

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PEDRO HENRIQUE BRESSAN LEITE

PRESENÇA DE DEPRESSÃO EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA COM EPILEPSIA

CURITIBA

2012

PEDRO HENRIQUE BRESSAN LEITE

PRESENÇA DE DEPRESSÃO EM POPULAÇÃO PEDIATRICA COM EPILEPSIA

Artigo apresentado como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Neurologia Infantil, Departamento de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Isac Bruch

CURITIBA

2012

PRESENÇA DE DEPRESSÃO EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA COM EPILEPSIA

Pedro Henrique Bressan Leite*

RESUMO

Introdução: Epilepsia é uma doença que assola um grande número de crianças, podendo ter efeitos deletérios sobre diversas funções superiores da mente. É comum observarmos crianças com epilepsia que desenvolvem sintomas depressivos ou até mesmo depressão. **Objetivo:** Entender esse grupo de crianças, quais são suas características psíquicas e o porquê elas tendem a desenvolver depressão. **Metodologia:** Foram analisados através das escalas Children Depression Inventory (CDI) e Pediatric Symptom Checklist (Lista de Sintomas – LS), dois grupos de crianças, o grupo controle composto por 110 crianças de 9 a 16 anos, e o grupo epilepsia, composto por 54 crianças da mesma faixa etária. Estratégias objetivas foram traçadas para identificar os sinais e sintomas clínicos que crianças com epilepsia apresentam. **Resultado:** Foram incluídos 164 pacientes, o questionário LS para o grupo controle, teve 10 resultados positivos (9%), 10 resultados designados como “alerta” e 90 casos negativos. O grupo epilepsia teve 18 resultados positivos (33,3% $p < 0,01$), 11 resultados (20,4%) em alerta e 25 negativos (46,3%). O teste CDI encontrou 8 (14,8%) ($p < 0,01$) resultados positivos no grupo epilepsia e 3 (2,7%) no grupo controle. O item que avalia suicídio teve 3 (5,5%) respostas positivas para o item “já tentou ou quer suicidar-se” e 15 (27,8%) respostas para o item “já pensou mas não faria” no grupo epilepsia. O grupo controle teve zero e 19,1% respectivamente. ($p < 0,01$). Pacientes que não faziam uso de droga anti-epiléptica (DAE), 6 não tiveram CDI positivo. Pacientes que estavam utilizando 1 DAE (n:35) tiveram 8,6% de CDI positivo. Pacientes utilizando 2 ou mais DAE (n:13) tiveram 38,5% de teste CDI positivo ($p < 0,01$). Para crises criptogênicas e sintomáticas, o teste CDI foi positivo em 10,3% dos pacientes criptogênicos e 26,7% dos sintomáticos ($p < 0,27$). Pacientes com mais de 12 meses sem convulsões tiveram o CDI positivo em 9,5% dos casos e aquelas crianças que tiveram crises nos últimos 12 meses tiveram 33,3% de CDI positivo ($p < 0,11$). **Conclusão:** A incidência de sintomas depressivos na população pediátrica com epilepsia do ambulatório de neuropediatria foi 33,3%, sintomas de anedonia, somáticos e visão pessimista de si mesmo foram os mais encontrados no grupo epilepsia e devem servir de alerta aos médicos.

Palavras-chave: Epilepsia. Depressão.

1 Introdução

A incidência de epilepsia é de aproximadamente 50 milhões de pessoas em todo o mundo. Atinge todas as raças, gênero ou condições socioeconômicas. Esses pacientes são suscetíveis a morte súbita, ferimentos, problemas psicológicos e transtornos mentais.

Epilepsia é definida por 2 crises epilépticas não provocadas com intervalo de 24 horas entre os eventos. A classificação das epilepsias está sofrendo mudanças, atualmente é classificada por crises generalizadas, focais e de origem desconhecida. A etiologia também vem sofrendo alterações, os termos idiopático, criptogênico e sintomático, foram substituídos por genética, estrutural/metabólica e

* Graduado em medicina pela UFPR, Especialista em Pediatria pelo Hospital de Clínicas do Paraná e especialista em neuropediatria pelo Hospital de clínicas do Paraná, neuropedroleite@gmail.com

desconhecido. Outra linha de classificação agrupa as síndromes epiléticas eletroclínicas.

Essa doença tem grande impacto econômico, com alta morbidade, aposentadorias precoces, mortalidade excessiva, desemprego e faltas ao trabalho. O preço das drogas antiepiléticas (DAE) também é alto, principalmente as drogas das últimas gerações.

Com o uso de medicações antiepiléticas, 75% dos pacientes ficam livres de crises, sendo o restante refratários. Infelizmente, muitos pacientes irão necessitar de medicações por toda a vida, pois sem a medicação terão retorno das crises ou aumento significativo do número das mesmas. Pacientes com epilepsia apresentam mortalidade 2 a 3 vezes superior à população em geral.

No início do uso de drogas antiepiléticas o raciocínio clínico era totalmente focado no controle das convulsões. Porém, com a maior observação dos casos e a descoberta de novas drogas, com menos efeitos colaterais, percebeu-se que controlar crises não poderia ser o único objetivo do médico que maneja o caso. Quando o controle das crises ocorre mas o paciente passa a apresentar efeitos indesejáveis decorrentes do uso das medicações, é correto a reavaliação da dosagem ou a troca das medicações, auxiliando para uma melhor qualidade de vida. Afinal, manter o paciente livre de crises e em coma não pode ser o objetivo de nenhum médico que acompanhe seus pacientes de forma integral.

Pacientes com epilepsia e livres de outras comorbidades psíquicas, são pacientes com melhor qualidade de vida do que aqueles com comorbidades. Quando a qualidade de vida é avaliada, pacientes com epilepsia, mesmo aqueles com crises refratárias, tendem a ter uma vida relativamente saudável, com boas relações sociais, profissionais e familiares, desde que apresentem equilíbrio emocional. Já pacientes com poucas crises anuais, porém, que apresentam alterações psíquicas, como depressão e transtorno bipolar tendem a ter grandes dificuldades em manter relações sociais saudáveis.

Uma boa estratégia no momento de seguir um paciente com epilepsia é compreendê-lo de maneira ampla, procurando avaliá-lo da maneira mais completa possível, observando-o sob o ponto de vista das convulsões, do comportamento, temperamento e cognição. Assim, o médico poderá assistir seu paciente de maneira mais equilibrada, abrangendo o máximo de áreas possíveis para melhora do prognóstico desse paciente.

Crianças com epilepsia tem um risco global de psicopatologia que pode chegar à 60%. A presença de depressão é um grande fator de mal prognóstico em crianças com epilepsia.

Pacientes com doenças crônicas são mais suscetíveis a transtornos depressivos. No entanto, alguns autores sugerem que exista uma relação bidirecional entre depressão e epilepsia. Sugere-se que sejam epifenômenos, ou seja, uma doença é fator causador da outra.

Estudos mostram que a presença de depressão na população geral pode atingir até 9%, já em pacientes com epilepsia esse número é de aproximadamente 29% e em pacientes acompanhados em centros terciários pode atingir 50%.

Kanner (2011) realizou estudos com ratos, nos quais induziu epilepsia de lobo temporal utilizando pilocarpina injetável no peritônio. Observou que os ratos com epilepsia passaram a apresentar comportamento depressivo. Concluiu que, depressão que precede o início da epilepsia apresenta 2 vezes mais chances de desenvolver epilepsia refratária e que o uso de inibidor seletivo da recaptação de serotonina parece ter eficácia como anticonvulsivante. Também sabe-se que drogas antiglutamatérgicas (lamotrigina) tem seu papel no tratamento da depressão.

Austin JK et al (2001) realizou testes cognitivo-comportamentais com 224 crianças com primeira crise convulsiva não provocada e 135 irmãos saudáveis. O grupo com crise apresentou maiores taxas de problemas comportamentais 6 meses antes da primeira crise que o grupo dos irmãos.

Hesdorffer (1998) investigou a relação bidirecional da epilepsia e depressão, encontrando depressão quatro vezes mais frequente precedendo a epilepsia quando comparado com crianças da mesma idade e sexo. Concluiu que a depressão pode ser fator de risco para desenvolver epilepsia em crianças.

Hipócrates (400 AC) já disse “melancólicos tornam-se epiléticos e epiléticos melancólicos: o que determina a preferência é a direção que a doença toma. Se toma o corpo é epilepsia, se toma a mente/inteligência é melancolia”.

Na última década, ocorreu um aumento importante no diagnóstico de depressão em pediatria. É importante ressaltar as diferenças que existem entre a depressão na criança e o adulto. Na pediatria o índice de suicídio é muito superior aos adultos. Acredita-se que a maior taxa de suicídio em crianças ocorra pela maior dificuldade da realização diagnóstica e pela grande flutuação emocional que é vista na adolescência.

Na primeira infância os principais sintomas de depressão são humor irritável, raiva, piora no desempenho acadêmico, agitação psicomotora, sintomas de ansiedade, fobias, ansiedade de separação, queixas somáticas e vegetativas, como dor abdominal e cefaleia, e alterações de conduta.

Já na adolescência, os sintomas depressivos são anedonia, desesperança, hipersonia, alterações de peso, disforia, abuso de álcool e drogas (25% dos casos), lamentações e dizeres negativos sobre si mesmo, sobre a vida, amigos e familiares. A distímia não é encontrada.

2 OBJETIVOS

- a) Identificar a incidência de sintomas depressivos na população pediátrica com epilepsia do ambulatório geral do centro de neuropediatria do Hospital de Clínicas do Paraná.
- b) Identificar os sinais e sintomas de depressão que devem servir de alerta aos médicos que acompanham crianças com epilepsia.

3 CASUISTICA E MÉTODOS

O estudo foi caracterizado em transversal, observacional analítico, realizado na população pediátrica do centro de neuropediatria do Hospital de Clínicas do Paraná.

Grupo controle:

- Crianças de 9 a 17 anos, alunos de escola pública de Curitiba. Com desenvolvimento escolar adequado. Capazes de ler e interpretar os questionários.

Grupo epilepsia:

- População de 9 a 17 anos com diagnóstico de epilepsia e em acompanhamento no Centro de Neuropediatria do Paraná (CENEP – HC). Preencheram os questionários enquanto esperavam por consulta de rotina.

Crítérios de Inclusão no grupo epilepsia:

- Ser capaz de ler e interpretar os testes;
- Ter diagnóstico de epilepsia firmado por neurologista infantil;
- Escolaridade mínima de 4º ano.

Critérios de exclusão no grupo epilepsia:

- Não ser capaz de interpretar o teste;
- Inabilidade cognitiva;
- Epilepsia refratária;
- Presença de outras doenças crônicas como diabetes mellitus e asma grave.

3.1. COLETA DE DADOS

Prontuários médicos foram revisados para identificar as características do grupo epilepsia. Os dados coletados foram gênero, idade, escolaridade, tipo de crise convulsiva, tempo livre de crises convulsivas, número de drogas antiepilépticas em uso, alterações de neuroimagem, história familiar de 1º grau de epilepsia e história familiar de 1º grau de depressão.

3.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foram utilizadas 2 escalas para avaliação de sintomas depressivos. Children Depression Inventory (CDI) e Pediatric Symptom Checklist (Lista de Sintomas – LS).

O CDI é questionário semiestruturado para triar depressão. Traduzido para o português em 1985, aplicável dos 7 aos 17 anos. Composto por 27 itens que avaliam sintomas afetivos, cognitivos e de conduta. Tem nível de corte em 19 pontos. Cada item é composto por 3 respostas, sendo zero à ausência de sintomas, um os sintomas ditos como leves e dois pontos correspondendo a sintomas claramente presentes.

As questões mais relevantes do CDI foram os itens 6, 9, 19 e 24. O item 6 pergunta mostra a visão pessimista de si mesmo, o item 9 que avalia pensamento e ideação suicida e o 19 que mostra como os sintomas depressivos são disfarçados por sintomas somáticos, como dor abdominal e cefaleia, e o item 24 que avalia a auto-estima.

O questionário Lista de Sintomas (LS) avalia o desenvolvimento emocional e psicossocial da criança, sendo preenchido pelos pais. É composta por 35 itens, também pontuada de 0 a 2. O teste é considerado positivo quando ≥ 28 pontos estão presentes. Tem sensibilidade de 68% e especificidade de 95,4%. Informa sobre o desenvolvimento, comportamento e funcionamento psicossocial da criança.

3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizado análise estatística descritiva.

Comparação dos grupos pelo teste qui-quadrado de Yates e qui-quadrado de Pearson.

5 RESULTADOS

O grupo controle foi composto por 110 crianças, sendo 54 masculinos (49%), 68 crianças com idade entre 9 a 12 anos (61,8%) e 42 adolescentes de 13 a 17 anos (38,2%).

O grupo epilepsia foi composto por 54 crianças, sendo 32 meninos (59%), 29 crianças com idade entre 9 a 12 anos (53,7%) e 25 adolescentes de 13 a 17 anos (46,3%).

O questionário LS para o grupo controle, teve 10 resultados positivos (9%), 10 resultados designados como “alerta” e 90 casos negativos. O grupo com epilepsia teve 18 resultados positivos (33,3% $p < 0,01$), 11 resultados (20,4%) em alerta e 25 negativos (46,3%).

O teste CDI encontrou 8 (14,8%) ($p < 0,01$) resultados positivos no grupo epilepsia e 3 (2,7%) no grupo controle. O item que avalia suicídio teve 3 (5,5%) respostas positivas para o item “já tentou ou quer suicidar-se” e 15 (27,8%) respostas para o item “já pensou mas não faria” no grupo epilepsia. Enquanto que o grupo controle teve zero e 19,1% respectivamente. ($p:0,01$).

Com relação ao número de drogas antiepilépticas (DAE) utilizadas, os pacientes que não faziam uso de DAE (6) não tiveram CDI positivo. Os pacientes que estavam utilizando 1 DAE (n:35) tiveram 8,6% de CDI positivo. Já os pacientes com 2 ou mais DAE (n:13) tiveram 38,5% de teste CDI positivo ($p:0,01$).

Para crises criptogênicas e sintomáticas, o teste CDI foi positivo para 10,3% dos pacientes criptogênicos e 26,7% dos sintomáticos ($p:0,27$). O tempo sem crise também foi avaliado, sendo que os pacientes com mais de 12 meses sem convulsões o CDI positivo foi positivo em 9,5% dos casos e aquelas crianças que tiveram crises nos últimos 12 meses teve 33,3% de CDI positivo ($p:0,11$).

6 DISCUSSÃO

A doença epilepsia apresenta íntima relação com sintomas depressivos em todas as pessoas que padecem daquela problemática. Crianças e adolescentes que convivem com esse problema são um grupo que apresentam grande incidência de pensamento suicidas.

Infelizmente, nos tempos atuais, depressão é sub diagnosticada na população pediátrica. Outro fator preocupante são ferramentas que os médicos utilizam para tratar essa população. É preciso evoluir em muito para atingir resultados satisfatórios com relação à melhora clínica dessas crianças. Isso porque a abordagem deve sempre ser multifatorial, objetivando a melhora da vida da criança e do ambiente em que ela está inserida, inclusão sociocultural e em alguns casos tratamento medicamentoso.

Ainda necessitamos de estudos e tecnologia para melhor compreensão da relação bidirecional das patologias epilepsia e depressão, no entanto, os presentes estudos são fortemente sugestivos de que as patologias sejam epifenômenos.

É importante que o neurologista infantil faça o diagnóstico de depressão na população pediátrica, principalmente nos pacientes com epilepsia. Importante ter cuidado com a utilização de antidepressivos tricíclicos em pacientes com ideação suicida, pelo risco de intoxicação grave com o uso abusivo, principalmente em adolescentes.

Os efeitos deletérios da depressão sobre a qualidade de visão são muito claros, sendo os benefícios do tratamento argumento importante para a decisão de tratamento ou não.

A procura de sintomas depressivos deve ser rotina no atendimento do paciente com epilepsia, principalmente pela alta incidência de suicídio nos adolescentes epiléticos.

O tratamento dessas crianças deve ter como objetivo o controle das convulsões com drogas antiepiléticas nas menores doses possíveis, aqueles pacientes que apresentarem sintomas depressivos associados, pode-se avaliar a possibilidade do uso de medicações antidepressivas. É muito importante o tratamento adjunto com psicoterapia, terapia cognitivo comportamental, terapia em grupos, inclusão cultural e social, exercícios físicos regulares e melhoria na saúde

mental da família. Há evidências do benefício de utilização adjunta de tratamento com homeopatia para melhora da qualidade de vida dessas crianças.

7 CONCLUSÃO

A incidência de sintomas depressivos na população pediátrica com epilepsia do ambulatório de neuropediatria foi 33,3%.

Foi evidenciado através dos questionários CDI (children depression inventory) e LS (lista de sintomas), maior incidência de sintomas depressivos assim como pensamentos suicida no grupo com epilepsia quando comparados com crianças da mesma faixa etária de um colégio de ensino regular.

O uso combinado de duas ou mais drogas antiepilépticas foi associado a uma maior incidência de sintomas depressivos.

Os sintomas anedonia, sintomas somáticos (dor abdominal e cefaléia) e visão pessimista de si mesmo foram os mais encontrados como positivos no CDI para o grupo epilepsia e devem servir de alerta aos médicos.

No questionário Lista de Sintomas (LS), pensamento e ideação suicida foi mais encontrado no grupo epilepsia.

Não foi encontrada significância estatística entre depressão e epilepsia para sexo, idade, tipo de crise convulsiva, tempo de epilepsia, tempo sem crises, história familiar de doença psiquiátrica e epilepsia.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRY, J.J.; ETTINGER, A. B.; FRIEL, P.; GILLIAM, F.G.; HARDEN, C. L.; HERMANN, B.; KANNER, A.M.; CAPLAN, R.; PLIOPLYS, S.; SALPEKAR, J.; DUNN, D.; AUSTIN, J.; JONES, J. Consensus statement: The evaluation and treatment of people with epilepsy and affective disorders. **Epilepsy e Behavior**, 2008.

GAJWANI, P.; FORSTHOFF, A.; MUZINA, D.; AMANN, B.; GAO, K.; ELHAJ, O.; CALABRESE, J. R.; GRUNZE, H. Antiepileptic Drugs in Mood-Disordered Patients. **Epilepsia**, 2005.

GALLUCCI NETO, J.; MARCHETTI, R.L. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Rev Bras Psiquiatr**, 2005.

JONES, J.E.; BELL, B.; FINE, J.; RUTECKI P.; SEIDENBERG, M.; HERMANN, B. A controlled prospective investigation of psychiatric comorbidity in temporal lobe epilepsy. **Epilepsia**, 2007.

MARCHETTI, R.L.; CASTRO, A.P.W.; DALTIO, C.S.; CREMONESE, E.; RAMOS, J.M. P.; GALLUCCI NETO, J. Attitudes of Brazilian psychiatrists toward people with epilepsy. **Epilepsy e Behavior**, 2004.

MD KANNER, A. M. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders. **Epilepsy Currents**, 2006.

MULA, M.; BELL, G.S.; SANDER, J.W. Assessing suicidal risk with antiepileptic drugs. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 2010.