

# Κλινική εικόνα της νόσου – νεότερα δεδομένα

Κωνσταντίνος Παπαδόπουλος

*Νευρολόγος-Ψυχίατρος,  
Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής  
Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης*

---

**T**ι είναι η νόσος του Parkinson: η νόσος του Parkinson είναι μία χρόνια εκφυλιστική διαταραχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, η οποία εξελίσσεται αργά και επηρεάζει την κίνηση, τον έλεγχο των μυών και την ισορροπία.

Προσβάλλει άνδρες και γυναίκες, με ελαφρά υπεροχή στους άνδρες. Υπολογίζεται ότι επηρεάζει περί το 1-2% του πληθυσμού, ηλικίας μεγαλύτερης συνήθως των 65 ετών, αλλά 1 στις 10 περιπτώσεις εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 40 ετών (1).

Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι σποραδικής μορφής, και μόνο σε ποσοστό 15% περίπου υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, χωρίς ένα τυπικό τρόπο κληρονομικής μεταβίβασης (2).

Η αιτία αυτής της διαταραχής είναι άγνωστη (3). Πολλοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο, οι οποίοι δρουν σε συνδυασμό(4). Ανάμεσα στους παράγοντες που προτείνονται, η ηλικία, η γενετική προδιάθεση και το περιβάλλον αποτελούν το επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος σήμερα.

Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία, χωρίς όμως να είναι γενικά αποδεκτό, ότι η διαταραχή επιταχύνεται με αυτήν (5). Η συμβολή του γενετικού παράγοντα στις οικογενείς μορφές της νόσου έχει αποδειχθεί από μελέτες σε διδύμους, αλλά και από την αναγνώριση γονιδιακών τόπων και γονιδίων (6). Η έκθεση ατόμων με γενετική προδιάθεση, σε περιβάλλον με τοξίνες, αποτελεί την τρίτη διάσταση της αιτιολογικής προσέγγισης της νόσου (7).

**Αρχική περιγραφή της νόσου.** Στην πρώτη περιγραφή από τον James Parkinson (1817), η νόσος χαρακτηρίζεται αμιγώς ως κινητική διαταραχή. Συγκεκριμένα η κλινική της εικόνα περιγράφεται ως *«ακούσια τρομώδης κίνηση με μειωμένη μυϊκή ισχύ, σε μέλη του σώματος όχι σε κίνηση, ακόμη και υποβασταζόμενα, με μία τάση του σώματος να γέρνει προς τα εμπρός και το βήμα να μετατρέπεται από βαδιστικό σε τροχάδην, ενώ οι αισθήσεις και οι ανώτερες λειτουργίες παραμένουν ανεπηρέαστες»* (8).

**Σήμερα** γνωρίζουμε ότι η νόσος του Parkinson, ενώ είναι κυρίως μία κινητική διαταραχή, η οποία προσδιορίζει και τη νόσο, παρουσιάζει επίσης ένα μεγάλο αριθμό μη-κινητικών χαρακτηριστικών (όπως δυσλειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, γνωστικές και ψυχιατρικές επιπλοκές) (9). Δηλαδή η νόσος του Parkinson χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία αντανακλούν μία ανόμοια και διάχυτη παθολογία μέσα στον εγκέφαλο, αλλά και έξω από αυτόν (10).

**Προτού γίνει αναφορά στην κλινική εικόνα της νόσου του Parkinson, είναι απαραίτητο να γίνουν ορισμένες επισημάνσεις:**


- (α) Η εμφάνιση των κινητικών συμπτωμάτων, συμβαίνει όταν η εκφυλιστική διεργασία έχει καταστρέψει μεγάλο μέρος των νευρώνων στη μέλαινα ουσία και έχει μειωθεί κατά πολύ η ντοπαμίνη στο ραβδωτό (11). Οι παθολογικές διεργασίες έχουν ήδη αρχίσει σε προκλινική περίοδο (12).
- (β) Η κλινική εικόνα της νόσου δεν παραμένει στάσιμη, αλλά διαφοροποιείται και μορφοποιείται, ποσοτικά και ποιοτικά, στα διάφορα στάδια της εξέλιξής της.

- (γ) Στο πάζλ της κλινικής εικόνας της νόσου προστίθενται στην πορεία τα συμπτώματα-παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, με αποτέλεσμα στα προχωρημένα στάδια να παρατηρείται ένας τριπλός συνδυασμός συμπτωμάτων (κινητικών, μη-κινητικών και παρενεργειών).
- (δ) Η νόσος του Parkinson χαρακτηρίζεται από κλινική ετερογένεια, η οποία προσδιορίζεται: 1) από την πληθώρα διαφόρων συμπτωμάτων, 2) από τη διαφορετική ηλικία και μορφή της συμπτωματολογίας έναρξης, 3) από τη διαφορετική πορεία της κλινικής εικόνας, 4) από τον διαφορετικό βαθμό λειτουργικής ανικανότητας που προκαλείται σε κάθε ασθενή και 5) από τη διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία ή στις παρενέργειες κάθε ασθενή.


## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON

Τα συμπτώματα της νόσου του Parkinson, μπορούν να διακριθούν σε πέντε κατηγορίες:

### α) κινητικά (πρωτεύοντα) συμπτώματα

<ul style="list-style-type: none"> <li>-τρόμος πρεμίας</li> <li>-δυσκαμψία</li> <li>-βραδυκινησία</li> <li>-διαταραχές ισορροπίας</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-αποτελούν την αιτία επίσκεψης του ασθενή στο γιατρό, για πιθανή νόσο του Parkinson</li> <li>-αποτελούν τη σφραγίδα της νόσου</li> <li>-είναι απαραίτητα για τη διάγνωση της νόσου</li> </ul>
--	--	--

### β) υπόλοιπα κινητικά συμπτώματα


<ul style="list-style-type: none"> <li>-δυσκαταποσία</li> <li>-διαταραχές ομιλίας</li> <li>-πάγωμα</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-προκύπτουν στην πορεία της νόσου</li> <li>-προκαλούν έντονα κινητικά προβλήματα</li> <li>-δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με L-dopa</li> </ul>
---	---	---

### γ) μη-κινητικά συμπτώματα

#### A) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- άγχος, κατάθλιψη, άνοια
- προκύπτουν στην πορεία της νόσου την οποία και επηρεάζουν

#### B) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Α.Ν.Σ

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-ορθοστατική υπόταση</li> <li>-διαταραχές ούρησης</li> <li>-δυσκοιλιότητα</li> <li>-σεξουαλικές διαταραχές</li> <li>-σιελόρροια</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-επιδεινώνονται με την αντιπαρκινσονική θεραπεία</li> <li>-έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής</li> </ul> |
|---|---|---|

Γ) ΛΟΙΠΑ ΜΗ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

- διαταραχές αισθητικότητας
- διαταραχές ύπνου
- οσφρητικές διαταραχές
- κόπωση
- δερματικές εκδηλώσεις
- ευθύνονται για τον εγκλεισμό ασθενών σε ιδρύματα

δ) συμπτώματα - παρενέργειες φαρμάκων

A) ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

- κινητικές διακυμάνσεις
- δυσκινησίες
- δυστονίες

B) ΜΗ-ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

- ψευδαισθήσεις
- παραληρήματα
- ημερήσια υπνηλία
- κατάθλιψη
- εφιάλτες
- έντονα όνειρα
- ακαθησία (σύνδρομο ανίσυχων ποδιών)



- προκαλούν σημαντική ανικανότητα
- επηρεάζουν την ποιότητα ζωής
- παίζουν ρόλο στην επιλογή της στρατηγικής θεραπείας

ε) προκινητικά (προκλινικά) συμπτώματα

- απώλεια ενεργητικότητας
- μυαλγίες
- ακαθόριστες κράμπες
- δυσαισθησίες
- αλλοίωση γραφικού χαρακτήρα
- δυσκοιλιότητα
- δυσκολία συγκέντρωσης
- διαταραχές ύπνου
- εύκολη κόπωση
- αρθραλγίες
- παραισθήσεις
- ελάττωση μιμικής προσώπου
- αλλοίωση φωνής
- μείωση όσφρησης
- μεταβολή στη διάθεση

- τα προκινητικά συμπτώματα είναι μη ειδικά
- προηγούνται των κινητικών εκδηλώσεων για αρκετά χρόνια
- αναζητούνται μέσα από τη λήψη του ιστορικού του ασθενή
- συμβάλλουν στη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου

## Αναλυτικότερα τα συμπτώματα της νόσου του Parkinson έχουν:

### 1. Πρωτεύοντα κινητικά συμπτώματα

#### α) Τρόμος ηρεμίας

Αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα σε ποσοστό 70% των ασθενών (13). Η απουσία του δεν αποκλείει τη νόσο, εφόσον δεν εμφανίζεται σε όλους τους ασθενείς. Στα αρχικά στάδια εκδηλώνεται ασύμμετρα (μονόπλευρα), συνήθως στο αριστερό άνω άκρο. Προοδευτικά προσβάλλει άλλα μέλη της ίδιας πλευράς και αργότερα επεκτείνεται και στην άλλη πλευρά. Η ασυμμετρία διατηρείται στην πορεία της νόσου. Επιδεινώνεται με το άγχος, κατά το βάδισμα και με την αντίπλευρη κινητική δραστηριότητα.

#### β) Δυσκαμψία

Οφείλεται σε αυξημένο μυϊκό τόνο. Διαπιστώνεται κατά τη νευρολογική εξέταση, όπου παρατηρείται αντίσταση στις παθητικές κινήσεις του άκρου και προς τις δύο κατευθύνσεις. Στα πρώιμα στάδια προκαλεί πόνους (αυχένα, μέσης, ωμοπλάτης). Στα προχωρημένα στάδια οδηγεί σε κύρτωση της ράχης και κλίση του κορμού προς τα εμπρός.

#### γ) Βραδυκινησία

Αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό σύμπτωμα από τα πρώτα στάδια της νόσου (14). Εκδηλώνεται με βραδύτητα στη διεκπεραίωση των καθημερινών ασχολιών, μείωση της κίνησης των βραχιόνων στο βάδισμα, μείωση της εκφραστικότητας του προσώπου (υπομimία), μείωση του όγκου φωνής (υποφωνία), επηρεασμό του βαδίσματος.

#### δ) Διαταραχές ισορροπίας

Υπάρχει απώλεια των αντανακλαστικών της όρθιας θέσεως. Διαπιστώνεται τάση προς πώση (δοκιμασία ώσης ή έλξης). Είναι έντονες στα προχωρημένα στάδια.

### 2. Λοιπά κινητικά συμπτώματα

#### α) Δυσκαταποσία

Υπάρχει δυσκολία στην κατάποση υγρών ή τροφής, ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια, λόγω των κινητικών διαταραχών της νόσου, με αποτέλεσμα να

παραβλάπεται ο γρήγορος τεμαχισμός της τροφής, ο σχηματισμός του βλωμού και η προώθησή του με τη βοήθεια της γλώσσας προς το πίσω μέρος του στόματος. Επιπλέον, οι μύες που είναι απαραίτητοι για την κατάποση είναι δύσκαμπτοι, ώστε η λειτουργία της κατάποσης να γίνεται πλημμελώς και μέρος τροφής ή υγρών να παραμένει στο στόμα, όπου είτε εξέρχεται είτε μπορεί να εισέλθει από λάθος στην αναπνευστική οδό, οπότε μπορεί να εκδηλωθεί λοίμωξη του αναπνευστικού ή ακόμη και πνιγμονή.

#### **β) Διαταραχές ομιλίας**

Ποσοστό 50% περίπου των παρκινσονικών ασθενών παρουσιάζουν διαταραχές της ομιλίας. Οφείλονται σε δυσκαμψία των μυών που χρησιμεύουν για την ομιλία. Χαρακτηρίζονται από μείωση της έντασης της φωνής, από διαταραχή του ρυθμού (αργός) και μονότονη ομιλία.

#### **γ) Πάγωμα**

Περιγράφεται η αιφνίδια και παροδική δυσκολία που παρατηρείται στην έναρξη ή στη διάρκεια ρυθμικών και επαναλαμβανόμενων κινήσεων. Το πάγωμα επηρεάζει το βάδισμα, την ομιλία και τη γραφή. Κατά το βάδισμα επεισόδια παγώματος εκδηλώνονται όταν ο ασθενής επιχειρεί να στρίψει ή να περάσει από έναν στενό διάδρομο. Το παρκινσονικό βάδισμα θεωρείται ένα κλινικό χαρακτηριστικό ανεξάρτητο από τη βραδυκινησία και παρατηρείται κυρίως στα προχωρημένα στάδια. Στην εμφάνισή του πιθανώς να συντελεί η εξέλιξη της νόσου ή και η αντιπαρκινσονική αγωγή, αλλά ενδεχομένως να είναι αποτέλεσμα ειδικής παθολογίας (15). Φαινόμενα παγώματος είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και σε άλλες παθήσεις (ατροφία πολλαπλών συστημάτων, προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση, χρόνια ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια) (16).

### **3. Μη-κινητικά συμπτώματα**

#### **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

##### **α) Αγχώδεις διαταραχές**

Οι ανγχώδεις διαταραχές μπορεί να αποτελούν: α) μέρος της κατάθλιψης, β) εκδήλωση των γνωσιακών δυσλειτουργιών, γ) παρενέργεια των ντοπαμι-

νεργικών φαρμάκων και δ) τμήμα των εναλλαγών της διάθεσης που παρατηρούνται στους ασθενείς με περιόδους on-off. Εκδηλώνονται με κρίσεις πανικού, με φοβία ή με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (17).

### **β) Κατάθλιψη**

Παρατηρείται σε συχνότητα 40-50% των ασθενών (18). Αποδίδεται σε νευρο-χημικές μεταβολές νευρο-διαβιβαστών (μείωση σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης), αλλά και σε αντιδραστικούς παράγοντες απέναντι στην εξέλιξη της νόσου (19). Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα πρώιμα στάδια και στους νέους ασθενείς. Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η έλλειψη ενδιαφερόντων, η αναποφασιστικότητα, οι απαισιοδοξες σκέψεις, οι σκέψεις αυτοκτονίας αλλά σπάνια αυτοκτονική συμπεριφορά, η απώλεια βάρους, οι διαταραχές ύπνου, κ.τ.λ.

### **γ) Άνοια**

Παρατηρείται σε ποσοστό 40% περίπου των ασθενών (20). Γίνεται κλινικά εμφανής αρκετά χρόνια μετά την εκδήλωση των κινητικών συμπτωμάτων, όμως μία υποξεία γνωστική διαταραχή μπορεί να διαπιστωθεί στα πρώιμα στάδια (21). Χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην εκτέλεση (σχεδιασμός – οργάνωση – ρύθμιση), από διαταραχές στις οπτικό-χωρικές ικανότητες, αλλά και συχνά από διαταραχές μνήμης (κυρίως επανάκλησης), αδυναμία συγκέντρωσης, μειωμένη ευφράδεια λόγου και αλλαγές στην προσωπικότητα (22).

Η ύπαρξη άνοιας αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη της νόσου, αποτελεί ένα επιπρόσθετο βάρος στη φροντίδα του ασθενή και πολλές φορές αυξάνει τον κίνδυνο εγκλεισμού του.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Α.Ν.Σ)**

Οι διαταραχές από το Α.Ν.Σ καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων. Η συνολική επικράτηση των συμπτωμάτων αυτών κυμαίνεται από 2% για την ακράτεια μέχρι 72% για τη δυσκοιλιότητα (23). Οι διαταραχές από το Α.Ν.Σ έχουν συσχετιστεί με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της νόσου, αλλά και με τη χρήση των αντιπαρκινσονικών φαρμάκων.

**α) Ορθοστατική υπόταση**

Είναι η συχνότερη από τις διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος στη νόσο του Parkinson (24). Σημειώνεται ότι η αρτηριακή πίεση του αίματος στους ασθενείς με νόσο του Parkinson όχι μόνο πέφτει, αλλά καθυστερεί να επανέλθει στο φυσιολογικό για ορισμένα λεπτά. Συνήθως εμφανίζεται στα προχωρημένα στάδια, αλλά μπορεί να παρουσιαστεί και στα μεσαία στάδια, ίδια με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής.

**β) Διαταραχές ούρησης**

Οφείλονται σε βλάβες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, που αφορούν τον έλεγχο της ουροδόχου κύστεως και της ουρήθρας, αλλά και σε παρενέργειες των αντιπαρκινσονικών φαρμάκων. Εκδηλώνονται είτε με συχνουρία ή με επιακτική ούρηση, αλλά και με ακράτεια (25).

**γ) Σεξουαλικές διαταραχές**

Εμφανίζονται σε ποσοστό 85% στους άνδρες και 42% στις γυναίκες ασθενείς με τη νόσο, ιδιαίτερα στα προχωρημένα στάδια (26). Οφείλονται σε δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αλλά και στις κινητικές δυσκολίες που προκαλεί η νόσος του Parkinson. Εκδηλώνονται με δυσκολία επίτευξης και διατήρησης σύσης στους άνδρες και αδυναμία επίτευξης οργασμού στις γυναίκες.

**ΛΟΙΠΑ ΜΗ-ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ****α) Διαταραχές αισθητικότητας**

Μπορεί να εκδηλωθούν με αιωδιές, επώδυνα άκρα, αίσθημα καύσου ή ψύχους και με υπαισθησία (27).

**β) Διαταραχές ύπνου (αϋπνία – ημερήσια υπνηλία)**

Οι παρκινσονικοί ασθενείς σε ποσοστό μεγαλύτερο του 96% θα εμφανίσουν διαταραχές ύπνου στη πορεία της νόσου (28). Οφείλονται στην αλληλοεπίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως κινητικά προβλήματα (δυσκαμψία), αλλαγές στον κερκάρδιο ρυθμό του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης, διαταραχές συμπεριφοράς στον ύπνο-REM, ψυχιατρικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, άνοια), παρενέργειες των φαρμάκων. Οι διαταραχές ύπνου



μπορεί να εκδηλωθούν με α) καθυστερημένη επέλευση ύπνου, β) συχνές αφυπνίσεις και γ) πρώιμη αφύπνιση. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου του Parkinson, οι διαταραχές ύπνου διακρίνονται:

### **Πρώιμο στάδιο**

α) καθυστερημένη επέλευση ύπνου, ένεκα κινητικών συμπτωμάτων, συνδρόμου ανήσυχων ποδιών, άγχους, κατάθλιψης

β) συχνές αφυπνίσεις, ένεκα άπνοιας ύπνου, περιοδικών κινήσεων άκρων, διαταραχής REM ύπνου ή κικκάδειου ρυθμού, μυόκλονου, νυκτερινής ενούρησης

γ) πρώιμη αφύπνιση, ένεκα κατάθλιψης, πρωινή δυστονία

### **Μεσαίο στάδιο**

Οφείλονται στα προβλήματα του προηγούμενου σταδίου και στις παρενέργειες των φαρμάκων (εφιάλτες, σύγχυση, wearing –off, δυσκινησίες).

### **Προχωρημένο στάδιο**

Οφείλονται στα προβλήματα των προηγούμενων σταδίων τα οποία επιτείνονται πλέον, αλλά και στην άνοια και στις εντονότερες παρενέργειες των φαρμάκων.

Εκτός από τη διάσπαση του νυκτερινού ύπνου από τις αιτίες που αναφέρθηκαν, ένα ποσοστό 15% των παρκινσονικών ασθενών, θα εμφανίσει υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, κατά την πορεία της νόσου (29). Η ημερήσια υπνηλία μπορεί να οφείλεται είτε στην εξέλιξη της νόσου, είτε στις διάφορες διαταραχές που διακόπτουν τον νυκτερινό ύπνο ή τέλος στις παρενέργειες των αντιπαρκινσονικών φαρμάκων.

### **γ) Οσφρητικές διαταραχές**

Στους παρκινσονικούς ασθενείς διαπιστώνονται διαταραχές στην ανίχνευση και στη διάκριση των διαφόρων οσφρητικών ερεθισμάτων (οσμών). Οι οσφρητικές διαταραχές μπορεί να προηγούνται των κινητικών εκδηλώσεων πολλά χρόνια (30).

### **δ) Κόπωση**

Εμφανίζεται σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου σε ποσοστό 25% των ασθενών (31). Εκδηλώνεται με αίσθημα κόπωσης, εξάντλησης και έλλειψη

ενέργειας. Μπορεί να σχετίζεται με την κατάθλιψη και τις διαταραχές ύπνου, αλλά μπορεί να είναι και ανεξάρτητο σύμπτωμα.

#### ε) Δερματικές εκδηλώσεις

Χαρακτηριστική είναι η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα. Μπορεί να προηγείται των κινητικών εκδηλώσεων.

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

### ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

α) **Κινητικές διακυμάνσεις** (εμφανίζονται μετά 3-5 χρόνια από την έναρξη της θεραπείας με L-dopa) (32) και περιλαμβάνουν:

- Φαινόμενο εξάντλησης της δόσης (wearing off). Η διάρκεια της βελτίωσης των κινητικών προβλημάτων μετά από κάθε δόση L-dopa μειώνεται προοδευτικά, και επιστρέφουν τα παρκινσονικά χαρακτηριστικά.
- Νυχτερινή και πρωινή ακινησία. Επιτείνονται τα σημεία παρκινσονισμού, καθώς τα μεσοδιαστήματα των δόσεων της L-dopa είναι μεγάλα.
- Φαινόμενο on-off. Απρόβλεπτες εναλλαγές βελτίωσης και επιδείνωσης των παρκινσονικών κινητικών συμπτωμάτων.

#### β) Δυσκινησίες

Οι δυσκινησίες είναι κινήσεις χορειακό-μορφικές, δυστονικές ή μυοκλονικές σε διάφορα μέρη του σώματος (33). Ανάλογα με τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται σε σχέση με τη λήψη της L-dopa, διακρίνονται σε: 1) δυσκινησίες στην αιχμή της δόσης, 2) διφασικές και 3) δυστονία στο τέλος της δόσης.

### ΜΗ-ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

#### α) Ψυχιατρικά προβλήματα

Στα ψυχιατρικά προβλήματα περιλαμβάνονται τα έντονα όνειρα, οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρηματικές ιδέες, η σύγχυση, η υπέρ-σεξουαλικότητα και το σύνδρομο από κακή χρήση ντοπαμίνης (dopamine dysregulation syndrome) (34).

Τα πλέον συχνά προβλήματα, που σχετίζονται με τη φαρμακευτική θεραπεία είναι οι ψευδαισθήσεις κυρίως οπτικές, ενώ ακουστικές, οσφρητικές και γευστικές είναι πολύ σπάνιες. Οι τυπικές οπτικές ψευδαισθήσεις στη νόσο του Parkinson είναι ένα σύμπλεγμα οπτικής εικόνας που διαρκεί για λίγα δευτερόλεπτα ή λεπτά και μπορεί να επιμένει για ημέρες ή εβδομάδες μετά τη διακοπή ή τη μείωση του υπεύθυνου φαρμάκου. Ορισμένοι ασθενείς ίσως «δουν» ένα συγγενή στην κρεβατοκάμαρα, αλλά κατόπιν συνειδητοποιούν ότι δεν είναι παρών στην πραγματικότητα. Άλλοι μπορεί να «δουν» έρποντα έντομα στις ταπετσαρίες του τοίχου ή στα πλακάκια του δαπέδου. Συνηθισμένες είναι και οι ψευδαισθήσεις με μικροσκοπικούς ανθρώπους, παιδιά και ζώα. Οι ψευδαισθήσεις συνήθως δεν είναι απειλητικές για τη ζωή και συχνά υπάρχει εναισθησία. Μπορεί όμως να γίνουν σοβαρές, τρομακτικές και ο ασθενής χωρίς εναισθησία, να μη μπορεί να διακρίνει το φανταστικό από το πραγματικό. Συχνά οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται σε καταστάσεις με ελαττωμένο φως (ηλιοβασίλεμα) ή όταν ο ασθενής μεταβαίνει από μία κατάσταση συνείδησης σε άλλη, όπως από τον ύπνο στην αφύπνιση.

Οι ψευδαισθήσεις παρατηρούνται σε ένα ποσοστό 15-20% των ασθενών που λαμβάνουν αντιπαρκινσονική θεραπεία (35). Κυριότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ψευδαισθήσεων είναι η γνωστική διαταραχή (36).

### **β) Αισθητικά προβλήματα**

Συχνά εκδηλώνονται πόνοι, ακαθησία ή σύνδρομο ανήσυχων ποδιών.

### **γ) Διαταραχές ύπνου**

Όπως περιγράφηκαν προηγουμένως, με χαρακτηριστική την ημερήσια υπνηλία.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κλινική εικόνα διαμορφώνεται στα διάφορα στάδια της πορείας της νόσου του Parkinson:

### **A) Πρώιμο στάδιο** (διάρκεια συμπτωματολογίας 3-5 χρόνια περίπου)

Ο ασθενής εμφανίζει τρόμο ηρεμίας στη μία πλευρά (συνήθως αριστερό άνω άκρο), ο οποίος μπορεί να είναι συνεχής, να έχει διαλείποντα χαρακτήρα ή να επιτείνεται με το άγχος. Βαδίζει με μικρότερα βήματα, αργά ή και συρόμενα και δείχνει κάποια δυσκολία όταν αλλάζει κατεύθυνση. Σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να παρουσιάζονται επεισόδια παγώματος κατά το βάδισμα. Τα άνω άκρα κατά το βάδισμα χάνουν τον ρυθμό τους και το εύρος της κίνησής τους περιορίζεται. Ο ασθενής διαπιστώνει κάποια βραδύτητα στις καθημερινές δραστηριότητές του (ένδυση, μπάνιο, σίτιση κ.λπ.), την οποία άλλωστε παρατηρεί και το περιβάλλον του. Η έκφραση του προσώπου του υπολείπεται, αλλοιώνεται η φωνή του σε ένταση και μουσικότητα. Αλλοιώνεται επίσης και ο γραφικός του χαρακτήρας. Συχνά παραπονείται για διαταραχές ύπνου και για δυσκοιλιότητα. Μπορεί να κουράζεται ευκολότερα ή να νοιώθει άγχος και η διαθεσή του να είναι άσχημη. Αρχίζει να μειώνει τις κοινωνικές του δραστηριότητες γιατί νομίζει ότι εκτίθεται. Η ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία είναι ικανοποιητική και βοηθάει τον ασθενή να παραμένει λειτουργικά ικανός.

### **B) Μεσαίο στάδιο** (διάρκεια συμπτωματολογίας 5-10 χρόνια)

Η κινητικότητα του ασθενή είναι περισσότερο επηρεασμένη. Ο τρόμος και η δυσκαμψία επεκτείνονται αντίπλευρα, προσβάλλεται ακόμη και ο κορμός, που γίνεται δύσκαμπος. Η εκφραστικότητα του προσώπου μειώνεται περαιτέρω, εμφανίζεται σιελόρροια (νυκτερινή) και η ομιλία γίνεται μονότονη και χαμηλόφωνη. Το σώμα παίρνει στάση κυφωτική. Το βάδισμα είναι δύσκολο τόσο κατά την έναρξη όσο και στη συνέχεια, με συχνές διαταραχές ισορροπίας ή παγώματα, ιδιαίτερα στην αλλαγή κατεύθυνσης, ενώ τα χέρια παραμένουν ακίνητα σε θέση κάμψης στη μέση. Οι δραστηριότητες που χρειάζονται λεπτούς χειρισμούς δυσχεραίνονται ακόμη περισσότερο. Αρχίζουν να γίνονται έντονες οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ούρηση, σεξουαλικές διαταραχές, ύπνος, δυσκοιλιότητα). Επισημαίνονται διαταραχές μνήμης. Εμφανίζο-

νται παρενέργειες, κινητικές (διακυμάνσεις, δυσκινησίες) και μη-κινητικές (ψευδαισθήσεις), από την αντιπαρκινσονική θεραπεία.

### **Γ) Προχωρημένο στάδιο (συμπτώματα άνω των 10 χρόνων)**

Ο ασθενής εμφανίζει μεγάλου βαθμού δυσκαμψία και βραδυκινησία. Με μεγάλη δυσκολία εκτελεί δραστηριότητες, όπως να σηκωθεί από το κάθισμά του, να στρίψει στο κρεβάτι του, να κάνει μπάνιο κ.λπ., για τις οποίες χρειάζεται βοήθεια. Η στάση του σώματός του είναι κυφωτική, το προσώπείο ανέκφραστο, με έντονη σιελόρροια και η ομιλία χαμηλόφωνη και δυσδιάκριτη. Η γραφή δυσανάγνωστη ως αδύνατη. Το βάδισμα αν όχι αδύνατο γίνεται πολύ δυσχερές. Ο συνδυασμός δυσκαμψίας, επεισοδίων παγώματος, έντονων διαταραχών ισορροπίας και κινητικών παρενεργειών από τα φάρμακα, οδηγούν συχνά σε πτώσεις με δυσάρεστες ή μοιραίες συνέπειες, γι' αυτό είναι απαραίτητη η υποστήριξη. Βοήθεια χρειάζεται και στη σίτιση, για τον κίνδυνο πνιγμονής. Μεγάλο πρόβλημα υπάρχει με την υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, όπου ο ασθενής δείχνει να κοιμάται διαρκώς. Οι ανοϊκές εκδηλώσεις και ψευδαισθήσεις απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα, συχνά όμως οδηγούν σε εγκλεισμό του ασθενή για νοσηλεία.

Όσο αυξάνεται η διάρκεια της νόσου, επιδεινώνεται η κλινική κατάσταση των ασθενών και εξαρτώνται όλο και περισσότερο από άλλους. Βέβαια, οι θεραπευτικές αγωγές και οι παροχές υγείας που υπάρχουν σήμερα, έχουν αλλάξει το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής τους.

Στα τελικά στάδια της νόσου, μπορεί να υπάρξει κίνδυνος πνιγμονής ένεκα δυσκαταποσίας, αλλά και άλλων επιπλοκών, όπως πνευμονική εμβολή εξαιτίας της παρατεταμένης κατάκλισης ή καρδιαγγειακών επιπλοκών κ.λπ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Muthane UB, Swamy HS, Satishandra P, et al., "Early onset Parkinson's disease: are juvenile and young-onset different?", *Mov Disord*, 9, (1994), 539-44.
2. Payami H, Larsen K, Berrard S, Nutt J, "Increased risk of Parkinson's disease in parents and siblings of patients", *Ann Neurol*, (1994), 36, 659-61.
3. Samii A, Nutt J, "Bruce Ransom Parkinson's disease", *Lancet*, 363, (2004), 1783-93.
4. Steece-Collier K, Maries E, Kordower JH, "Etiology of Parkinson's disease. Genetics and environment revisited", *Proc Natl Acad Sci USA*, 99, (2002), 13972-74.
5. Van Dyck CH, Seibyl JP, Malison RI, et al., "Age-related decline in dopamine transporters: analysis of striatal subregions, nonlinear effects and hemispheric asymmetries", *AMJ Geriatr Psychiatry*, 10, (2002), 36-43. Gasser T, "Genetics of Parkinson's disease", *J Neurol*, (2001), 248, 833-40.
6. Wood N, "Genetic risk factors in Parkinson disease", *Ann Neurol*, 78, (1998), 283-90.
7. Priyadarshi A, Khuder SA, Schaub EA, Priyadarsi SS, "Environmental risk factors and Parkinson's disease: a metaanalysis", *Environ Res*, 86, (2001), 122-27.
8. "An Essay on the shaking palsy", Whittingham & Rowaland, London, 1817. Reprinted in *Medical Classic*, 2, (1938), 946-97. Facsimile editions printed by the American Medical Association in 1917. Facsimile editions, with biography of Parkinson by Macdonald Critchley, London, 1955. Facsimile reproduction by Dawson in London, 1959.
9. Foltynie T, Brayne C, Barker RA, "The heterogeneity of idiopathic Parkinson's disease", *J Neurol*, 249, (2002), 138-145.
10. Yoshita M, "Loss of 1231-metaiodobenzylguanidine uptake by the heart in Parkinson's disease", *J Nucl Med*, 41, (2000), 1442.
11. Fearnley JM, Lees AJ, "Ageing and Parkinson's disease: substantia nigra regional selectivity", *Brain*, 114, (1991), 2283-301.
12. Koller WC, "When does Parkinson's disease begin?", *Neurology*, 42, (1992), 27-31.
13. Kapil D Sethi, "Clinical aspects of Parkinson's disease", *Curr Opin Neurol*, 15, (2002), 457-460.
14. D Scharre, M Mahler, "Parkinson's disease: making the diagnosis, selecting drugs therapies", *Geriatrics*, 49, (1994), 14-23.

15. Bastiaan R, Bloem, Jeffrey M, Hausdorff, Jasper E, Visser, et al., "Falls and Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Review of Two Interconnected, Episodic Phenomena", *Mov Disord*, 19 (8), (2004), 871-884.
16. Giladi N, Kao R, Fahn S, "Freezing phenomenon in patients with Parkinsonian syndromes", *MovDisord*, 12, (1997), 302-305.
17. Factor SA, Molho ES, Podskalny CD, et al., "Parkinson's disease: drug induced psychiatric states", *Adv Neurol*, 65, (1995), 115-138.
18. McDonald WM, Rachard IH, DeLong MR, "Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease", *Biol Psychiatry*, 54, (2003), 363-75.
19. Starkstein SE, Preziosi TJ, Boldue PL, et al., "Depression in Parkinson's disease", *J Nervous Ment Disord*, 178, (1990), 27-31.
20. Emre M, "Dementia associated with Parkinson's disease", *Lancet Neurol*, 2, (2003), 229-37.
21. Cools R, Barker RA, Sahakian BJ, Robbins TW, "Enhanced or impairment cognitive function in Parkinson's disease as a function of dopaminergic medication and task demands", *Cerb Cortex*, 11, (2001), 1136-1143.
22. Litvan I, Mohr E, Williams J, et al., "Differential memory and executive functions in demented patients with Parkinson's disease and Alzheimer's disease", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 54, (1991), 25-29.
23. Martignoni E, Pacchetti C, Godi L, et al., "Autonomic disorders in Parkinson's disease", *J Neural Transm Suppl*, 45, (1995), 11-19.
24. Jost WH, *Autonomeregulationsstorungen beim Parkinson syndrom*, Shaker-Verlag, Aachen, 1999.
25. Jost WH, "Autonomic dysfunction in Parkinson's disease", *J Neurol*, 250(suppl 1), (2003), 469-72.
26. Royter V, et al., *Parkinson's disease affects sexual function. 14th Intern Congress on PD*, Helsinki, 2001.
27. Quinn NP, Koller WC, Lang AE, et al., "Painful Parkinson's disease", *Lancet*, 1, (1986), 1366-69.
28. Stacy M, "Sleep disorders in Parkinson's disease: epidemiology and Management", *Drugs Aging*, 19, (2002), 733-39.
29. Lachenmayer L., "Parkinson's disease and the ability to drive", *J Neurol*, 247(suppl 4), (2000), IV/ 28-IV /30.

30. Becker G, Muller A, Braune S, et al., "Early diagnosis of Parkinson's disease", *J Neurol*, Oct 249(suppl 3), (2002), III /40-48.
31. Friedman J, Friedman H, "Fatigue in Parkinson's disease: a nine-year follow-up study", *Mov Disord*, 16(6), (2001), 11.
32. Chase TN, Mouredian MM, Enger TM, "Motor response complications and the function of striatum efferent system", *Neurology*, 43, (1993), S23-27.
33. Luquin MR, Scipioni O, Vaamode J, et al., "Evodopa induced dyskinesias in Parkinson's disease: clinical and pharmacological classification", *Mov Disord*, 7, (1992), 117-124.
34. Schrag A, "Psychiatric aspects of Parkinson's disease", *An update J Neurol*, 251, (2004), 795-804.
35. Schrag A, Ben-shlomo Y, Quinn N, "How common are complications of Parkinson's disease?", *J Neurol*, 244, (2002), 419-423.
36. Aaslasnd D, Ballard C, Larsen JP, et al., "A comparaive study of psychiatric symptoms in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease with and without dementia", *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, (2001), 528-536.