



DEMENTA

Pe măsură ce înaintăm în vârstă organismul nostru suferă un declin biologic, atât din punct de vedere somatic cât și din punct de vedere psihic. Din punct de vedere psihic, se constată o alterare progresivă a funcțiilor cognitive cu scăderea performanțelor atenției și memoriei și o diminuare a eficienței proceselor intelectuale. Îmbătrânirea normală ne face mai puțin flexibili din punct de vedere mental cu un impact asupra funcționalității de zi cu zi; însă atunci când declinul este atât de sever încât afectează activitățile cotidiene, relațiile sociale și familiale, este posibil să fie un semn al unei boli ce cauzează demența.

Ce este demența?

Demențele reprezintă un grup de afecțiuni de tip neurodegenerativ, caracterizate prin deteriorare progresivă și ireversibilă a funcțiilor cognitive, ce duc la deteriorare globală cu declin față de nivelul anterior de funcționare și evoluție către invaliditate și complicații medicale multiple ce precipită moartea. Principalele funcții cognitive afectate în mod obișnuit în demență sunt memoria, atenția, limbajul, gândirea și judecata, la care se pot adăuga modificări ale personalității, tulburări afective și tulburări comportamentale.

Demențele sunt afecțiuni frecvente, incidența celor degenerative crescând cu vârsta, astfel încât peste 65 de ani circa 10% din populație este afectată.

Care sunt cauzele demenței?

Demența implică deteriorarea celulelor nervoase din creier. Această deteriorare interferă cu capacitatea celulelor de la nivelul creierului de a comunica între ele. Creierul are mai multe regiuni distincte, fiecare dintre ele fiind responsabile pentru diferite funcții (de exemplu memorie, judecată, comportament). Moartea celulelor creierului poate duce la deficite cognitive ce caracterizează demența.

Unele cauze ale demenței pot fi tratabile, în aceste cazuri demența fiind parțial sau complet reversibilă. Acestea includ: leziuni cranio-cerebrale, tumori cerebrale, hidrocefalia normotensivă, hematoame cerebrale, infecții cerebrale (meningite, encefalite, tuberculoză, parazitoze, HIV-SIDA, sifilis), afecțiuni endocrine (hipotiroidia, sdr. Cushing), afecțiuni metabolice (boli ale ficatului, pancreasului sau rinichilor care perturbă echilibrul substanțelor chimice din sânge: insuficiență renală cronică, demența de dializă, insuficiență hepatică, hipoglicemia cronică), hipoxia (oxigenarea insuficientă a creierului), deficiența de vitamine (din grupul B), substanțe toxice (alcoolul, monoxid de carbon, plumb, mercur, mangan, pesticide, trihexifenidil, barbiturice, antidepressive triciclice, litiu, digitala, , cocaina, etc.).

Din nefericire, cele mai multe tulburări asociate cu demența sunt **progresive** (induc o scădere treptată a funcționării), **degenerative** (evoluția în timp este spre agravare) și **ireversibile**. Cele două cauze degenerative majore de demență sunt **boala Alzheimer** (pierderea progresivă a celulelor nervoase fără o cauză cunoscută) și **demența vasculară** (pierderea funcției cerebrale ca urmare a unei serii de accidente vasculare cerebrale). Alte tipuri de demență progresivă și ireversibilă sunt: **demența cu corpi Lewy**, **demența asociată bolii Parkinson**, **demența fronto-temporală**, **demența asociată bolii Huntington**, **demența din boala Creutzfeldt-Jakob**.

Boala Alzheimer este cea mai frecventă cauză ireversibilă de demență, reprezentând 50-70% din toate cazurile de demență. Nu se cunoaște exact ce anume determină procesul de deteriorare cerebrală, dar s-a dovedit că la nivelul creierului pacienților cu boală Alzheimer apar următoarele tipuri de modificări:

- alterări ale neurotransmisiei cerebrale cu scăderea eficienței neuromediatorilor, în special a acetilcolinei (principalul neuromediator implicat în cogniție) și amplificarea activității glutamatului în stadiile moderate și severe
- leziuni caracteristice neurodegenerative: depuneri de β -amiloid sub formă de plăci senile, degenerescență fibrilară (formarea în interiorul neuronilor a unor ghemuri proteice, alcătuite din proteina tau).

Aceste leziuni determină alterarea comunicării interneuronale, reducerea eficacității neuronilor sănătoși și în final distrucție neuronală masivă.

Demența vasculară este a doua cauză de demență, fiind rezultatul unor leziuni focale sau difuze la nivel cortical și subcortical, consecință a bolii cardiovasculare. Distrugerea țesutului cerebral apare prin scăderea sau blocarea fluxului sangvin prin accidente vasculare cerebrale care pot fi puține la număr dar mai întinse, fie minore dar multiple (demența multi-infarct). Factorii de risc pentru demența vasculară se suprapun factorilor de risc pentru accidentele vasculare cerebrale: ateroscleroza, hipertensiunea arterială, dislipidemiile, aritmiile cardiace, diabetul zaharat, obezitatea și fumatul.

Dovezile sugerează că **demența cu corpi Lewy**, boala Parkinson și **demența din boala Parkinson** pot fi legate de aceleași anomalii la nivel cerebral ce au la bază depozite microscopice anormale, compuse în principal din alfa-synucleină, o proteină care găsește pe scară largă în creier, dar a cărei funcție normală nu este încă cunoscută. Depozitele sunt numite corpi Lewy. Nu se cunoaște cauza apariției corpiilor Lewy în sistemul nervos central, dar simptomele par a fi în relație cu întreruperea fluxului de impulsuri nervoase între corpul striat și neocortex datorită acumulării de corpi Lewy. În creierul acestor pacienți au fost depistate și leziuni caracteristice bolii Alzheimer: plăci amiloide și ghemuri neurofibrilare.

Demența fronto-temporală se caracterizează prin degenerare neuronală la nivelul celulelor nervoase din lobi frontali și temporali ai creierului, zone asociate cu personalitatea, comportamentul și limbajul. Cauzele demenței fronto-temporale implică o acumulare de proteine anormale în creier. Toxicitatea proteinelor anormale determină degenerarea celulelor creierului iar zonele afectate se micșorează în timp.

Boala Huntington este o afecțiune neurodegenerativă de cauză genetică, care determină distrugere neuronală ireversibilă și se caracterizează prin **demență**, declin cognitiv, coordonare defectuoasă a mușchilor și coree. Boala Huntington este cauzată de o mutație a unei gene care produce o substanță care interferează cu metabolismul normal al creierului. Gena bolii Huntington codifică o proteină numită huntingtină și poartă un segment în plus, cu o anumită secvență de unități repetitive. În momentul în care segmentul este foarte mare se produce o proteină eronată, cu efect distructiv general.

Boala Creutzfeldt-Jakob este o afecțiune degenerativă a creierului care duce la **demență** și în cele din urmă la deces. Boala Creutzfeldt-Jakob și formele sale aparțin unui grup larg de boli umane și animale cunoscute ca și encefalopatii spongiforme transmisibile. Cauza bolii Creutzfeldt-Jakob și a encefalopatiilor spongiforme transmisibile se pare că este un tip de proteină anormală numită prion. În mod normal, proteinele sunt inofensive, dar atunci când sunt modificate, acestea devin infecțioase și pot afecta în mod negativ procesele biologice normale.

Care sunt simptomele demenței?

Tabloul clinic al demenței are la bază sindromul demențial cu manifestări variabile în funcție de tipul de demență, cele mai comune semne și simptome fiind:



Simptome cognitive

- Tulburări de memorie: dificultatea de a-și reaminti informații anterior învățate și imposibilitatea de a acumula informații noi. Primele care se pierd sunt evenimentele recente, în timp ce amintirile vechi pot fi conservate. Cu timpul apar și alterări ale memoriei de lungă durată.
- Tulburări de gândire: probleme legate de gândirea abstractă, tulburări de —calcul, pierderea inițiativelor, tulburări ale funcțiilor de organizare a activităților zilnice, incapacitatea de a lua decizii.
- Tulburări de vorbire: bolnavul nu își mai găsește cuvintele, chiar pentru noțiuni simple.
- Dezorientare temporo-spatială care se poate manifesta inițial în afara casei sale, iar în fazele mai avansate de boală nu se mai poate orienta nici în propria locuință.
- Incapacitatea de a efectua diferite activități motorii coordonate: bolnavul „nu mai știe” cum să se îmbrace adecvat, cum se descurie ușa cu cheia etc.
- Imposibilitatea de a recunoaște, identifica și denumi obiecte uzuale.
- False recunoașteri: la început dificultate în recunoașterea fizionimiilor cunoscute, urmată de identificări eronate, care pot provoca stări de anxietate.

Aceste simptome pot avea un debut gradat, inițial bolnavul dezvoltă anumite strategii pentru a-și disimula dificultățile, însă declinul se agravează progresiv.

Simptome non-cognitive

- Agitație și agresivitate fizică sau verbală.
- Tulburări psihotice: halucinații (de obicei vizuale) și idei delirante (de persecuție, de gelozie, de abandon etc.).
- Tulburări ale dispoziției afective: inițial depresie și anxietate, ce pot fi reactive față de conștientizarea tulburărilor de memorie, iritabilitate, stări colerice, stări de euforie exagerată, instabilitate emoțională.
- Tulburări ale comportamentului: manifestări impulsive (acte de violență, dromomanie, colecționarism de obiecte inutile), dezinhibiție sexuală (comentarii pe teme sexuale, limbaj vulgar, gesturi obscene, mai rar agresivitate sexuală), neglijarea igienei personale și a vestimentației, tulburări ale comportamentului alimentar: reducere sau creștere exagerată a apetitului, alimentație neîngrijită, ingerare de substanțe necomestibile.
- Incontinență urinară și pentru materii fecale, satisfacerea nevoilor fiziologice în locuri neadecvate sau în prezența altor persoane.
- Tulburări ale somnului, cel mai frecvent cu inversarea ritmului somn-veghe, somnolență diurnă cu insomnie nocturnă, treziri frecvente asociate cu calitate slabă a somnului.



Semnale de alarmă pentru instalarea demenței

Una sau mai multe dintre manifestările de mai jos pot să sugereze apariția unor modificări specifice tulburărilor cognitive:

- Pierderi de memorie apărute treptat
- Dificultăți în îndeplinirea unor activități cotidiene
- Probleme de limbaj și comunicare, dificultăți în găsirea cuvintelor
- Dezorientare în timp și spațiu
- Afectarea judecății și raționamentului
- Rătăcirea lucrurilor
- Schimbări de comportament și de personalitate
- Pierderea motivației și a inițiativei, restrângerea sferei de interese
- Schimbări de dispoziție
- Compliantă redusă la medicație și recomandări

În prezența unor astfel de simptome este important să se consulte un medic psihiatru pentru că evoluția bolii poate fi încetinită dacă se intervine în stadiile inițiale!!!

Cum se pune diagnosticul de demență?

Diagnosticarea demenței și determinarea tipului de demență poate fi o provocare. Un diagnostic de demență impune ca cel puțin două funcții mentale de bază să fie afectate suficient pentru a interfera cu viața cotidiană. Ele sunt memoria, abilitățile lingvistice, capacitatea de concentrare a atenției, capacitatea de raționament și de rezolvare a problemelor și percepția vizuală. Un singur test nu poate diagnostica demența, astfel încât evaluarea diagnostică a unui pacient cu sindrom demențial trebuie să cuprindă o serie de teste care pot ajuta la identificarea problemei.

Medicul va examina istoricul medical și simptomele insistând asupra modalității de debut, antecedentelor, factorilor de risc. Pe lângă interviul cu pacientul, este obligatorie discuția cu familia acestuia, eventual cu alte persoane care pot furniza date comparative despre nivelul premorbid de funcționare cognitivă ca și evoluția în timp a simptomelor acestuia.

Examenul clinic general este obligatoriu și poate pune în evidență semne care să orienteze către diagnosticul unei afecțiuni generale care se însoțește de demență (de exemplu o tumoră malignă, o afecțiune metabolică, SIDA, hipotiroidism, anemie severă, etc.).

Examinarea cognitivă cuprinde examinarea atenției și a capacității de concentrare, evaluarea capacității de orientare, a memoriei de scurtă și lungă durată, a praxiei, limbajului și funcțiilor de execuție. Principalele entități clinice de care sindromul demențial ar trebui diferențiat sunt depresia, deliriumul, sindromul de dependență față de substanțe.

Examenul neurologic poate decela semne neurologice specifice care să orienteze diagnosticul către boli neurologice primare care se asociază cu demență (de exemplu boala Wilson, boala Creutzfeldt-Jacob). De asemenea, examenul neurologic este foarte important pentru a deosebi o demență de tip Alzheimer de o demență vasculară.

Examenul psihiatric poate depista tulburări non cognitive: simptome psihiatrice și de comportament adeseori prezente din primele stadii evolutive, incluzând depresia și fenomene psihotice, stări confuzionale, episoade obsesive, anxietate, iritabilitate, dezinhibiție, agitație, în scopul asigurării unui management optim al bolii.

Examenul psihologic trebuie să facă parte din examinare în mod obligatoriu, cu aplicarea de teste pentru aprecierea deficitului cognitiv ca și scale specifice pentru evaluarea tulburărilor de dispoziție, de percepție și de comportament. Dintre aceste teste, este recomandabil să se efectueze MMSE (Mini Mental State Examination) ca și testul de desenare a ceasului, precum și alte teste în funcție de specificul situației. Evaluarea funcției cognitive precum și evaluarea activităților zilnice prin chestionare specifice este extrem de importantă pentru diagnostic.

Analizele de laborator pot detecta probleme fizice care pot afecta funcționarea creierului cum ar fi deficitul de vitamine, mai ales de vitamina B12, afecțiuni tiroidiene, boli infecțioase, afecțiuni imunologice, intoxicații.

Examenul lichidului cefalorahidian este indicat uneori în infecții sau pentru determinarea de markeri ai unor boli degenerative.

Investigațiile neuroimagistice (tomografii computerizate cerebrale și rezonanța magnetică cerebrală) fac parte dintr-un diagnostic complet fiind utile în special pentru excluderea altor patologii cerebrale și pentru a ajuta la stabilirea diagnosticului de demență.

Examenul electroencefalografic (EEG) poate fi necesar uneori, în cazuri selecționate, aducând informații necesare diagnosticului etiologic al demenței (spre exemplu în suspiciunea de boală Creutzfeldt-Jakob sau de encefalite).

Care este evoluția demenței?

Tabloul clinic al demenței are de obicei o evoluție lent progresivă spre agravare. În tipurile degenerative evoluția este continuă, în timp ce în demențele vasculare poate fi sacadată, cu episoade de accidente acute și remisiuni parțiale. În cursul evoluției se pot asocia comorbidități somatice și neurologice ce pot influența funcționarea cerebrală și pot determina precipitarea evoluției deteriorative.

În evoluția unei tulburări demențiale se disting mai multe faze evolutive:

1. *Faza inițială – Demența ușoară*

Este diagnosticată atunci când familia constată că pacientul are probleme cu memoria și cu gândirea. În acest stadiu al bolii pacienții prezintă:



- Afectarea memoriei pentru evenimentele recente: bolnavul uită, repetă, încurcă lucruri, locuri și persoane, întreabă de mai multe ori același lucru, are probleme cu învățarea lucrurilor noi. În acest stadiu bolnavul manifestă o ușoară afectare a memoriei, a simțului de orientare și a capacităților cognitive. Memoria de lungă durată este intactă, amintindu-și foarte bine evenimentele din trecut.
- Dificultăți în rezolvarea problemelor sau sarcinilor complexe, de exemplu organizarea unui eveniment în familie sau situații ce implică decizii financiare.
- Schimbări de personalitate – bolnavul devine mai retras, poate deveni iritabil sau chiar agresiv, lucrurile care cândva îi faceau plăcere își pierd treptat din importanță, scade interacțiunea socială, planurile de viitor dispar.
- Dificultăți în exprimare, dificultăți în găsirea cuvintelor, exprimarea ideilor devine din ce în ce mai dificilă.
- Pierderea unor lucruri sau obiecte de valoare.
- În acest stadiu bolnavul își menține independența, iar nevoia de asistență pentru activitățile de zi cu zi este minimă.

2. *Faza de stare - Demența moderată*

În forma moderată pacienții devin confuzi, deficitul cognitiv progresează, iar momentele în care bolnavul conștientizează că are o problemă devin din ce în ce mai rare.

În acest stadiu de boală pacienții pot prezenta:

- Deteriorarea modului de judecată și raționament, agravarea confuziei. Au probleme de orientare temporală și spațială, nu știu unde sunt, în ce zi a săptămânii sau în ce anotimp. Sunt capabili de a-și recunoaște bunurile proprii și pot lua din greșeală lucruri care nu le aparțin. Pot confunda persoanele apropiate, se pot rătăci în împrejurimile locuinței. În acest stadiu nu mai pot fi lăsați singuri.
- Pierderile de memorie sunt importante. Pacienții uită detalii legate de istoria personală, adresa sau numărul de telefon. Repetă povestiri sau inventează fragmente de povești pentru a umple golurile de memorie.
- Suferă modificări semnificative de personalitate și comportament, devin suspicioși, pot dezvolta idei delirante, în special de prejudiciu și gelozie, pot prezenta halucinații vizuale și auditive, pot avea ieșiri necontrolate (țipă, izbesc, amenință, acuză). Unele persoane devin agitate, neliniștite spre sfârșitul zilei.
- Au nevoie de ajutor în activitățile zilnice. Asistența poate fi necesară în alegerea vestimentației pentru orice ocazie, în menținerea igienei personale, în folosirea toaletei. Unele persoane pot deveni parțial incontinente.

3. *Faza finală - Demența severă*

În forma severă funcția mentală este într-un declin continuu, iar boala are un impact deosebit asupra mobilității și a capacităților fizice.



Pacienții prezintă:

- Pierderea capacității de comunicare verbală, nu mai poate vorbi coerent, deși ocazional pot spune cuvinte sau fraze.
- Necesită asistență zi de zi la îmbrăcare, folosirea băii, menținerea igienei personale, servirea mesei și pentru toate celelalte sarcini de auto-îngrijire.
- Pot deveni incapabili să meargă, nu se pot mobiliza fără ajutor, sunt prezente rigiditatea musculară și reflexele anormale, apare incontinența sficteriană, se pierde reflexul de înghițire.
- Spre final, îngrijirea devine paliativă, de sfârșit de viață. Scopul este acela de a asigura bolnavului suportul de care are nevoie, respect și afecțiune.

Cum se tratează demența?

Obiectivele intervenției terapeutice în demență sunt reprezentate de diminuarea progresiei proceselor neurodegenerative, ameliorarea și stabilizarea declinului cognitiv, terapia simptomelor non-cognitive și a complicațiilor comportamentale, tratamentul comorbidităților somatice, prevenția factorilor de risc evolutiv, îmbunătățirea funcționalității globale în activitățile de zi cu zi, menținerea calității vieții.

Atât intervențiile farmacologice cât și cele nonfarmacologice sunt utile în managementul simptomelor cognitive și noncognitive din demență.

- **Măsuri farmacologice**

Tratamentul simptomelor cognitive

O serie de medicamente s-au dovedit a fi eficiente în tratarea demenței. Medicamentele antidemențiale pot încetini temporar agravarea simptomelor și pot crește calitatea vieții atât a pacienților cât și a persoanelor care îi îngrijesc. Tratamentul trebuie inițiat odată cu diagnosticarea pacientului și se stabilește în funcție de stadiul evolutiv al bolii.

Există două tipuri de medicamente antidemențiale care acționează asupra modificărilor chimice apărute în creierul pacienților cu demență.

Inhibitorii de colinesterază

- ***Donepezil (Davia, Donecept, Tuadin, Pridia, Aricept)***
- ***Rivastigmina (Exelon, Nimvastid)***
- ***Galantamina (Reminyl, Galsya)***

Cele trei medicamente sunt recomandate în cazurile **ușoare** și **moderate** de boală, acționează într-un mod similar și oferă beneficii similare. Ele determină creșterea cantității unui produs chimic numit acetilcolina, care modulează procesele de memorare și învățare. Studiile clinice au arătat o îmbunătățire semnificativă a funcției cognitive și o reducere a manifestărilor non-cognitive cu reducerea stresului îngrijitorilor acestor pacienți.



Efectele adverse pentru această clasă de substanțe sunt ușoare și tranzitorii, apar devreme în cursul tratamentului și se remit frecvent în câteva zile. Acestea includ grețuri, vărsături, diaree, crampe musculare, oboseală, amețeli. Se impune prudență la administrarea la pacienți cu bradicardie și tulburări de conducere atriale sau ventriculare.

Modulatorii glutamatului

- Memantina (Ebixa, Nemdatine)

Se recomandă în stadiile **moderate** și **severe** de boală.

Memantina acționează prin blocarea unor tipuri speciale de receptori, numiți receptori NMDA, de care se leagă în mod obișnuit neurotransmițătorul numit glutamat. Glutamatul poate avea un rol important în demență cauzând moarte neuronală atunci când concentrațiile sale sunt cronic ridicate. Prin blocarea receptorilor NMDA, memantina îmbunătățește transmiterea semnalelor la nivel cerebral și reduce simptomele bolii.

Studiile clinice efectuate până în prezent arată că medicamentul este eficient în tratarea simptomelor cheie la pacienții cu demență moderată și severă, îmbunătățește funcția cognitivă și funcționarea zilnică, ameliorează tulburările comportamentale și întârzie instituționalizarea pacienților.

Majoritatea efectelor adverse observate au fost ușoare sau moderate ca și severitate. Cele mai frecvente efecte secundare observate au fost amețeli, cefalee, constipație, somnolență, ușoară creștere a incidenței halucinațiilor.

Medicația antidementială se utilizează ca **terapie pe termen lung**. Se recomandă **continuarea tratamentului în stadiile severe de demență** dacă medicul specialist, în colaborare cu medicul de familie și cu familia, observă menținerea unui beneficiu. Când pacienții în stadii terminale de demență și-au pierdut funcționalitatea aproape total și nu mai prezintă nici o îmbunătățire funcțională sau cognitivă în urma tratamentului, medicul specialist poate decide oprirea tratamentului.

Trebuie evitate întreruperile terapiei. Tratamentul pentru demență trebuie continuat în timpul unor boli acute sau în timpul unor spitalizări. Dacă este absolut necesară întreruperea tratamentului se recomandă reînceperea lui în cel mai scurt timp. Deși medicamentele pentru demență sunt în general bine tolerate de pacienții cu comorbiditate somatică, se vor face modificările necesare la pacienții cu boli hepatice sau renale.

În caz de apariție a efectelor adverse sau de lipsă de răspuns la terapie se poate opta pentru înlocuirea unui preparat cu altul.

Pacienții diagnosticați recent trebuie evaluați după 2 luni pentru a se determina tolerabilitatea și apoi **monitorizați la cel puțin 6 luni**. Evaluările ulterioare sunt necesare pentru a monitoriza efectele cognitive, funcționale și comportamentale (incluzând stabilizarea sau încetinirea evoluției), eventualele efecte adverse sau comorbidități somatice, psihice, neurologice.

Alte medicamente ce se pot administra în cazul pacienților cu demență sunt:

Cerebrolysin

Este un medicament ale cărui efecte neurotrofice acționează la nivelul neuronului și stimulează diferențierea celulară, susține funcțiile celulei nervoase și induce mecanisme de protecție și de reparare locale. Cerebrolysin este un amestec de factori neurotrofici și neuroprotectori, care asigură supraviețuirea celulei nervoase. Medicamentul a dus la îmbunătățiri clinice relevante și semnificative statistic la pacienți cu demență, boli neurodegenerative, accident vascular cerebral, traumatisme cranio-cerebrale.

La pacienții cu demență încetinește evoluția procesului de degenerare neuronală, ameliorează simptomatologia clinică și impresia clinică globală, îmbunătățește performanțele cognitive, crește gradul de autonomie a pacienților, ameliorează tulburările comportamentale. Efectul terapeutic este de lungă durată, se menține timp de cel puțin trei luni de la întreruperea administrării medicamentului, s-a dovedit a fi un medicament foarte sigur, efectele secundare înregistrate fiind foarte rare și fără gravitate.

Ginkgo biloba

Extractul standardizat de Ginkgo biloba are un efect relaxant asupra pereților vasculari, mărindu-le elasticitatea și îmbunătățind circulația sângelui, în special, la nivelul vaselor mici. Combinația de substanțe active conținute în extractul uscat obținut din frunzele de Ginkgo biloba crește toleranța țesuturilor, inclusiv a țesutului cerebral, la ischemie. Extractul obținut din frunzele de Ginkgo biloba neutralizează radicalii liberi și crește activitatea neuroprotectivă.

Ginkgo biloba a stabilizat și în anumite cazuri a dus la îmbunătățirea performanțelor cognitive și a funcționării sociale a pacienților cu demență.

Poate fi administrat în cazurile ușoare și moderate de demență. În plus, există unele studii clinice în desfășurare care urmăresc eficacitatea acestui tratament în prevenția apariției demenței la persoane cu tulburări de memorie.

Tratamentul factorilor de risc

Se recomandă tratamentul factorilor de risc vasculari la pacienții cu boală Alzheimer sau cu boală Alzheimer asociată cu boală cerebro-vasculară, precum și tratamentul de **prevenție secundară** a accidentelor vasculare cerebrale de toate tipurile, mai ales în demența vasculară pentru a limita deteriorarea cognitivă a acestor pacienți (antiagregante, statine, antihipertensive, etc.).

Tratamentul simptomelor non-cognitive

În managementul tulburărilor comportamentale se recomandă mai întâi abordările non-farmacologice pentru a evita utilizarea în exces a medicației și agravarea dizabilităților datorită efectelor adverse.



Tratamentul medicamentos al tulburărilor non-cognitive se recomandă numai în situațiile în care abordările non-farmacologice nu sunt posibile sau nu au fost eficiente și se inițiază în momentul în care tulburările comportamentale devin supărătoare pentru pacient sau pentru persoanele care îl au în îngrijire, când pacientul este periculos pentru sine și pentru anturaj, când tulburările de comportament interferă cu socializarea și calitatea vieții pacientului.

Alegerea medicației trebuie făcută în urma unei analize individuale, cu consultarea familiei sau a îngrijitorilor privind posibilele beneficii sau riscuri ale tratamentului. Tratamentul trebuie să fie limitat, revizuit regulat, îndreptat asupra unor simptome țintă care trebuie identificate, iar eficiența trebuie evaluată la intervale regulate.

Medicamentele folosite pentru tratamentul tulburărilor de comportament:

Antipsihoticele sunt un grup de medicamente care sunt de obicei folosite pentru a trata persoanele cu afecțiuni psihice, cum ar fi schizofrenia și mania. Ele sunt, de asemenea, prescrise și pentru simptome comportamentale apărute în demență pentru că, în unele cazuri, pot elimina sau reduce intensitatea simptomelor psihotice, cum ar fi iluziile și halucinațiile, a ideilor delirante și pot avea un efect calmant și sedativ, fiind utile în agitația psihomotorie, agresivitate și comportament violent.

Se recomandă folosirea antipsihoticelor atipice datorită profilului de efecte adverse mai redus decât al antipsihoticelor clasice. Dintre acestea cele mai utilizate sunt: **Risperidona (Rispolept, Risperdal, Rispen)** (de primă intenție), **Quetiapina (Seroquel XR)**, **Olanzapina (Zyprexa)**, **Clozapina (Leponex)**.

Haloperidolul, un antipsihotic clasic, poate fi recomandat ca medicație de a doua alegere, **doar în cazul** în care antipsihoticele atipice nu au fost eficiente sau nu sunt disponibile, cu monitorizarea posibilelor complicații ale tratamentului (cardiovasculare, sindroame parkinsoniene, etc.).

Efectele adverse posibile includ: sedare (somniață), risc crescut de cădere, sindrom parkinsonian, risc de accident vascular cerebral, risc de tulburari cardio-vasculare, risc de deces.

Este important să se ia în considerare faptul că medicamentele antipsihotice pot ajuta la reducerea simptomelor comportamentale, dar din cauza efectelor secundare, acest lucru poate fi în detrimentul calității vieții pacientului. De aceea, tratamentul cu antipsihotice trebuie să fie monitorizat, revizuit regulat și oprit după 12 săptămâni, cu excepția unor circumstanțe extreme.

Antidepressivele sunt medicamente utilizate pentru tratamentul depresiei și pot fi de asemenea un tratament eficient pentru simptomele comportamentale și psihologice din demență. Se recomandă la pacienții cu demență care asociază și depresie, fiind utile și în reducerea agitației, precum și în tratamentul apatiei (o lipsă generală de interes și motivație).



Cele mai utilizate antidepresive folosite în demență sunt:

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei - SSRI :

- *Sertralină-Zoloft, Serlift, Stimuloton, Asentra*
- *Escitalopram-Cipralax*

Inhibitori ai recaptării serotoninei, noradrenalinei – NSRI:

- *Venlafaxină-Effexor, Efectin*
- *Duloxetină-Cymbalta*
- *Mirtazapina-Remeron*
- *Trazodona-Trittico*

Antidepresive cu acțiune modulatorie serotoninergică

- *Tianeptina-Coaxil*

Dintre efectele adverse cele mai frecvente sunt: manifestări digestive (grețuri, vărsături), sedare sau insomnie, stare de neliniște, amețelă. De cele mai multe ori aceste efecte apar la inițierea tratamentului și sunt ne semnificative și pasagere. Profilul de efecte adverse redus le conferă siguranță și tolerabilitate în administrare.

Anticonvulsivantele sunt un grup de medicamente care sunt de obicei utilizate pentru tratarea epilepsiei, dar sunt uneori utilizate pentru simptomele de agresiune, agitație, labilitate afectivă la persoanele cu demență. Pot fi folosite ca monoterapie sau în asociere cu un antipsihotic.

Cele mai utilizate sunt ***Carbamazepina*** și ***Acidul valproic (Depakine, Convulex, Orfiril)***.

Efectele adverse ce le limitează utilizarea sunt hepatotoxicitatea și efectele hematologice (mai ales în cazul Carbamazepinei).

Anxioliticele, sedativele, hipnoticele

Benzodiazepinele pot fi eficiente în tratamentul anxietății, agitației, insomniei. Benzodiazepinele nu ar trebui să fie folosite ca terapie de primă linie pentru managementul tulburărilor de comportament din demență din cauza efectelor adverse ale utilizării pe termen lung: riscul de dependență, sindromul de sevraj la întreruperea tratamentului și agravarea deficitelor cognitive. Utilizarea lor ar trebui să se limiteze la gestionarea simptomelor acute, care nu răspund la alte medicamente. Benzodiazepinele cele mai recomandate sunt ***Lorazepam (Anxiar)*** și ***Oxazepam***. ***Diazepamul*** trebuie ***evitat***, mai ales dacă este folosit în mod cronic, putând produce dezinhibiție sau stări confuzionale, cu accentuarea stării de agitație.

Hipnoticele: Zolpidem (Stilnox, Sanval, Hypnogen) și ***Zopiclona (Imovane)*** pot fi utile în tratamentul insomniei. Acestea trebuie asociate măsurilor de igienă a somnului cu scopul reducerii dozelor și a folosirii pe timp limitat a medicației.

Măsurile non-farmacologice

Obiectivele abordărilor non-farmacologice sunt reprezentate de încetinirea declinului cognitiv, ameliorarea comportamentală, maximizarea abilităților restante, menținerea în siguranță a pacientului la domiciliu cât mai mult timp posibil, asigurarea permanentă a unui suport și a unei îndrumări pentru persoanele de îngrijire având ca scop creșterea calității vieții atât a pacientului cât și a persoanelor de îngrijire.



De mare importanță este psihoeducația membrilor familiei și a altor persoane de îngrijire, care trebuie să cunoască cât mai bine această afecțiune, să știe ce expectanțe realiste și realizabile pot avea, cum pot face față problemelor cu care se pot confrunta, pe măsură ce apar.

Un mediu sigur, alimentație corespunzătoare, somn regulat, igiena corespunzătoare și rezolvarea promptă a altor afecțiuni medicale sunt importante pentru binele general al pacientului.

- Realizarea unui mediu înconjurător sigur prin ordonarea camerelor, utilizarea de încuietori la uși și la dulapuri, stabilizarea covoarelor sau renunțarea la covoare, punerea de suprafețe nederapante în cadă, asigurarea aragazului cu stingător automat, restricționarea accesului la obiecte cu care se poate răni accidental, substanțe chimice, medicamente.
- Măsuri pentru facilitarea orientării: calendare, liste, se pot plasa semne cu desene în toată casa, pentru a-i veni în ajutor să-și amintească locurile în care sunt diferite obiecte, baia sau bucătăria, asigurarea unei bune luminozități prin plasarea de lămpi de veghe care să fie aprinse noaptea.
- Menținerea unei nutriții corespunzătoare prin asigurarea unei alimentații sănătoase și corecte.
- Crearea unei rutine zilnice care să includă activități plăcute și utile pentru pacient, precum și exerciții fizice.
- Tulburările de somn se pot rezolva prin descurajarea somnului în timpul zilei, exerciții fizice pe parcursul zilei, stabilirea unei rutine a mersului la culcare.
- Incontinența vezicală cât și cea fecală se rezolvă prin încurajarea mersului la toaletă la intervale de timp regulate și restricția lichidelor înainte de culcare. În cazul în care incontinența este deja instalată se poate folosi pampers sau lenjerie intimă absorbantă.
- Pacienților cu forme ușoare și medii de demență li se recomandă programe structurate de stimulare cognitivă și reabilitare cognitivă asigurate de personal medical și social cu pregătire și calificare corespunzătoare. Terapia cognitiv-comportamentală poate fi eficientă în reducerea simptomelor comorbide (depresie, anxietate), reducerea simptomelor psihotice, managementul tulburărilor de comportament, îmbunătățirea eficienței personale, a stimei de sine și reducerea autostigmatizării. Alte abordări utile includ: terapia memoriei (amintiri), exerciții psihomotorii, stimularea multisenzorială, alte forme de terapie socială, ocupațională, aromaterapia, utilizarea terapeutică a muzicii, dansului, terapia asistată cu animale, masaj etc.
- Pacienții care prezintă simptomatologie psihiatrică și comportamentală, ar trebui să fie evaluați, printr-o analiză comportamentală și funcțională condusă de profesioniști cu abilități specifice, pentru a se identifica factorii care ar fi putut genera, agrava sau ameliora tulburările de comportament. Dintre aceștia de reținut ar fi evaluarea unei dureri, care adesea determină schimbări neașteptate comportamentale.
- În formele medii și grave, pacienții cu demență au nevoie de supraveghere și îngrijire permanentă din partea familiei sau a unui îngrijitor specializat (drept la însoțitor).
- În fazele evolutive severe, se recomandă a fi spitalizați în instituții medicale specializate pentru îngrijirea terminală a pacienților cu demență, pe durată nelimitată, din cauza totalei dependențe fizice și psihice și a multiplelor complicații medicale care survin în această etapă finală a bolii.



Care sunt avantajele diagnosticării precoce a demenței?

Este important să se consulte un medic psihiatru în prezența unor **tulburări de memorie**, mai ales dacă acestea au un impact asupra funcționalității de zi cu zi.

Diagnosticul precoce al demenței ajută atât pacientul cât și membrii familiei prin obținerea de informații despre boală, obținerea unui tratament adecvat, stabilirea de așteptări realiste și planificarea viitorului.

Obținerea unui diagnostic precis este extrem de importantă deoarece unele afecțiuni cum ar fi depresia, boli tiroidiene, infecții sau efecte secundare medicamentoase pot produce uneori simptome similare cu cele ale demenței. Un diagnostic precis poate fi de asemenea benefic deoarece unele cauze de demență sunt tratabile și total sau parțial reversibile, în funcție de natura problemei. O evaluare aprofundată medicală poate duce la un diagnostic precis și **stabilirea unui tratament adecvat**.

Chiar dacă demența este o afecțiune cu evoluție progresivă, **tratamentul este mai eficient cu cât este instituit mai devreme** prin încetinirea procesului degenerativ, ameliorarea și stabilizarea deficitului cognitiv cu creșterea calității vieții pacientului.

Un diagnostic precoce presupune **menținerea independenței** pacientului pentru o perioadă cât mai lungă de timp, **implicarea activă a pacientului** în deciziile cu privire la tratament, la îngrijirea stării de sănătate și la planificarea viitorului. Permite pacientului să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la aspectele juridice, financiare și de îngrijire și de a-și face cunoscute dorințele familiei și prietenilor.

Având un diagnostic corect și precoce pacienții și familiile lor pot beneficia de **consiliere și sprijin**. Familiile care înțeleg boala și provocările care vin cu progresia acesteia sunt mai în măsură să sprijine persoana cu demență și să primească ajutorul potrivit.

Diagnosticul precoce este extrem de **important pentru cercetare**. Persoanele cu demență pot participa la **studii clinice** și alte cercetări pentru a ajuta la îmbunătățirea diagnosticului, tratamentului, serviciilor de îngrijire și prognosticului acestei afecțiuni.