

Skala mini-COG jest narzędziem uznawanym przez m. in. *The National Institute on Aging, The Alzheimer's Association, The Gerontological Society of America* i *American Geriatrics Society*, które służy do przesiewowej identyfikacji pacjentów dotkniętych klinicznie istotnymi zaburzeniami poznawczymi. Zgodnie z założeniami nadaje się ono do oceny w różnych sytuacjach klinicznych tj. ambulatoryjnych, szpitalnych, czy domowych i w zależności od sprawności poznawczej i ruchowej pacjenta czas jego przeprowadzenia nie powinien przekraczać 5 minut.

Opis skali

1. Na początku należy poprosić osobę badaną o uważne wysłuchanie, powtórzenie oraz zapamiętanie wypowiedzianych przez osobę badającą trzech słów (wybranych z jednej z sześciu wersji).
2. Następnie należy poprosić osobę badaną, aby narysowała zegar. Po wykonaniu rysunku i wpisaniu wszystkich cyfr odpowiadających godzinom w odpowiednie miejsce, należy poprosić o narysowanie wskazówek w taki sposób, aby wskazywały godzinę 11:10.
3. Po wykonaniu polecenia należy poprosić pacjenta o przypomnienie trzech słów wypowiedzianych na początku badania.

Rysunek zegara stanowi nie tylko informację o funkcjonowaniu poznawczym osoby badanej, ale również służy jako dystraktor dla przypomnienia sobie przez nią trzech wyrazów.

Punktacja mini-COG

1. Każde przypomniane spontanicznie słowo – 1 punkt (0-3 punktów)
2. Prawidłowy zegar – 2 punkty
Zegar jest prawidłowy, jeśli zostały wpisane wszystkie godziny we właściwej kolejności i są odpowiednio rozmieszczone (12, 3, 6 i 9 w odpowiednim położeniu), nie ma brakujących lub powtórzonych godzin. Wskazówki zegara powinny być skierowane w stronę godzin 11 i 2, ich długość nie ma znaczenia
3. Niemożność spełnienia wszystkich kryteriów lub odmowa narysowania tarczy zegara oceniana jako nieprawidłowy zegar – 0 punktów.

Interpretacja mini-COG

Na wynik całkowity (0-5 punktów) składa się liczba przypomnianych słów oraz wynik oceny rysowania zegara. Punkt odcięcia mini-COG <3 został zatwierdzony do badań przesiewowych w kierunku otępienia (optymalny balans czułości i swoistości). Efektem oceny przy użyciu Mini-COG nie powinna być diagnoza i znalezienie przyczyny otępienia, ale decyzja o pogłębieniu, zaniechaniu lub odroczeniu diagnostyki w tym kierunku.

Postępowanie w razie nieprawidłowego wyniku

Należy pamiętać, że sam nieprawidłowy wynik testu przesiewowego NIE może stanowić podstawy do postawienia rozpoznania otępienia. Należy go oceniać całościowo w połączeniu z danymi z wywiadu, z obserwacji pacjenta, z dostępnymi wynikami badań dodatkowych.

Pacjentów z nieprawidłowym wynikiem testu mini-COG, z niepokojącym wywiadem pod kątem zaburzeń poznawczych, należy skierować do pogłębienia diagnostyki w poradni psychiatrycznej. W uzasadnionych przypadkach również w poradni neurologicznej. Niekiedy potrzebna jest ocena neuropsychologiczna.

Jednocześnie sam ujemny wynik testu NIE wyklucza zaburzeń poznawczych i otępienia. U osób wysokofunkcjonujących przez wystąpieniem objawów wyniki testów przesiewowych mogą być prawidłowe lub bliskie prawidłowym. W takich przypadkach, mając niepokojące dane w wywiadzie od pacjenta, należy go skierować na pogłębienie diagnostyki specjalistycznej.

Czynniki wpływające na wynik testu

Na wyniki testu, oprócz zaburzeń poznawczych, może wpływać również aktualny stan zdrowia, wiek, wykształcenie pacjenta, rodzaj wykonywanej pracy, stan intelektualny, a także aktualny stan psychiczny. Przed wykonaniem testu należy się upewnić, że pacjent w dniu badania jest wypoczęty i spróbować zminimalizować stres związany z badaniem.

Przed wykonaniem testu należy zebrać dokładny wywiad, ocenić stan pacjenta w badaniu przedmiotowym oraz, jeśli są wskazania, wykonać badania dodatkowe. Jeśli jest taka możliwość, należy potwierdzić zebrany wywiad u osoby z otoczenia pacjenta, najlepiej znającej tego pacjenta od dawna, np. od członka rodziny.

O co należy dopytać?

1. Czas trwania zaburzeń i ich rodzaj.
2. Moment wystąpienia objawów (nagle/stopniowo).
3. Rodzaj zaburzeń.
4. Wpływ objawów na codzienne funkcjonowanie pacjenta, m.in. czy nastąpiło pogorszenie w zakresie czynności, z którymi do tej pory pacjent sobie dobrze radził, np. samodzielne przygotowywanie i przyjmowanie leków, stałe opłaty, obsługa karty płatniczej, telefonu, sprzętu w domu, planowanie i robienie zakupów.
5. Przyjmowane leki i ich ewentualny wpływ na funkcje poznawcze, w tym uzależnienia od leków.
6. Wyrównanie chorób przewlekłych i występowanie ich powikłań.

-
7. Występowanie objawów depresji lub innych zaburzeń psychicznych
 8. Pogorszenie ogólnego stanu somatycznego w ostatnim czasie.
 9. Występowanie objawów i cech ostrej infekcji.
 10. Prawidłowe nawodnienie
 11. Występowanie potencjalnie odwracalnych przyczyn zaburzenia funkcji poznawczych, takich jak niedokrwistość na różnym tle, zaburzenia funkcji tarczycy, nerek, wątroby, zaburzenia elektrolitowe.

PRZYDATNE LINKI/STRONY ZEWNĘTRZNE

Skala mini-COG w różnych językach

- mini-cog.com/mini-cog-in-other-languages/

BIBLIOGRAFIA

1. Barczak A, Urban-Oleńska E. Polish adaptation of the Mini-COG. Aktualności Neurologiczne. 2022;22(2):105-107.
2. Barczak A, Hintze B. Mini-COG as a screening tool for dementia. Aktualności Neurologiczne. 2019;19(3):141-144.
3. <https://mini-cog.com/>
4. Standardized Mini-COG® In Polish