

# Jak zapobiec opóźnieniom w rozpoznaniu choroby Alzheimera?

Diana R. Kerwin, MD

Geriatric Memory Disorders Clinic and Division of Geriatrics and Gerontology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA

How to prevent a delayed Alzheimer's diagnosis

The Journal of Family Practice 2009;58(1):9-15

Tłum. dr n. med. Mariusz Siemiński

Ponad połowa przypadków łagodnego i umiarkowanego otępienia nie jest rozpoznawana przez lekarzy. W artykule skoncentrowano się na tym, kiedy prowadzić badania przesiewowe i jakich narzędzi używać.

**J**anet M., 69-letnia kobieta z nadciśnieniem tętniczym, zgłosiła się do lekarza, gdyż uważa, że choruje na chorobę Alzheimera. Ostatnio przeszła epizod zaburzeń świadomości podczas zakupów w centrum handlowym; kiedy wróciła do samochodu, nie mogła przypomnieć sobie, jak dojechać do domu. Incydent zakończył się po kilku minutach i nie powtórzył więcej.

Jack S., 84-letni mężczyzna, zgłosił się do lekarza z powodu bólu prawego ramienia. Kilka lat wcześniej doznał urazu pierścienia rotatorów, lecz po serii zabiegów fizjoterapeutycznych objawy ustąpiły – aż do dnia, w którym potknął się i przewrócił podczas spaceru, około tygodnia wcześniej. Jego córka martwi się „zapominalstwem” ojca i narastającą niezdolnością do przypomnienia sobie niektórych słów, lecz pacjent uważa, że jest to naturalna konsekwencja starzenia się.

Fran B., 72-letnia pacjentka, zgłasza problemy z pamięcią, które zaczęły się około 6 miesięcy wcześniej. Kobieta martwi się o swojego syna i ma narastające problemy z koncentracją, snem i załatwianiem codziennych spraw.

Jeśli wymienione osoby byłyby Twoimi pacjentami, którym z nich zaleciłbyś przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku otępienia? Czy ta decyzja powinna zależeć od intuicji lekarza, czy opierać się na określonym zestawie kryteriów? Czy dysponujesz odpowiednimi narzędziami przesiewowymi i znasz je na tyle dobrze, by właściwie dobrać je dla poszczególnych pacjentów?

Często zdarza się, że podejmujemy decyzję intuicyjnie albo nie mamy pewności, które z narzędzi przesiewowych jest najwłaściwsze dla danego pacjenta. Wykrycie upośledzenia funkcji poznawczych, zwłaszcza we wczesnych stadiach, może być trudne i czasochłonne. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie wykrywają łagodnego i umiarkowanego otępienia w ponad 50% przypadków.<sup>1-5</sup>

Członkowie rodzin i opiekunowie również często przeoczą pogarszanie się funkcji poznawczych swoich bliskich. W badaniu 741 opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera okaza-

ło się, że od zauważenia pierwszych objawów do wizyty u lekarza mijają średnio 4 miesiące, a 22% opiekunów zwleka z wysłaniem chorego do lekarza ponad rok.<sup>6</sup>

## Pogarszanie się funkcji poznawczych można spowolnić, jeżeli rozpozna się je wcześniej

Wczesne rozpoznanie choroby Alzheimera lub innego zespołu otępiennego jest istotne z wielu powodów. W niektórych przypadkach upośledzenie funkcji poznawczych może być związane z innymi stanami chorobowymi (np. urazem głowy, chorobą Parkinsona, zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, zaburzeniami funkcji tarczycy), które można leczyć.<sup>7</sup> Istnieją również dowody, że

### Zalecenia praktyczne

- Unikaj decyzji o przeprowadzeniu badań przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych wyłącznie z powodu wieku pacjenta (siła zaleceń A).
- U pacjentów w podeszłym wieku z grupy podwyższonego ryzyka wykonuj badania przesiewowe podczas pierwszej wizyty, a następnie powtarzaj je co roku (siła zaleceń A).
- Upewnij się, że wszyscy pacjenci, u których przeprowadzono badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń poznawczych, zostali ocenieni pod kątem występowania depresji (siła zaleceń A).

### Siła zaleceń

- A – Zalecenia oparte na danych dobrej jakości
- B – Zalecenia oparte na danych o ograniczonej jakości lub sprzecznych
- C – Zalecenia oparte na wspólnym stanowisku ekspertów, doświadczeniu klinicznym, opiniach, opisach przypadków

medyczne, behawioralne i społeczne działania mogą opóźnić pogorszenie stanu poznawczego i funkcjonalnego związane z chorobą Alzheimera, przedłużając w ten sposób okres, w którym pacjent będzie mógł nadal żyć we własnym domu. Wczesne rozpoznanie ułatwia także planowanie życia rodzinnego w aspekcie prawnym i finansowym, i pozwala przedsięwziąć odpowiednie środki bezpieczeństwa.<sup>8-13</sup>

Na chorobę Alzheimera cierpi około 5 mln mieszkańców Stanów Zjednoczonych.<sup>14</sup> Przy obserwowanym starzeniu się społeczeństwa należy się spodziewać, iż liczba ta w nadchodzących dekadach będzie się powiększać. Aby pomóc lekarzom w zapewnianiu optymalnej opieki nad pacjentami geriatrycznymi, w artykule podajemy dokładne informacje, kiedy prowadzić badania przesiewowe w kierunku otępienia, jakich narzędzi używać oraz jaki byłby najlepszy model opieki nad trzema pacjentami przedstawionymi we wstępie.

### Kiedy i czy w ogóle prowadzić badania przesiewowe

Mimo korzyści płynących ze wczesnego wykrycia otępienia populacyjne badania przesiewowe opierające się wyłącznie na wieku nie są rekomendowane. W zaleceniach sugeruje się prowadzenie badań przesiewowych u pacjentów z grup wysokiego ryzyka zachorowania, przy zachowaniu indywidualnego podejścia do każdego pacjenta.<sup>15</sup>

US Preventive Services Task Force (USPSTF) zaleca, by lekarze oceniali pacjentów w wieku podeszłym pod kątem występowania objawów otępienia zawsze, gdy pojawia się podejrzenie zaburzeń funkcji poznawczych, oparte na obserwacjach klinicznych lub na skargach zgłaszanych przez samych pacjentów czy też ich rodzinę, opiekunów bądź przyjaciół.<sup>15</sup>

Niemniej prowadzenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych generalnie jest bardziej zasadne w populacjach o podwyższonym ryzyku zachorowania na otępienie.<sup>16,17</sup> Pamiętając o tym, twórcy projektu ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders), którego celem jest stworzenie zestawu wskaźników oceny jakości opieki nad osobami w wieku podeszłym, ostatnio zarekomendowali prowadzenie badań przesiewowych oceniających sferę poznawczą i funkcjonowanie u wszystkich „osób w wieku podeszłym szczególnie narażonych na zachorowanie” (*vulnerable elderly*).<sup>18, 19</sup>

### Kto jest szczególnie narażony na zachorowanie?

Według ACOVE grupę podwyższonego ryzyka stanowią osoby w wielu  $\geq 65$  lat, nieprzebywające w ośrodkach opiekuńczych, obciążone wysokim ryzykiem zgonu lub pogorszenia funkcjonowania w ciągu najbliższych dwóch lat. Aby wyłonić tych pacjentów, można posłużyć się narzędziem przesiewowym. Można też po prostu zadać kilka pytań i zaklasyfikować do tej grupy każdą osobę w wieku podeszłym, nieprzebywającą w instytucji opiekuńczej, zgłaszającą problemy ze zdrowiem lub doświadczającą problemów z czynnościami życia codziennego – na przykład w związku z sytuacją finansową, przyjmowaniem leków, ubiera-

niem się, dbaniem o higienę osobistą lub przygotowaniem prostych posiłków.

ACOVE zaleca prowadzenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych u wszystkich osób w wieku podeszłym z grupy zwiększonego ryzyka, które po raz pierwszy pojawiają się w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub na oddziale szpitalnym, a następnie przeprowadzanie corocznej kontroli w celu wykrycia wszelkich zmian dotyczących pamięci i funkcjonowania.<sup>18,19</sup> W oparciu o zalecenia ACOVE i USPSTF wszystkich trzech pacjentów wymienionych wyżej należy uznać za kwalifikujących się do badania przesiewowego.

### Wybór najlepszego narzędzia do badań przesiewowych

Nie ma badania radiologicznego ani biochemicznego, które umożliwiłyby rozpoznanie choroby Alzheimera, a dokładna ocena kliniczna bywa niezwykle czasochłonna. W warunkach podstawowej opieki zdrowotnej celowane testy kliniczne są zarówno przydatne, jak i zasadne ekonomicznie.

Istnieje wiele walidowanych i wiarygodnych narzędzi przesiewowej oceny funkcji poznawczych, w tym Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE – Mini-Mental State Examination), test Mini-Cog, Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA – Montreal Cognitive Assessment), Kwestionariusz Przesiewowy w Kierunku Otępienia – AD 8 (AD 8 Dementia Screening Interview) oraz Neuropoznawczy 7-minutowy Test Przesiewowy (7-Minute Neurocognitive Screen). Oceniając te i inne narzędzia służące do badań przesiewowych, należy uwzględnić czułość i swoistość każdego z nich. Trzeba także zwrócić uwagę na cechy, dzięki którym dany test będzie bardziej dopasowany do danego pacjenta lub do okoliczności (tab.).

### Krótką Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) jest złotym standardem

Uważany za złoty standard w ocenie otępienia test o nazwie Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE – Mini-Mental State Examination) jest najpowszechniej używanym w Stanach Zjednoczonych narzędziem do badań przesiewowych funkcji poznawczych.<sup>20</sup> Bada sześć obszarów: orientację, rejestrowanie faktów, uwagę i liczenie, przypomnienie, język i umiejętności konstrukcyjne.<sup>21</sup> Test ten cechuje się wysokim poziomem wiarygodności w wykrywaniu otępienia i jest szczególnie przydatny w śledzeniu i ilościowej ocenie zmian w czasie. Do dobrze znanych lekarzom elementów tego testu należą: odejmowanie cyfry 7 od 100, a następnie odejmowanie 7 od kolejnych wyników tego działania, oraz zadanie polegające na wykonaniu polecenia składającego się z trzech części: prośbę wziąć do ręki kartkę papieru, złożyć ją na pół i położyć na podłodze.

Badanie to jest względnie krótkie (trwa 5-10 minut) i łatwe do przeprowadzenia. MMSE został przetłumaczony na ponad 50 języków, dzięki czemu można go stosować w różnorodnych warunkach kulturowych.

Tabela. Testy przesiewowe funkcji poznawczych – porównanie

| Test (czas potrzebny na jego wykonanie)    | Zalety                                                                                                                                                                                                                                           | Wady                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MMSE (5-10 min)                            | Pozwala na śledzenie zmian w czasie i ich ocenę ilościową; łatwy do wykonania, powszechnie zaakceptowany, dostępny w ponad 50 językach                                                                                                           | Nie jest swoisty dla choroby Alzheimera ani czuły dla łagodnych stadiów otępienia; jego wynik może zależeć od wieku pacjenta, wykształcenia i kompetencji językowych    |
| Mini-Cog (3 min)                           | Krótki, łatwy do wykonania i oceny; na wyniki nie ma wpływu wykształcenie pacjenta, kompetencje językowe; jest wysoce czuły, łatwy do połączenia z FAQ                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
| MoCA (10 min)                              | Wysoce czuły dla łagodnych zaburzeń poznawczych i łagodnego stadium choroby Alzheimera; dostępny w ponad 20 językach; szczególnie przydatny w przypadku pacjentów skarżących się na problemy z pamięcią, którzy osiągają prawidłowy wynik w MMSE | Wymaga więcej czasu niż inne narzędzia przesiewowe                                                                                                                      |
| AD 8 (3 min)                               | Wypełniany osobiście lub przez telefon, wykrywa najwcześniejsze stadia otępienia                                                                                                                                                                 | Przeznaczony dla osób, które mogą udzielić informacji o pacjencie; w przypadku trudności w kontakcie z takimi osobami można poprosić samego pacjenta o jego wypełnienie |
| Neuropoznawczy 7-minutowy Test Przesiewowy | Wysoce czuły dla wczesnych stadiów choroby Alzheimera                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                         |

FAQ (Functional Activities Questionnaire) – Kwestionariusz Czynności Funkcjonalnych; MMSE (Mini-Mental State Examination) – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego; MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych

### Interpretacja MMSE

Suma punktów  $\leq 23$  na 30 możliwych sugeruje otępienie. Należy jednak pamiętać, że wynik uzyskany w MMSE podlega wpływom wielu czynników niezwiązanych z funkcjami poznawczymi, takich jak wiek, poziom wykształcenia, deficyty umiejętności językowych oraz zaburzenia czynności ruchowych lub wzrokowych.<sup>22</sup> Dlatego też punkt odcięcia można dostosować do badanej populacji lub pacjenta, a wartość predykcyjna wyniku dodatniego, czułość i swoistość dla otępienia jest wtedy inna. W badaniu populacyjnym obejmującym ponad 18 000 osób przy punkcie odcięcia 24 czułość wynosiła 87%, a swoistość 82%.<sup>23</sup>

Przydatność MMSE jest również ograniczona tym, że test nie jest swoisty dla choroby Alzheimera i nie jest czuły w przypadkach łagodnego otępienia. U osób o wysokiej inteligencji, dobrze wykształconych może nie wykazać żadnego pogorszenia pamięci lub innych funkcji poznawczych.

### Mini-Cog jest łatwym i szybkim testem alternatywnym

Test Mini-Cog składa się z dwóch prostych części oceniających funkcje wykonawcze: testu rysowania zegara i testu przypomnienia słów.<sup>24</sup> Pacjent jest poproszony o narysowanie tarczy zegara

z cyframi, którego wskazówki mają pokazywać konkretną godzinę, powiedzmy 5:10. Przedtem jednak prowadzący badanie wypowiada trzy popularne, lecz niezwiązane ze sobą słowa; pacjent jest poproszony o powtórzenie tych słów przed rysowaniem zegara i przypomnienie ich po zakończeniu rysowania. Cały test zajmuje około 3 minut.

### Interpretacja testu Mini-Cog

Test jest krótki i prosty w przeprowadzeniu, a przy tym łatwo obliczyć jego wynik:

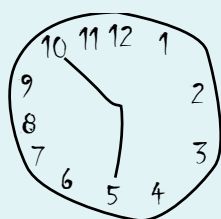
- Pacjenci, którzy nie przypomnieli sobie żadnego ze słów, są klasyfikowani jako otępiali.
- U pacjentów, którzy przypomnieli sobie wszystkie słowa, nie rozpoznaje się otępienia.
- W przypadku pacjentów, którzy przypomnieli sobie 1 lub 2 słowa, decyzję podejmuje się na podstawie rysunku zegara: nie rozpoznaje się otępienia, gdy rysunek jest prawidłowy, natomiast rozpoznaje się je, gdy rysunek nie jest poprawny. Jeśli rysowanie zegara jest częścią testu Mini-Cog, jego wyniki są łatwe do zaklasyfikowania jako prawidłowe bądź nieprawidłowe: zegar jest uznawany za prawidłowy, gdy wszystkie licz-

by są umieszczone we właściwej kolejności, a wskazówki dokładnie pokazują ustaloną godzinę.<sup>24</sup> (Rysowanie zegara można również wykorzystywać jako niezależny test przesiewowy – patrz ramka „Test rysowania zegara: na co zwrócić uwagę”).

Mini-Cog jest testem wysoce wiarygodnym. Ponadto, w odróżnieniu od MMSE, na jego wynik nie mają wpływu poziom wykształcenia pacjenta czy jego umiejętności językowe. W jed-

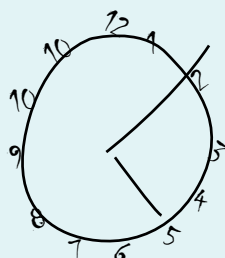
### Test rysowania zegara: na co zwrócić uwagę

W sytuacji gdy rysowanie zegara jest stosowane jako niezależny test przesiewowy, ocenia się go w skali od 0 do 5 w oparciu o kształt okręgu, rozłożenie i wyminięcie wszystkich cyfr oraz liczb, a także długość i pozycję wskazówek. Wynik  $\leq 3$  sugeruje otępienie. Wszyscy pacjenci w tym przykładzie są proszeni o narysowanie godziny 5:10.



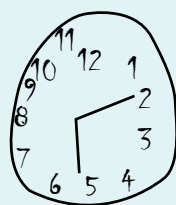
Cyfrы na tym zegarze nie są rozmieszczone proporcjonalnie i tylko jedna wskazówka jest umieszczona właściwie.

**Suma punktów: 2**



Cyfrы znajdują się poza okręgiem i pojawiła się dwa razy cyfra 10, ale obie wskazówki są prawidłowo umieszczone.

**Suma punktów: 3**



W miarę prawidłowy okrąg, z obiema wskazówkami prawidłowo umieszczonymi, lecz cyfrы są rozłożone nieproporcjonalnie.

**Suma punktów: 4**

nym badaniu, opartym na wywiadzie z osobami udzielającymi informacji o pacjencie – rodziną, przyjaciółmi lub opiekunami, analizowano przydatność testu Mini-Cog w rozróżnieniu osób z otępieniem (129 pacjentów) od osób bez otępienia (120 osób). Obie podgrupy były heterogenne pod względem kulturowym, lingwistycznym i edukacyjnym. Test Mini-Cog pozwolił na właściwą klasyfikację 96% uczestników badania, a jego czułość wynosiła 99%.<sup>24</sup>

W innej retrospektywnej analizie, którą objęto dobraną losowo grupę ponad 1100 osób w wieku podeszłym, porównano Mini-Cog i MMSE. Okazało się, że oba narzędzia (MMSE z punktem odcięcia wynoszącym 25 punktów) mają podobną czułość (76% v. 79%) i swoistość (89% v. 88%) w wyłanianiu osób z otępieniem.<sup>25</sup>

Jack S., którego córka martwi się z powodu jego „zapominalstwa”, wykonał test Mini-Cog. Narysował zegar z niewłaściwie ustawioną dużą wskazówką i przypomniał sobie tylko dwa słowa. Ponieważ przy badaniu była obecna córka pacjenta, lekarz poprosił ją, by wypełniła Kwestionariusz Aktywności Funkcjonalnych (FAQ – Functional Activities Questionnaire), test przeznaczony dla członków rodziny, opiekunów i innych osób udzielających informacji o pacjencie. Jego wyniki wykazały, że Jack ma otępienie, a lekarz skierował rodzinę do specjalisty zajmującego się opieką nad pacjentami w wieku podeszłym.

### Mini-Cog-FAQ

W opublikowanym ostatnio badaniu połączono test Mini-Cog z FAQ, w którym osoby udzielające informacji o chorym są przeszone o ocenę umiejętności pacjenta w zakresie różnych czynności – na przykład płacenia rachunków, robienia zakupów, zaangażowania się w hobby lub przygotowywania posiłków. FAQ stosowany osobno cechował się wysoką czułością i swoistością, lecz wciąż konieczna była ocena pacjenta. W połączeniu z Mini-Cog umożliwił badaczom zaklasyfikowanie pacjentów do jednej z grup: osób bez zaburzeń funkcji poznawczych, pacjentów z otępieniem lub chorych z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi. Trafność tej klasyfikacji sięgała 83%.<sup>26</sup>

### Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) pozwala wykryć łagodne zaburzenia poznawcze

Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA – Montreal Cognitive Assessment) to narzędzie do przesiewowej oceny funkcji poznawczych, które ma pomóc lekarzom w rozpoznawaniu łagodnych zaburzeń poznawczych, uznawanych za stan mogący poprzedzać otępienie.<sup>27</sup> Test trwa około 10 minut. Jest szczególnie przydatny w przypadku osób zgłaszających zaburzenia pamięci, lecz uzyskujących prawidłowy (26-30 punktów) wynik w MMSE, ponieważ pozwala lepiej ocenić funkcje wykonawcze. Analizowane są w nim umiejętności wzrokowo-przestrzenne, na przykład prosi się pacjenta o narysowanie linii łączącej liczby lub litery w numerycznym bądź alfabetycznym porządku. Za jego pomocą ocenia się również zdolność do myślenia abstrakcyjnego,

prosząc badanego o wyjaśnienie podobieństw np. między bananem a pomarańczą lub pociągami a rowerem.

### Objawy wskazują na zaburzenia krążenia mózgowego

Janet M., pacjentka, która przeszła incydent ostrych zaburzeń świadomości w centrum handlowym, była idealną kandydatką do wykonania testu MoCA. Jej lekarz był jednak bardziej zaznajomiony z MMSE i najpierw zastosował to narzędzie. Pacjentka uzyskała doskonały wynik, lecz wciąż martwiła się, że epizod w centrum handlowym był początkiem otępienia, dlatego lekarz przeprowadził kolejne badanie, posługując się MoCA. Dopiero uzyskawszy 28 z 30 możliwych punktów (wynik  $\geq 26$  punktów jest uważany za prawidłowy) Janet upewniła się, że nie choruje na otępienie. Na podstawie stwierdzonego źle kontrolowanego nadciśnienia tętniczego (167/89 mmHg) lekarz uznał, że krótki epizod zaburzeń świadomości był spowodowany raczej przez przemijający atak niedokrwienia mózgu (TIA – *transient ischemic attack*). Pacjentkę skierowano na badania neuroobrazujące w celu oceny obecności cech zaburzeń krążenia mózgowego.

MoCA, podobnie jak MMSE, został przetłumaczony na wiele języków. Jest dostępny online w ponad 20 wersjach językowych.

### Interpretacja MoCA

W badaniu walidacyjnym, w którym uczestniczyli pacjenci leczący się w przychodniach rejonowych oraz w ośrodku akademickim, test zastosowano u 94 pacjentów z łagodnym upośledzeniem funkcji poznawczych, 93 pacjentów z łagodną chorobą Alzheimera (wynik MMSE  $\geq 17$ ) i 90 zdrowych osób w wieku podeszłym.<sup>27</sup> Przy punkcie odcięcia 26 MMSE cechował się 18% czułością w wykrywaniu łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych i 78% w wykrywaniu choroby Alzheimera, w przypadku MoCA natomiast czułość wynosiła odpowiednio 90% i 100%. Oba testy charakteryzowały się doskonałą czułością (100% dla MMSE i 87% dla MoCA). Lekarze mogą zatem zapewnić pacjentów, którzy uzyskali wysoki wynik w teście MoCA, że nic nie wskazuje na upośledzenie funkcji poznawczych, a następne badanie należy przeprowadzić za rok. Pacjenci, u których wynik MoCA wskazuje na upośledzenie funkcji poznawczych, powinni być skierowani do poradni lub specjalistów zajmujących się zaburzeniami pamięci w celu dokładniejszej oceny.

### Kwestionariusz Przesiewowy w Kierunku Otępienia AD 8 wykrywa wczesne zmiany

Kwestionariusz Przesiewowy w Kierunku Otępienia AD 8 (AD 8 Dementia Screening Interview) – prosty wywiad zawierający 8 pytań – trwa około 3 minut i pozwala wykryć już najwcześniejsze stadia choroby Alzheimera lub inne procesy patologiczne przebiegające z otępieniem.<sup>28</sup> Pytania mają na celu ocenę pamięci, orientacji, formułowania opinii i funkcjonowania.

Test jest przeznaczony głównie dla osób udzielających informacji o pacjencie, lecz czasami jest także wykonywany samodzielnie przez pacjentów. Można go przeprowadzać na wiele sposobów: czy-

tając pytania badanemu, zarówno bezpośrednio, jak i przez telefon, lub prosząc go o samodzielne wypełnienie arkusza pytań i odpowiedzi. AD 8 zawiera pytania o to, czy zauważono specyficznie zmiany, bez uwzględniania przyczyny. Badany odpowiada: „tak”, „nie” lub „nie wiem”. Ostateczny wynik jest równy sumie wszystkich odpowiedzi „tak”. Wynik  $\geq 2$  sugeruje upośledzenie funkcji poznawczych. Czułość testu wynosi 84%, a swoistość 80%.<sup>28</sup>

### Neuropoznawczy 7-minutowy Test Przesiewowy uwzględnia fizjologiczny proces starzenia się

Neuropoznawczy 7-minutowy Test Przesiewowy (7-Minute Neurocognitive Screen) charakteryzuje się wysoką czułością i swoistością dla wczesnych stadiów choroby Alzheimera (odpowiednio 92% i 96%) oraz pozwala rozróżnić zaburzenia funkcji poznawczych wynikające z fizjologicznego procesu starzenia się od tych będących konsekwencją choroby otępiennej.<sup>29</sup> Badanie składa się z czterech krótkich testów: testu orientacji co do daty i godziny; testu przypominania 5 słów, oceniającego funkcje pamięci; testu rysowania zegara, oceniającego umiejętności wzrokowo-przestrzenne oraz testu semantycznej płynności słownej. Płynność słowną mierzy się liczbą słów podanych przez pacjenta według poszczególnych kluczy: kategorii (np. nazwy zwierząt), liter (np. liczba słów zaczynających się od konkretnej litery) oraz imion.

### Interpretacja 7-minutowego Testu Przesiewowego

Narzędzie to początkowo zostało walidowane w badaniu z udziałem 60 pacjentów, u których postawiono rozpoznanie prawdopodobnej choroby Alzheimera oraz 60 ochotników dobranych pod względem wieku, płci i wykształcenia. Wykazano, że test cechuje się dobrą zgodnością wyników między poszczególnymi badaczami oraz powtarzalnością wyniku u tego samego badanego. Może być przeprowadzony w krótkim czasie przez osobę z niewielkim doświadczeniem klinicznym i po krótkim szkoleniu. W odróżnieniu od MMSE na wynik testu nie ma wpływu wiek czy wykształcenie pacjenta.<sup>29</sup>

### Czy to może być depresja?

Pacjent z podejrzeniem otępienia powinien zostać przebadany również w kierunku występowania depresji, gdyż może ona przebiegać pod maską otępienia lub współwystępować z nim. Na depresję choruje 25% pacjentów z otępieniem; jest ona niezależnym czynnikiem ryzyka umieszczenia pacjenta w ośrodku opiekuńczym i powinna być rozpoznawana oraz leczona.<sup>30</sup> Subkliniczna depresja u kobiet w wieku podeszłym jest także czynnikiem ryzyka pogorszenia funkcji poznawczych.<sup>31</sup> Chociaż kierowanie się wrażeniem ogólnym, jakie sprawia pacjent w gabinecie lekarza, nie zastąpi użycia przesiewowego narzędzia diagnostycznego, to następujące obserwacje mogą być przydatne w odróżnianiu otępienia od depresji:

- **Pamięć.** Pacjent cierpiący na samą depresję jest bardziej skłonny do skarżenia się na problemy z pamięcią niż pacjent z zaburzeniami funkcji poznawczych.
- **Funkcje psychoruchowe.** U pacjentów z obniżeniem nastroju częściej występuje spowolnienie psychoruchowe. We wczesnych



stadiach otępienia funkcjonowanie pacjentów jest rzadko i tylko nieznacznie zaburzone, a ruchy i reakcje pacjenta z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych często wydają się prawidłowe.

- **Koncentracja.** Depresja zakłóca zdolność do skupiania uwagi i u pacjenta może być widoczne wyraźne rozkojarzenie. Osoby z otępieniem często wydają się mieć prawidłową zdolność koncentracji, lecz wkładają większy wysiłek intelektualny w próby udzielenia odpowiedzi na pytania testu.

## 5-elementowy geriatryczny test przesiewowy w kierunku depresji

Jednym z przydatnych testów przesiewowych w kierunku depresji jest 5-elementowa wersja Geriatrycznej Skali Depresji (GDS – Geriatric Depression Scale), która została poddana walidacji w populacji starszych osób dorosłych.<sup>32,33</sup> Test zawiera następujące pytania: Czy jesteś ogólnie zadowolony z własnego życia? Czy często jesteś znużony? Czy często czujesz się nieużyteczny? Czy wolisz zostawać w domu, niż wychodzić i robić nowe rzeczy? Czy żyjąc tak jak teraz, czujesz się zupełnie bezwartościowy? Za odpowiedź „nie” na pierwsze pytanie badany otrzymuje 1 punkt. Kolejne punkty otrzymuje za każdą odpowiedź „tak” w pozostałych pytaniach. Łączny wynik  $\geq 2$  punkty wskazuje na depresję.

## Czy podejrzewałeś depresję?

Jak można było się spodziewać, Fran B. – ostatnia z trojga opisanych pacjentów – cierpiała na depresję, a nie na otępienie. Wynik w Geriatrycznej Skali Depresji wynosił u niej 4. Pacjentka została skierowana do psychoterapeuty.

## Pamiętaj o tych narzędziach

Narzędzia diagnostyczne omówione w tym artykule mogą pomóc rozpoznać łagodne zaburzenia funkcji poznawczych lub wczesne stadium otępienia, wykluczyć depresję i w wielu przypadkach uświadomić pacjentom (lub zaniepokojonym członkom rodziny), że ich problemy są elementem normalnego procesu starzenia się. Wszystkie testy można z łatwością zastosować w podstawowej opiece zdrowotnej, bez obawy że zajmą zbyt dużo czasu.

### Oświadczenie

Autorka pracuje jako konsultant dla firmy Pfizer-Esai oraz otrzymywała honoraria za wykłady od firm Forest Laboratories, Novartis Pharmaceuticals i Pfizer-Esai.

Adres do korespondencji: Diana R. Kerwin, MD, Division of Geriatrics and Gerontology, Medical College of Wisconsin, 9200 West Wisconsin Avenue, Milwaukee, WI 53226, USA. E-mail: dkerwin@mcw.edu

© Copyright 2011 THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE. All rights reserved.

## Źródła informacji na temat przesiewowych testów funkcji poznawczych

Krótką Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE)

<http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/1C0BFA48-8280-422B-97E6-195BBFD84BA2/0/mmse.PDF>

Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych

[www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)

Kwestionariusz Przesiewowy w Kierunku Demencji AD 8 [http://alzheimer.wustl.edu/About\\_Us/PDFs/AD8form2005.pdf](http://alzheimer.wustl.edu/About_Us/PDFs/AD8form2005.pdf)

7-minutowy Test Przesiewowy (7MS) <http://memorydoc.org/7minutescreen>

### Piśmiennictwo:

1. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, et al. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ* 1988;297:1107-1110.
2. Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. Validation of medical history taking as part of a population based survey in subjects aged 85 and over. *BMJ* 1992;304:1091-1092.
3. Cooper B, Bickel H, Schauffele M. Early development and progression of dementing illness in the elderly: a general-practice based study. *Psychol Med* 1996;26:411-419.
4. Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000;11:223-229.
5. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, et al. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000;160:2964-2968.
6. Wilkinson D, Stave C, Keohane D, et al. The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey. *J Int Med Res* 2004;32:149-159.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
8. Ritchie CW, Ames D, Clayton T, et al. Metaanalysis of randomized trials of the efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psych* 2004;12:358-369.
9. Winblad B, Engedal K, Soininen H, et al. A 1-year, randomized, placebo-controlled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. *Neurology* 2001;57:489-495.
10. Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, et al. A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Donepezil Study Group. *Neurology* 1998;50:136-145.
11. Doody RS, Geldmacher DS, Gordon B, et al. Open-label, multicenter, phase 3 extension study of the safety and efficacy of donepezil in patients with Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2001;58:427-433.
12. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Arch Intern Med* 2006;166:2182-2188.
13. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 1996;276:1725-1731.
14. 2008 Alzheimer's disease facts and figures. Available at: [http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_publications\\_reports.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_publications_reports.asp). Accessed March 19, 2008.
15. US Preventive Services Task Force. Screening for dementia: recommendations and rationale. June 2003. Available at: <http://www.ahrp.gov/clinic/3rduspstf/dementia/dementtr.htm>. Accessed March 18, 2008.
16. AGS Clinical Practice Committee. Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for early detection, diagnosis, and management of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:869-873.
17. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, et al. Practice parameter: Mild Cognitive Impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1133-1142.
18. Wenger NS, Roth CP, Shekelle P; ACOVE Investigators. Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicator Measurement Set. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(suppl 2):s247-s251.
19. Feil DG, MacLean C, Sultzer D. Quality indicators for the care of dementia in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(suppl 2):s293-s301.
20. Adelman AM. Initial evaluation of the patient with suspected dementia. *Am Fam Physician* 2005;71:1745-1750.

21. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
22. Boustani M, Peterson B, Hanson L, et al. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003;138:927-937.
23. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, et al. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA* 1993;18:2386-2391.
24. Borson S, Scanlan J, Brush M, et al. The Mini-Cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:1021-1027.
25. Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451-1454.
26. Steenland NK, Auman CM, Patel PM, et al. Development of a rapid screening instrument for mild cognitive impairment and undiagnosed dementia. *J Alzheimers Dis* 2008;15:419-427.
27. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695-699.
28. Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. *Neurology* 2005;65:559-564.
29. Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, et al. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1998;55:349-355.
30. Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, et al. Treating depression in Alzheimer's disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction. The DIADS. *Arch Gen Psychol* 2003;60:737-746.
31. Artero S, Ancelin ML, Portet F, et al. Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:979-984.
32. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:694-698.
33. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-173.



#### Komentarz:

**prof. dr hab. Maria Wanda Barcikowska-Kotowicz**  
Zespół Kliniczno-Badawczy  
Chorób Zwyrodnieniowych  
CUN, IMDiK PAN, Warszawa

#### Doświadczenia autora związane z tematem poruszonym w artykule

Jestem nie tylko specjalistą neurologiem, ale dodatkowo pracuję na oddziale, gdzie multidyscyplinarny zespół złożony z psychologów, neurologów i psychiatrów zajmuje się od dwudziestu lat chorobami przebiegającymi z otępieniem, zarówno pierwotnie zwyrodnieniowym, jak i wtórnym. Moje obserwacje wskazują na ogromny postęp w tej dziedzinie w Polsce. Podejście otępienia jest obecnie wysuwane znacznie wcześniej, zarówno przez lekarzy pierwszego kontaktu, jak i innych lekarzy niespecjalizujących się w leczeniu otępienia. Na nasz oddział chorzy są bowiem kierowani w równych proporcjach przez lekarzy POZ i neurologów. Zdarzają się też skierowania od psychiatrów czy – znacznie rzadziej, z racji unikatowości tej specjalizacji w naszym kraju – przez geriatrów. Dwadzieścia lat temu najczęściej zgłaszali się do nas chorzy z otępieniem już bardzo zaawansowanym, obecnie dużo częściej z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi. Bardzo mnie to cieszy, ponieważ mimo że otępienie ciągle jest traktowane jako coś dziwnego, wielu lekarzy potrafi wysuwać podejrzenie tej choroby w bardzo wczesnej fazie.

#### Różnice między metodami postępowania omawianymi w artykule (z uwzględnieniem zarejestrowanych

#### leków) a stosowanymi w Polsce oraz najczęstsze błędy w postępowaniu i sposoby ich unikania

Walka o to, żeby nasi zapracowani ponad miarę lekarze POZ oceniali pacjentów na podstawie Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) jest praktycznie skazana na przegraną. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie wykonują testu MMSE także w krajach, w których wiedza o otępieniu jest powszechna. Tym samym konieczne jest stworzenie narzędzia prostszego i mniej czasochłonnego, a także upowszechnienie go wśród lekarzy POZ po to, by rozpoznanie otępienia czy jego wykluczenie mogło się dokonywać we wcześniejszej fazie choroby. W Polsce na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej większość opisywanych w artykule testów nie jest znana. W tej chwili my, specjaliści, walczymy o wykonywanie testu rysowania zegara i MMSE. Zdarza się oczywiście, że lekarz POZ wykonuje test MMSE, ale jest to bardzo rzadkie, specjaliści robią to bez porównania częściej.

#### Istotne wyniki niedawno zakończonych badań, rzucające nowe światło na przedstawiane tezy

Żyjemy w bardzo interesującym okresie, wręcz rewolucyjnym, ponieważ jesteśmy świadkami wypracowywania nowych kryteriów rozpoznawania choroby Alzheimera (poprzednie pochodziły z 1984 r.). Jedna z trzech propozycji kryteriów jest poświęcona właśnie rozpoznaniu choroby w jej fazie przedklinicznej. Na ubiegłorocznym światowym zjeździe poświęconym chorobie Alzheimera (Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease 2010) zostały one przedstawione do dalszej dyskusji i opublikowane w internecie. Tym samym oczekiwania wobec lekarzy POZ będą jeszcze większe.

#### Fakty, które trzeba zapamiętać

Idealnie byłoby, gdyby lekarze sięgnęli do proponowanych w artykule skal oceny funkcji poznawczych. Wszystkie zostały przetłumaczone na polski i są u nas dostępne.