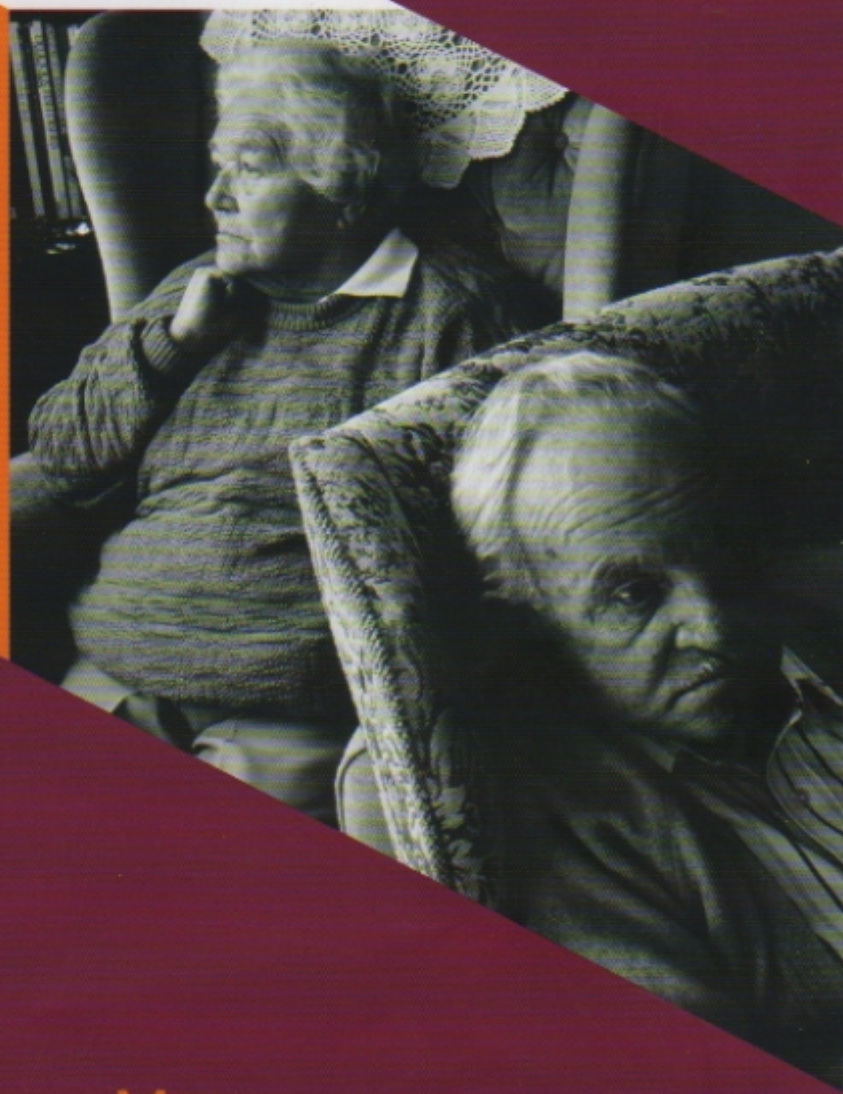



# Boala Alzheimer și demențele



## SĂ NU-I UITĂM PE CEI CE UITĂ

Dacă cineva drag, pe măsură ce îmbătrânește, începe să uite, confundă persoanele și locurile cunoscute, se rătăcește, nu spuneți: "E normal. Îmbătrânește!", ci suspectați cea mai frecventă cauză a demenței, boala Alzheimer, și consultați medicul. Demența nu este o consecință normală a procesului de îmbătrânire. Problemele de memorie nu sunt normale la nici o vârstă și trebuie investigate clinic.



# Ce este demența?

## Cât de frecvent apare boala?

## Care sunt cauzele demenței?

Demența este o tulburare neuro-degenerativă cronică cu caracter progresiv și ireversibil, caracterizată printr-un declin cognitiv multiplu care interferează cu capacitatea individului de a face față activităților zilnice.

În încercarea de a clarifica sindromul demential, definițiile actuale specifică tipul de demență și gradul de severitate a tulburării cognitive. Majoritatea criteriilor de diagnostic al demenței folosite în prezent consideră că afectarea mai multor domenii cognitive exprimată prin semne și simptome cu semnificație clinică orientează diagnosticul spre o afecțiune de tip demential. Acest tip de abordare permite distincția între pacienții cu demență și cei cu leziuni cerebrale delimitate (de exemplu cu accidente vasculare cerebrale) ori cu tulburări cognitive minore ce pot apărea odată cu înaintarea în vârstă.

În practică, abordarea sindromului demential are drept punct de plecare recunoașterea clinică a declinului progresiv al memoriei, a scăderii abilității pacientului de a efectua activități simple, de zi cu zi, simptome psihiatrice, tulburări de personalitate și de comportament. Prezentarea clinică a demenței poate varia în funcție de etiologie, dar criteriile generale de diagnostic rămân constante.

Se estimează că în lume există 24,3 milioane de persoane cu demență, iar anual se diagnostichează 4,6 milioane de cazuri noi (un caz la fiecare 7 secunde).

Se apreciază că numărul persoanelor cu demență se dublează la fiecare 20 de ani. Astfel în 2020 vor exista 42,3 milioane de persoane cu demență, iar în 2040 vor exista 81,1 milioane.

Majoritatea persoanelor cu demență trăiesc în țările în curs de dezvoltare: 60% în 2001 și se estimează că procentul va crește la 71% până în anul 2040. Se estimează că rata de creștere a prevalenței este de trei ori mai mare în țările în curs de dezvoltare față de țările dezvoltate.

Cele mai frecvente tipuri de demențe sunt:

- Demența de tip Alzheimer
- Demențe vasculare și mixte
- Demența Parkinson și demența cu corpi Lewy
- Demența fronto-temporală
- Demențe secundare unor suferințe cerebrale de diverse cauze (tumori, traumatisme, infecții, suferințe vasculare, metabolice, toxice)

# Care sunt semnele și simptomele ce v-ar putea orienta către suspiciunea de demență?

## ■ Modificări cognitive

- uitarea evenimentelor recente
- dificultăți de înțelegere a limbajului scris și vorbit
- dificultăți în găsirea cuvintelor
- pacientul nu știe informații simple (ex.: cine este președintele țării)
- dezorientare temporo-spațială / topografică

## ■ Modificări de personalitate

- intrusivitate sau indiferență
- retragere socială
- reacții catastrofice
- labilitate emoțională

## ■ Simptome psihiatrice

- retragere sau izolare
- dezinhibiție
- depresie
- suspiciozitate exagerată
- idei delirante
- halucinații
- false recunoașteri
- manierisme
- stereotipii
- tulburări de somn

## ■ Modificări de comportament

- tendința de a se rătăci
- agitație
- agresivitate
- neliniște
- dorința de a pleca
- ascunde lucruri
- refuză ajutorul

## ■ Modificări ale capacității de funcționare

- dificultăți în conducerea autovehiculului, gătit, cumpărături
- se rătăcesc frecvent
- nu știu valoarea banilor
- lipsa interesului pentru igiena personală

# Boala Alzheimer (BA)

- BA reprezintă peste 50% din cazurile de demență
- prevalența BA se dublează la fiecare 5 ani după vârsta de 60 de ani
- cauzele nu sunt cunoscute deocamdată

## Factori de risc

- vârsta este cel mai important factor de risc
- o demență preexistentă este factor de risc major

## Caracteristici clinice ale BA

- 1** Declin cognitiv progresiv
  - tulburări de memorie: imposibilitatea de a învăța noi informații și de a-și reaminti informații învățate anterior
  - afazie: tulburări de limbaj
  - apraxie: incapacitatea efectuării activităților motorii deși funcționalitatea motorie este intactă
  - agnozie: imposibilitatea de a recunoaște sau identifica obiecte în condițiile funcțiilor senzoriale intacte
  - tulburări ale funcțiilor executive - planificare
- 2** Debut gradat
- 3** Tulburări de comportament
  - schimbări de dispoziție
  - agitație
  - tendința de a pleca de acasă
- 4** Deteriorarea activităților zilnice, declin semnificativ față de un nivel anterior
- 5** Deficitele cognitive nu se datorează altor suferințe de tip degenerativ ale sistemului nervos central
- 6** Deficitele cognitive nu se datorează unor condiții sistemice care sunt cauze cunoscute de demență (hipotiroidism, deficit de vitamină B12, boală Huntington, deficit de niacină, hipercalcemie, neuro sifilis, infecție HIV)
- 7** Deficitele cognitive nu se datorează unor condiții determinate de diferite substanțe
- 8** Nu se justifică mai bine o altă tulburare psihică: tulburare depresivă majoră, schizofrenie

# Stadializarea bolii Alzheimer

## Stadiul ușor

### Funcția cognitivă afectată

- reamintire/învățare
- găsirea cuvintelor
- rezolvarea de probleme
- judecată
- capacitatea de calcul

### Deteriorare funcțională

- profesională
- folosirea banilor
- prepararea mâncării
- întreținerea casei
- citit
- scris
- hobby-uri

### Tulburări de comportament

- apatie
- izolare
- depresie
- iritabilitate

## Stadiul moderat

### Funcția cognitivă afectată

- memoria recentă (sau memoria îndepărtată)
- limbaj (nume, sintaxă; fenomene afazice)
- orientare vizuo - spațială
- orientare temporo-spațială

### Deteriorare funcțională

- incapacitatea realizării activităților zilnice
- pierderea lucrurilor
- dezorientare spațială
- dificultăți în îmbrăcare (în alegerea lucrurilor adecvate și îmbrăcarea lor)

### Tulburări de comportament

- idei delirante
- depresie
- tendința de a se rătăci
- insomnii
- agitație
- agresivitate / violență

## Stadiul sever

### Deteriorare cognitivă

- dificultăți de realizare a activităților obișnuite (apraxie)
- tulburări severe ale limbajului (mutism)

### Deteriorare funcțională

- pierderea capacității de a efectua activitățile zilnice de bază:
  - îmbrăcat
  - toaletă
  - baie
  - alimentare
  - deplasare

### Tulburări de comportament

- agitație / apatie
- insomnii / inversarea ritmului nictemeral
- incontinență
- mers imposibil
- alte simptome neurologice

## Investigarea pacientului cu demență / boala Alzheimer

La persoanele vârstnice, patologia psihiatrică coexistă de multe ori cu bolile somatice (incluzând deficiturile senzoriale) și cu diverse tipuri de afecțiuni cerebrale organice. De multe ori, tulburările cognitive nu sunt observate de către persoana bolnavă, ci de către prietenii și familia. În consecință, este foarte important ca, pe parcursul evaluării, informațiile să fie obținute atât de la pacient cât și de la aparținători.

Pe lângă evaluarea domeniilor cognitive și comportamentale, anamneza trebuie să cuprindă și întrebări legate de capacitatea pacientului de a se implica și de a duce la bun sfârșit activități zilnice de bază și activități zilnice instrumentale.

### Este important să obțineți răspunsuri la următoarele întrebări:

- Cum au început simptomele?
- De când durează?
- Simptomele evoluează? Dacă da, cât de rapid?
- Evoluția este în trepte sau continuă?
- Ce alte modificări ați observat?
  - și-a pierdut îndemânarea; folosește cu greutate aparate electrocasnice?
  - nu mai face față cerințelor de la locul de muncă?
  - și-a schimbat felul de a fi (mai apatic, iritabil, anxios)?
  - și-a modificat modul de a relaționa cu cei din jur?
  - are dificultăți în folosirea banilor?
- A avut pacientul idei delirante sau halucinații?
- Se întâmplă să devină agitat sau să vrea să plece de acasă?

### Examinarea somatică trebuie să fie completă și să consemneze în mod special:

- Valorile tensiunii arteriale și pulsului
- Evaluarea funcțiilor senzoriale (în special auz, vâz)
- Evaluarea sistemului motor (tonus, reflexe, mers și coordonare)
- Evaluarea sensibilității, motilității și echilibrului

### Dacă depistați una din următoarele situații:

- Existența unor simptome somatice ce sugerează depresie (tulburări de somn, apetit alimentar, greutate, tulburări de tranzit intestinal)
- Suspiciunea unei disfuncții tiroidiene
- Suspiciunea unei anemii

Este recomandabil să continuați investigațiile clinice și paraclinice sau să solicitați opinia unui medic specialist.

### Teste de laborator

- Analize sanguine: HLG, VSH, glicemie, creatinină, electroliți, vit. B12
- Sumar de urină - biochimie / microscopie

### Hormoni tiroidieni, probe hepatice

- Teste hepatice
- ECG, Rx pulmonar
- Explorări neuroimagistice (tomografie computerizată, RMN)

## Ce teste cognitive simple puteți efectua?

### Abbreviated Mental Test

Numele pacientului: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Pacientul este rugat să precizeze:

1. Vârsta
2. Ora (cu aproximație)
3. O adresa (pacientului i se spune adresa, de ex.: "Strada Cimpoiierului, nr. 42 Târgu Frumos"; la sfârșitul testului este rugat să o repete)
4. Anul
5. Numele instituției (în care se desfășoară consultația)
6. Este rugat să precizeze două persoane (să recunoască medicul, asistenta)
7. Anul în care a început primul Război Mondial
8. Data nașterii
9. Numele președintelui
10. Numerele în ordine descrescătoare de la 20.

Pentru fiecare răspuns corect se acordă un punct.

Punctaj total corelat cu severitatea bolii:

6-10 puncte - stadiu ușor

3 - 6 puncte - stadiu moderat

0 - 3 puncte - stadiu sever

### Scorul HACHINSKI modificat

(Scorul de ischemie modificat de Rosen W.G., Terry R.D., Fould P.A.)

Istoric, simptome și semne	Da	Nu
• Debut brusc	2	0
• Evoluție treptată	1	0
• Acuze somatice	1	0
• Incontinență emoțională	1	0
• Istoric de HTA sau hipertensiune	1	0
• Istoric de AVC	2	0
• Simptome neurologice focale	2	0
• Semne neurologice focale	2	0

Total

Interpretarea scorului: între 0-2 = boala Alzheimer

între 4-7 = demență mixtă

≥ 7 = demență vasculară

## Tratamentul și îngrijirea pacienților cu demență

Până nu demult se considera că medicina este total neputincioasă în fața patologiei de tip demențial; în ultimii 20 de ani însă, s-a dovedit faptul că demența Alzheimer este boală tratabilă. Rezultatele cercetărilor intensive din ultimii 10- 15 ani au permis sintetizarea unor produse medicamentoase specifice și eficiente pentru demența de tip Alzheimer.

Inhibitorii de acetilcolină s-au dovedit a fi cele mai eficiente preparate medicamentoase care asigură stagnarea bolii pentru o perioadă importantă de timp prin acțiunea lor de corectare al deficitului de acetilcolină caracteristic bolii Alzheimer.

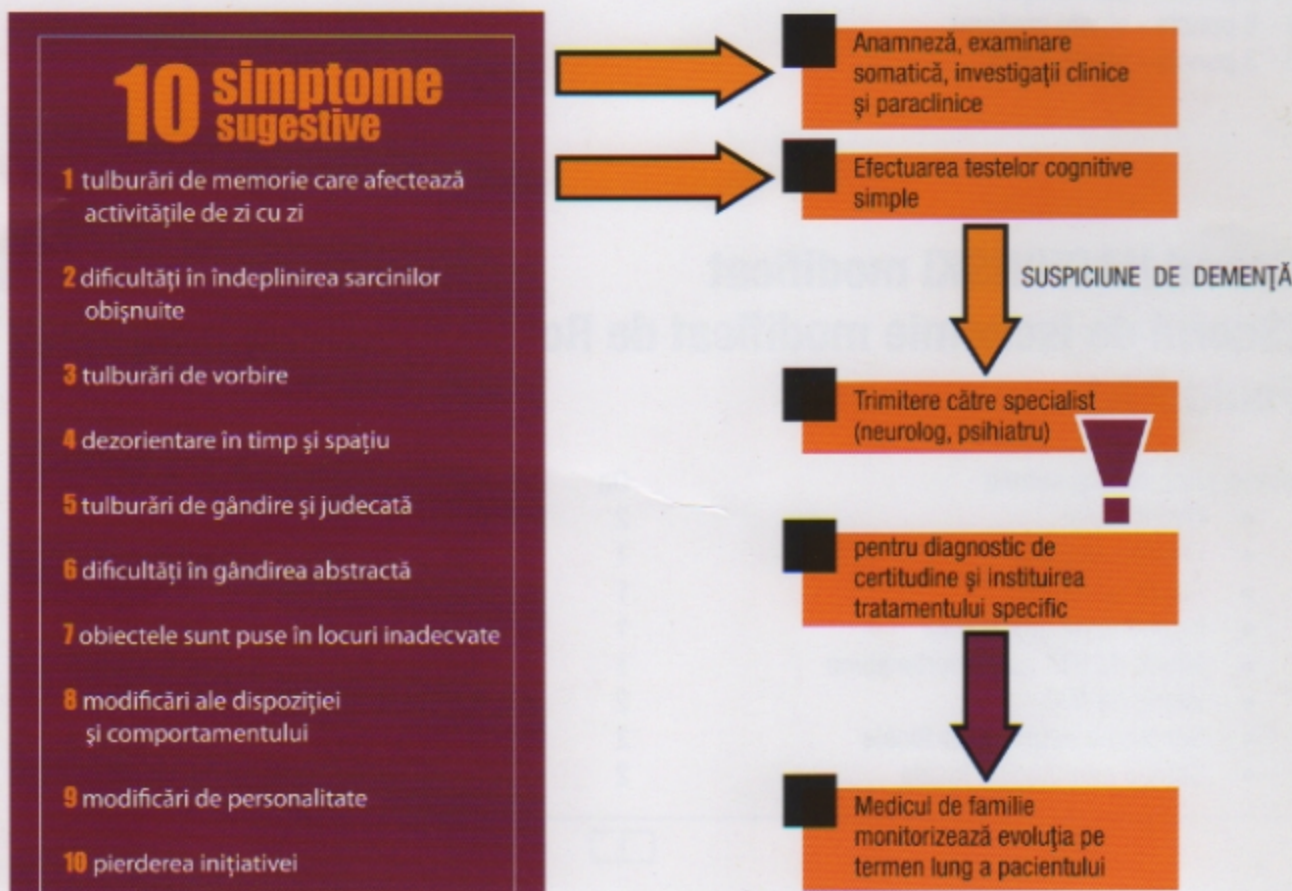
Principalele produse disponibile populației românești sunt: Donepezil (Aricept®), Rivastigmină (Exelon®) și Memantină (Ebixa®).

- **DONEPEZIL** se administrează în doză unică, 5 mg/zi timp de o lună, apoi 10 mg/zi.
- **RIVASTIGMINA** se administrează de 2 ori pe zi în timpul meselor, împreună cu alimentele, în doze crescânde de la 1,5 mg x 2 / zi până la 6 mg x 2 / zi.

Indicația lor precisă este de administrare cât mai precoce în stadiile incipiente ale bolii.

- Pentru stadiile evolutive avansate se recomandă instituirea tratamentului cu **MEMANTINĂ** care se administrează în doze crescânde de la 5 mg la 10 mg x 2 / zi.

## Ce trebuie să faceți în fața unui pacient cu suspiciune de boală Alzheimer / demență ?



Conținutul acestui material aparține Societății Române Alzheimer

Referințe: \*\*\* USA Alzheimer Association, National Chronic Care Consortium Tools for Early Identification, Assessment, and Treatment for People with Alzheimer's Disease and Dementia, 2003. \*\*\* American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994:123-63, 684. \*\*\* American Psychological Association „Presidential Task Force on the Assessment of Age-Consistent Memory Decline and Dementia” in Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive decline, Washington, DC: American Psychological Association, 1998. Ballard C, O'Brien J, James I, Swann A. Dementia: management of behavioural and Psychological symptoms. New York: Oxford University Press, 2001. Boustanii M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lahr KN „Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force”, in Ann Intern Med 2003; 138:927-37. Gauthier S Clinical Diagnosis and management of Alzheimer's Disease, London, Martin Dunitz, 196. Lovestone S, Gauthier S Management of Dementia, Martin Dunitz, 2001. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Rekin N, et al. „Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review)” in Neurology 2001; 56:1143-53. Kok, en E, Naessens JM, Offord KP “A Short Test of Mental Status: Description and Preliminary Results” in Mayo Clinic Proc, 1987; 62:251-266. Maj M, Sartorius N Dementia, WPA Series Evidence and experience in psychiatry volume 3, John Wiley and Sons Ltd., West Sussex, 2000. Rabins PV, Lyketsos CG, Steele CD. Practical dementia care; New York: Oxford University Press, 1999. Santacruz KS, Swagerty D „Early diagnosis of dementia” in Am Fam Physician 2001; 63:703-13, 717-8. Tudose C Demențele o provocare pentru medical de familie, Ed. Infomedica, 2004. Wilcock G, Bucks R, Rockwood K Diagnosis and management of dementia a manual for memory disorders teams, New York: Oxford University Press inc., 1999. Agenda Medicală 2005 - Editura Medicală, București 2005. Alzheimer's-Dementia Care and Research - www.ehr.chime.ucl.ac.uk și Rosen WG și colab - Ann Neurol. 1980;7:486-488.