



ANS - Nº 3.138-9



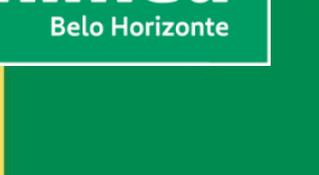
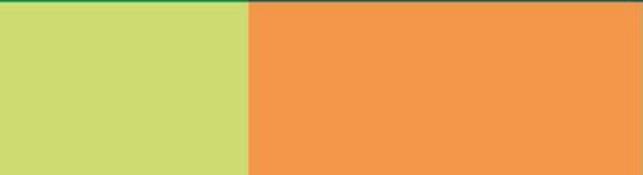
Doença de Alzheimer

A jornada do paciente e seus cuidadores

Dr. Guilherme Rocha Lucciola
CRMMG 60338



Unimed
Belo Horizonte



Audiodescrição



Título aqui

Termos e definições

- **Comprometimento Cognitivo:**

Declínio leve a moderado, evidente ou mensurável, da memória e de outras habilidades cognitivas. No caso leve, discreto efeito no funcionamento diário. Não atende os critérios diagnósticos. No caso moderado, pode ser amnésico, mais comumente sendo o pródromo da Demência de Alzheimer

- **Demência:**

Síndrome clínica que consiste em declínio cognitivo global (diversas áreas da cognição são afetadas) e significativo prejuízo sobre o funcionamento diário.

- **Doença de Alzheimer:**

Doença do cérebro, caracterizada pela presença de placas e emaranhados, além de perda neuronal.

- **Demência de Alzheimer:**

Síndrome demencial de início insidioso e progressão lenta, e que encontra explicação fisiopatológica no curso da Doença de Alzheimer.

Epidemiologia

- Forma mais comum de demência na terceira idade no ocidente e se constitui no modelo de demência cortical primariamente degenerativa.
- Acomete ~45 milhões de pessoas no mundo.
- 1,5 milhão de acometidos no Brasil (estatística brasileira é semelhante à encontrada em outros países, industrializados ou não).

Epidemiologia

- Até 2030, previsão é de que a prevalência dobre.
- Prevalência aumenta com a idade (principal fator de risco; após 65 anos a incidência dobra a cada 5 anos. Brasil: incidência média = 7,7/mil).
- Brasil: 65-69 = 0,3%
 - 70-74 = 2,1%
 - 75-79 = 5,6%
 - 80-84 = 11,8%
- DA = 35% dos casos de demência senil, apenas 10% de demência pré-senil.

Fisiopatologia

- Diagnóstico por identificação de marcadores histopatológicos (necessita biópsia)
 - Placas senis (extracelular) – provenientes da clivagem anormal da prot. Beta-amiloide.
 - Emaranhados neurofibrilares (intracelular) – Provenientes da fosforilação anormal da Proteína Tau (citoesqueleto neuronal).

Fisiopatologia

- Diagnóstico por identificação de marcadores histopatológicos (necessita biópsia)
 - Placas senis (extracelular) – provenientes da clivagem anormal da prot. Beta-amiloide.
 - Emaranhados neurofibrilares (intracelular) – Provenientes da fosforilação anormal da Proteína Tau (citoesqueleto neuronal).

Genética

- 25-40% dos pacientes acometidos têm ao menos um familiar de primeiro grau também acometido.
- Risco de desenvolver a doença é 4X maior em pessoas com familiares acometidos do que na população geral.
- Estudos em gêmeos: gêmeos monozigóticos são 5X mais propensos a concordar do que gêmeos dizigóticos
Concordância em monozigóticos é de 50%.
- Quanto a idade de surgimento de sintomas:
 - Início precoce = antes dos 65A
 - Início tardio = após 65A (cerca 80-90%)



Manifestações cognitivas

- Cognição é muito mais do que somente Memória.
 - Funções cognitivas agrupam-se em 04 grupos principais:
 - Memória
 - Atenção
 - Linguagem
 - Percepção
- Déficit de memória recente é a queixa mais comum.
 - Piora progressiva de desempenho em testes (aprendizado/resgate de lista de palavras/memória (visual/verbal)/
 - Confabulação (paciente que inventa memórias)
- Prejuízos atencionais podem ocorrer
 - Atenção sustentada em geral mantida em estados iniciais.
 - Atenção seletiva e dividida em geral apresentam comprometimento.

Manifestações cognitivas

- Transtornos de Linguagem

- Dificuldades para encontrar palavras
- Progressão da doença pode trazer maiores prejuízos até o ponto de Afasia (perda da riqueza da linguagem pode dificultar transmissão e obtenção de informações)

- Transtornos da Percepção

- Percepção pode estar alterada a partir de estágios moderados da DA (as chamadas Agnosias),
- Déficits visuoespaciais progressivos
 - dificuldade de bolar mapas mentais para planejamento de deslocamentos
 - dificuldades de identificar/localizar-se em locais estranhos, progredindo para, inclusive, o próprio domicílio – ex.: o idoso que, estando em casa, deseja voltar para a própria casa).
 - Em fases moderadas/avançadas, pode haver prejuízos nas funções visuoespaciais (ex.: teste do relógio alterado).

Manifestações comportamentais

- - Alterações de Comportamento se constituem no principal motivo de queixas pelos cuidadores (muito mais do que os aspectos relacionados à memória) e, também, no principal motivo das internações. Ocorrem em aproximadamente 90% dos casos (portanto, devem ser esperadas).

Manifestações comportamentais

- Apatia (até 60%)/Sintomas de humor (sint. Depressivos em 80%; TDM em 24%. Mania em apenas 3,5%)
- Irritabilidade/Agressividade verbal e/ou física (20%)
- Ansiedade (40%)
- Desinibição
- Comportamentos repetitivos/Perseveração
- Andar incessante/inquietação/Agitação psicomotora (20%)
- Sintomas psicóticos (Delírios 30% e alucinações 23%)
- Ilusões/Falsos reconhecimentos (30%)
- Alterações de padrão em ciclo sono-vigília e em padrão alimentar.

Diagnóstico

- A investigação admite 3 graus: Definido, provável e possível.
- Importante lembrar que o diagnóstico de certeza somente é possível por meio da análise de tecido cerebral/marcadores biológicos (atualmente este protocolo é reservado somente para fins de pesquisa (alto custo, especificidade questionável))

Diagnóstico

- Prática clínica:

- Critérios de Demência provável

- Início insidioso (início súbito deve levar a investigação de outras possíveis causas)

- História nitidamente marcada por piora da cognição
 - Déficits cognitivos iniciais e mais proeminentes enquadram-se em uma das categorias:

- Apresentação amnésica (comprometimento do aprendizado e recordação de informações recentemente adquiridas, comprometimento em pelo menos um dos domínios cognitivos – por isso a finalidade dos testes).

- Apresentação não-amnésica (linguística – mais notado na dificuldade para encontrar palavras; visuoespacial (agnosia para objetos, agnosia para faces de pessoas, dificuldade em compreender linguagem escrita/impresa; simultagnosia – dificuldade em perceber mais de um objeto em uma cena); disfunção executiva (comprometimento de raciocínio e julgamento são mais comuns).

- Diagnóstico de DA provável não deve ser aplicado quando houver suspeita/evidência de outras etiologias (ex.: Doença cerebrovascular concomitante; evidência de Demência por corpos de Lewy, Demência frontotemporal, Afasia primária progressiva, alguma outra patologia neurológica, outras condições não-neurológicas;

Diagnóstico

- Critérios de DA possível:

- Curso atípico (ocorrem as principais alterações clínicas de prejuízo cognitivo, porém o início pode ser súbito e detalhes da história são insuficientes ou sem documentação de declínio cognitivo progressivo clara até o momento da suspeita.

OU

- Apresentação mista: preenche os critérios clínicos centrais, mas doença cerebrovascular concomitante (evento cerebrovascular que tenha relação com o início dos sintomas cognitivos), características concomitantes de presença de Corpos de Lewy; Outra doença neurológica/comorbidade médica não-neurológica ou uso de medicamento/substância.

Tratamento

Tratamento

Prognóstico

Prognóstico

Pontos importantes

Pontos importantes

Quem tem Unimed tem mais.

Unimed
Belo Horizonte