

Da série: "Dos desafios da Saúde Pública no século 21"

Doença de Alzheimer

INTRODUÇÃO:

Com o crescimento da população idosa mundial, a incidência de Demência também aumentou. Estima-se que as demências ocorrem em cerca de 5% a 20% nos indivíduos após 65 anos de idade (Broe e Cols 1976). Em certos países, como nos Estados Unidos, a demência se tornou um problema de Saúde Pública.

O declínio das funções cognitivas ocorre como consequência do processo de envelhecimento do organismo e deve ser considerado como fenômeno universal.

Mas há quadro clínico em que estas funções se apresentam como prejuízo maior do que o esperado nesta faixa etária. Nestes casos, devemos pensar em DEMÊNCIA.

Durante o envelhecimento, o declínio funcional do cérebro pode ocorrer por desequilíbrio na síntese dos neurotransmissores e suas enzimas metabólicas. Há diminuição da glutamino descarboxilase e da colina acetil transferase (CAT).

Perry e Col. observaram correlação direta entre o grau de diminuição da atividade da CAT e o aumento dos distúrbios cognitivos. No cuidado ao paciente idoso, é essencial determinar se ocorreu perda cognitiva e funcional, devido à variação do grau nos quais envelhecimento e doença podem resultar em incapacidade.

CONCEITO DE DEMÊNCIA

É uma síndrome que decorre de uma doença cerebral de natureza crônica e progressiva, onde há perturbações de múltiplas funções corticais superiores: memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Não há perda da consciência. Há mudança do comportamento social, da motivação e da labilidade emocional.

Este declínio interfere nas atividades de vida diária e social, determinando dependência e perda de autonomia (CID.10).

EPIDEMIOLOGIA

Os estudos epidemiológicos não são numerosos, mas mostram prevalência para Doença de Alzheimer e Demência vascular.

Os estudos nessa área:

1. são limitados pela dificuldade no diagnóstico e na classificação;
2. o declínio das funções cognitivas parece ter correlação com variáveis psicossociais;
3. os resultados dos testes neuropsicológicos podem ser distorcidos por distúrbios visuais, auditivos, uso de alguma droga e doenças concomitantes.



Prevalência de Demência quanto à idade	
Indivíduo > 60 anos	1% a 2%
Indivíduo > 65 anos	3% a 9%
Indivíduo com 85 anos	32% a 47%

A prevalência média de demência aumenta com a idade em todas as regiões do mundo. Com 65 anos ou mais, 2,2% na África, 5,7% na Ásia, 62% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,0% na Europa.

A prevalência no Brasil é de 7,1%, segundo Henera e Al, em 1998 e 2002.

Segundo Tomlinsons e col. 1976, nos países da Europa Ocidental cerca de 60% dos casos são de Doença de Alzheimer e, cerca de 20% são de Demência vascular. O restante, 20%, esta distribuído nos outros tipos de demências:

Prevalência nos países ocidentais	
Doença de Alzheimer	60%
Demência vascular	20%
Outras demências	20%

SISTEMA COLINÉRGICO

Acetilcolina transferase (CAT) cataliza Acetil coenzima A+colina
Acetilcolinesterase degrada acetil / colina

NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Acetil transferase ↓ CHAT
Acetilcolina ↓ ACH
Acetilcolinesterase ↑ ACHE

QUADRO CLÍNICO

O primeiro quadro clínico de Doença de Alzheimer foi apresentado pelo próprio Aloys Alzheimer, em 1906, no Encontro de Psiquiatria, na Alemanha.

QUADRO CLÍNICO CLÁSSICO SINTOMAS DA FASE INICIAL

- Distúrbios da memória recente com dificuldade de aprender e fixar novas informações
- Desorientação espacial

SINTOMAS INICIAIS MENOS COMUNS

- Humor lábil
- Depressão, mais ou menos, em 20% dos casos
- Ideação delirante
- Distúrbio de linguagem
- Dificuldade na percepção visual
- Dificuldade para as atividades da vida diária
- Apraxias
- Incapacidade para o pensamento abstrato
- Irritabilidade, hostilidade e agitação

SINTOMAS DA FASE DE ESTADO

- Quadro de demência:
 - distúrbio das memórias recente e remota
 - desorientação temporo espacial
- Distúrbio da linguagem : afasia transcortical sensorial, tendo, ainda, facilidade de repetir
 - Apraxia ideatória construtiva: não executa os desenhos e erra na construção com blocos
 - Agnosia visual
 - Idéias paranóides
 - Alucinações
 - Necessidade de assistência para as atividades de vida diária
 - Desorientação do comportamento, com caminhadas longas sem sentido
 - Agressividade física, irritabilidade e hostilidade

SINTOMAS DA FASE TERMINAL

- Distúrbio grave da linguagem, chegando ao mutismo
- Dificuldade na marcha
- Distúrbios esfinterianos: incontinência urinária, principalmente e fecal
- Dificuldade para engolir: disfagia
- Pode ocorrer crise convulsiva

Merece destaque os distúrbios das funções simbólicas: da memória, da orientação, da linguagem e apraxias. Estas funções são mais comprometidas na forma pré-senil.

COMENTÁRIOS PARA QUADRO CLÍNICO:

Os estudos de deposição de substância amiloide nas estruturas límbicas relacionadas com a memória (hipocampo e amígdala), no córtex de associação, nas áreas anteriores e o menor comprometimento das áreas motoras, nos permite dizer que há correlação clínica com as áreas cerebrais comprometidas.

Antes de existir TC (Tomografia cerebral computadorizada), os trabalhos iniciais relatavam atrofia na região

de confluência dos lobos parieto- temporo- occipital pelo comportamento da linguagem e apraxias. Atualmente, a TC e a RM (Ressonância magnética de crânio) mostram atrofia difusa.

HETEROGENEIDADE NO QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas não são exatamente iguais. Quando comparamos pacientes, por exemplo, o exame da apraxia construtiva pode estar diferente, mesmo em pacientes que estejam no mesmo nível de comprometimento.

O modo de iniciar os sintomas não é sempre igual, embora, geralmente, comece com distúrbios da memória.

DIAGNÓSTICO

É necessário que a sintomatologia preencha critérios de síndrome demencial de acordo com o DSMIV e mais recentemente com CID 10 na 10ª versão, com os de Cambridge (CAMDEX), os de Cummings & Benson e NINCDS-ADRDA

O diagnóstico da doença de Alzheimer é feito praticamente por exclusão, pois não há qualquer achado que seja patognomônico dessa enfermidade, sem ser o resultado anatomo patológico.

Para chegar ao diagnóstico, se exclui todas as causas de demências.

Estabelecido o diagnóstico sindrômico, passa-se a investigar a etiologia. Definida a causa, faz-se a classificação dos estágios de comprometimento em demência leve, moderada ou grave. Existem diferenças entre os critérios do DSMIII-R e do DSMIV.

CID 10 - Classificação Internacional das doenças.

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais.

NINCDS-ADRDA

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO

- Quadro clínico
- Avaliação neuropsicológica
- Avaliação fonoaudiológica
- Avaliação funcional com T.O.
- Avaliação social
- Avaliação nutricional
- Avaliação da enfermagem
- Exames complementares

CONDUTAS PARA O DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES

1 - Exame clínico:

É fundamental a anamnese bem feita por profissionais com experiência no campo de conhecimento, com cuidado especial para o sistema vascular, neurológico e psicológico.

2 - Exame neurológico:

De pacientes idosos é difícil para o profissional não habituado com esta faixa etária.

3 - Exame psicológico:

Impõem-se para ajudar no diagnóstico e identificar distúrbios de comportamento e da senso percepção, que merecem tratamento específico e para diagnóstico diferencial com doenças psiquiátricas.

4 - Aplicação de testes e escalas:

Para avaliação básica do Estado Mental, aplicar MEEM.

Baterias como CERAD, Neuro-psi, Mattis, Subitens de escala como WMS-R, Wais, Blessed, Escala de Rastreamento de Demências (CDR) e Teste do relógio, também devem ser aplicadas.

INVESTIGAÇÃO COM EXAMES COMPLEMENTARES

Todas as possibilidades que ajudam no diagnóstico são utilizadas, mas deve existir o bom senso. Em protocolos de pesquisa é importante a realização de maior quantidade de exames complementares. Esta observação também é válida para o atendimento assistencial na prática diária, levando em consideração as condições dos serviços de atendimento.

Quanto aos exames neuropsicológicos são fundamentais para os diagnósticos.

É claro que os exames de rotina como o de sangue e os de mais fácil realização devem ser feitos, desde que importantes para o diagnóstico diferencial.

Inclui-se na rotina, atualmente: a dosagem da vitamina B12, do ácido fólico, dos hormônios tireoidianos, sorologia para lues, do perfil metabólico, exame de urina e outros.

São importantes para diagnóstico:

- Tomografia cerebral computadorizada
- Ressonância magnética de crânio com espectroscopia
- Tomografia por emissão foton único – SPECT
- Tomografia por emissão de proton PET-SCAN
- Eletroencefalograma quantitativo e mapeamento cerebral
- Biópsia cerebral (fornece o diagnóstico de certeza, ainda não é realizada no Brasil)

Os achados anátomos patológicos são:

- Placas senis → extracelular, fora do neurônio
- Emarranhados neurofibrilares → intracelular, nos neurônios

CRITÉRIOS PARA FAZER O DIAGNÓSTICO CLÍNICO (NINCDS - ADRDA)

- Diagnóstico possível:
 - demência com quadro clínico atípico
 - pode ter uma doença associada, mas que não justifica os distúrbios
 - distúrbio isolado progressivo da linguagem ou da percepção visual, mas que não fecha o diagnóstico
 - Diagnóstico provável:
 - demência progressiva
 - distúrbio em, pelo menos, duas áreas cognitivas
 - ausência de outras doenças que possam causar demência
 - Diagnóstico de certeza:
 - com a histopatologia
- Alzheimer Disease and Disorders Association (NINCDS - ADRDA)

ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO

- 1) Quadro clínico e progressão dos sintomas
- 2) Estudo anatomopatológico
- 3) Correlação entre o quadro clínico e a patologia cerebral

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É importante estabelecer diagnóstico clínico, neuropsicológico e com exames complementares, assim como com outros tipos de demências degenerativas.

- Demência Vascular
- Demência do corpúsculo de Lewy
- Demência Fronto temporal
- Demência Mista

Não se pode deixar de fazer o diagnóstico diferencial de Depressão com distúrbios cognitivos.

MECANISMOS PARA TRATAMENTO

Correção do déficit colinérgico

- Aumentar precursores de Ach (colina)
- Inibir a Ache com anticolinesterásico I Ache
- Aumentar afinidade dos neurotransmissores para receptores

Descrito por Bertolucci e al. – Alzheimer hoje (2001)

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Para os distúrbios cognitivos, comportamentais, do sono e da senso percepção

- Anticolinesterásicos
- Cloridrato de Memantina
- Substâncias neuroprotetoras
- Ansiolíticos
- Antidepressivos
- Neurolépticos
- Hipnóticos, etc.

TIPOS DE ABORDAGEM

Para o tratamento dos distúrbios cognitivos de caráter paliativo, ainda não curativos.

- 1º) Inibidores da acetilcolinesterase
 - fisostigmina
 - tacrina – 1994, duração da ação de seis horas
 - donepezil – 1997, maior duração e ação inibidora, maior especificidade para o tecido cerebral
 - rivastigmina – ação de duração prolongada
 - galantamina – sensibilizados receptores nicotínicos à acetilcolina
- 2º) Bloqueador dos Receptores do Glutamato NMDA
 - Cloridrato de Memantina

NEUROLÉPTICOS TÍPICOS E ATÍPICOS

- Olanzapina – antipsicótico, sedativo, reduz a agressividade (5mg/dia)
- Risperidona – antipsicótico, reduz a agressividade (1mg a 2mg/dia)
- Tioridazina – antipsicótico, sedativo e ansiolítico (10mg a 25mg/dia)
- Quetiapina – poucos efeitos extrapiramidais, não aumenta a prolactina, (administrado em 2x – 25mg a 50mg)
- Haloperidol – antipsicótico, reduz a agressividade, mas tem efeito ruim na cognição

INIBIDORES SELETIVOS DE RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA (ISRS)

- Depressão e também agitação

ANTICOLINESTERÁSICOS – apatia/alucinações visuais/agitação/delírio/depressão/ansiedade

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO – REABILITAÇÃO COGNITIVA

Como os tratamentos de base medicamentosa têm indicações e resultados variados, devido à severidade da doença e como ainda não são curativos, desde 1987, sob a coordenação da Profª Drª Vilma Camara, foi criada a abordagem interdisciplinar para os pacientes com demências e seus familiares, no Serviço de Neurologia do HUAP – UFF.

Esta abordagem é realizada em reabilitação cognitiva, individual e em grupo.

As dinâmicas utilizadas são:

- Técnicas comportamentais
- Técnicas de orientação para a realidade
- Estimulação cognitiva
- Reminiscência
- Teoria de validação

O atendimento aos familiares e/ou cuidadores é realizado em grupo, com o objetivo de apoio, esclarecimento e terapêutico, para reduzir o estresse do cuidador e fazer prevenção de doenças dos mesmos.

Os principais objetivos desta abordagem são desbloquear

as funções comprometidas, potencializar as funções remanescentes e estimular as funções não utilizadas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1) Bottino C.M.C. Morfometria por ressonância magnética. Rev. Psiquiat. Clin.. 27;3:131-142
- 2) Caramelli, P. e Barbosa, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. Rev. Bras. Psiquiat. 24;1:7-10-2002
- 3) Engelhardt, E.; Moreira, D.M.; Lacks, J.; Marinho V.M.; Rozenthal, M.; Oliveira, A.C. Doença de Alzheimer e espectroscopia por ressonância magnética do hipocampo. Arq. Neuropsiquiat. 54;4:865-870;2001
- 4) Onelhana, R.V.; Aguiar, C.A.; Caballero, M.S. Enfermedad de Alzheimer como modelo predictivo de demência. Rev. Med. IMS. 38;5:355-363-2000
- 5) Camara, V.D. Reunião de pesquisadores em doença de Alzheimer e desordens relacionadas III RPDA-2002
- 6) Cançado, F.A.; Horta, M.L. Envelhecimento Cerebral – Tratado de Geriatria e Gerontologia-1ed-Rio de Janeiro: Guanabara Koogen-2002, cap 13, p 113-127
- 7) Green, R.C. Diagnóstico e Tratamento de doença de Alzheimer e outras demências-1ed-Rio de Janeiro: EPUC-2001
- 8) Caixeta, L. Demência-Abordagem Multidisciplinar- Atheneu-São Paulo-2000
- 9) Camara, V.D.-Reabilitação Cognitiva na demência. In: No envelhecimento, o que queremos?-Frôntis Editorial-SBGG/RJ-1999

* Professora Adjunta de Neurologia e Geriatria da UFF - Coordenadora da Pós-Graduação de Geriatria da Fac. de Medicina de Campos e da UFF

Venha conhecer a nova unidade

Ibram & Cintilab

no Centro Médico do Niterói Shopping

Cintilografias Tomográficas (SPECT), cardiológicas, cerebral, digestiva, endócrina, genitourinária, infectologia, oncológica e pulmonar.
Terapia com iodo e samário
Pesquisa de Helicobacter pylori



www.ibram-cintilab.com.br

Ibram & Cintilab
MEDICINA NUCLEAR

Rua da Conceição, 188 / 3º piso
Centro - Niterói - RJ
Tel: (21) 2613-2627 / 2613-2628