

FADIGA E ESCLEROSE MÚLTIPLA

ESTUDO PRELIMINAR DE 15 CASOS ATRAVÉS DE ESCALAS DE AUTO-AVALIAÇÃO

MARIA FERNANDA MENDES, CHARLES PETER TILBERY**, EDUARDO FELIPE**

RESUMO - Fadiga é um sintoma incapacitante, frequentemente observado nos pacientes com esclerose múltipla, porém pouco compreendido. Escalas de auto-avaliação são utilizadas para melhor estudar este sintoma subjetivo. Foram aplicadas três escalas de avaliação de fadiga em 15 pacientes com diagnóstico de esclerose múltipla, em 9 dos quais havia a referência de fadiga. Nestes os escores apresentavam-se elevados, o que significa fadiga acentuada. As escalas aplicadas demonstraram ser complementares na avaliação da fadiga, a qual se mostrou um sintoma importante nos pacientes avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: esclerose múltipla, fadiga, escalas de mensuração.

Fatigue and multiple sclerosis: preliminary study of 15 patients with self-reported scales

ABSTRACT - Fatigue is a common and disabling symptom in multiple sclerosis but is poorly understood. Self-report measures are designed to capture the patient's subjective sense of fatigue. We applied three scales in 15 patients with MS. Nine of them reported fatigue. The scores were high in all of these patients. We conclude that these scales must be used in assemble, to evaluate this symptom. Also, fatigue a very important symptom in multiple sclerosis patients.

KEY WORDS: multiple sclerosis, fatigue, measurement scale.

A fadiga é um sintoma inespecífico, encontrado com frequência na população. Ela é definida como sensação de cansaço físico profundo, perda de energia ou mesmo sensação de exaustão, e é importante a sua diferenciação com depressão ou fraqueza muscular¹. Embora seja um sintoma subjetivo e inespecífico, ela acompanha diversas doenças, podendo ocorrer também em indivíduos saudáveis². A fadiga é sintoma clínico muito estudado, sendo bem conhecida a sua associação com fenômenos autoimunes, neoplásicos, inflamatórios e infecciosos, e pode ser influenciada por sintomas como dor, distúrbios do sono, alterações do humor e alterações cognitivas. O nosso conhecimento a seu respeito torna-se limitado devido à ausência de técnicas adequadas para a sua mensuração. Na esclerose múltipla (EM), a fadiga é um sintoma frequente, geralmente crônico e incapacitante, levando a grande impacto na vida diária.

O presente estudo refere-se a dados preliminares relativos à observação de 15 pacientes com EM, através de escalas subjetivas de auto-avaliação, as quais têm por objetivo quantificar e analisar as diferentes características clínicas da fadiga, verificando sua aplicabilidade no nosso meio.

Centro de Atendimento e Tratamento de Esclerose Múltipla (CATEM) da Disciplina de Neurologia do Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo: *Professor Instrutor; **Professor Adjunto. Aceite: 14-fevereiro-2000.

MÉTODO

Foram estudados 15 pacientes com diagnóstico de EM, definida de acordo com os critérios de Poser e col.³ e 15 adultos normais, sem doenças prévias que pudessem causar fadiga. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente no CATEM do Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de São Paulo e o grupo controle foi selecionado entre os acompanhantes dos pacientes. A entrevista e a aplicação das escalas foi realizada sempre pelo mesmo examinador e o exame neurológico feito por outro médico neurologista.

Todos os pacientes se submeteram a exame neurológico, com a aplicação do EDSS (expanded disability status scale)⁴ e do mini-exame do estado mental (MEES)⁵, além dos seguintes exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, eletrólitos, uréia, creatinina, transaminases, prova de função tireoideana, eletroforese de proteínas e anti-HIV (ELISA).

Para todos, definimos fadiga como sendo uma sensação de profundo cansaço e perda de energia, diferente da fraqueza ou depressão. A seguir foram submetidos a um questionário, no qual analisamos a presença de outros sintomas como dor, distúrbios do sono e alterações cognitivas e a utilização de medicamentos.

Foram aplicadas então, independentemente da existência de uma queixa prévia de fadiga, três escalas: a Escala de Severidade de Fadiga (ESF)¹, a Escala de Fadiga de Chalder modificada (EFCm)^{6,7}, que visam quantificar a fadiga, e o Questionário sobre Fadiga (QF)⁸ que nos fornece informações sobre os fatores de melhora ou piora, suas principais características e o impacto na vida diária.

Para a ESF, os escores variam de 9 a 63 e um escore maior ou igual a 28 representa a presença de fadiga. Na EFC, há uma subdivisão entre fadiga física e mental, com escore total de 26. Os escores parciais maiores ou iguais a 8 e 5, respectivamente, e o escore total maior ou igual a 13, foram considerados como indicativos da presença de fadiga.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes com EM foi 33,9 anos, com faixa etária compreendida entre 21 e 53 anos, sendo 12 do gênero feminino e 3 do gênero masculino. No grupo controle, a média de idade foi de 32,5 anos e a faixa etária entre 17 e 55 anos, estando mantida a proporção quanto ao gênero.

Dentre os pacientes com EM, 12 apresentavam a forma remitente-recorrente, estando todos em remissão da doença no momento da entrevista e 3 a forma progressiva, sendo mantida a proporção de 4,5:1 quanto a forma de apresentação da doença observada por Tilbery e col⁹. A média de idade de início da EM foi 29,5 anos, com duração média de doença de 54,9 meses.

No grupo de pacientes com EM, 9 pacientes (60%) referiam fadiga, 5 (33,3%) referiam dor crônica, 4 (26,6%) sonolência e 4 (26,6%) alterações de memória. Todos os pacientes com alterações de memória e sonolência também referiam fadiga. Apenas um dos pacientes com dor crônica não tinha qualquer outra queixa associada. No grupo controle, 2 (13%) dos indivíduos estudados referiam fadiga. Nenhum deles referia dor crônica. A queixa de sonolência estava presente em 3 (20%) e as alterações de memória em 4 (26,6%).

Nenhum dos pacientes fazia uso de terapêutica imunossupressora, imunomoduladora ou corticoterapia.

Os exames subsidiários realizados não apresentavam alterações.

O escore médio do MESS foi 27 nos pacientes com EM e 28 no grupo controle. O EDSS médio dos pacientes era 4,5, não sendo objetivo deste estudo a correlação entre fadiga e a incapacidade neurológica.

Analisando os escores da ESF observamos que, os 9 pacientes com EM com queixa clínica de fadiga apresentavam escore maior ou igual a 28. Destes, 4 obtiveram escore maior que 52, indicando um quadro de maior gravidade. No grupo controle, embora apenas 2 indivíduos referissem fadiga, em 3 encontramos escore maior ou igual a 28.

Na EFCm o escore total encontrava-se maior ou igual a 13 em 5 dos pacientes com EM e em 3 dos pacientes do grupo controle, sendo que todos eles referiam fadiga. Quando analisamos separadamente os escores obtidos nos sub-itens fadiga física e fadiga mental, observamos que dos 9 pacientes com EM que referiam fadiga, 8 obtiveram escore elevado no item fadiga física e apenas 1 no item fadiga mental. No grupo controle, os 2 pacientes com queixa clínica de fadiga apresentavam escore elevado nos 2 sub-itens.

No QF observamos que, tanto nos pacientes com EM como no grupo controle, a fadiga interfere de forma negativa com a motivação e concentração. A fadiga piora com o stress e com a depressão e melhora com o repouso e com o sono. No grupo controle há melhora também com experiências positivas. Os pacientes com EM referem piora com o exercício, calor e no período da tarde, melhorando com o frio.

Nos pacientes com EM a fadiga apresenta características mais marcantes, interferindo nas atividades da vida diária, nas relações familiares e com a vida social dos pacientes. Ela frequentemente impede um desempenho físico constante, sendo citada muitas vezes como um dos três sintomas mais incapacitantes.

DISCUSSÃO

Estudo realizado em 611 indivíduos sadios demonstrou que aproximadamente 10% da população analisada experimenta a sensação de fadiga¹⁰. Nos pacientes com doenças neurológicas, a fadiga é diferente daquela relatada pelos demais, sendo muito mais incapacitante e levando a maior impacto na vida diária.

Na EM, a fadiga é sintoma frequente e geralmente incapacitante. Ela acomete de 80 a 90% dos pacientes, não sendo correlacionada com idade, sexo ou grau de acometimento neurológico^{2,11}. A depressão também parece não ter relação direta com a fadiga¹². Embora seja crônica, ela flutua na sua intensidade e com frequência é observada antecedendo ou acompanhando o surto da doença. Pode ser o primeiro sintoma da EM em aproximadamente um terço dos indivíduos², tendo fundamental importância para o estado geral do paciente¹⁰.

Vários exames subsidiários têm sido realizados para identificar e quantificar a severidade da fadiga, porém sem sucesso⁷. A definição e a mensuração da fadiga permanecem nebulosos, o que dificulta ainda mais a sua abordagem terapêutica. A sua mensuração usualmente tem sido realizada através de escalas de auto-avaliação, já que a fadiga é um sintoma subjetivo.

Várias escalas foram desenvolvidas com o objetivo de avaliar a sua intensidade e o impacto na vida diária. Krupp e Coyle⁷, em 1994, realizaram uma comparação entre algumas destas escalas como: a Escala Visual Análoga, que embora seja simples e de fácil aplicação, permite respostas muito impulsivas; o MOS-36, que avalia aspectos físicos e psíquicos porém demanda maior tempo para sua aplicação; e o Índice de Vitalidade de Randex, que embora seja rápido e de fácil aplicação, não nos fornece informações sobre o impacto na vida diária e os fatores de melhora ou piora.

A falta de padronização e a inexistência de escalas consistentes para avaliar os diversos aspectos da fadiga fazem com que várias escalas sejam desenvolvidas. Fisk e col.¹³ em 1994, desenvolveram escala baseada nos efeitos da fadiga sobre a qualidade de vida e as limitações impostas pelo sintoma. No mesmo ano, Irriarte e Castro² propuseram outra escala para avaliar quantitativa e qualitativamente a fadiga nos pacientes com EM.

No nosso meio, não encontramos escalas para fadiga com ampla aceitação e utilização na literatura médica. Selecionamos, de acordo com a facilidade de aplicação, o grau de consistência interna e de sensibilidade, as escalas ESF e EFCm. Para complementá-las, analisando as características do sintoma, utilizamos o QF.

Embora os nossos resultados refiram-se a um estudo preliminar, estando as escalas ainda em processo de adaptação para a língua portuguesa, eles sugerem que, nos pacientes com EM, outros sintomas, como dor, distúrbios de sono e alterações cognitivas, não são fatores determinantes para o aparecimento da fadiga. Neste grupo de pacientes, não podemos atribuir a presença de fadiga a doenças sistêmicas, excluídas através dos exames subsidiários, ou à utilização de medicamentos, o que sugere ser este mais um dos sintomas da EM, o que está de acordo com a literatura^{1,7,12}.

A EFCm nos indica que, o sub-item fadiga física é que determina a elevação do escore nos pacientes com EM, fato não observado no grupo controle normal, em que havia concordância entre a existência de fadiga física e mental. A ESF mostrou-se consistente para a mensuração dos sintomas. A aplicação da ESF e da EFCm, seguida pelo QF, nos permite avaliar de forma qualitativa e quantitativa a evolução da fadiga nos pacientes com EM, fornecendo assim um bom parâmetro para avaliar sua variação no tempo ou mesmo a resposta à terapêutica introduzida.

Conclusões

1. A Escala de Severidade de Fadiga parece ser um bom parâmetro para a mensuração da fadiga nos pacientes com EM.

2. A Escala de Fadiga de Chalder modificada nos indica que, nos pacientes com EM é o sub-item fadiga física que determina a elevação do escore, devendo ser considerado isoladamente na análise dos resultados.

3. A aplicação da Escala de Severidade de Fadiga e da Escala de Fadiga de Chalder modificada, seguida pelo Questionário sobre Fadiga, permite avaliar de forma quantitativa e qualitativa a evolução da fadiga nos pacientes com EM.

4. Sugerimos a aplicação dessas escalas para os pacientes portadores de EM, pois o melhor conhecimento das características da fadiga em cada paciente nos permite elaborar um programa de orientação individualizado, objetivando melhorar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Krupp LB, LaRocca NC, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989;46:1121-1123.
2. Iriarte J, Castro P. Propuesta de una nueva escala para evaluacion de la fatiga en pacientes com esclerosis multiple. *Neurologia* 1994;9:96-100.
3. Poser CM, Paty DW, Scheinberg L et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis : guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 1983;13:227-231.
4. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale. *Neurology* 1983;33:1444-1452.
5. Bertolucci PHF, Brucki SND, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:1-7.
6. Chalder T, Berelonitz G, Pawlikowska T et al. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res* 1993;37:147-153.
7. Krupp LB, Coyle PK. Fatigue in neurologic disorders. XLVI American Congress of Neurology, may,1994.
8. Schwartz JE, Jandorf L, Krupp LB. The measurement of fatigue: a new instrument. *J Psychosom Res* 1993;37:753-762.
9. Tilbery CP, Felipe E, Baudalf CM et al. Esclerose Múltipla: análise clínica e evolutiva de 214 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 1995;53:203-207.
10. David A, Pelosi A, McDonald E, et al. Tired, neak or in nead of rest: fatigue among general practice attenders. *Br Med J* 1990;301:1199-1202.
11. Fisk JD, Pontefract A, Ritvo PG. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci* 1994;21:9-14.
12. Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, Scheinberg LC. Clinical characteristics of fatigue in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1988;45:435-437.
13. Fisk JD, Ritvo PG, Ross L et al. Measuring the functional impact of fatigue impact scale. *Clin Infect Dis* 1994;18(Suppl1):79-83.