

DOENÇA DE ALZHEIMER

RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE DOENÇA E SEU ESTADIAMENTO

NUBOR O. FACURE*, LORNA A. G. CASTRO**, MARIA C. DE LUCA MENEZES***

RESUMO — São analisados 49 pacientes com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer, submetidos a avaliação neuropsicológica para estadiamento da doença segundo a escala de Reisberg. Foi comparado o tempo de aparecimento dos sintomas ao estadiamento da doença. Em 28,5% dos pacientes nos estágios 3 e 4 a evolução foi prolongada, insidiosa, oligossintomática, apenas com deteriorização da memória. Para outro grupo de pacientes (12,2%), a evolução foi desde o início acrescida de manifestações mais graves com comprometimento práxico-gnóstico. Além da perda de memória, 34 pacientes vieram a apresentar distúrbios práxico-gnósticos, quando 50% deles iniciaram estas manifestações nos dois primeiros anos da doença. A análise dos dados sugere a ocorrência de dois subgrupos, um com evolução rápida e outro com evolução protraída. Sugere também que a evolução nos dois primeiros anos é crítica para caracterizar a severidade da progressão das manifestações clínicas da doença de Alzheimer.

PALAVRAS-CHAVE: doença de Alzheimer, tempo de doença, estadiamento.

Alzheimer's disease: relationship between, time and stages of the disease.

SUMMARY — Forty-nine patients with clinical diagnosis of Alzheimer's disease were submitted to neuropsychological evaluation for staging the disease. The time of the initial symptoms was correlated to the stage of the disease. The evolution was protracted in 28.5% of the patients with only insidious memory deterioration. For another group of patients (12.2%) the evolution was serious since the beginning of the disease, with apraxo-agnosic signs. For the 34 patients with apraxo-agnosic impairment, in 50% this manifestation began in the first two years of the disease. Data suggest the occurrence of two subgroups. In the first the evolution of the disease is rapid, and in the second it is protracted. Also, they suggest that the evolution in the first two years is critical for characterizing the severity of progression in the clinical manifestations of Alzheimer's disease.

KEY-WORDS: Alzheimer's disease, time of disease, staging.

A doença de Alzheimer caracteriza-se por quadro demencial progressivo com comprometimento inicial da memória para fatos recentes. Em seguida, há deteriorização das funções cognitivas com apraxias construtivas, agnosias e distúrbios afásicos. O quadro é de evolução variável, caminhando para estado vegetativo num período de 10 a 15 anos a partir do início dos sintomas.

Com o propósito de correlacionar o estadiamento da doença ao tempo de manifestação dos sintomas, analisamos 49 pacientes com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer atendidos por um grupo multidisciplinar do Instituto do Cérebro de Campinas.

Instituto do Cérebro de Campinas: *Neurocirurgião; **Psicóloga; ***Bióloga. Aceite: 07-setembro-1992.

Dr. Nubor Orlando Facure — Instituto do Cérebro de Campinas — Rua 11 de Agosto 412 — 13013-100 Campinas SP — Brasil.

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Os pacientes foram atendidos ambulatorialmente e a primeira entrevista foi feita com o auxílio dos familiares. Num segundo período, eles foram submetidos a testes para análise das funções corticais 5. Em todos eles se realizou tomografia cerebral computadorizada e testes clínicos rotineiros para diagnóstico diferencial.

Estabelecido o diagnóstico clínico de doença de Alzheimer, foi empregada a classificação de Reisberg 7,8 para estadiamento da doença. Esta classificação permite definir 7 níveis de comprometimento clínico. O primeiro e o segundo níveis são considerados compatíveis à normalidade para a idade, especialmente para pessoas idosas. No terceiro estágio estão incluídos os pacientes que apresentam sinais incipientes de demência, com decréscimo funcional objetivo de suficiente severidade para ser capaz de interferir em ocupações complexas e tarefas sociais. No quarto estágio ocorrem dificuldades na realização de tarefas diárias, rotineiras como, por exemplo, planejar e executar compras. Junto aos familiares eles ainda atuam normalmente, mas sem ajuda podem demonstrar dificuldade em organizar sua rotina. Apresentam também discalculia. No quinto estágio há comprometimento da realização de tarefas básicas do dia-a-dia, tais como, escolher suas próprias roupas. Passam a ser dependentes dos familiares. Têm dificuldade para dirigir, cometendo erros primários. Esquecem frequentemente do banho e o tomam quando lembrados. Ainda dispõem de julgamento crítico, embora prejudicado. Ocorrem distúrbios afetivos como choro fácil, ansiedade e alterações do sono. No sexto estágio o paciente é incapaz de se vestir, tomar banho e realizar sua higiene pessoal. No sétimo estágio ocorre comprometimento grave da fala, da locomoção e da consciência, evoluindo para estado vegetativo na sua fase final.

Uma vez classificados nossos pacientes nos diversos estágios de 3 a 7, correlacionamos estes níveis ao tempo de doença.

RESULTADOS

Foram reunidos 49 pacientes, 23 homens e 26 mulheres, nos quais o diagnóstico de doença de Alzheimer pode ser estabelecido clinicamente e os exames subsidiários excluíram outras causas de demência. A idade variava de 49 a 89 anos, com média de 64,7 anos.

Classificados segundo o critério de estadiamento adotado, proposto por Reisberg 7,8, os pacientes ficaram assim distribuídos: 14 (28,5%) no estágio 3, com média de idade de 64,2 anos; 15 (30,6%) no estágio 4, com média de idade de 60,6 anos; 12 (24,4%) no estágio 5, com média de idade de 66,6 anos; 5 (10,2%) no estágio 6, com média de idade de 71,8 anos; 3 (6,1%) no estágio 7, com média de idade de 67,6 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes conforme o estadiamento e a média de idade.

Estadiamento	Número de pacientes	Média de idade (anos)
3	14	64,2
4	15	60,6
5	12	66,6
6	5	71,8
7	3	67,6

Considerando o tempo de aparecimento dos primeiros sintomas, caracterizado por comprometimento de memória, pudemos notar nos diferentes estágios as distribuições que constam da Tabela 2.

No grupo de pacientes classificados no estágio 3, observamos que 50% estavam doentes há dois anos ou menos e os restantes arrastavam seu quadro de distúrbio de memória por períodos que iam de 3 a 7 anos. Dentre os 15 pacientes no estágio 4, o início dos sintomas variava de um a dois anos em 7 (46,6%) e os demais manifestavam sinais da doença num

Tabela 2. Número de pacientes conforme o estadiamento e os anos (a) de doença.

Estadiamento	Anos de doença									
	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	12a
3	3	4	1	2	1	2	1			
4	5	2		1	2	2	2	1		
5	1	2	4	2		1		1		
6	1	1	1	1			1			
7								1	1	1

intervalo de 4 a 8 anos. Nos pacientes do estágio 5 observou-se que apenas 3 (25%) manifestavam sua doença nos últimos dois anos e 8 deles (66,6%) tinham iniciado o quadro entre 3 e 8 anos de doença. Nos estágios 6 e 7, com um número pequeno de casos, verificou-se que os pacientes do grupo 6 tinham iniciado sua doença entre 1 e 4 anos e todo» os do grupo 7 tinham quadro arrastado, iniciado há mais de 8 anos.

Nos 49 pacientes estudados, o comprometimento de memória foi o sintoma inicial em todos. Os familiares sempre insistiram que foram os "esquecimentos» os primeiros problemas apresentados pelos pacientes. Posteriormente, apareceram dificuldades para desempenhar atividades rotineiras do dia-a-dia da vida, caracterizando um comprometimento prático-gnóstico.

Em nosso estudo fizemos também levantamento do intervalo de tempo entre o comprometimento de memória e o aparecimento das perturbações prático-gnósticas. Em 34 pacientes, além do comprometimento de memória, observaram-se também distúrbios práticos-gnósticos, confirmados por testes neuropsicológicos. Em 6 (17,6%), foram concomitantes as manifestações iniciais de "esquecimentos» e dificuldades com a realização de tarefas diárias. Outros 11 (32,3%) pacientes vieram a manifestar distúrbios prático-gnósticos com menos de 2 anos de doença. Os 17 (50,0%) restantes manifestaram este comprometimento por período que variava de 3 a 8 anos (Tabela 3).

Tabela 3. Intervalo em anos (a) do comprometimento amnésico e do aparecimento de sintomas aprático-diagnósticos em 34 pacientes.

Intervalo em anos	0	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a
Número de pacientes	6	4	7	8	1	2	2	3	1

COMENTÁRIOS

A doença de Alzheimer se caracteriza por perda progressiva da memória, distúrbios psíquicos que alteram a personalidade e comprometimentos cognitivos perturbando a ideação, o julgamento, a linguagem e as funções prático gnósticas. A deteriorização progressiva destas funções vai interferindo significativamente com a capacidade para o trabalho, com as atividades sociais e com as relações interpessoais»².

A perda de memória é o sintoma inicial e mais marcante na doença de Alzheimer. As manifestações subsequentes são de certa forma heterogêneas e seguem cronologia imprevisível, mas permitindo observarmos estágios e possivelmente, até mesmo, subgrupos i.

Na literatura 4,7-io atual têm sido propostas escalas que incluem a perda de funções decorrentes da própria idade e a deteriorização observada nas demências do tipo da doença de Alzheimer. A classificação de Reisberg³, denominada Escala de Deteriorização Global, é de simples aplicação, relativamente específica

e explicitamente bem definida. Adotamos esta classificação para estadiar 49 pacientes que submetemos a exames clínicos, tomografia cerebral computadorizada e avaliação neuropsicológica⁵ para corroborar o diagnóstico de doença de Alzheimer.

Pudemos observar que 38,7% dos pacientes foram classificados no estágio inicial da doença (estágios 3 e 4) abrindo a possibilidade de atuação com grupos de apoio para estes pacientes e seus familiares. Notamos também, que 28,5% destes pacientes, nos estágios 3 e 4, permaneceram dentro desta classificação por períodos arrastados, com persistência dos seus sintomas por 4 a 8 anos, desenvolvendo de forma insidiosa o comprometimento da memória e a perda das habilidades rotineiras no seu dia a dia. Por outro lado, entre os 17 pacientes aos estágios 5 e 6, 58,8% deles, já mostravam toda a gravidade do seu quadro clínico nos 3 primeiros anos de doença.

Apesar do pequeno número de pacientes que analisamos, pudemos registrar dois subgrupos de comportamento evolutivo diverso em que, em um deles, os sintomas amnésicos se arrastavam por alguns anos permanecendo como alteração isolada e, no outro grupo, desde os primeiros anos de doença o quadro clínico se mostrava francamente deteriorado. Não encontramos distinção quanto ao sexo ou às idades nestes dois subgrupos.

Dentre os 49 pacientes da nossa casuística, 15 apresentavam apenas comprometimento de memória e os 34 restantes apresentavam perturbações práxico-gnósticas, além do comprometimento de memória. Observamos que em pequeno número de casos (6 pacientes) as manifestações amnésicas e apráxico-agnósticas ocorreram concomitantemente. Dezesete pacientes (50% dos casos), mostravam distúrbios apráxicos e gnósticos dentro dos primeiros dois anos de doença. Nos 50% dos pacientes restantes, após o início das perturbações da memória, os distúrbios subsequentes só vieram a se manifestar num intervalo de 3 a 8 anos de doença. Estes dados parecem reforçar a ocorrência dos dois subgrupos que registramos, sendo um com evolução mais rápida e o outro com evolução mais protraída parecendo que o intervalo dos dois primeiros anos de doença é aparentemente crítico para caracterizar sua maior ou menor gravidade.

REFERÊNCIAS

1. Bayles KA. Age at onset of Alzheimer's disease: relation to language dysfunction. Arch Neurol 1991, 48:155-159.
2. Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Miller ND, Fellowes JL. Clinical issues relating to the diagnosis of mild dementia in a British community survey. Arch Neurol 1991, 48:530-534.
3. Duchek JM, Cheney M, Ferraro FR, Storandt M. Paired associated learning in senile dementia of the Alzheimer type. Arch Neurol 1991, 48:1038-1040.
4. Franssen EH, Reisberg B, Kluger A, Sinaiko E, Boja C. Cognition-independent neurologic symptoms in normal aging and probable Alzheimer's disease. Arch Neurol 1991, 48:148-154.
5. Lefèvre BH, Nitrini R. Semiologia neuropsicológica. Arq. Neuro-Psiquiat (São Paulo) 1985, 43:119-131.
6. Liu HC, Tsou HK, Lin KN, Yan SH, Guo NW, Wiang CL, Chiang BN. Evaluation of 110 consecutive patients with dementias: a prospective study. Acta Neurol Scand 1991, 84:421-425.
7. Reisberg B. Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes. Geriatrics 1986, 41:30-46.
8. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982, 139:1136-1139.
9. Tennis S, Derix MMA, Crevel H. Assessing the severity of dementia: patient and caregiver. Arch Neurol 1991, 48:274-277.
10. Welsh K, Butters N, Hughes J, Mohs R, Heyman A. Detection of abnormal memory decline in mild cases of Alzheimer disease using CERAD neuropsychological measures. Arch Neurol 1991, 48:278-281.