

Alkava muistisairaus – milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin?

Muistisairauden varhainen tunnistaminen edellyttää valppautta kaikilta keski-ikäisten ja vanhojen ihmisten kanssa työskenteleviltä lääkäreiltä. Koska muistisairauteen sairastunut ei aina itse koe toimintakykynsä heikentyneen eikä kaikilla ole läheisiä, on näiden sairauksien tunnistaminen terveydenhuollon kaikilla tasoilla tärkeää. Ei riitä, että tutkimukset käynnistyvät, kun joku esittää muistihuolen, vaan alkava muistisairaus on kyettävä tunnistamaan myös masennuksen, toimintakyvyn heikkenemisen, huonon kuntoutumisen tai harhaluuloisuushäiriön takaa. Epäilyn herättyä muistisairauksien diagnostiikka on Suomessa pääosin erinomaista, mutta vielä tarvitaan herkkyyttä tapausten tunnistukseen.

Kansallisessa muistiohjelmassa on asetettu muistisairauksien varhainen tunnistaminen yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi (1). Väestön ikääntyessä myös muistisairaiden määrä kasvaa. Hyvin vanhan väestön muistisairauksien diagnostiikka kietoutuu moniin geriatriisiin oireyhtymiin, joiden kokonaisvaltainen tunnistus ja hoito on välttämätöntä. Muistisairauksien varhaisdiagnostiikka on kehittynyt merkittävästi, ja käytössä on yhä parempia työvälineitä Alzheimerin taudin ja muiden muistisairauksien varhaiseen toteamiseen. Suomessa laajasti käytössä oleva kognitiivinen tehtäväsarja CERAD erottelee kohtalaisen hyvin alkavaa Alzheimerin tautia sairastavat normaaliväestöstä (2). Aivo-selkäydinnesteestä voidaan tutkia Alzheimerin taudin biologisia merkkiaineita, ja erityistilanteissa voidaan käyttää monia isotooppitutkimuksia, kuten beeta-CIT-SPECT- ja FDG-PET-tutkimuksia (3, 4).

Merkittävän pullonkaulan muistisairauksien tunnistamisessa muodostavat epäilyn herääminen sekä tutkimuksiin hakeutuminen ja niiden käynnistäminen. Tilanne on suhteellisen helppo, jos muistioireinen henkilö tai hänen läheisensä huolestuvat asiasta ja henkilö saadaan hakeutumaan tutkimuksiin. Näin ei kuitenkaan aina tapahdu. Sairastunut voi tiedostaa oireensa puutteellisesti, lähiomaisia ei aina ole ja toisinaan myös terveydenhuollon työntekijät vähättelevät lieviä oireita. Muistisairaus voi myös alkaa neuropsykiatrisin oirein, jotka voivat sekä heikentää hakeutumista tutkimuksiin että vaikeuttaa itse diagnostiikkaa.

Muistioireet

Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti episodisen eli tapahtumamuistin häiriöillä, jotka ilmenevät lähimuistin heikkoutena ja uusien asioiden oppimisen vaikeutena (5). Sairastunut unohtaa, mitä vastikään on puhuttu tai sovitut. Työmuisti heikentyy iän mukana, ja sen seurauksena on vaikeaa pitää monta asiaa yhtä aikaa mielessä. Keskittyessään yhteen asiaan henkilö voi samanaikaisesti unohtaa toisen sovitun asian. Normaalisti asia kuitenkin palaa mieleen, kun siitä muistutetaan. Huolestuttavaa on, jos asia ei vihjeidenkään avulla muistu mieleen. Erityisesti alkavaan Alzheimerin tautiin voi viitata se, että unohtaa jonkin todella tapahtuneen asian – kuten vierailun tai kaupassa käynnin – eikä muistutettunakaan sitä muista. Myös samojen tarinoiden tai kysymysten usein toistaminen viittaa muistisairauteen.

Oppiminen edellyttää muistia, minkä vuoksi alkavan muistisairauden ensimmäinen arkea haittaava oire voi olla kyvyttömyys oppia uuden matkapuhelimen tai kodinkoneen toimintaa. Tärkeää on toki huomata, että monet ei-



vät käytä kuin pientä osaa erilaisten laitteiden kaikista mahdollisista toiminnoista (kuten pesukoneen pesuohjelmista), mutta mikäli ei kykene oppimaan yksinkertaisiakaan toimintoja yrityksistä ja motivaatiosta huolimatta, on asiaa syytä selvittää tarkemmin.

Myös toiminnanohjaus ja asioiden organisointikyky saattavat heikentyä. Erityisesti työikäiset tai muuten kognitiivisesti haastavia toimia tekevät saattavat itse huomata, että asioiden hoito takkuu. Tästä saattaa seurata välttämiskäyttäytymistä monimutkaisia asioita kohtaan. Eräs primaarisesti lahjakas ja haastavassa työssä ollut 70-vuotias potilaani oli hakeutunut tutkimuksiin subjektiivisen muistin heikkouden vuoksi. Ensimmäinen arjen toimintoihin vaikuttava oire oli se, että hän oli ruvennut pitkillä ajomatkoilla välttämään sellaisten huoltoasemien käyttöä, joilla ei ole henkilöuntau. Hän koki huomattavaa epävarmuutta pankkikorteilla toimivien bensiinautomaattien käytössä eikä uskaltanut niitä enää käyttää.

Arjen monimutkaistuminen ja automaatioituminen on varmasti yksi syy siihen, miksi moni hakeutuu nykyään muistitutkimuksiin aiemmin kuin ennen. Tämä edistää varhaisista diagnostiikkaa, mutta toisaalta jos todella sairastuu muistisairauteen, on yhteiskunnassa toimiminen jo lievien muistiongelmien kanssa selvästi vaikeampaa kuin aikaisemmin.

Muut kognitiiviset oireet

Alzheimerin tauti alkaa tyypillisesti kuvaamani kaltaisilla muistiongelmilla. Sen sijaan esimerkiksi lewinkappaletaudissa ensimmäiset kognitiiviset oireet alkavat yleensä näönvaraisen hahmottamisen alueelta ja muisti voi alkuvaiheessa olla hyvä. Jo ennen selkeää eksymistaipumusta voi ilmetä ongelmia esimerkiksi kaukosäätimen käytössä tai tiskikoneen täyttämässä. Otsaohimolohkorappeumat puolestaan alkavat usein psyykkisin ja käytösoirein, ja ensimmäiset kognitiiviset muutokset liittyvät kielellisiin toimintoihin. Sairastuneelle ilmaantuu vaikeuksia löytää sanoja, ja puhe köyhtyy. Puheen ymmärtäminen heikentyy yleensä myöhemmin. Otsaohimolohkorappeumille ovat tyypillisiä myös toiminnanohjauksen vaikeudet.

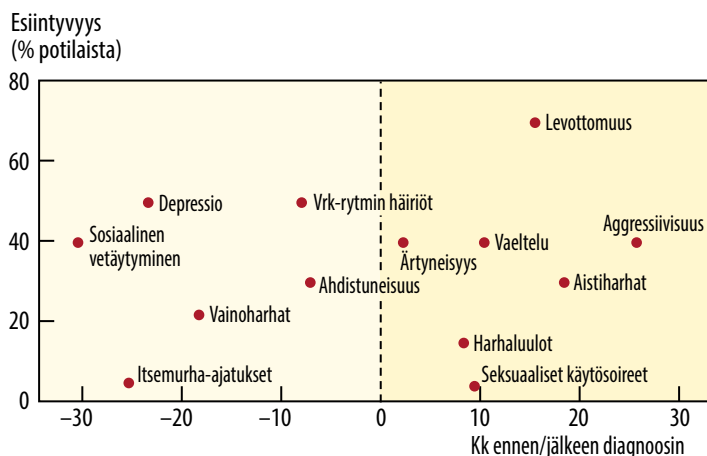
Erityisesti kovin vanhojen ihmisten eri muisti- ja aivosairaudet kietoutuvat yhteen. Mukana voi olla sekä Alzheimerin taudin muutoksia että aivoverenkiertohäiriöitä, mikä saattaa tehdä oirekuvista hyvin monentyyppisiä. Kokonaistilanteeseen vaikuttavat myös monet muut sairaudet.

Neuropsykiatriset oireet

Monet muistisairaudet aiheuttavat erilaisia neuropsykiatrisia oireita, ja toisinaan nämä ovat sairauden ensimmäisiä oireita (KUVA). Jostin ja Grossbergin tutkimuksen mukaan jopa yli 70 %:lla neuropatologisesti varmistettuun Alzheimerin tautiin sairastuneista oli masennusoireita ennen diagnoosia. Myös psykoottiset oireet voivat olla merkki muistisairaudesta. Saman tutkimuksen mukaan 45 %:lla Alzheimerin tautia sairastavista oli diagnoosivaiheessa joitain psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja, aistiharhoja tai vainoharhaisuutta (6). Tutkimus tosin tehtiin Yhdysvalloissa parikymmentä vuotta sitten, joten diagnoosintekohetki on siinä todennäköisesti myöhäisempi kuin nyky-Suomessa. Kuitenkin myös HUS:n psykiatrian klinikassa tehdyn tuoreen tutkimuksen mukaan kolmasosalta iäkkäistä ensipsykoosipotilaista löytyi aiemmin diagnosoimaton muistisairaus (7).

Myös akuutti sekavuustila eli delirium voi olla muistisairauden ensioire. Deliriumista toipumisen jälkeen tulee pitää mielessä alkavan muistisairauden mahdollisuus ja käynnistää tarvittaessa tutkimukset (8).

Masennus on usein muistisairauden ensimmäinen oire. Toisaalta depressio voi muistuttaa muistisairautta heikentäessään muistia ja toimintakykyä. Vaikka varsinaista pseudodementiaa tapaa nykyisin harvoin, on erotusdiagnoosi vaikean masennuksen ja muistisairauden välillä usein vaikea. Tilanteen haastavuutta lisää se, että elämänaikaiset vaikeat masennustilat altistavat muistisairaudelle, joten pitkä masennushistoria ei vähennä muistisairauden todennäköisyyttä. Lisäksi pienten suonten tauti voi aiheuttaa sekä vakavan depression että muistisairauden (9).



KUVA. Erilaisten neuropsykiatristen oireiden esiintyvyys muistisairauden diagnosointihetken nähden (6).

Kliinisesti masennus kehittyy usein nopeammin kuin hitaasti etenevä muistisairaus, jossa lieviä kognitiivisia oireita on usein ollut jo pitkään. Masentunut saattaa pärjätä muistitesteissä hyvinkin huonosti, mutta hänen neuropsykologinen profiilinsa on monesti toisenlainen. Esimerkiksi CERAD:in sanalistatehtävässä muistisairas yleensä oppii joka kierroksella enemmän sanoja mutta unohtaa suurimman osan viiveen jälkeen. Masentunut saattaa sen sijaan jo kolmannella yrityksellä suoritua aiempia heikommin, kun motivaatio, keskittyminen ja jaksaminen heikentyvät, mutta hän saattaa kyllä viiveen jälkeen muistaa oppimansa. Samoin masentunut saattaa kello-testissä tehdä ”huolimattomuusvirheitä” mutta harvoin piirtää mitään absurdia – kuten pyöränpinnamaisesti kahtatoista viisaria.

Psykoottiset oireet. Muistisairauden alkuvaiheessa voi esiintyä sekä harhaluuloisuutta että aistiharhoja. Lewyngappaletaudissa tyypillisiä ovat elävät näköharhat. Sairastunut näkee usein ihmisiä tai eläimiä ja kykenee kuvailemaan yksityiskohtaisesti henkilöiden vaateetusta ja ulkonäköä tai eri eläinlajeja. Alkuun sairastunut tietenkin pitää näkemäänsä totena, mutta asianmukaisen selityksen jälkeen osalla potilaista on hyvä sairautentunto näköharhoihinsa.

Kuuloharjoissa kommentoivat ja uhkaavat äänet viittaavat pikemminkin skitsofreniatyyppi-

piseen taudinkuvaan, mutta muistisairauteen kuuluu usein ”elementaarisia” kuuloharhoja kuten kolinaa, ovikellon soittoja öisin ja toisinaan myös musiikkia ja yleistä meteliä naapurista.

Harhaluuloisen muistisairaan vainoharhaisuus voi olla konkreettisempaa kuin puhtaassa harhaluuloisuushäiriössä. Näin on etenkin pidemmälle edenneessä taudissa, jossa kognitiivinen kapasiteetti ei riitä kovin monimutkaiseen harharakennelmiin. Naapureiden tai omaisten koetaan uhkaavan, ja ikävät tapahtumat ovat varkauksia ja myrkytysyrityksiä, eivät laajoja salaliittoja. Toki alkavassa muistisairaudessa voi esiintyä myös kuvitelmia lähiympäristön huumejengeistä, mafiasta tai bordelleista.

Estottomuus ja impulssikontrollin häiriöt. Erityisesti otsa-ohimolohkorappeumat alkavat usein psyykkisillä ja käytösoireilla. Sairastuneelle kehittyy pikku hiljaa niin sanottu frontaalipsyyke, joka varsinkin alkuvaiheessa on usein disinhibitorista muotoa: lisääntyvää estottomuutta, impulsiivisuutta ja ärtyneisyyttä. Sairautentunto puuttuu yleensä täysin. Jos vauhti kasvaa kovin suureksi, voi tila muistuttaa maniaa. Usein tutkimukset käynnistyvät vasta, kun mukaan tulee selviä kognitiivisia oireita, pääosin kielellisiä vaikeuksia. Myös toiminnanohjaus heikentyy. Sairauden edetessä oirekuva muuttuu usein aloitekyvyttömyyden ja apaattisuuden suuntaan.

TAULUKKO 1. Tilanteita, joissa potilaalle on harkittava muistitutkimuksia.

Potilaan tai läheisen esittämä muistihuoli
 Ongelmia asioiden hoidossa
 Vastaanottoaikojen unohtaminen
 Ongelmat lääkeytyksen kanssa
 Epäily ettei potilas ymmärrä ohjeita
 Lisääntynyt avun tarve ilman selkeää syytä
 Kotihoidon käyntien lisääntynyt tarve
 Omaisten katsottava potilaan perään
 Huono kuntoutuminen akuutista sairaudesta (lonkkamurtuma, keuhkokuume)
 Kotiuttaminen ei tahdo onnistua
 Vanhan ihmisen masennus, joka ei reagoi hoitoon
 Vanhan ihmisen ensipsykoosi
 Sairastettu delirium
 Potilaan outo käytös

Toimintakyvyn heikkeneminen. Toisinaan muistisairauden epäily syntyy vasta kun henkilön toimintakyky heikentyy. Tällöin diagnoosi on tietyssä mielessä jo ”myöhässä”, mutta valitettavan usein näin kuitenkin tapahtuu. Kun pyritään varhaisdiagnostiikkaan, on tavoitteena tunnistaa ja todeta muistisairaudet jo ennen kuin niistä on potilaalle selvää toiminnallista haittaa, toisin sanoen ennen dementia-tasaisen häiriön kehittymistä. Parhaiten onnistuu yleensä nuorempien, erityisesti työikäisten potilaiden sekä muuten somaattisesti terveiden varhainen diagnostiikka. Monisairaiden vanhojen ihmisten toimintakyky on usein muutenkin heikko ja arjen vaatimukset vähäisiä, joten lievät kognitiiviset oireet eivät muuta heidän selviytymistään. Vasta sairauden edetessä toimintakyvyn heikkeneminen lisääntyy, ja muistisairaus saattaaakin ennen diagnoosia edetä keskivaikeaksi dementiaksi.

Toinen ryhmä, jonka diagnoosi valitettavan usein viivästyy, ovat yksinasuvat ihmiset, joiden alkuvaiheen oireistoon liittyy harhaluuloisuutta. Paranoidinen ajatusrakennelma heikentää tietoisuutta myös muistioireista, kun kaikki kummallisuuDET (kuten tavaroiden hukkaamisen) voi laittaa vainoajien syyksi. Näiden ihmisten hoitoon pääsy voi viivästyä siihen asti, kunnes henkilö todella eksyy ja

harhailee kaupungilla tai kotona tapahtuu vesivahinko tai muu vaaratilanne. Tällöin hoitoon ohjauksesta huolehtii viranomainen.

Milloin tutkimuksia on syytä käynnistää?

Epäiltäessä muistioireita ja muistisairautta tulisi kynnyksen tutkimusten käynnistämiseen olla todella matala. Oma tai läheisen huoli heikentyneestä muistista on riittävä peruste perustutkimuksille. Kognitiivisten oireiden osalta hakeutumisen esimerkiksi CERAD-testiin ilman lähetettä pitäisi olla yksinkertaista. Tällä hetkellä monet muistiyhdistykset tarjoavatkin ilmaisia testejä, ja monissa terveyskeskuksissa on myös muistihoitajia, jotka niitä tekevät.

Se, että lääkäri haastattelee muististaan huolestunutta potilasta ja mahdollisesti toteaa hänet pirteäksi ja ”fiksun oloiseksi”, ei riitä. Olen vuosien mittaan tavannut useita potilaita, joilla on alkava muistisairaus ja selvää heikentymistä kognitiivisissa testeissä, mutta jotka kertovat lääkärin vastikään todenneen pelkän haastattelun perusteella heidän olevan ihan hyvässä kunnossa. Eräsikin verbaalisesti lahjakas vanha kunnallispoliitikko antoi tavallisessa keskustelussa varsin terävän ja pärjäävän kuvan itsestään, mutta kysymykseen ”mikä päivä tänään on?” hän vastasi: ”Niin, siitähän voidaan olla monta mieltä”. Ja eläkkeellä oleva toimittaja, jonka MMSE-testituloksesta vastaanotollani oli 18/30 mutta jonka kerronta oli monivaihteista ja asiallista, kertoi neurologin arvelleen paria kuukautta aikaisemmin, ettei mihinkään muistitutkimuksiin ole tarvetta – eikä muistia ollut testattu.

Kun muistisairauden ensioireet saattavat olla monenlaisia, ei ilmaistu muistihuoli ole ainoa syy käynnistää tutkimuksia. **TAULUKOSSA** on lueteltu tilanteita, joissa on hyvä vähintään harkita muistiselvityksiä. Tärkeintä on, että epäilykynnys on matala. Jos omassa yksikössä ei ole mahdollisuutta asian selvittämiseen, on huolehdittava potilaan lähettämisestä eteenpäin. Yleensä kyseeseen tulee muistipoliklinikka (neurologinen tai geriatrinen), mutta toisinaan myös vanhuspsykiatrinen yksikkö on paikallaan.

Mitä tutkitaan?

Jo siinä yksikössä, jossa epäily muistisairaudesta on herännyt, voi ja tulee tehdä alustavia tutkimuksia. Huolellinen anamneesi ja kognition testaaminen ovat tärkeimmät alkuvaiheen selvitykset muistisairausedepäilyissä. Esitiedot on usein syytä hankkia myös läheiseltä. Tässä voi hyvin käyttää Muistikysely läheiselle -lomaketta (10). Muistihäiriöepäilyissä on syytä tutkia myös peruslaboratoriokokeita hoidettavien metabolisten muistisairauksien löytämiseksi ja tilannetta toissijaisesti heikentävien tekijöiden tunnistamiseksi (10). Tämän voi tehdä joko perusterveydenhuollossa tai muussa terveydenhuollon yksikössä, jossa muistisairauden epäily on herännyt.

Kognition testaaminen on diagnostiikan peruspilari. MMSE ei ole riittävä lievissä tapauksissa eikä muutenkaan nuoria tai korkeasti koulutettuja tutkittaessa. Alzheimerin taudissa, puhumattakaan muista muistisairauksista, voi MMSE olla alkuun täysin normaali. Siksi CERAD-tehtäväsarja on suositeltava seulontatutkimus (2). Testin tekemisen hallitsevia muistihoitajia pitäisi olla jokaisessa terveyskeskuksessa, minkä lisäksi monet muistiyhdistykset tarjoavat matalan kynnyksen testausta. Mikäli muistisairausedepäily herää sellaisessa yksikössä (esimerkiksi kirurgisella osastolla lonkkamurtuman yhteydessä), jossa ei ole mahdollisuutta CERAD-testaukseen, on potilas syytä ohjata eteenpäin: joko terveyskeskuksen tarkempaan alkuvaiheen tutkimuksiin tai suoraan muistipoliklinikkaan, mikäli jo MMSE-testitulokseksi on selkeästi heikentynyt tai muistisairauden epäily on muuten selvä.

Muistisairauksien tarkempi diagnoosi tapahtuu pääosin muistipoliklinikoissa. Neurologiset yksiköt huolehtivat työikäisestä väestöstä ja toisinaan myös iäkkäämpien potilaiden haastavista diagnostisista selvittelyistä, mutta suurin osa muistisairaista tutkitaan geriatriassa muistipoliklinikoissa. Näitä on alettu perustaa myös perusterveydenhuoltoon (11). Sairastuneet, joilla on vaikeita neuropsykiatrisia oireita, päätyvät usein psykiatrian piiriin. Vanhuspsykiatriassa yksiköissä osataan yleensä hyvin tunnistaa muistisairauksia,

YDINASIA

- ▶ Muistisairauksien varhainen tunnistaminen edellyttää valppautta kaikkialla terveydenhuollossa.
- ▶ Epäily muistisairaudesta voi herätä joko muistivaikeuksien, toimintakyvyn heikkenemisen tai psykiatristen oireiden ilmaantua.
- ▶ Ensivaiheen tutkimuksiin kuuluvat huolellinen esitietojen kerääminen sekä kognition ja psykiatristen oireiden kartoittaminen.
- ▶ Kun muistisairauden epäily on syntynyt, on henkilö ohjattava muistipoliklinikkaan tai muuhun yksikköön tarkemmin tutkittavaksi.

mutta moni psykiatrisesti oireileva muistisairas päätyy aikuispsykiatriselle osastolle, joissa tähän erotusdiagnoosiikkaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Osa muistipotilaista diagnosoidaan ja hoidetaan myös yksityissektorilla, jolloin on tärkeää välittää tieto sairaudesta perusterveydenhuoltoon palvelujen järjestämiseksi sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseksi.

Pään kuvantaminen kuuluu aina muistihäiriöpotilaan perustutkimuksiin. Koska kuvantamisresurssit ovat monin paikoin rajallisia tai matkat magneettikuvauksiin (MK) pitkiä, voidaan selkeissä tapauksissa toisinaan tyytyä pään tietokonetomografiaan. Sillä voidaan sulkea pois mahdolliset hoidettavat tilat, kuten normaalipaineinen hydrokefalia tai subduraalihakematooma, ja havaita aivoverenkiertohäiriöt (infarktit ja laaja valkean aineen degeneraatio) sekä mahdolliset kasvaimet.

MK tulee sen sijaan tehdä aina, kun kyse on erityisesti nuorten tai korkeasti koulutettujen henkilöiden lievista häiriöistä tai kun psykiatriset oireet kuten vakava masennus tai harhaluuloisuushäiriö hallitsevat oirekuva.

Mikäli diagnoosi ei selviä esitietojen, kognitiivisen arvion, laboratoriotutkimusten ja pään kuvantamisen jälkeen – joko niin että ei ole varmaa, onko kyseessä ylipäänsä muistisairaus tai ei ole selvää, mistä muistisairaudesta on kysymys – voidaan tarvittaessa tehdä lisätutki-

muksia. Nämä tulevat kyseeseen ennen kaikkea nuorimmilla, muuten terveillä ja toimintakykyisillä henkilöillä. Monesti neuropsykologiset testit ovat hyödyllisiä, sillä ne antavat monipuolista diagnostista tietoa tilanteesta, mutta aina niitä ei valitettavasti ole tarjolla. Täydentävien aivo-selkäydinneste- ja kuvantamistutkimusten hankaluus on puolestaan se, että monet niistä varmistavat tai sulkevat pois vain jonkin tietyn muistisairauden, joten ennen tutkimuksia tarvitaan selkeä työhypoteesi. Selkäydinnesteestä voi tutkia Alzheimerin taudin merkkiaineita (3, 4). Nämä toimivat hyvin vaskulaarisen aivosairauden tai normaalin ikääntymisen erottamiseen Alzheimerin taudista mutta eivät kerro mitään mahdollisista muista muistisairauksista. Lewynkappale-taudin voi erottaa harhaluuloisuushäiriöstä tai deliriumista beeta-CIT-SPECTin avulla. Otsaohimolohkorappeumien erotusdiagnostiikka on ehkä haastavinta, koska taudin varmistava

aivojen aineenvaihduntaa mittaava positroniemissiotomografia FDG-PET on saatavilla vain hyvin harvoissa paikoissa. Tällöin on luotettava kliniseen kuvaan ja kognitiivisten oireiden tyypillisyyteen. Joskus vasta seuranta paljastaa taudin luonteen.

Lopuksi

Muistisairauksien varhainen tunnistaminen ja täsmädiagnoosi ovat siis mahdollisia. Ensimmäinen edellyttää valppautta kaikkialla terveydenhuollossa ja jälkimmäinen muistipoliklinikoiden ja tarvittaessa yliopistoklinikoiden erityisosaamista. Hyvät konsultaatiokäytännöt ja tiedonkulku ovat avainasemassa. ■

KATI JUVA, dosentti, neurologian erikoislääkäri
HUS Psykiatriakeskus

SIDONNAISUDET

Luentopalkkio (Novartis Finland), muu palkkio (Novartis Finland)

KIRJALLISUUTTA

1. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma [verkkodokumentti]. www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf.
2. Hänninen T, Pulliainen V, Sotaniemi M, ym. Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla. *Duodecim* 2010;126:2013–21.
3. Remes A, Leikola M, Majamaa K, ym. Alzheimerin taudin merkkitekijöiden käyttö muistisairauksien diagnostiikassa. *Duodecim* 2009;125:2215–22.
4. Seppälä T, Herukka SK, Remes A. Alzheimerin taudin varhaisdiagnostiikka. *Duodecim* 2013;129:2003–10.
5. Jokinen H, Hänninen T, Ylikoski R, ym. Etenevien muistisairauksien varhainen tunnistaminen – neuropsykologinen näkökulma. *Suom Lääkäril* 2012;67:1816–22.
6. Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1078–81.
7. Seppälä T, Louhija UM, Appelberg B, Herukka SK, Juva K. Comparison between clinical diagnosis and CSF biomarkers of Alzheimer's disease in elderly patients with late onset psychosis – Helsinki Old Age Psychosis Study (HOPS). *Am J Geriatr Psychiatry*, julkaistu verkossa 15.4.2013.
8. Laurila J. Delirium. *Duodecim* 2012; 128:642–7.
9. Juva K. Dementia ja depressio. *Duodecim* 2007;123:1231–7.
10. Muistisairaudet [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010 [päivitetty 13.8.2010]. www.kaypahoito.fi.
11. Lupsakko T, Karppi P, Rissanen A, Sulkava R. Perusterveydenhuollon muistipoliklinikka – ketä varten, miten toimii? *Suom Lääkäril* 2005;60:811–5.

Tämä on Mitä opin -artikkeli.

Artikkeliin liittyvät interaktiiviset kysymykset löydät lehden verkkosivustolta www.duodecimlehti.fi

Summary

Incipient cognitive disorder – when does concern of memory impairment direct to comprehensive examinations?

Early recognition of middle-aged and elderly peoples cognitive disorders requires alertness from physicians. Examinations are needed when concern of memory impairment is presented: an incipient memory disorder should be considered in cases of depression, functional impairment, unsuccessful rehabilitation or delusional disorder. The diagnostics of cognitive disorders in Finland is mainly excellent. In this article situations needing referral to cognitive examinations are presented.