



Poster 06. DOR NA DOENÇA DE PARKINSON

Nuno Vila-Chã^{1,2,3}, Alexandra Gonçalves^{1,2,4}, Inês Moreira², Alexandre Mendes^{1,2,5}, LF Azevedo³, Sara Cavaco^{1,2,5}, JM Castro-Lopes⁶

¹Serviço de Neurologia, Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP); ²Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, ICBAS, Universidade do Porto; ³Centro de Investigação em Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ⁴Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ⁵Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto; ⁶Departamento de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A doença de Parkinson (DP) era classicamente descrita como uma doença com sintomas motores mas atualmente é reconhecida como uma doença complexa que inclui também vários sintomas não motores. A dor é um dos sintomas não motores mais frequente e incapacitante mas é um dos menos estudados.

Objetivos: Estudar a prevalência e as características clínicas da dor na DP.

Material e Métodos: Realizado estudo transversal em que foram avaliados consecutivamente 162 doentes com DP. Foi realizada uma entrevista estruturada para avaliar a presença e características da dor. A intensidade da dor foi avaliada pelo inventário resumido da dor (IRD) e o seu impacto pelo índice de incapacidade relacionado com a dor (IIRD). Os sintomas motores foram avaliados em *off* usando a escala UPDRS-III e a de Hoehn e Yahr (HY). Como escala de funcionalidade foi utilizada a de Schwab & England (SE) em *off*. Foram excluídos doentes com demência (DRS-2 ajustada < -2) e escolaridade < 3 anos.

Resultados: Foram incluídos 102 doentes (54% sexo feminino; idade média= 65,8±11,8 anos, duração da doença= 7,1±5,2 anos, dose equivalente de levodopa= 750±528 mg, UPDRS-III em *off*= 28,6±9,1, estadios de HY em *off*= 2,5±0,6, escala SE *off*= 81±13%). Setenta e quatro doentes (72.5%) apresentaram dor (47% músculo-esquelética, 18% neuropática central, 16% músculo-esquelética e distónica, 11% radicular-neuropática, 7% distónica e 1% neuropática central e distónica; IRD média=37,3±22,3; IIRD média=23,43±15,6). Em 89% dos doentes a dor tinha uma duração superior a 1 ano e em 68% dos doentes a dor era contínua. Realizavam terapêutica dirigida para a dor 55% dos doentes (69% farmacológica, 25% farmacológica e não-farmacológica e 6% não-farmacológica) e destes 48% estavam insatisfeitos ou pouco satisfeitos com o tratamento. Quarenta e oito por cento dos doentes referiram que a dor melhorava com a terapêutica antiparkinsoniana.

Conclusões: Este estudo mostra que a dor é um sintoma não motor frequente nos doentes com DP. Na maioria dos doentes a dor é de longa duração e muito frequente. Quase metade dos doentes não realizavam terapêutica dirigida para a dor e nos doentes que realizavam terapêutica muitos não estavam satisfeitos com o seu tratamento. O ajuste da terapêutica antiparkinsoniana poderá melhorar a dor em muitos doentes.

Os neurologistas devem estar alerta para a dor como um sintoma não-motor frequente na DP e para o seu adequado tratamento.

Contatos: Nuno Vila-Chã, Médico especialista em neurologia, HSA/CHP: nunovilacha@hotmail.com; Telefone: 222 077 500.