

Demența

Codul bolii (CIM 10): F00 – F03

F00 Demența în boala Alzheimer

F01 Demența vasculară

F02 Demența în alte boli, clasificate în altă parte

F03 Demența nespecificată

Demența este un sindrom datorat unei boli cerebrale, de obicei de natură cronică sau progresivă, în care există o deteriorare a multiplelor funcții corticale superioare, incluzând memoria, gândirea, orientarea, înțelegerea, calculul, capacitatea de a învăța, limbajul și judecata.

În cadrul demenței are loc diminuarea funcțiilor cognitive (**capacității de judecată**) într-o proporție mai mare, decât în procesul de îmbătrânire fiziologică. Demența, de regulă **nu influențează conștiința**, însă deteriorarea funcției cognitive este adeseori asociată, iar uneori precedată de deteriorare a controlului emoțional, a comportamentului social sau a motivației.

MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU DEMENTĂ LA NIVEL DE AMP

Cine acordă îngrijiri	Scop	Intervenții
Medicul de familie, asistentul medical de familie	Depistarea demenței și evaluarea stării pacientului	• Evaluarea persoanelor cu tulburări cognitive, care solicită ajutor în AMP. • Screening-ul persoanelor cu tulburări cognitive, utilizând Testul MMSE (<i>Mini Mental State Examination</i>); Testul de desenare a ceasului. • Referirea la CCSM pentru diagnostic și tratament specializat. • Monitorizarea pacientului cu tulburări cognitive, • Evaluarea stării generale de sănătate a pacientului, inclusiv a funcțiilor hepatice (ALAT, ASAT), în cazul, când acesta administrează Inhibitori de Colinesteraze; • Monitorizarea tratamentului pro-cognitiv, inclusiv a cazurilor tratate în CCSM.

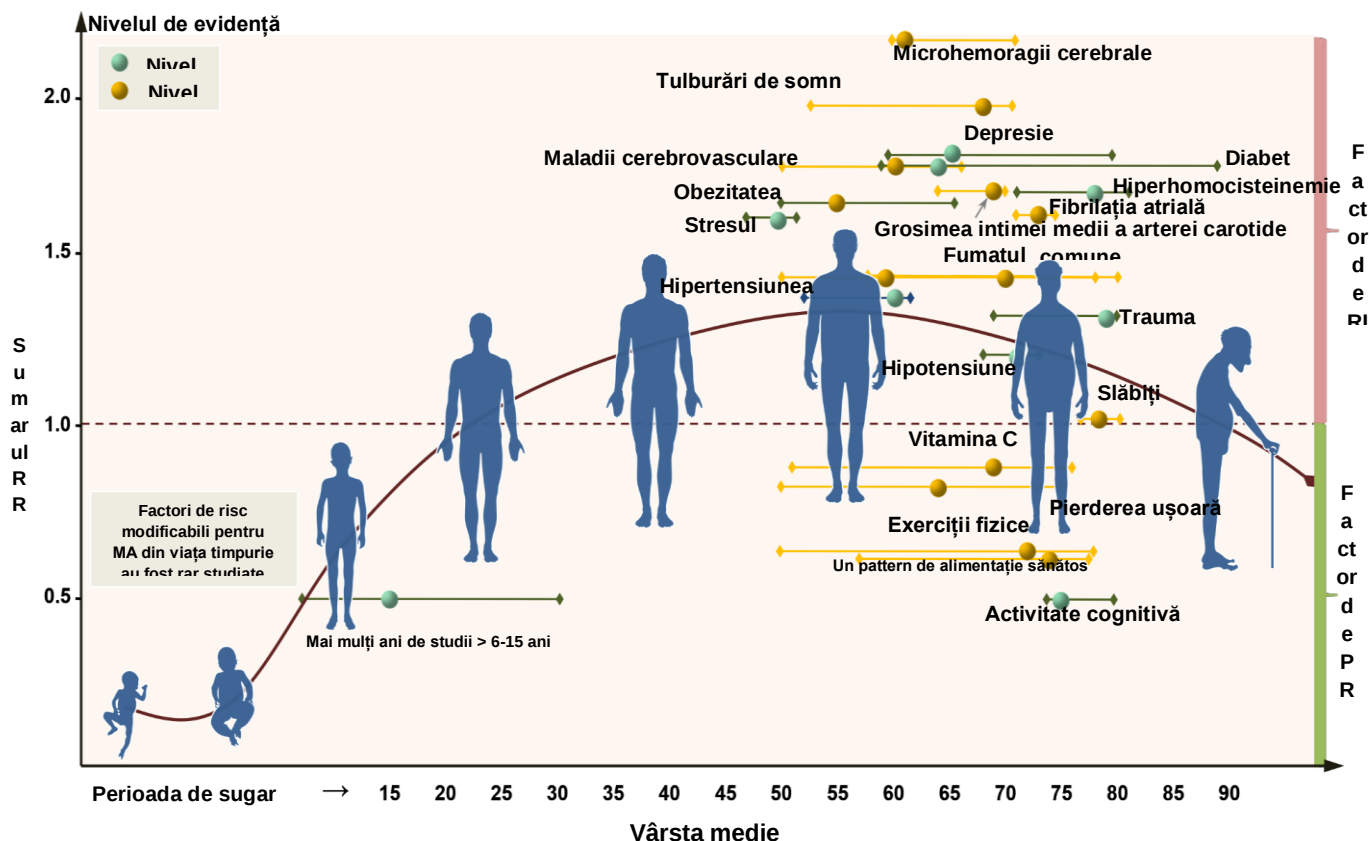
FACTORI DE RISC

- **FACTORI GENETICI** - Riscul genetic joacă un rol important în boala Alzheimer, chiar și în așa-numitele cazuri sporadice sau cu debut tardiv. Un istoric parental de demență este asociat cu o creștere aproximativă de 2 ori a riscului relativ de demență, independent de factorii genetici cunoscuți;
- **VÂRSTA** - rămâne unul din cei mai importanți factori de risc pentru demență, în special pentru boala Alzheimer. *Incidența bolii Alzheimer se dublează aproximativ la fiecare 10 ani după vârsta > 60 de ani.*
- **FACTORI MEDICALI:**
 - **Maladii precum:** depresia, anxietatea, obezitatea la vârsta medie, IMC înalt la vârstnici, diabetul, trauma cerebrală, HTA la vârsta medie, hipotensiune ortostatică, hiperhomocisteinemie, maladii cerebrovasculare, fibrilație atrială, pierderea auzului, apnee obstructivă în somn.
 - **Consumul anumitor medicamente** (benzodiazepine, anticolinergice, inhibitorii pompei de protoni);
 - **Deficitul de vitamina D** - există unele dovezi că deficiența de vitamina D este asociată cu deficiența cognitivă și Alzheimer la adulții în vârstă.
- **FACTORI COMPORTAMENTALI:**
 - **Somnul insuficient**
 - **Consumul de tututn, alcool, droguri**
 - **Lipsa de activitate fizică** – implicarea în activități fizice cel puțin la un nivel scăzut până la moderat, a fost asociată cu o reducere cu 35% a riscului relativ de declin cognitiv;
 - **Izolarea socială** - poate fi un simptom prodromal al demenței, dar dovezi tot mai mari sugerează că poate fi și un factor de risc pentru demență, posibil printr-o creștere a riscului de HTA, BCV și depresie;
 - **Nivelul scăzut de educație** – au fost asociate cu un risc crescut de demență;
 - **Traumatisme cerebrale** - traumatismul cerebral ușor, repetat prezent în fotbalul american, boxul sau alte activități cu risc înalt, poate duce la encefalopatie cronică traumatică, manifestată prin probleme de comportament și dispoziție, tulburări cognitive, parkinsonism și alte anomalii de vorbire și mers. Mai degrabă, leziunile cerebrale traumatice au fost asociate cu un risc crescut de modificări patologice cu corpi Lewy, precum și cu incidența bolii Parkinson;

FACTORI DE PROTECȚIE

Educația (6-15 ani), activitatea cognitivă, scăderea ponderală ușoară la vârstnici, alimentația sănătoasă, exercițiile fizice, consumul de vitamina C.

Factori de Risc și factori de Protecție în Demență



PROFILAXIA (recomandări generale)

- Screening-ul tuturor persoanelor cu tulburări cognitive, care solicită ajutor în cadrul AMP, inclusiv în cazul, când aparținătorii solicită examinarea funcțiilor cognitive ale persoanelor apropiate sau în cazul, când sunt suspiciuni privind prezența deteriorării cognitive.
- Educația pacientului și aparținătorilor privind demența.
- Promovarea factorilor de protecție.
- Descurajarea consumului de droguri și comportamentelor riscante.

SCREENING-UL

Identificarea cazurilor pare a fi o metodă mai potrivită decât screening-ul populației.

Se va face evaluarea și confirmarea suspiciunilor privind prezența demenței doar în cazul **suspiciunilor medicului, acuzelor ce parvin de la pacienți sau aparținători.**

SE RECOMANDĂ:

- Evaluarea Deficitului Cognitiv (MMSE - Mini Mental State Examination)[**Error! Reference source not found.**] conform anexei
- **Un scor mai mic de 24 puncte este sugestiv pentru demență sau delirium.**
- Din cauza comorbidității frecvente a demenței cu depresia se recomandă screening-ul la depresie (Scala Geriatrică pentru Depresie), care de altfel poate să mascheze clinica demenței.
- În funcție de caz, pacienților depistați cu demență, se recomandă screening-ul la carența vitaminei B12 și hipotiroidie (T3/T4/TSH)

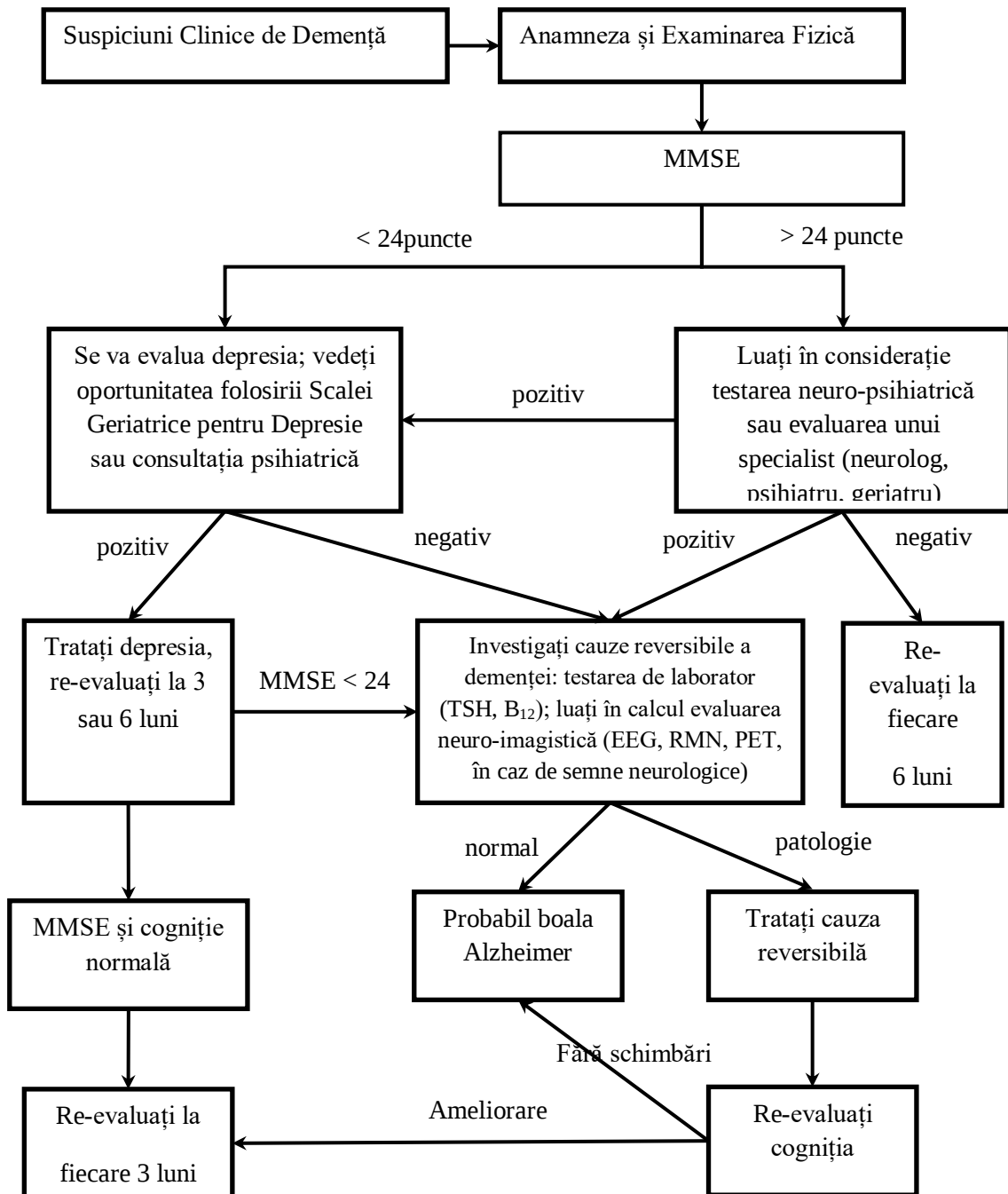
MANIFESTĂRI CLINICE PRECOCE ÎN DEMENTĂ

Pentru pacienții cu **orice tip de demență**, în **etapa inițială**, sunt comune următoarele **4 acuze**, comparativ cu funcționarea lor în urmă cu **5 – 10 ani**:

1. dificultatea de a-și aminti nume cunoscute anterior,
2. dificultatea de a găsi cuvântul potrivit în momentul potrivit,
3. dificultatea de a-și aminti unde se află anumite obiecte și

4. diminuarea capacității de concentrare a atenției.

ALGORITM DE EVALUARE INIȚIALĂ ÎN CAZ DE DEMENTĂ



DIAGNOSTICUL

Evaluarea complexă a pacientului, inclusiv a stării somatice, permite estimarea complexă a necesităților de intervenții și include:

- Anamnesticul
- Examenul fizic
- Examenul de laborator
- Diagnosticul diferențial
- Conlucrarea cu CCSM

Anamnesticul tulburării de sănătate mintală

- Anamneza familială,
- Anamneza vieții
- Începutul bolii prezente

ABORDAREA DIAGNOSTICĂ — Întâlnirea inițială cu un pacient cu demență suspectată ar trebui să se axeze asupra istoricului. Trebuie să fie prezenți membri ai familiei sau cineva care cunoaște bine pacientul pentru a prezenta un istoric adecvat al schimbărilor cognitive și comportamentale.

Starea somatică – aspectul exterior, statura pacientului, masa corporală, constituția, anomalii de dezvoltare a corpului și a părților corpului, tegumentele și mucoasele vizibile, pigmentarea, umiditatea, impregnarea cu grăsime, tatuaje, leziuni corporale, hematoamelor, escoriațiilor, urmelor de grataj, arsurilor, congestiilor, degerăturilor. Sistemul osteo-muscular, Cavitățile bucale, dinții, gingiile, limba, istmul amigdalofaringean, mirosul din gură.

Sistemul cardiovascular (starea vaselor sanguine magistrale și superficiale, teleangiectazii, frecvența și ritmul zgomotelor cardiace, sufluri patologice, edeme ale membrelor inferioare).

Sistemul digestiv ((abdomenul la palpare (*moale/ dur, indolor/ dureros, cu localizarea durerilor, participă în procesul de respirație sau nu*), simptomele de excitare ale peritoneului, ficatul (*dimensiunile, duritatea sensibilitatea*), splina (*dimensiunile, duritatea, sensibilitatea*), intestinul sigmoid (dureros, infiltrat, sensibil), scaunul (*oformat, lichid, semioformat, mirosul, culoarea, cu amestecuri patologice – sânge, mucozități*), frecvența lui.

Sistemul urogenital (simptomul Pasternatzki-Giordano, dereglări de micțiune, edeme faciale, impotență, frigiditate, etc.).

Starea neurologică – **patologia nervilor cranieni** ((Pupilele (*egale/inegale ca mărime, forma regulată/neregulată, midriază, mioză, convergența, strabism (convergent/divergent), diplopie*)), reflexele corneale, *mișcările globilor oculari* (dolare/indolare, în volum deplin/limitat în sus, limitat în jos, limitat lateral), reacția la lumină (vie, lipsește, diminuată), *nistagmus* (orizontal, vertical, rotator, orizontal-rotator, mixt, larg întins, scurt întins); *echilibrul în poziția Romberg* ((tremor al extremităților, stabilitate (stabil/instabil, se clatină spre dreapta, spre stânga, înainte, înapoi)), *reflexele osteo-tendinoase, abdominale* (vii, lipsesc, atenuate), *dermografismul* (roz, alb, roșu, îngust/difuz, stabil, dispăre repede); *reflexele patologice* (Babinsky, Rossolimoș.a). *Semnele meningiene. Semnele de impregnare neuroleptică* (acatisie, rigiditate musculară, tegumentele obișnuite/uscate/grase, proba percuției glabulare, hipersalivare, proba capului lăsat liber, tremorul limbii scoase afară).

Starea psihică	
- Aspectul vestimentar	- Vorbirea, fluxul verbal
- Comportamentul	- Percepția și senzațiile
- Psihomotricitatea	- Conștiința
- Accesibilitatea contactului verbal,	- Mimica, expresia feței, ochii, expresia ochilor
- Cauzele deficienței contactului verbal	- Atenția, memoria
- Relația cu realitatea	- Gândirea, idei delirante, delir
Afectivitatea	
- Emotivitatea/ paleta emoțională	- Tulburări în sfera sentimentelor
- Agitație	- Dispoziția
- Caracterul	- Temperamentul
- Intelectul	- Voința

EXAMENUL FIZIC

➤ Examene de bază:

- Examenul clinic somatic și neurologic complet;
- Colectarea informației din surse obiective suplimentare (rude, prieteni, colegi etc.);
- Examenul clinico-psihologic.

➤ Examene suplimentare:

- Examenul paraclinic,
- Consultul medical în funcție de simptomele somatice prevalente.

INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

- Se vor efectua investigații paraclinice ținând cont de simptomele fizice prezente la pacient.
- Scopul investigației este de a confirma sau infirma prezența patologiei somatice asociate.
- Evaluarea nivelului ALAT și ASAT la inițierea terapiei cu remedii anticolinesterazice și, ulterior (trimestrial în primul an de terapie, ulterior – la necesitate).

CRITERII DE DIAGNOSTIC PRIVIND DEMENTA. CIM-10

1. Dovezi privind declinul atât al memoriei, cât și al gândirii, cu un grad suficient pentru a afecta activitățile din viața cotidiană (*spălatul, îmbrăcatul, alimentarea, igiena personală, inclusiv excreția*).
2. Este prezentă o dificultate crescândă a capacității de a fi atent la mai mulți stimuli concomitent și dificultăți în a schimba focalizarea atenției de la o temă la alta.
3. Deteriorarea memoriei afectează în mod caracteristic înregistrarea, stocarea, evocarea noilor informații.
4. Dementa e mai mult decât o tulburare a memoriei: există de asemenea o deteriorare a gândirii, a capacității de raționare și o reducere a fluxului de idei.
5. Activitățile bine cunoscute, învățate anterior pot fi, de asemenea, pierdute, mai ales în stadiile tardive.
6. Existența unui câmp clar de conștiință.
7. Simptomele și deteriorările trebuie să fie dovedite ca având o durată de cel puțin 6 luni.
8. Simptomele menționate mai sus nu pot fi explicate mai bine de prezența altor tulburări de sănătate mintală. (*de ex., depresie, delirium, retard mintal ușor/moderat, consum de substanțe/medicamente*).

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Diferențierea dintre Deliriumului cu Dementa

	Criteriul	Delirium
1.	Istoric	Boală acută
2.	Debut	Rapid
3.	Durată	Zile-săptămâni
4.	Evoluție	Fluctuantă
5.	Conștiință	Fluctuantă
6.	Orientare	Afectată, cel puțin periodic
7.	Afect	Anxios, iritat
8.	Gândire	Adesea tulburată
9.	Memorie	Memoria recentă intens afectată
10.	Percepție	Frecvent halucinații (în special vizuale)
11.	Funcția psihomotorie	Inhibiție, agitație, ambele
12.	Somn	Ciclu somn-veghe perturbat
13.	Atenție și prezență în mediu	Puternic afectate
14.	Reversibilitate	Adesea reversibil

Diferențierea Depresiei cu Dementa

	Criteriul	Depresie
1.	Vârsta	mai înaintată
2.	Debutul	vag, insidios
3.	Evoluția	lentă
4.	Critica de boală	absentă
5.	Semnele organice	adesea prezente
6.	Cogniția	afectare semnificativă
7.	Comportamentul	congruent cu gradul de afectare cognitivă
8.	Cooperarea	cooperant dar frustrat, perplex

TRATAMENTUL

Principii generale de tratament.

- Efectuarea tratamentului în condițiile obișnuite pacientului (*în condiții de ambulatoriu - la domiciliu*), deoarece schimbarea ambianței obișnuite pacientului (de exemplu, internarea în spital):
 - a) poate crește anxietatea
 - b) poate agrava atât starea somatică, dar și cea psihică (*până la stări de conștiință confuză de tip delirium*);
 - c) poate conduce la dezorientare în timp și spațiu asociată cu fenomene halucinatorii și conștiință confuză de tip delirium;
 - d) poate dezorganiza comportamentul pacientului;
 - e) poate conduce la creșterea nivelului agresivității de frustrare, adeseori asociată cu insatisfacție, comportament ostil.
- Tratamentul demenței este unul complex și include atât tratament farmacologic, cât și susținere cognitivă sau îngrijiri și suport permanent, inclusiv în activități cotidiene uzuale (depinde de severitatea demenței).

TRATAMENT FARMACOLOGIC.

Tipul etiopatogenic al Demenței	Medicamente de intenția 1	Medicamente de intenția 2
Boala Alzheimer	<i>Inhibitori de colinesteraze</i>	<i>Memantine</i>
Demență vasculară	Nu	Nu
Demență mixtă	<i>Inhibitori de colinesteraze</i>	<i>Memantine</i>
Dementa cu corpi Lewy	<i>Inhibitori de colinesteraze</i>	<i>Memantine</i>
Declinul Cognitiv Minor	Nu	Nu
Dementa secundară maladiei Parkinson	<i>Inhibitori de colinesteraze</i>	Nu
Demență frontotemporală	Nu	Nu

Remedii pro-cognitive și neuroprotective utile pentru tratamentul tulburărilor cognitive de Demență

Remediul	Doze recomandate (mg/zi)
Anticolinesterazice (procognitive)	
Donepezilum	5 – 10
Rivastigminum	3 – 12
Rivastigminum plasture transdermic	4,6 mg/24 ore 18 mg/24 ore 9,5 mg/24 ore
Galantaminum	8 – 24
Modulatori ai echilibrului GABA/Glutamat (pro-cognitive și neuroprotectoare)	
Memantine	20

La nivelul de AMP

- Inițierea tratamentului pro-cognitiv de comun acord cu ECSM al CCSM și evaluarea tolerabilității, complianței și eficacității tratamentului.
- În cazul prezenței simptomelor psihice (auto-/heteroagresiune, delir, halucinații etc.) referire la CCSM.

CRITERII PENTRU REFERIRE LA CCSM

- Evaluare psihică în caz de suspiciuni la prezența deteriorării cognitive.
- Coordonarea serviciilor specializate necesare.

CRITERII DE SPITALIZARE

- Comportament auto - (suicidal) sau/și heteroagresiv la pacienți psihotici (cu delir, delirium, halucinații).
- Necesitatea tratamentului farmacologic intensiv și altor metode invazive după caz.

SUPRAVEGHEREA

- Scop**
- Menținerea stării de sănătate fizică și psihică.
 - Menținerea funcționării independente în plan ocupațional și social.
- Prin**
- Monitorizarea sănătății fizice și psihice.
 - Trimiterea la CCSM pentru tratamentul simptomelor psihice (auto/heteroagresiune, delir, halucinații etc)

Aprobat prin ordinul MSMPS nr.271 din 31.03.2021 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Demența”

Evaluarea Deficitului Cognitiv (MMSE - Mini Mental State Examination)[Error! Reference source not found.]

Mini-Mental State Examination - MMSE

(Mini test pentru examinarea stării mentale)

Așezați pacientul într-o poziție confortabilă și stabiliți o bună comunicare. Puneți întrebările în ordinea prezentată. Scorul maxim posibil este de 30.

Punctaj
maxim

Orientare

În ce (an), (anotimp), (zi a săptămânii), (zi din lună), (lună) suntem?

5

Unde ne aflăm - (țara), (județul), (orașul), (spitalul), (etajul)?

5

Înregistrarea informațiilor

Rostiți numele a trei obiecte obișnuite (de ex. „măr”, „masă”, „monedă”). Între fiecare cuvânt faceți câte o pauză de câte o secundă. Cereți-i pacientului să le repete pe toate 3. Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. Apoi relatați-le până le învață pe toate 3.

3

Evaluați din câte încercări a reușit și notați. Încercări:

Atenție și calcul

Numărare inversă de la 100 scăzând câte 7. Opriți-l după 5 răspunsuri corecte.

5

Test alternativ: rostirea cuvântului „avion” în sens invers.

Punctajul este în funcție de numărul de litere așezate în ordine corectă (N_O_I_V_A).

Reproducerea informațiilor

Întrebați-l cele 3 nume de obiecte pe care le-a auzit anterior.

3

Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. (Notă: învățarea nu poate fi testată dacă cele 3 nume nu au fost memorate în timpul testării memoriei.)

Limbaaj

Denumirea unui „creion” și a unui „ceas”.

2

Repetarea propoziției: „Capra neagră calcă piatra”.

1

Înțelegerea unei comenzi:

„Luați o foaie de hârtie, împăturiți-o în două și așezați-o pe podea”.

3

Citirea și executarea comenzii: „Închide ochii”.

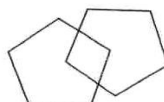
1

Scrierea unei propoziții.

1

Copierea următorului desen:

1



Scor maxim total: 30

Scor total:

Repere recomandate pentru evaluarea severității disfuncției cognitive:

Ușoară: MMSE $\geq$ 21 Moderată: MMSE 10-20 Severă: MMSE $\leq$ 9

Scăderea medie a scorului MMSE la pacienții cu boala Alzheimer ușoară și moderată este de 2-4 puncte pe an.

Adaptat după Burns A, Lawlor B, Craig S – Assessment Scales in Old Age Psychiatry. Martin Dunitz 1999:34-35; Mini-Mental State Examination