.1546841.
- [24] H.-Y. Park, J.-W. Park, H. J. Song, H. S. Sohn, et J.-W. Kwon, « The Association between Polypharmacy and Dementia: A Nested Case-Control Study Based on a 12-Year Longitudinal Cohort Database in South Korea », *PLOS ONE*, vol. 12, n° 1, p. e0169463, janv. 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0169463.

