



Revista Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Bruscky, Igor Silvestre; Amorim Leite, Ricardo André; da Cunha Correia, Carolina; Brito
Ferreira, Maria Lúcia

Caracterização da epilepsia com início após os 60 anos de idade

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 19, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 343-
347

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846391014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org


Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Caracterização da epilepsia com início após os 60 anos de idade

Characterization of epilepsy with onset after 60 years of age



Igor Silvestre Bruscky¹
Ricardo André Amorim Leite¹
Carolina da Cunha Correia¹
Maria Lúcia Brito Ferreira¹

Resumo

Introdução: Apesar da elevada incidência, a epilepsia no idoso ainda exibe peculiaridades pouco estudadas. A apresentação clínica na maioria das vezes é atípica e os achados nos exames complementares pouco ajudam no diagnóstico. Existem poucas publicações caracterizando esse grupo de indivíduos. **Objetivo:** Descrever as características de pacientes com epilepsia iniciada após os 60 anos de idade. **Método:** Foi desenvolvido estudo descritivo de série de casos, onde foram avaliados, consecutivamente, 50 pacientes com diagnóstico de epilepsia iniciada após os 60 anos de idade, atendidos no ambulatório de epilepsia do Hospital da Restauração (Recife-PE). **Resultados:** Dos 50 pacientes incluídos no estudo, a idade média foi de 75,3 (± 13) anos, sendo que 30 (60,0%) eram do sexo feminino e 20 (40,0%) do sexo masculino. A idade média da primeira crise foi de 72,5 ($\pm 11,5$) anos. Predominaram as crises epiléticas focais (83,8%). A ocorrência de estado de mal epilético foi baixa nesse grupo (4,0%). A epilepsia sintomática foi a mais frequente, tendo como etiologia vascular a causa mais encontrada (43,0%). A medicação mais utilizada foi a carbamazepina, e as crises apresentaram uma boa resposta terapêutica com monoterapia em dose baixa. O eletroencefalograma apresentou resultado normal em número elevado de casos (50,0%) e a neuroimagem na maioria das vezes (83,0%) apresentou achados inespecíficos. **Conclusão:** A epilepsia no idoso é predominantemente focal e sintomática, apresenta baixa ocorrência de estado de mal epilético e boa resposta terapêutica. O eletroencefalograma e a neuroimagem, na maioria das vezes, são inespecíficos.

Palavras-chave: Epilepsia;
Crises Epiléticas; Idoso

Abstract

Introduction: Despite its high incidence, the characteristics of epilepsy in elderly patients have not yet been widely studied. The clinical presentation of the disease is mostly atypical and findings from complementary examinations provide little help with diagnosis. Few reports have characterized this group of individuals. **Objective:** To describe the characteristics of patients with epilepsy with onset after 60 years of age. **Method:** A descriptive study of a case series was designed. For this purpose, 50 patients diagnosed with epilepsy with onset after 60 years of age, treated at the outpatient epilepsy clinic

Key word: Epilepsy;
Epileptic Seizures; Elderly

¹ Hospital da Restauração, Departamento de Neurologia. Recife, PE, Brasil.

of the Hospital da Restauração (Recife-PE), were consecutively assessed. Results: The 50 patients included in the study had an average age of 75.3 (± 13) years, 30 (60.0%) were female and 20 (40.0%) were male. The average age at the first seizure episode was 72.5 (± 11.5) years. Focal epilepsy seizures were the most predominant (83.8%). The occurrence of status epilepticus was low in this group (4.0%). Symptomatic epilepsy was the most frequent type, and most of the causes were of vascular etiology (43.0%). Carbamazepine was most commonly used for treatment, and the patients responded well to low-dose monotherapy. Electroencephalograms displayed normal results in many cases (50.0%), and neuroimaging showed nonspecific findings for most individuals (83.0%). *Conclusion:* Epilepsy in elderly patients is predominantly focal and symptomatic, with a low occurrence of status epilepticus and good therapeutic response. The encephalogram and neuroimaging results are frequently nonspecific.

INTRODUÇÃO

A população de idosos é o segmento populacional que mais cresce a cada ano.¹ Em muitos países desenvolvidos, os idosos já representam cerca de 30,0% da população total.²

A epilepsia no idoso tem uma incidência de 100 casos por 100.000 habitantes/ano, dado que é subestimado devido ao não diagnóstico correto das crises epiléticas.³ Esta incidência, quando comparada à infância, é duas vezes maior aos 70 anos de idade e três vezes maior aos 80 anos de idade.⁴

Os idosos constituem um grupo heterogêneo com particularidades e comorbidades que tornam esses casos um desafio para os profissionais de saúde.⁵ Atualmente, a epilepsia é uma das desordens neurológicas mais comuns no idoso.⁶

As principais etiologias da epilepsia no idoso são os acidentes vasculares cerebrais, quadros demenciais isolados, traumatismo cranioencefálico, tumores cerebrais e encefalopatia metabólica.⁷ Em 25,0% dos casos, mesmo após extensiva investigação, não é possível estabelecer a etiologia da epilepsia.³

A maioria dos idosos apresentam crises focais (60,0% dos casos), sendo as crises com comprometimento da consciência as mais encontradas. Cerca de 10,0% dos idosos apresentam mais de um tipo de crise.⁸

Frequentemente, os idosos não apresentam a sintomatologia clássica das crises focais com

comprometimento da consciência, que consistem em uma aura antecedendo a perda da consciência ou automatismos manuais ou orofaciais, apresentando sonolência ou confusão mental, presentes nos indivíduos mais jovens. O período de sonolência pós-ictal também difere nos pacientes idosos, podendo atingir vários dias.⁸

A apresentação clínica atípica leva a um erro diagnóstico de 25,0% na avaliação clínica inicial. Os diagnósticos incorretos mais encontrados são distúrbios da memória, síncope e demência. As principais razões para a dificuldade diagnóstica são as ocorrências infrequentes de crises tônico-clônicas generalizadas, o fato das crises focais com comprometimento da consciência se apresentarem, na maioria das vezes, apenas com sonolência prolongada e o eletroencefalograma evidenciar anormalidades interictais em apenas 30,0% dos casos.⁹

Diante do observado, ressalta-se que a história clínica detalhada e o exame neurológico continuam sendo os pilares do diagnóstico da epilepsia no idoso.¹⁰ O objetivo deste estudo foi descrever as características dos pacientes com epilepsia iniciada após os 60 anos de idade.

MÉTODO

Foi desenvolvido estudo descritivo de série de casos, envolvendo todos os pacientes portadores de epilepsia que apresentaram a primeira crise epilética após os 60 anos de idade, atendidos consecutivamente no ambulatório de epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital da

Restauração, no período de agosto de 2013 a julho de 2014, totalizando 50 pacientes (amostra por conveniência). Todos os pacientes foram submetidos à realização de tomografia computadorizada do crânio ou ressonância magnética do encéfalo e eletroencefalograma e tiveram o diagnóstico clínico de epilepsia.

Foram excluídos pacientes que apresentaram outra doença que pudesse simular crise epilética ou que utilizaram medicação que poderiam causar crise epilética como efeito colateral.

Durante o atendimento do paciente, foi utilizado um protocolo de estudo com 27 itens que fazem referência às características sociodemográficas do paciente, características clínicas da crise epilética, medicações em uso e exames complementares realizados.

Os dados foram analisados de acordo com as médias aritméticas, medianas e desvios-padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração (CAAE: 14309313.9.0000.5198) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo.

RESULTADOS

Dentre os 50 pacientes estudados, a idade média foi de 75,3 (± 13) anos, dos quais, 30 (60,0%) eram do sexo feminino e 20 (40,0%) do sexo masculino, com escolaridade média de 5,8 ($\pm 4,5$) anos. A idade média da primeira crise foi de 72,5 ($\pm 11,5$) anos. Apenas 15,0% dos pacientes tinham alguma alteração no exame físico, sendo o déficit motor o achado encontrado em todos esses casos.

A etiologia mais encontrada foi a vascular (43,3%), seguida por etiologia não identificada (37,8%), pós-traumática e degenerativa (8,1% cada um, respectivamente).

O tipo de crise mais encontrada foi a focal com comprometimento da consciência (51,4%), seguida de focal evoluindo para crise epilética bilateral (24,3%), tônico-clônica generalizada (16,2%) e focal sem comprometimento da

consciência (8,1%), sendo que 15 pacientes (30,0%) apresentavam mais de um tipo de crise (todos os casos foram focal com comprometimento da consciência e focal evoluindo para crise epilética bilateral). Dois pacientes (4,0%) apresentaram estado de mal epilético, sendo este do tipo tônico-clônico generalizado.

Dentre os 50 pacientes, 25 (50,0%) estavam sem crises há pelo menos dois anos, sem diferença significativa em relação ao sexo ou idade. Apenas quatro (8,0%) pacientes estavam sem utilizar medicação antiepilética, sendo que 35 (70,0%) utilizavam monoterapia e 15 (30,0%) necessitavam utilização de politerapia, não havendo relação significativa entre controle das crises e número de medicações utilizadas. As medicações antiepiléticas mais utilizadas, em combinação ou não, foram a carbamazepina, seguida por ácido valproico e fenitoína.

Os achados mais encontrados no exame de neuroimagem foram atrofia cerebral difusa associada à microangiopatia (53,0%), seguido por microangiopatia isolada (30,0%) e microangiopatia associada à gliose encefálica focal (17,0%).

No exame de eletroencefalograma, 30 pacientes (60,0%) apresentaram resultado normal, 17 (34,0%) apresentaram atividade epileptiforme focal (principalmente no lobo temporal) e três (6,0%) apresentaram atividade epileptiforme generalizada.

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predomínio de pacientes do sexo feminino e com baixa escolaridade. Evidenciou-se predomínio de lesões vasculares, com a epilepsia se apresentando mais comumente com crises focais (83,8%), um pouco mais elevado que o encontrado em estudos anteriores que mostram percentual de 60,0% das crises como focais.^{11,12}

Identificou-se também uma frequência baixa de estado de mal epilético (5,4%) em relação aos 30,0% encontrado previamente na literatura, possivelmente por se tratar de acompanhamento ambulatorial.⁷

Neste estudo, evidencia-se predomínio da utilização da monoterapia e a medicação mais prescrita foi a carbamazepina em doses baixas, corroborando a literatura, que aponta que as crises epiléticas acima dos 60 anos de idade apresentam uma boa resposta terapêutica a monoterapia em dose baixa.¹³ A baixa utilização da lamotrigina deve-se ao fato de serem pacientes do serviço público, com poucos recursos financeiros.

Apesar de não haver consenso em relação ao tratamento, muitos estudos sugerem a introdução de medicação antiepilética após a primeira crise por tempo indeterminado no idoso, devido ao alto risco de recorrência das crises, que pode ser até 90,0% após a suspensão da medicação.^{14,15}

As diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas das medicações antiepiléticas dependem da condição física do paciente, da presença de comorbidades significativas e do efeito de medicações utilizadas concomitantemente.¹⁶ Geralmente, a absorção, ligação proteica e metabolização hepática estão alteradas no idoso e a incidência de efeitos colaterais está elevada.¹⁷ Atenção especial deve ser dada para tentar minimizar as interações medicamentosas e a toxicidade.¹⁸

A avaliação inicial do idoso com epilepsia não é diferente dos indivíduos mais jovens e deve sempre incluir o eletroencefalograma e um exame de neuroimagem.¹⁹

Apesar da escassez de estudos sobre o eletroencefalograma na primeira crise do idoso, existem evidências para o exame ser sempre

solicitado como parte fundamental do diagnóstico e na tentativa de prever um prognóstico em relação ao controle das crises.²⁰

Porém, já é conhecido que um único exame de eletroencefalograma pode produzir resultados falso negativos, e um exame normal ou inespecífico não pode excluir o diagnóstico de epilepsia.²¹ Os dados encontrados na literatura são congruentes com os achados deste estudo, onde se evidencia um percentual de 50,0% de exames de eletroencefalograma normais.

Os achados inespecíficos encontrados nos exames de neuroimagem corroboram os dados da literatura, com achados inespecíficos sendo encontrados com frequência elevada.²²

Diante de um quadro muitas vezes inespecífico, a epilepsia no idoso frequentemente tem sua importância minimizada. Contudo, a sua investigação e abordagem terapêutica precoces permitem controle das crises de forma eficaz a curto e longo prazo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Os resultados do presente estudo representam uma série de casos, portanto, os achados devem ser interpretados com cautela e pesquisas futuras são necessárias para confirmá-los.

CONCLUSÃO

A epilepsia no idoso é predominantemente focal e sintomática, apresenta baixa ocorrência de estado de mal epilético e boa resposta terapêutica, e com frequência, o eletroencefalograma é normal.

REFERÊNCIAS

1. Leppik IE, Bimbaum AK. Epilepsy in the elderly. *Ann NY Acad Sci* 2010;24:1184-1208.
2. Leppik IE. Epilepsy in the elderly. *Epilepsia* 2006;47:65-70.
3. Jetter GM, Cavazos JE. Epilepsy in the elderly. *Semin Neurol* 2008;28(3):336-41.
4. Hauser A, Annegers J, Kurland L. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester Minnesota 1935-1984. *Epilepsia* 1993;34(3):453-68.
5. Leppik IE. Epilepsy in the elderly: scope of the problem. *Int Rev Neurobiol* 2007;81:1-14.
6. Brodie K, Kwan P. Epilepsy in elderly people. *BMJ* 2005;331(7528):1317-22.

7. Sudhir U, Kumar AT, Srinivasan G, Kumar RV, Punith K. Aetiology of seizures in elderly. *J Indian Med Assoc* 2013;111:686-91.
8. Brodie M, Elder AT, Kwan P. Epilepsy in later life. *Lancet Neurol* 2009;8:1019-30.
9. Ramsey E, Rowan J, Pryor F. Special considerations in treating the elderly patient with epilepsy. *Neurology* 2004;62(5 Suppl 2):24-9.
10. Collins NS, Shapiro RA, Ramsay RE. Elders with Epilepsy. *Med Clin North America* 2006;90(5):945-66.
11. Tebartz van Elst L, Baker G, Kerr M. The psychosocial impact of epilepsy in older people. *Epilepsy Behav* 2009;15(1):17-9.
12. Gibson LM, Hanby MF, Al-Bachari SM, Parkes LM, Allan SM, Emsley HC. Late-onset epilepsy and occult cerebrovascular disease. *J Cereb Blood Flow Metab* 2014;34(4):564-70.
13. Massengo SA, Ondze B, Guiziou C, Velmans N, Rajabally YA. Elderly patients with epileptic seizures: in-patient observational study of two French community hospitals. *Seizure* 2011;20(3):231-9.
14. Stephen IJ, Brodie MJ. Management of a first seizure. Special problems: adults and elderly. *Epilepsia* 2008;49(Suppl1):45-9.
15. Schmidt D, Schachter SC. Drug treatment of epilepsy in adults. *BMJ* 2014;348:1-18.
16. Kirmani BF, Robinson DM, Kikam A, Fonkem E, Cruz D. Selection of antiepileptic drugs in older people. *Curr Treat Options Neurol* 2013;16(6): 295.
17. Gaitatzis A, Sander JW. The long-term safety of antiepileptic drugs. *CNS Drugs* 2013;27(6):435-55.
18. Marasco RA, Ramsay RE. Managing epilepsy: issues in the elderly. *Consult Pharm* 2009;24 Suppl A:17-22.
19. Krumholz A, Wiebem S, Gronsethm G, Shinnar S, Levisohn P, Ting T, et al. Practice parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidencebased review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology* 2007; 69(21):1996-2007.
20. Sinha S, Satishchandra P, Kalband BR, Thennarasu K. EEG observations in elderly with new onset seizures: from developing country perspective. *J Clin Neurophysiol* 2011;28(4):388-93.
21. Van Cott AC. Epilepsy and EEG in the elderly. *Epilepsia* 2002;43(3):94-102.
22. Sinha S, Satishchandra P, Kalband BR, Bharath FD, Thennarasu K. Neuroimaging observations in a cohort of elderly manifesting with new onset seizures: experience from a university hospital. *Ann Indian Acad Neurol* 2012;15(4):273-80.

Recebido: 13/4/2015

Revisado: 21/11/2015

Aprovado: 09/12/2015