

Η διαγνωστική προσέγγιση των ανοιρών

Νικόλαος Παπαναγιώτου

*Παθολόγος - Γηρύαιρος
Γηριατρικό – Γεροντολογικό Ιατρείο ΝΙΜΙΤΣ*

Tην προσεχή εικοσαετία η Ελλάδα θα είναι η γηραιότερη χώρα της Ευρώπης. Η Ευρώπη ήδη είναι η γηραιότερη ήπειρος της γης. Η σχέση θανάτων/γεννήσεων τείνει δραματικά υπέρ των πρώτων. Το κόστος της ζωής, η ανάγκη να εργάζονται και οι δύο γονείς, το ποσοστό των διαζυγίων και η όλο μεγαλύτερη απαίτηση να «χαρούμε τη ζωή» από όσο πιο νωρίς γίνεται, χωρίς μεγάλες θυσίες, μας οδηγεί στο «ένα παιδί» και στους δύο ηλικιωμένους στο σπίτι ή πολλές φορές στους τέσσερεις ηλικιωμένους στο σπίτι.

Οι δαπάνες για την υγεία, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και η παράταση του μέσου όρου ζωής, οδηγεί τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας αλλά και ολόκληρης της Ευρώπης σε κατάρρευση, κάτι που όλες οι χώρες της Ε.Ε. φοβούνται ότι μπορεί να συμβεί με το φαινόμενο του ντόμινο.

Προγράμματα για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων και την παράτασή της, όπως τα ΚΑΠΗ και η στήριξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια υγεία δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα. Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», «Νοσηλεία στο Σπίτι», «Εθελοντισμός για την Τρίτη Ηλικία» και τα «Ανοικτά Πανεπιστήμια Πληροφόρησης για

την Τρίτη Ηλικία», που προτάθηκαν στην κυβέρνηση και τους εκάστοτε Υπουργούς Υγείας από το Γηριατρικό Ιατρείο του ΝΙΜΤΣ, άλλα εφαρμόστηκαν, άλλα όχι και άλλα ακόμα δεν έχουν ωριμάσει ώστε να προσφέρουν τα αναμενόμενα.

Λειτουργώντας από δωδεκαετίας το πρώτο Γηριατρικό – Γεροντολογικό Ιατρείο στο ΕΣΥ με περισσότερους από τριάντα χιλιάδες ασθενείς μέχρι σήμερα, αρχίζουμε να καταγράφουμε τη δική μας εμπειρία με τον Έλληνα Γηριατρικό Ασθενή: τις αδυναμίες του συστήματος, τις άσκοπες και τεράστιες δαπάνες για την υγεία και τη φροντίδα των ηλικιωμένων, την πολυφαρμακία, αλλά και τη νοσολογία αυτής της μεγάλης κοινωνικής ομάδας.

Η χωρίς νημό καταφυγή του ηλικιωμένου απευθείας στους ειδικούς λόγω της απουσίας επιλογής και κατεύθυνσης, προσπαθώντας να ερμηνεύσει το άγχος και τον φόβο του για το γήρας, την πολυσυμπωματολογία ή πολυπαθολογία του, προκαλεί αύξηση στον αριθμό των άσκοπων εργαστηριακών εξετάσεων. Είναι συχνά διπλάσιος ή και τριπλάσιος από αυτόν των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών. Η δε συνταγογράφηση φαρμάκων γίνεται ανεξέλεγκτα και ο ασθενής οδηγείται στην πολυφαρμακία με όλες τις επιπτώσεις της.

Η έκπληξή μας μεγαλώνει χρόνο με το χρόνο, όταν διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς σε ποσοστό όλο και πιο μεγάλο δεν γνωρίζουν ούτε οι ίδιοι, ούτε το περιβάλλον τους, ούτε θυμούνται ποιος τους είχε δώσει φάρμακα όλων των ειδικοτήτων, για ποιο λόγο και για πόσο διάστημα.

Ακόμα μεγαλύτερη έκπληξη μάς προκαλεί η διαπίστωση ότι σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% οι ασθενείς παραπέμπονται από τους συγγενείς στο γιατρό με την απαρίθμηση των προβλημάτων της υγείας τους και την επεξήγηση ότι ο ίδιος δεν θυμάται. Τότε διαπιστώνουμε ανοϊκές συνδρομές προχωρημένες ή αρχόμενες κάθε τύπου ή πολυπαραγοντικές όπως θα αναφέρουμε πιο κάτω. Ο ίδιος ο ασθενής μετά την αναφορά του ιστορικού του και την εξέταση αποδεικνύεται ανίκανος να διαχειριστεί φάρμακα, χρήματα και πολλές φορές δεν μπορεί να πραγματοποιήσει στοιχειώδεις εργασίες.

Στο επίμονο πολλές φορές ερώτημα, προσπαθώντας να εντοπίσουμε την έναρξη της νόσου ή της συνδρομής, δεν λαμβάνουμε απάντηση παρά σιωπή,

γιατί η αναγνώριση και παραδοχή της νόσου για την ελληνική οικογένεια και ειδικά της επαρχίας –όπου ο ασθενής είναι πιο επώνυμος– αποφεύγεται. Για πολλούς η ασθένεια αποτελεί κοινωνικό στίγμα σε τέτοιο βαθμό ώστε να αποφεύγεται ακόμα και η αναφορά στον παθολόγο ή τον οικογενειακό γιατρό, η δε επίσκεψη στον ειδικό νευρολόγο αποφεύγεται συστηματικά.

Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην Ε.Ε. χωρίς έδρες Γηριατρικής στο Πανεπιστήμιο και χωρίς διδασκαλία του μαθήματος στη βασική πανεπιστημιακή εκπαίδευση, αλλά και στην ειδίκευση της Παθολογίας. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην αργοπορημένη διάγνωση της νόσου, συχνά όταν είναι πια αργά και έχουν ήδη δημιουργηθεί κοινωνικά, ιατρικά, θεραπευτικά, ακόμα και νομικά προβλήματα.

Καλό θα ήταν να αναλάβει την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας ένας διαπρεπής ακαδημαϊκός δάσκαλος-γιατρός, ώστε να δοθεί εντολή προς το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας να αναγνωριστεί η Γηριατρική ως εξειδίκευση, διάρκειας δύο ετών, της Παθολογίας ή ακόμα και της Γενικής Ιατρικής.

Ζώντας σε μια τόσο ωραία χώρα της Ευρώπης με την κοινωνική δομή ακόμα στέρεα, την παρουσία της πολυετίας και του ιατρικού κόσμου έντονη με πληθώρα γιατρών όλων των ειδικοτήτων, ποτέ δεν μπορούσα να φανταστώ την έκταση των ανοϊκών συνδρομών. Πίστευα ότι το πνεύμα του Έλληνα, η μεσογειακή διατροφή, η παρουσία της οικογένειας και της εκκλησίας αρκούσαν. Μπορούσα να παραβλέψω τις αρνητικές επιδόσεις της φυλής στο κάπνισμα και στη μόλυνση του περιβάλλοντος ή τη γρήγορη συνταξιοδότηση και άλλους παράγοντες στους οποίους δεν υπάρχει λόγος να αναφερθούμε.

Ως γηρίατρος θα αναφερθώ στη γεροντική άνοια και στους διάφορους τύπους ή μικτές μορφές που προσβάλλουν πλέον το 50-60% της κοινωνίας. Η γνώμη μου είναι ότι πρόκειται για το 60-70% της κοινωνίας, αλλά δεν γίνεται γνωστό στον γιατρό, γιατί υπάρχει η παραδοχή του «γέρος είναι και ξεχνά». Θα προσπαθήσω να γίνω πιο κατανοητός.

Αυτή είναι σήμερα η ελληνική πραγματικότητα για τη γήρανση και τα προβλήματά της, με κύριο πρόβλημα κατά τη γνώμη μου την άνοια, νόσο ρυθμιστι-

κή όλης της ζωής του γηριατρικού ασθενή και του περιβάλλοντός του.

Η προσπέλαση βέβαια δεν είναι διαγνωστικά εύκολη, γιατί πάρα πολλοί παράγοντες αλλοιώνουν την εικόνα, όπως το καταθλιπτικό στοιχείο που συνυπάρχει, η φτώχεια, η απομόνωση και η καταπίεση των ασθενών από τους συγγενείς αφού δεν τα καταφέρνουν πια. Έτσι δεν τους εμπιστεύονται, τους θεωρούν ανίκανους και πολλές φορές το λένε και παρουσία του ασθενή.

Φυσικά όταν πρόκειται για νέους άντρες ή γυναίκες η επίσκεψη προσπαθεί να κρατηθεί μυστική όταν έχουν έρθει μόνοι τους στο ιατρείο.

Για μας στον νοσοκομειακό χώρο αλλά και για σας η διάγνωση και η διαφορική διάγνωση, η πορεία, η εξέλιξη της νόσου, ο προγραμματισμός και ο εργαστηριακός έλεγχος γίνονται όλο και πιο δύσκολα παρόλο που πρόκειται πάντα για γιατρούς της πρώτης γραμμής. Σ' αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες και αναφέρω, πλην της νόσου, το περιβάλλον του ασθενή, το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων, την αποβολή του ερωτήματος «γιατρέ δεν υπάρχει φάρμακο για το μυαλό μου», αλλά και τη δυσκινησία των ασθενών της τρίτης ηλικίας ως και την ανάγκη συνοδείας του ασθενή στη διάρκεια όλου του ελέγχου.

Η γεροντική άνοια

1. Κατά τη διάρκεια της εκφυλιστικής άνοιας υπάρχει σαφής ατροφία. Το πρώτο αντικειμενικό εύρημα είναι η ελάτπωση του μέσου βάρους του εγκεφάλου σε σχέση με αυτό του υγιούς ατόμου της ίδιας ηλικίας. Η διαφορά από την προγεροντική κατάσταση και η εντόπισή της είναι κυρίως κροταφική και μετωπιαία.
2. Με την ατροφία η σχέση **φαιάς-λευκής ουσίας δεν μεταβάλλεται**. Υπάρχει μια αραίωση των κυτταρικών σωμάτων των νευρώνων του φλοιού, κυρίως στην κάτω βρεγματική έλικα και με την βαθμιαία επιδείνωση, επεκτείνεται στις συνδεσμικές περιοχές (βρεγματικές, κροταφικές, προαγωγού).
3. **Υποφλοιώδεις βλάβες:** Εκτός του φλοιού στη γεροντική άνοια υπάρχουν και υποφλοιώδεις βλάβες όπου υπερέχει μια πολύ σαφής ελάτπωση

του αριθμού των νευρώνων μέχρι και 50% στον βασικό πυρήνα *meynert* όπου ξεκινά η χολινεργική οδός.

4. **Τα νευρωτροπικά κύτταρα:** Εμφανίζουν σαφή υπερπλασία και ο αριθμός τους είναι τετραπλάσιος των αντίστοιχων φυσιολογικών της ίδιας ηλικίας.
5. **Νευροϊνιδικοί σχηματισμοί:** Κατά την άνοια παρατηρούνται στο αμόνιο κέρας, τον αμυγδαλοειδή πυρήνα, στον μετωπιαίο και ινιακό φλοιό.
6. **Οι γεροντικές πλάκες:** Είναι πολυάριθμες και φλοιώδεις και συναντώνται κυρίως στον ιππόκαμπο, στις συνδεσμικές περιοχές και λιγότερο στα βασικά γάγγλια και στο στέλεχος.

Μια άλλη μορφή ταξινόμησης είναι αυτή του Frederiks που αφορά:

- ▶ Την ανατομική ταξινόμηση
- ▶ Την αιτιολογική ταξινόμηση
- ▶ Την ανατομοκλινική διαίρεση, που βασίζεται στη διαφορετική τοπογραφική εντόπιση των βλαβών και τη συσχέτισή τους με τις κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ ΚΑΤΑ FREDERIKS

1. ΑΝΑΤΟΜΟΚΛΙΝΙΚΗ

A. Φλοιώδης

- | | |
|-------------------|----------------------------------|
| • Νόσος Alzheimer | Διαταραχές μνήμης |
| • Νόσος Pick | Αφασο-άπρακτο-αγνώστικο σύνδρομο |

B. Υποφλοιώδης

- | | | |
|--|---------------|-----------|
| • Νόσος Huntigton | Βραδυψυχισμός | |
| • Νόσος Wilson | Αμνησία | |
| • Νόσος Parkinson | | Απάθεια |
| • Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση (Steele-Richarson-Desewski) | | Κατάθλιψη |
| • Θαλαμικές βλάβες (όγκος έμφρακτος) | | |
| • Νωτιοπαρεγκεφαλικές εκφυλίσεις | | |

- Τοξικές και μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες
- Υδροκέφαλος

Γ. Μικτές μορφές

- Πολυεμφραγματική άνοια
- Άνοια μετά από λοίμωξη
- Τραύμα, ανορεξία, κ.λπ.

2. ΑΠΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

A. Άνοια νόσος

- Νόσος Alzheimer
- Νόσος Pick
- Νόσος Wilson
- Νόσος Creutzfeldt-Jacob (σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια)

B. Νευρολογικά νοσήματα συνδεδεμένα με άνοια

- Πολυεμφραγματική άνοια
- Υδροκέφαλος
- Υποσκληρίδιο αιμάτωμα
- Νευροσύφυλις
- Όγκος (μετωπιαίος λοβός-θάλαμος)
- Μετά από λοίμωξη-τραύμα-ανορεξία κ.λπ.

Γ. Μη νευρολογικά νοσήματα συνδεδεμένα με άνοια

α) Μεταβολικές διαταραχές

(ανορεξία, ενδοκρινικά νοσήματα, ηπατική, νεφρική ανεπάρκεια, αφυδάτωση, αβιταμίνωση, διαταραχές ηλεκτρολυτών κ.λπ.)

β) Τοξικά αίτια

(φάρμακα, οινόπνευμα, αλουμίνιο, μόλυβδος κ.λπ.).

ΠΙΝΑΚΑΣ II

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΑΦΟΡΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΨΕΥΔΟΑΝΟΙΑΣ**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

	<i>Ψευδοάνοια</i>	<i>Άνοια</i>
1. Η διαταραχή και η βαρύτητα είναι συνήθως από την οικογένεια:	Γνωστή	Άγνωστη
2. Ο προσδιορισμός της ημερομηνίας εμφάνισης της διαταραχής μπορεί να γίνει με:	Κάποια ακρίβεια	Αοριστία

3. Η διάρκεια των προϋπαρχόντων συμπτωμάτων είναι:	Μικρή	Μεγάλη
4. Η εξέλιξη των συμπτωμάτων με την εμφάνιση τους είναι:	Ταχεία	Βραδεία
5. Η ύπαρξη ιστορικού προηγούμενης διαταραχής (ψυχιατρικής) είναι:	Συνήθης	Ασυνήθης

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1. Η ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής:	Επαρκής	Ανεπαρκής
2. Οι απαντήσεις σε διάφορες ερωτήσεις είναι:	Τυπικές «Δεν γνωρίζω»	Άστοχες
3. Στα τεστ προσανατολισμού συνήθως απαντούν:	«Δεν γνωρίζω»	Συγχέουν το σύνθητες με το ασύνθητες
4. Απώλεια πρόσφατης και απώτερης μνήμης	Σοβαρή και για τις δύο μορφές	Πιο έντονη η απώλεια πρόσφατης μνήμης
5. Κενά μνήμης για ειδικά γεγονότα ή ειδικά διαστήματα:	Συνήθη	Ασυνήθη
6. Η ικανότητα για εκτέλεση έργων της ίδιας δυσκολίας	Μεταβάλλεται έντονα	Είναι περιορισμένη

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑ ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Τα παράπονα των ασθενών για την απώλεια της γνωστικής λειτουργίας:	Συνηθισμένα και λεπτομερή	Ελάχιστα και αόριστα
2. Η παρουσία ανικανότητας (αδυναμίας)	Τονίζεται	Αποκρύπτεται
3. Η προσπάθεια που καταβάλλεται για την εκτέλεση κάποιου έργου	Ελάχιστη και για ασήμαντα ακόμη έργα	Ικανοποιητική, χαίρονται και για ασήμαντα ακόμη έργα
4. Σε σχέση από το περιβάλλον τους συχνά υπάρχει έντονη:	Δυσφορία	Αδιαφορία
5. Η συναισθηματική κατάσταση μπορεί συχνά:	Να μεταβάλλεται	Να είναι αμετάβλητη

6. Η συμπεριφορά τους και η βαρύτητα της γνωσιακής τους δυσλειτουργίας συνήθως είναι:	Ανεξάρτητες	Συμβαδίζουν
7. Η κοινωνική τους δραστηριότητα είναι:	Ανύπαρκτη	Περιορισμένη
8. Η επιταγή της διαταραχής της νύχτας είναι:	Σπάνια	Συνήθης

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΣΕ ΜΕΓΑΛΗ

1. Αφρημένη σκέψη	Η σκέψη σε αφαιρετικό επίπεδο γίνεται περίπου αδύνατη, ασχολείται μόνο με την καθημερινότητα
2. Η κρίση	Προσβάλλεται και κρίνει συνεχώς με τρόπο λανθασμένο (δεν μπορεί να πάρει αποφάσεις)
3. Η γλώσσα	Ο γλωσσικός πλούτος περιορίζεται (δυσκολεύεται να ονομάσει τα αντικείμενα)
4. Η συμπεριφορά	Γίνεται ανάρμοστη
5. Η αίσθηση του κινδύνου	Μειώνεται δραματικά – περνά δρόμους χωρίς να κοιτάξει – δεν υπολογίζει κοινωνικούς κανόνες
6. Προσανατολισμός	Χάνεται δραματικά (δεν θυμάται τη διεύθυνση του σπιτιού του κ.λπ.)
7. Η ομιλία	Χάνεται οριστικά στο τελικό στάδιο
8. Αλλοιώσεις συναισθηματικής σφαίρας: (προσωπικότητα)	Καχυποψία, επιθετικότητα – λεκτική και φυσική– ευερεθιστότητα μη ελεγχόμενη, άσκοπη περιπλάνηση, αυταπάτες, περιπλανήσεις

Έτσι λοιπόν η προοδευτική απώλεια των νοητικών λειτουργιών μοιάζει με το ξεφλούδισμα ενός κρεμμυδιού.

Μεγάλα στρώματα νοητικών λειτουργιών εκπίπτουν και χάνονται και οι απώλειες αρχίζουν από τις ικανότητες που αποκτήθηκαν τελευταίες, για παράδειγμα **την αφαιρετική σκέψη** και καταλήγει στις ικανότητες που αποκτήθηκαν στα πρώιμα στάδια της ζωής, δηλαδή στη **νηπιακή και παιδική ηλικία**.

Παρήγορο είναι ότι όλες οι άνοιες δεν εξελίσσονται με την ίδια ταχύτητα. Συχνά μας ρωτούν με αγωνία οι συγγενείς πότε και πόσο γρήγορα θα εξελιχθεί η νόσος και φυσικά είναι αδύνατο να δοθεί απάντηση.

Αυτά για την εμφάνιση, τη διάγνωση, την πορεία, αλλά και την κλινική πρόβλεψη.

Νόσος Alzheimer

Στην αρχή του αιώνα μας, η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer. Η νόσος αυτή θεωρήθηκε ότι περιγράφει δύο διαφορετικές έννοιες, την προγεροντική και γεροντική άνοια, νόσους με συναφή συμπτωματολογία, αν και πολλοί ισχυρίζονται ότι είναι μία και μόνη νόσος.

Το πιο γνωστό όνομά της είναι **Dementia of the Alzheimer Type (DAT)**. Από αυτήν υποφέρει το 50-70% των ασθενών με άνοια. Περιγράψαμε πιο πάνω τη φλοιώδη και υποφλοιώδη προσβολή και τη σειρά της προοδευτικής έκπτωσης των λειτουργιών του εγκεφάλου.

Αν και ακόμα δεν γνωρίζουμε τα αίτια, εντούτοις πέντε διαφορετικοί παράγοντες έχουν επισημανθεί από τις έρευνες. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

1. Ένα μικρόβιο

Ακριβώς όπως και σε άλλο τύπο γεροντικής άνοιας, τη νόσο Creutzfeldt-Jacob όπου ένα μικρόβιο ή ιός ενεργεί υπόγεια, για δεκαετίες ίσως μέχρι να ολοκληρώσει το καταστροφικό του έργο, το ίδιο μπορεί να συμβεί και στη νόσο του Alzheimer.

2. Κάποια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι φυσιολογικά αντισώματα στρέφονται εναντίον του οργανισμού και δημιουργούν ρήγμα από όπου εισέρχεται μικρόβιο ή τοξική ουσία στον οργανισμό και που εύκολα μπορεί να προσβάλει τον εγκέφαλο και να σημάνει την έναρξη της νόσου.

3. Το αλουμίνιο

Η τοξική ουσία του αλουμινίου έχει κατηγορηθεί ότι προκαλεί τη νόσο. Κι αυτό, διότι έχει ανευρεθεί μεγάλη συγκέντρωση αλουμινίου στους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer. Ομοίως σε περιοχές όπου το νερό περιέχει μεγαλύτε-

ρες από τις κανονικές τιμές αλουμινίου, οι κάτοικοι εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα τη νόσο, αν και ακόμα το θέμα είναι υπό διερεύνηση.

4. Γενετική ανωμαλία

Το 1987 ερευνητές απομόνωσαν ένα μικρό δείγμα ηλικιωμένων στους οποίους υπήρχε προΐστορία της νόσου. Το γενετικό σίγμα εντοπίστηκε στο χρωμόσωμα 21, όπου παρουσιάζεται και η γενετική ανωμαλία του συνδρόμου DOWN. Τα άτομα με σύνδρομο DOWN αναπτύσσουν –αν ζήσουν άνω των 40 ετών– καθολικά τη νόσο Alzheimer, δηλαδή είναι γενετικά καθορισμένα άτομα να αναπτύξουν την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου.

Άλλοι ερευνητές υποθέτουν ότι ευθύνονται τα φυσιολογικά αποθέματα μιας πρωτεΐνης, του **β-αμυλοειδούς**, η οποία αναπτύσσεται στον εγκέφαλο. Αυτή η πρωτεΐνη είναι ένα από τα βασικά συστατικά που περιέχεται τόσο στις γεροντικές πλάκες όσο και στους νευρωνικούς σχηματισμούς. Το β-αμυλοειδές μπορεί να ελευθερωθεί από τους νευρώνες, από το γλοιοκύτταρο ή από αιματολογικά κύτταρα ως προϊόν του φυσιολογικού μεταβολισμού (Haas et al., 1992) και να εναποτεθεί στο νευρικό σύστημα με τη μορφή πλακών.

Στη συνέχεια, αυτές οι πλάκες ευνοούν τη βαθμιαία εκφύλιση των γειονικών νευρώνων. Η πρωτεΐνη β-αμυλοειδής θα μπορούσε κατά τη γνώμη ορισμένων συγγραφέων (Yanknez et al., 1992) να ασκήσει άμεση τοξικότητα στους νευρώνες ή να έχει άμεση τοξική δράση, εμποδίζοντας τη φυσιολογική λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών μηχανισμών ή αλλοιώνοντας τα αμυντικά συστήματα και κάνοντας τελικά τον μετασυναπτικό νευρώνα εξαιρετικά ευαίσθητο στην τοξική δράση ενδογενών ουσιών, τα δε κέντρα που προσβάλλονται είναι της μνήμης και μάθησης.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER

1. Η κλινική διάγνωση πιθανότητας βασίζεται στα ακόλουθα κριτήρια:

– Άνοια που διαγιγνώσκεται βάσει κλινικών κριτηρίων και τεκμηριώνεται

από το Mini-Mental Stage, Blessed Dementia Stage ή ανάλογα τεστ, και επιβεβαιώνεται από νευροψυχολογικά τεστ.

- Έλλειμμα δύο ή περισσότερων γνωσιακών λειτουργιών.
- Προοδευτική επιδείνωση της μνήμης και των άλλων γνωσιακών λειτουργιών.
- Απουσία μεταβολών της συνείδησης.
- Έναρξη μεταξύ 40 και 90 ετών, συχνότερα μετά το 65ο έτος.
- Απουσία συστηματικών νόσων ή άλλων εγκεφαλικών νόσων που μπορεί να προκαλέσουν έλλειμμα της μνήμης και των γνωσιακών λειτουργιών.

2. Η διάγνωση πιθανότητας πρέπει να υποστηρίζεται από:

- Προοδευτική επιδείνωση ειδικών γνωσιακών λειτουργιών όπως η ομιλία (αφασία), η κινητική δραστηριότητα (απραξία) και η αντίληψη (αγνώσια).
- Μεταβολή της καθημερινής ζωής και της συμπεριφοράς.
- Οικογενειακή προδιάθεση για παρόμοιες νόσους, ιδίως αν επιβεβαιώνεται παθολογοανατομικά.
- Εργαστηριακά δεδομένα.
- Αρνητική εξέταση ΕΝΥ με τις τυποποιημένες τεχνικές.
- Απουσία ΗΕΓ αλλοιώσεων ή παρουσία μικρών ανωμαλιών, όπως για παράδειγμα δραστηριότητα βραδέως κύματος.
- Εικόνα ΤΑC ατροφίας του φλοιού, με τεκμηρίωση της εξέλιξης με εξετάσεις επαναλαμβανόμενες στον χρόνο.

3. Άλλα κλινικά χαρακτηριστικά (αν αποκλειστούν άλλα αίτια άνοιας)

- Περίοδοι στασιμότητας των συμπτωμάτων της νόσου.
- Συμπαραμαρτούντα συμπτώματα: κατάθλιψη, αϋπνία, ακράτεια, ψευδαισθήσεις, καταστροφικές συγκινησιακές και κινητικές αντιδράσεις, σεξουαλικές διαταραχές, απώλεια βάρους, εμφάνιση στις προχωρημένες φάσεις της νόσου νευρολογικών συμπτωμάτων όπως υπερτονία, μυοκλονία, διαταραχές της βάδισης.

- Επιληπτικές κρίσεις στις προχωρημένες φάσεις της νόσου.
- Φυσιολογικό TAC ανάλογα με την ηλικία.

Ανατομοκλινική ταξινόμηση και διαίρεση των ανοιών κατά Frederiks βασισμένη στη διαφορετική τοπογραφική εντόπιση των βλαβών και τη συσχέτισή τους με τις κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζουν.

Διακρίνονται σε φλοιώδεις, υποφλοιώδεις και μικτές.

Οι φλοιώδεις άνοιες χαρακτηρίζονται από διαταραχές μνήμης, αφασοπρακτικό σύνδρομο, με κύριο εκπρόσωπο τη νόσο Alzheimer.

Στις υποφλοιώδεις υπάρχει βραδυψυχισμός, απάθεια, διαταραχή μνήμης και κινητικές διαταραχές, ενώ δεν υπάρχει αφασοπρακτικοαγνωστικό σύνδρομο, με κύριο εκπρόσωπο τη νόσο Parkinson και του Huntington.

Η διάκριση όμως αυτή των ανοιών αμφισβητείται από πολλούς που υποστηρίζουν ότι συνυπάρχουν ταυτόχρονα υποφλοιώδεις και φλοιώδεις ανατομικές βλάβες. Για παράδειγμα στη νόσο Alzheimer, που είναι πρότυπο φλοιώδους άνοιας, συνυπάρχουν και υποφλοιώδεις άνοιες όπως στον πυρήνα Meynert.

Η αγγειακή άνοια

Η αγγειακή εγκεφαλοπάθεια ή αγγειακή εγκεφαλική πάθηση είναι μετά τη νόσο Alzheimer η συχνότερη αιτία γεροντικής άνοιας. Υπάρχουν διάφοροι τύποι αγγειακών ανοιών που οφείλονται σε διαφορετικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς.

A) Η συνηθέστερη μορφή είναι η **άνοια των πολλαπλών εμφράκτων MID – MULTI – INFARCT – DEMENTIA**, μια εικόνα ολικού γνωσιακού ελλείμματος παρουσία πολλαπλών ισχαιμικών εγκεφαλικών βλαβών. Καμία απ' αυτές δεν θα μπορούσε από μόνη της να προκαλέσει άνοια, αλλά ο συνολικός όγκος τους είναι τέτοιος ώστε να την προκαλέσει.

Η συχνότερη παθολογοανατομική εικόνα της είναι τα πολλαπλά μικρά βαθιά έμφρακτα, μερικές φορές εκτεταμένα που προκαλούνται από υπερφορ-

τική αρτηριοσκλήρυνση και συνοδεύονται συχνά με εκτεταμένες περιοχές εκφύλισης της λευκής ουσίας.

Β) Λιγότερο συχνές αιτίες είναι η μειωμένη αιμάτωση του εγκεφάλου, δευτεροπαθής οφειλόμενη σε απόφραξη των εξωκρανιακών αγγείων από αθηροσκληρωτική βάση.

Γ) Τα πολλαπλά έμφρακτα από αρτηρίτιδα και

Δ) Η λεγόμενη υποφλοιική αρτηριοσκληρωτική λευκοεγκεφαλοπάθεια (η νόσος του Biswanger).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η διάγνωση είναι «πιθανή» όταν πληρούνται τα εξής κριτήρια:

1. Άνοια
2. Ενδείξεις από το ιστορικό, νευρολογικά και ακτινολογικά σημεία εγκεφαλοαγγειακών επεισοδίων με σαφή χρονική σχέση με την έναρξη της άνοιας
3. Ακτινολογικά σημεία ενός τουλάχιστον έμφρακτου έξω από την παρεγκεφαλίδα

Και υποστηρίζεται

- Από σημεία πολλαπλών εμφράκτων στις περιοχές του εγκεφάλου που συμμετέχουν στις γνωσιακές λειτουργίες
- Πολλαπλά παροδικά ισχαιμικά επεισόδια
- Παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, καρδιοπάθειες, διαβήτης)
- Μεγάλη βαθμολογία στην Hachinski Ischemic Scale (HIS)
- Ακράτεια ούρων, πρώιμη διαταραχή της βάδισης

Η ισχαιμική αγγειακή άνοια είναι πολύ πιθανή όταν υπάρχει:

1. Άνοια

2. Μεμονωμένα αγγειοεγκεφαλικά επεισόδια χωρίς χρονική σχέση με την άνοια (όχι πολλαπλά)
3. Σύνδρομο Biswanger χωρίς πολλαπλά αγγειακά επεισόδια που περιλαμβάνει:
 - α) Πρώιμη ακράτεια ούρων που δεν δικαιολογείται από ουρολογικές παθήσεις ή διαταραχές της βάδισης από μη περιφερική αιτία
 - β) Αγγειακούς παράγοντες κινδύνου
 - γ) Εκτεταμένες νευροακτινολογικές αλλοιώσεις της λευκής ουσίας.

Η ισχαιμική αγγειακή άνοια είναι σαφής όταν:

- A) Υπάρχει κλινική ένδειξη άνοιας
- B) Κατά την ιστοπαθολογική εξέταση του εγκεφάλου γίνεται επιβεβαίωση ιστοπαθολογική πολλαπλών εμφράκτων, μερικών δε έξω από την παρεγκεφαλίδα.

Οι μικτές άνοιες

Όπου συναντάμε την άνοια αγγειακής αιτιολογίας και την πρωτοπαθή εκφυλιστική άνοια στον ίδιο ασθενή, τότε μιλάμε για μικτή άνοια με ύπουλη κλινική πορεία.

Δηλαδή όταν έχουμε

1. Κλινική ένδειξη άνοιας
2. Επιβεβαίωση πολλών εμφράκτων, μερικών έξω από την παρεγκεφαλίδα

Αλλά μπορεί να έχουμε

Άνοια εκφυλιστική και υποθυρεοειδισμό ή όλους τους πιο πάνω συνδυασμούς.

Βάσει της έκτασης των βλαβών στις αγγειακές άνοιες μιλάμε:

- A) Για καταστροφική άνοια με μεγάλα έμφρακτα όπου η επιδείνωση αρχίζει κατά την ανάρρωση από εγκεφαλικά επεισόδια και όπου η οργάνωση της σκέψης και του αφηρημένου λόγου προσβάλλεται περισσότερο από τη μνήμη.

Β) Για καταστρεπτική άνοια από μικρά έμφρακτα. Η πορεία της κλινικής εικόνας είναι ακανόνιστα προοδευτική με επιδείνωση της συμπτωματολογίας με έντονη συγκινησιακή αστάθεια, ακράτεια των σφιγκτήρων και ψυχοκινητική σύγχυση, ανάλογα με την εντόπιση εμφράκτων και τον αριθμό των βλαβών.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Χαρακτηριστική είναι η υποβάθμιση των γνωσιακών ικανοτήτων κατά βαθμίδες. Η έναρξη είναι τυπικά αιφνίδια και η πορεία στη συνέχεια κυμαινόμενη. Οι βλάβες εκδηλώνονται «εν είδη σκακιάρας», ανάλογα με τις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν προσβληθεί.

Υπάρχουν νευρολογικά σημεία: 1) αδυναμία των άκρων, 2) ασυμμετρία των αντανακλαστικών, 3) απάντηση σε έκταση του πελματιαίου αντανακλαστικού, 4) δυσαρθρία και 5) βάδισμα με μικρά βήματα.

Η άνοια περιλαμβάνει τυπικά διαταραχές της μνήμης, της αφηρημένης σκέψης, της κρίσης, και μεταβολές της προσωπικότητας.

Βάσει της έκτασης των βλαβών, μιλάμε για καταστροφική άνοια με μεγάλα έμφρακτα ή καταστρεπτική άνοια με μικρά έμφρακτα. Στην πρώτη, η επιδείνωση αρχίζει μετά την ανάρρωση από εγκεφαλικό επεισόδιο και προσβάλλεται περισσότερο από τη μνήμη η οργάνωση της σκέψης και του αφηρημένου λόγου. Ενώ στη δεύτερη, η πορεία της κλινικής εικόνας είναι ακανόνιστα προοδευτική με επιδείνωση της συμπτωματολογίας, με έντονη συγκινησιακή αστάθεια, ακράτεια των σφιγκτήρων και ψυχοκινητική σύγχυση ανάλογη με την εντόπιση των εμφράκτων και τον αριθμό των βλαβών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία με μια πρόσφατη σειρά φαρμάκων μάς δίνει δυνατότητες παρέμβασης και σταθεροποίησης της νόσου. Μελετήσαμε για ένα εξάμηνο ως

Γηριατρικό Κέντρο, τη θεραπευτική δράση της ριβασιγμίνης (exelor), μαζί με την Έδρα της Γηριατρικής και του Ινστιτούτου Ερευνών για το Γήρας του Πανεπιστημίου της Ρώμης «La Sapienza». Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά ως και πολύ θετικά. Θεραπεύουμε πάντα εναρμονίζοντας την αγωγή με τη συνοδό πολυπαθολογία του ασθενή υπό το γηριατρικό πρίσμα.

Ο σκοπός της θεραπείας είναι η σταθεροποίηση της εξέλιξης της νόσου, η παράλληλη θεραπεία της πολυσυμπτωματικής πολυπαθολογίας του ασθενή, η ψυχική του υγεία, η διατήρησή του μέσα στο κοινωνικό σύνολο και η ενεργοποίηση του περιβάλλοντός του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η Ελλάδα σε λίγο θα είναι η γηραιότερη χώρα της Ευρώπης. Η μεγάλη κοινωνική ομάδα των ηλικιωμένων, απορροφά τα μεγαλύτερα κονδύλια για την υγεία. Η σωστή θεραπεία περνά μέσα από την επείγουσα ανάγκη εκπαίδευσης του ιατρικού κόσμου στη Γηριατρική.

Η ενημέρωση, η πρόληψη, η θεραπεία, η σφαιρική αντιμετώπιση του γηριατρικού ασθενή ως προς την πολυπαθολογία του, την πολυσυμπτωματολογία του, τον φόβο για το γήρας και τον θάνατο και η πνευματική και ψυχική του υγεία όχι μόνο θα μας δώσουν μια υγιή μεγάλη κοινωνική ομάδα, αλλά μόνο τότε θα έχουμε επιτελέσει το καθήκον μας ως γιατροί, ως κοινωνία, και ως ασφαλιστικό σύστημα σε μια ομάδα που αξίζει τη στοργή και την αγάπη μας.