

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ"

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1)
- 2)
- 3)

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΑΡΜΕΝΙΑΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1300

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Εισήγηση-Ορισμός σκλήρυνσης κατά πλάκας 1

Ανατομία-Φυσιολογία του νευρικού συστήματος 2

Απομυελινωτικές νόσοι 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Παθολογική ανατομική 10

Αιτιολογία-Παθογένεια 13

Συχνότητα και επιδημιολογία 17

Μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Κλινική εικόνα 21

Εργαστηριακές εξετάσεις 29

Διάγνωση 32

Πορεία και πρόγνωση 34

Θεραπεία 36

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή 39

Γενικά προβλήματα του ασθενή 43

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας 44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κλινική περίπτωση 53

Νοσηλευτική διεργασία 55

Επίλογος 57

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 59

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αναφέρεται σε μία νευρολογική πάθηση - τη σκλήρυνση κατά πλάκας (Σ.Κ.Π.) - η οποία προσβάλλει άτομα νεαρής, μάλλον, ηλικίας και εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα, έχοντας ως αποτέλεσμα τη διαταραχή σημαντικών λειτουργιών του οργανισμού.

Η, μάλλον, άγνωστη αιτιολογία της, έχει ως απόρροια την ελλείψη οποιασδήποτε θεραπείας, ικανής να δράσει αποτελεσματικά έναντι της νόσου. Αποτέλεσμα αυτού είναι η περιοδική και μακροχρόνια προσβολή των ασθενών από τα συμπτώματά της.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει μία, όσο το δυνατόν, πιο ολοκληρωμένη και κατανοητή εικόνα της νόσου από την πιθανή αιτιολογία της, την πορεία της και τα κλινικά συμπτώματα, που εκδηλώνονται κατά αυτήν, έως τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά μέσα, που εφαρμόζονται σήμερα.

Παράλληλα, επισημαίνεται η βαρύτητα της νοσηλευτικής περίθαλψης ενός ασθενή, ο οποίος έχει προσβληθεί από τη νόσο. Εξαιτίας, του ότι κάποια θεραπεία, που να προσφέρει πλήρη και ριζική αποκατάσταση, δεν έχει βρεθεί ακόμη, η νοσηλεία ενός τέτοιου ασθενή είναι επανειλημμένη και μακροχρόνια. Για το λόγο αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει ένα σημαντικό ρόλο, τόσο στη φυσική αποκατάσταση, όσο και στην ψυχολογική υποστήριξη, η οποία είναι ιδιαίτερης σημασίας για έναν ασθενή με μακροχρόνια εξέλιξη των συμπτωμάτων του και συσσώρευση, τόσο οργανικών προβλημάτων, όσο και άγχους, ανασφάλειας και απαισιοδοξίας για την εξέλιξη της κατάστασής του.

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

ΕΙΣΗΓΗΣΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (Σ.Κ.Π.) είναι απομυελινωτική νόσος με βασικό γνώρισμα απομυελίνωση των νευρικών ινών του Κ. Ν.Σ. Η εκφύλιση της μυελίνης των νευρικών ινών, πού αντικαθίσταται από πλάκες, διαταρράσει την αγωγή των ώσεων μέσα από τους άξονες, με αποτέλεσμα την απώλεια της λειτουργίας στο ανάλογο μέρος του σώματος.

Η Σ.Κ.Π. είναι η συχνότερη από τις απομυελινωτικές διαταραχές και αποτελεί νευρολογικό νόσημα με χρόνια εξέλιξη. Οι πρώτες παθολογοανατομικές περιγραφές και απεικονίσεις της Σ.Κ.Π. έγιναν στις αρχές του 19ου αιώνα, σχεδόν ταυτόχρονα, αλλά επί διαφορετικού υλικού, από τον CRUVELHIER και CARSWELL. Ο CHARCOT πραγματοποίησε τις πρώτες κλινικοπαθολογοανατομικές συσχετίσεις και με τις έρευνές του καθιέρωσε τη νόσο ως ιδιαίτερη νευρολογική πάθηση, το 1868. Το 1916 δημοσιεύθηκε, από τον DAWSON, η ιστολογική περιγραφή της πλάκας.

Πλήθος ερευνών αποβλέπουν στο να καθορίσουν τα αίτια της νόσου, τα οποία όμως, ως σήμερα, παραμένουν άγνωστα. Υπάρχουν θεωρίες κληρονομικής προδιάθεσης, λοιμώξεως από βραδύ ιό, αυτοανοσοβιολογικής αιτιολογίας, κλιματολογικές συνθήκες, κ.λ.π. Κλινικά χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, που φανερώνουν πολλαπλές βλάβες στη στη. λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η νόσος πρωτοεκδηλώνεται στην πρώτη ώριμη ηλικία (μεταξύ 20 - 40 ετών), με χαρακτηριστική πορεία εξάρσεων και υφέσεων στις περισσότερες περιπτώσεις. Είναι λίγο συχνότερη στις γυναίκες και είναι νόσος των εύκρατων κλιμάτων

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα ρυθμίζει τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και σε συνεργασία με τα άλλα συστήματα, τις συντονίζει ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα.

Ο κύριος ιστός από τον οποίο αποτελούνται τα όργανα του νευρικού συστήματος είναι ο νευρικός ιστός. Ο νευρικός ιστός αποτελείται από τους νευρώνες και τα νευρογλοία.

Νευρογλοία είναι κύτταρα συνδετικού ιστού που βρίσκονται μόνο στο νευρικό σύστημα και υποστηρίζουν τους νευρώνες, τους φέρνουν σε επαφή με τα αιμοφόρα αγγεία και συμβάλλουν στην απομόνωση των νευρικών ώσεων. Η μικρογλοία (ένα είδος νευρογλοίας) κάνει τη φαγοκυττάρωση στον εγκεφαλικό ιστό όταν φλεγμαίνει ή εκφυλίζεται.

Νευρώνες είναι νευρικά κύτταρα που διακρίνονται σε: (α) αισθητικούς (κεντρομόλους) νευρώνες, που μεταφέρουν ερεθίσματα στο νωτιαίο μυελό ή στον εγκέφαλο, (β) κινητικούς (φυγόκεντρους) νευρώνες, που μεταφέρουν ώσεις από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό προς τους αδένες και τους μύς.

Η κύρια δομική διαφορά των νευρώνων από τα άλλα κύτταρα είναι οι μακριές και λεπτές προβολές του πρωτοπλάσματός τους (δενδρίτες και άξονες ή νευρικές ίνες).

Δενδρίτες είναι οι ίνες που φέρνουν ώσεις προς το σώμα του νευρώνα.

Άξονες είναι οι ίνες που άγουν ώσεις μακριά από τα σώματα των νευρώνων. Κάθε νευρώνας έχει ένα μόνο άξονα, αυτός όμως μπορεί να δίνει κλάδους.

Μυέλινο έλυτρο είναι το περίβλημα των νευρικών ινών και φέρει αυλακώσεις.

Νευρείλημα ή έλυτρο του SCHWANN είναι το συνεχές, γύρω από το μυέλινο έλυτρο, περίβλημα, το οποίο είναι απαραίτητο για την αναγέννηση της νευρικής ίνας. Δεν υπάρχει στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Η λειτουργία των νευρικών κυττάρων είναι η αγωγή ώσεων. Το δυναμικό ηρεμίας είναι η διαφορά στο ηλεκτρικό φορτίο, που υπάρχει μεταξύ της εξωτερικής και της εσωτερικής επιφάνειας της κυτταρικής μεμβράνης του νευρώνα, όταν βρίσκεται σε ηρεμία, δηλαδή δεν άγει ώσεις. Το δυναμικό ηρεμίας είναι 70 έως 90mVOLT, με το εξωτερικό της μεμβράνης θετικό ως προς το εσωτερικό.

Το δυναμικό ενεργείας είναι συνώνυμο με τη νευρική ώση. Είναι δηλαδή ένα αυτοδιαδιδόμενο κύμα ηλεκτραρνητικότητας που οδεύει κατά μήκος της επιφάνειας της μεμβράνης του νευρώνα.

Τα όργανα του νευρικού συστήματος είναι ο εγκέφαλος, ο νωτιαίος μυελός, τα νεύρα, τα γάγγλια. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός αποτελούν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα νεύρα και τα γάγγλια το περιφερικό νευρικό σύστημα.

ΟΡΙΣΜΟΙ: Λευκή ουσία είναι δεσμίδες εμμυέλινων νευρικών ινών. Φαϊά ουσία είναι κυρίως αθροίσματα νευρικών κυττάρων.

Νεύρα είναι δέσμες εμμυέλινων νευρικών ινών που βρίσκονται από το Κ.Ν.Σ.

Οδοί είναι δέσμες εμμυέλινων νευρικών ινών που βρίσκονται στο Κ.Ν.Σ.

Γάγγλια είναι μακροσκοπικές δομές που αποτελούνται κυρίως από σώματα νευρικών κυττάρων, που βρίσκονται έξω από το Κ.Ν.Σ.

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται στη σπονδυλική κοιλότητα, από το ινιακό τρήμα ως τον 1ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Ο εσωτερικός πυρήνας του αποτελείται από φαϊά ουσία, που έχει το σχήμα του γράμματος Η. Τα πρόσθια και τα οπίσθια τμήματα κάθε μισού της φαϊάς ουσίας (δηλαδή κάθε βραχίονας του Η) ονομάζονται αντίστοιχα πρόσθιο και οπίσθιο κέρατο. Στα πρόσθια κέρατα είναι εγκατεστημένα τα σώματα των μεγάλων κινήτικων κυττάρων και τα οπίσθια κέρατα συνιστούν τον κύριο αισθητικό πυρήνα. Μεγάλου μήκους στήλες λευκής ουσίας, που αποτελούνται από άπειρες αισθητικές και κινητικές οδούς, περιβάλλουν τον εσωτερικό πυρήνα της φαϊάς ουσίας. Οι αισθητικές οδοί φέρουν τις ώσεις προς τον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο.

κέφαλο. Οι κινητικές οδοί άγουν τις ώσεις από τον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο προς την περιφέρεις.

Αισθητικές νευρικές οδοί: Τα μηνύματα που προέρχονται από το δέρμα, τους μυς και γύρω από τις αρθρώσεις διαβιβάζονται στον νωτιαίο μυελό, μέσω της οπίσθιας ρίζας-η οποία είναι αμιγής αισθητική-και οδεύουν προς τα αισθητικά κέντρα του φλοιού του εγκεφάλου, όπου ερμηνεύονται ως αισθήσεις.

Κινητικές νευρικές οδοί: Αυτές ξεκινούν από τον φλοιό του εγκεφάλου και άγουν ώσεις στα κύτταρα των πρόσθιων κεράτων. Ταξινομούνται σε: 1) Πυραμιδικές οδούς(φλοιονωτιαίες). Οι νευρικές ίνες αυτής της οδού ξεκινούν από τον κινητικό εγκεφαλικό φλοιό. Μερικές από αυτές καταλήγουν στους πυρήνες των κρνιακών νεύρων, άλλες στο εγκεφαλικό στέλεχος και άλλες συνεχίζουν την πορεία τους και συνάπτονται με τα κύτταρα των πρόσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού. Η αγωγή ώσεων με τις πυραμιδικές οδούς προκαλεί τις εκούσιες, λεπτές, διακεκριμένες και συνειδητές κινήσεις. Επομένως, η διακοπή αγωγή από τις πυραμιδικές οδούς έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση. 2) Εξωπυραμιδικές οδούς(ή σύστημα). Πρόκειται για σύνθετα δεμάτια που συνδέουν με κινητικές οδούς τον φλοιό με τα βασικά γάγγλια, το στέλεχος του εγκεφάλου και τον νωτιαίο μυελό. Η κύρια λειτουργία τους είναι η διατήρηση του μυϊκού τόνου και ο έλεγχος των κινήσεων του σώματος, είδικα των μεγάλων, αυτόματων κινήσεων(π.χ. βάδισμα).

Ο εγκέφαλος χωρίζεται σε τρία τμήματα: το εγκεφαλικό στέλεχος, τον κυρίως εγκέφαλο και την παρεγκεφαλίδα. Το στέλεχος του εγκεφάλου χωρίζεται στον διεγκέφαλο, τον μεσεγκέφαλο, την γέφυρα και τον προμήκη.

Ο προμήκης αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία(αισθητικές και κινητικές οδοί). Περιέχει μερικά σπουδαία ανακλαστικά κέντρα: καρδιακό, αγγειοκινητικό, αναπνευστικό, κέντρο κατάποσης, εμέ-

ου, βήχα, κ.λ.π.

Η γέφυρα αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία (αισθητικές και κινητικές οδοί). Ανάμεσα σε αυτές υπάρχει φαιά ουσία, όπου βρίσκονται αντανακλαστικά κέντρα. Αγει ώσεις μεταξύ νωτιαίου μυελού και διαφόρων μερών του εγκεφάλου. Περιέχει αντανακλαστικά κέντρα για τα κρανιακά νεύρα V, VI, VII, VIII.

Ο μεσεγκέφαλος αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία. Όμως, με μερικά σημεία περιέχει και φαιά ουσία. Αγει ώσεις μεταξύ νωτιαίου μυελού και διαφόρων μερών του εγκεφάλου και περιέχει αντανακλαστικά κέντρα για τα κρανιακά νεύρα III και IV (δηλαδή για τα αντανακλαστικά της κόρης του οφθαλμού και των κινήσεων του οφθαλμού).

Διεγκέφαλος: Τα κύρια μέρη του είναι ο θάλαμος και ο υποθάλαμος. Αποτελούνται από μεγάλη μάζα φαιάς ουσίας και περιέχουν κέντρα, ο μεν θάλαμος για την ενσυνείδητη αναγνώριση των ακατέργαστων αισθήσεων πόνου, θερμοκρασίας και αφής και επαναθέτει όλες σχεδόν τις αισθητικές ώσεις στον φλοιό του εγκεφάλου, ο δε υποθάλαμος περιέχει πολλά ανώτερα αυτόνομα αντανακλαστικά κέντρα, σχηματίζει ένα σπουδαίο μέρος της νευρικής οδού διά του οποίου ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες μπορούν να επηρεάσουν τις αυτόνομες ζωτικές λειτουργίες· ακόμη ορισμένοι νευρώνες του υποθαλάμου επηρεάζουν την έκκριση διαφόρων σπουδαίων ορμονών, επίσης ορισμένοι υποθαλαμικοί νευρώνες ρυθμίζουν την όρεξη και τη λήψη τροφής και άλλοι λειτουργούν ως θερμορρυθμιστικά κέντρα.

Ο κυρίως εγκέφαλος αποτελείται από δύο ημισφαίρια. Κάθε εγκεφαλικό ημισφαίριο υποδιαιρείται σε 5 λοβούς: μετωπιαίο, βρεγματικό, ινιακό, κροταφικό και κεντρικό λοβό. Οι εγκεφαλικές οδοί είναι δεσμίδες αξόνων που απότελούν τη λευκή ουσία. Μεταφέρουν ώσεις προς τα ημισφαίρια, από τα ημισφαίρια προς τον νωτιαίο μυελό, από το ένα ημισφαίριο στο άλλο και από τη μία έλικα στην άλ-

η του ίδιου ημισφαιρίου. Οι λειτουργίες του κυρίως εγκέφαλου είναι, γενικά, όλες οι ενσυνείδητες διεργασίες και όλες οι διαμορφωτικές λειτουργίες.

Η παρεγκεφαλίδα βρίσκεται πίσω από την γέφυρα και τον προμήκη. Αποτελείται από το σκώληκα στο κέντρο και από τα δύο ημισφαίρια της παρεγκεφαλίδας. Περιφερικά βρίσκεται φαιά ουσία και εσωτερικά βρίσκεται λευκή ουσία. Η παρεγκεφαλίδα εξασκεί συνεργικό έλεγχο επί των μυών για να προκαλέσουν σταθερές, ομαλές και ακριβείς κινήσεις. Είναι η περιοχή για την ακριβή ρύθμιση του μυϊκού τόνου, για την διατήρηση της ισορροπίας του σώματος και για τη φυσιολογική θέση του σώματος.

Υπάρχουν 12 συζυγίες κρανιακών νεύρων, που εκφύονται από το στέλεχος του εγκεφάλου και είναι: (I) Οσφρητικό, (II) Οπτικό, (III) Κινητικό, (IV) Τροχλιακό, (V) Τρίδυμο, (VI) Απαγωγό, (VII) Προσωπικό, (VIII) Ακουστικό, (IX) Γλωσσοφαρυγγικό, (X) Πνευμονογαστρικό, (XI) Παραπληρωματικό, (XII) Υπογλώσσιο.

Ακόμη, από τον νωτιαίο μυελό εκφύονται 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων: 8 αυχενικά, 12 θωρακικά, 5 οσφυικά, 5 ιερά, 1 κοκκυγικό.

ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ. Τα αντανακλαστικά αποτελούν αντιδράσεις κυρίως κινητικού χαρακτήρα, που δεν ελέγχονται από τη βούληση. Εκλείνεται μετά από ερεθισμό σε έναν περιφερικό υποδοχέα, από τον οποίο τα ερεθίσματα μεταφέρονται προς ένα εκτελεστικό κέντρο του Κ.Ν.Σ. Διακρίνονται: I) Στα εν τω βαθει αντανακλαστικά, τα οποία είναι: 1. του δικεφάλου, 2. το βραχιονοκερκιδικό, 3. του τρικεφάλου, 4. της επιγονατίδος, 5. το αχίλλειον. Αυξηση αντανακλαστικών, συνήθως, παρατηρείται στην πυραμιδική συνδρομή. Μείωση ή κατάργηση των αντανακλαστικών παρατηρείται σε βλάβες των περιφερικών νεύρων, των πρόσθιων κεράτων, των πρόσθιων και οπίσθιων ριζών, σε εκ-

τεταμένες βλάβες των μυών και σε προσβολή των οπίσθιων δεσμών και των νωτιοπαρεγκεφαλιδικών δεματίων.

II) Στα επιπολής αντανακλαστικά, τα οποία είναι: 1. τα κοιλιακά, 2. το πελματιαίο, 3. τα φαρυγγικά, 4. της υπερώας, 5. του κερατοειδούς, 6. BABINSKI. Μείωση ή κατάργηση των επιπολής αντανακλαστικών παρατηρείται σε διακοπή της οδού του αντανακλαστικού τόξου, σε βλάβες στο επίπεδο του νεύρου, των ριζών, των κυττάρων, στα πρόσθια κέρατα ή στους κρανιακούς πυρήνες.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: Είναι η λειτουργία της συνειδητής αντίληψης των εξωτερικών ερεθισμάτων, αλλά και των ερεθισμάτων από εσωτερικά όργανα και ιστούς.

ΑΙΜΑΤΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΦΡΑΓΜΟΣ: Η ανταλλαγή ουσιών μεταξύ αίματος και Ε.Ν.Υ. ή αίματος και εγκεφάλου, εκτός από το νερό, το διοξείδιο του άνθρακα και το οξυγόνο, ελέγχεται αυστηρά (αιματοεγκεφαλικός φραγμός). Ορισμένες ουσίες όπως η γλυκόζη και τα αμινοξέα, διακινούνται με ειδικούς μηχανισμούς, ενώ άλλες (π.χ. πρωτεΐνες) είναι αδύνατον να περάσουν τον φράγμο, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και κατά την χορήγηση των φαρμάκων. Ο ρόλος του αιματοεγκεφαλικού φραγμού είναι: 1) να διατηρεί σταθερό το περιβάλλον των νευρώνων, γεγονός απαραίτητο για την ομαλή λειτουργία τους και 2) να εμποδίζει την είσοδο τοξικών ουσιών από το αίμα.

ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Έχει συγκροτηθεί μία ομάδα από ασθένειες του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, στις οποίες η καταστροφή της μυελίνης (απομυελίνωση) είναι το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα. Ο ακριβής προσδιορισμός αυτών των ασθενειών είναι δύσκολος, για το λόγο, ότι δεν υπάρχει ίσως καμία ασθένεια στην οποία η καταστροφή της μυελίνης να είναι το μόνο παθολογικό εύρημα. Ο όρος "απομυελινωτική νόσος" είναι λίγο-πολύ αυθαίρετος και εξυπηρετεί, βασικά, στο να εστιάσει την προσοχή σε ένα από τα πιο χαρακτηριστικά σημεία της εξέλιξης των νόσων αυτών.

Υπάρχουν κάποια κοινώς αποδεκτά παθολογικά χαρακτηριστικά, σύμφωνα με τα οποία μία ασθένεια ταξινομείται στις απομυελινωτικές νόσους. Αυτά είναι: 1) καταστροφή των μυελίνων ελύτρων των νευρικών ινών, 2) διατήρηση των υπόλοιπων στοιχείων του νευρικού ιστού, 3) φλεγμονώδεις περιαγγειακές διηθήσεις, 4) μία εκλεκτική κατανομή των βλαβών, συχνά γύρω από φλεβίδια και πρωτοπαθής προσβολή της λευκής ουσίας, είτε σε πολλαπλές, μικρές, διάσπαρτες εστίες, είτε σε μεγαλύτερες εστίες, σε ένα ή περισσότερα κέντρα και 5) σχετική ελάττωση όλων των χαρακτηριστικών λιπιδίων της μυελίνης και δευτεροπαθώς, εκφύλιση μακρών αισθητικών και κινητικών ινών.

Υπάρχουν ασθένειες στις οποίες, ενώ παρουσιάζεται καταστροφή της μυελίνης, δεν θα μπορούσαν-σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια-να χαρακτηρησθούν ως απομυελινωτικές. Για παράδειγμα, υπάρχουν ασθένειες στις οποίες εκτός από την απομυελίνωση συνυπάρχει και αξονική εκφύλιση, οπότε οι ασθένειες αυτές θα μπορούσαν να χαρακτηρησθούν ως εκφυλιστικές παθήσεις του νευρικού συστήματος. Σε άλλες πάλι, παρόλο που εμφανίζεται απώλεια μυελίνης, δεν είναι ταξινομημένες στις απομυελινωτικές νόσους, είτε επειδή απουσιάζει η χαρακτηριστική φλεγμονώδη αντίδραση, είτε επειδή μπορεί

να εκδηλώνουν παθολογικά γνωρίσματα τα οποία κρίνονται, ότι είναι χαρακτηριστικότερα της απομυελίνωσης. Επιπλέον, υπάρχουν κλινικές καταστάσεις, που δεν ταξινομούνται πια στις απομυελινωτικές νόσους, επειδή η αιτιολογία τους έχει γίνει γνωστή. Έτσι, μία ασθένεια, που οφείλεται, είτε σε γενετικά σφάλματα του μεταβολισμού της μυελίνης, είτε σε έκθεση σε τοξίνες, όπως το μονοξειδίο του ανθρακα, είτε σε τυχαία ιογενή λοίμωξη των ολιγοδενδροκυττάρων σε βάση ανοσοανεπάρκειας, είτε σε διατροφικά αίτια, όπως π.χ. ένδεια κάποιας βιταμίνης, ταξινομείται σε ανάλογη με την αιτιολογία της κατηγορία.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω κριτήρια, μπορούμε να διακρίνουμε τις εξής απομυελινωτικές νόσους.

- I. Σκλήρυνση κατά πλάκας.
- II. Οπτική νευρομυελίτιδα.
- III. Διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση.
- IV. Οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα.
- V. Οξεία αιμορραγική λευκοεγκεφαλίτιδα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

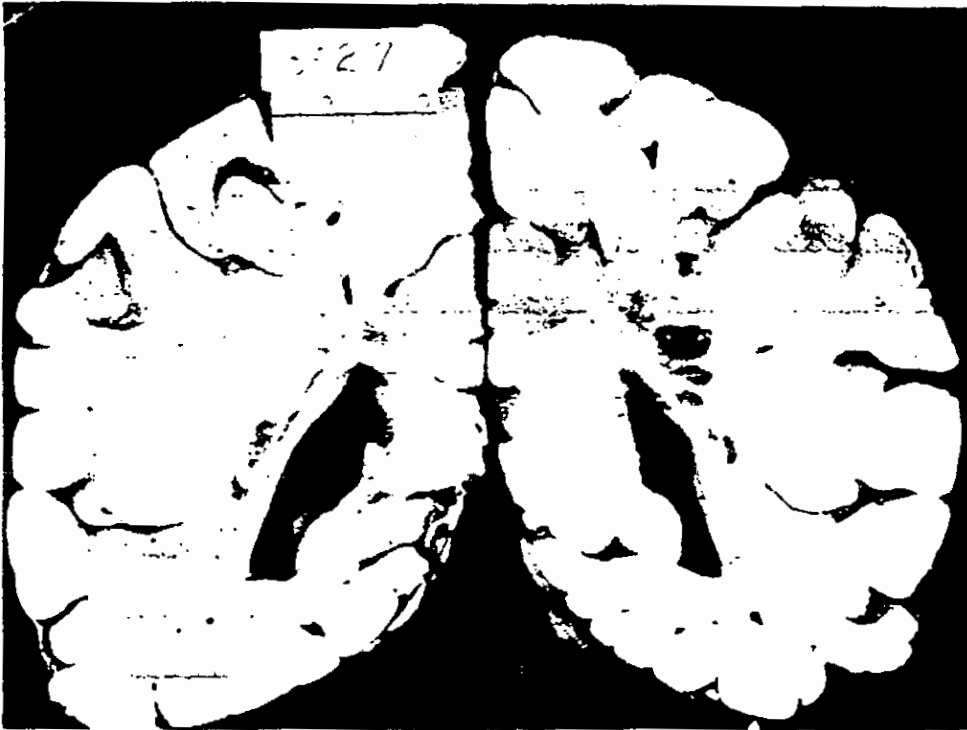
Η πιο πρόιμη ανωμαλία, που μπορεί να επισημανθεί, είναι μία αύξηση στη διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Ακολουθεί οίδημα, που μπορεί να είναι εκτεταμένο. Η διαταραχή στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό βαθμιαία υποχωρεί και συνήθως αποκαθίσταται μέσα σε ένα μήνα. Στη συνέχεια υποχωρεί το οίδημα και ως κατάλοιπο μένει μια μικρή ουλή. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επαναληφθεί σε δακτυλιοειδή μορφή, στην περιφέρεια μεγαλύτερων βλαβών, που έτσι αυξάνουν φυγόκεντρα.

Μικροσκοπική μελέτη των περιοχών βλάβης έδειξε, ότι σε πρόσφατες βλάβες υπάρχει οίδημα και φαγοκυτταρική διήθηση, ενώ σε ευμεγέθεις παλαιές βλάβες υπάρχει κυτταροβρίθεια (υπερπλασία της νευρογλοίας-απόπου και η ονομασία σκλήρυνση), η οποία αντιστοιχεί στις πλάκες γλοίωσης, που παρατηρούνται παθολογοανατομικά. Σε πολλές χρόνιες πλάκες εμφανής είναι η δευτεροπαθής εκφύλιση μακρών αισθητικών και κινητικών ινών και η παρουσία "ανοικτής" υφής, που προκαλείται από απώλεια νευραξόνων. Φαίνεται πιθανό ότι αυτή η διαδικασία συμβάλλει σημαντικά στην πρόκληση μόνιμης αναπηρίας.

Σειρά μελετών έχουν δείξει, ότι τα όξεία συμπτώματα και σημεία εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της φάσεως της φλεγμονής και υποχωρούν, καθώς η διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φράγμου επανέρχεται σε κανονικά επίπεδα. Αυτό υπαινίσσεται, ότι η φλεγμονή έχει απευθείας συμμετοχή στην παθοφυσιολογία της βλάβης. Η μορφή της Σ.Κ.Π., που παρουσιάζει προοδευτική επιδείνωση από την έναρξη (πρωτεύουσα προοδευτική Σ.Κ.Π.) παρουσιάζει αρκετές παθολογοανατομικές διαφορές σε σχέση με την υπότροπιάζουσα και τη δευτερεύουσα προοδευτική μορφή της νόσου. Η πιο εμφα-

νης διαφορά είναι η έλλειψη εμφανών αλλαγών στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό στην πρωτεύουσα προοδευτική μορφή.

Μακροσκοπική παρατήρηση αποκαλύπτει μικρές, φαιόχρωες, περιγεγραμμένες περιοχές στην λευκή ουσία, οι οποίες αποτελούν τις απομυελινωτικές πλάκες. Αυτές συσσωρεύονται περικοιλιακά στα ημισφαίρια και ιδίως στην 4η κοιλία, γύρω από τον υδραγωγό, στην παρεγκεφαλίδα, στον νωτιαίο μυελό και στα οπτικά νεύρα. Διατάσσονται γύρω στα αγγεία και πιο συχνά γύρω στα φλεβίδια. Σε αριθμό ανέρχονται από 1,2,3 έως εκατοντάδες· το δε μέγεθός τους μπορεί να κυμαίνεται από λιγότερο του ενός χιλιοστού έως λίγα εκατοστά.



Παρουσίαση μετώπιαίου και ινιακού λοβού. Παρατηρούνται εκτεταμένες περικοιλιακές βλάβες και αρκετές μικρές διάσπαρτες πλάκες στη λευκή ουσία.



Παρατηρούνται πλάκες απομυελίνωσης στο δεξιό εγκεφαλικό ημισφαίριο, περικοιλιακά και στην υποφλοιώδη λευκή ουσία.



Παρατηρούνται πλάκες απομυελίνωσης στη γέφυρα, στο κεντρικό παρεγκεφαλιδικό σκέλος και στη λευκή ουσία της παρεγκεφαλίδας.



Παρατηρούνται πλάκες απομυελίνωσης στο εγκεφαλικό στέλεχος.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δύο είναι οι σημαντικότερες θεωρίες παθογένειας. Η πρώτη αποδέχεται απευθείας μόλυνση του Κ.Ν.Σ. από έναν ιό. Φυσικά όμως, η Σ.Κ.Π. δεν είναι μεταδοτική. Η τυχαία απομόνωση ιών, από τον εγκέφαλο ασθενών με Σ.Κ.Π., ενισχύουν τη θεωρία αυτή. Παρόλα αυτά οι απομονώσεις αυτές, συνήθως δεν επαναλαμβάνονται ούτε στο ίδιο εργαστήριο. Πολλές προσπάθειες να μεταφερθεί η Σ.Κ.Π. σε μοντέλα, όχι ανθρώπινα, έχουν αποτύχει.

Η δεύτερη θεωρία και επικρατέστερη είναι, ότι η Σ.Κ.Π. οφείλεται σε δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, που καθορίζεται γενετικά. Η δεύτερη θεωρία δεν αποκλείει την πρώτη. Ασθενείς και φορείς έχουν βρεθεί ότι έχουν υψηλότερο αριθμό αντισωμάτων στον ορό και στο Ε.Ν.Υ. από τον ιό της ιλαράς. Ασθενείς και φορείς έχουν επίσης υψηλότερο αριθμό αντισωμάτων στον ορό τους και από πολλούς άλλους ιούς, όπως ερυθράς, ανεμοβλογιάς, ευλογιάς. Αυτά τα συμπτώματα είναι συνήθως, ενδεικτικά μιας πιο ισχυρής ανοσοποιητικής απάντησης στις μολύνσεις. Σε μια εκτεταμένη μελέτη σε ασθενείς με Σ.Κ.Π. υπήρχε ένα ποσοστό 25-50%, το οποίο είχε υποστεί μια κοινή μόλυνση από ιό κι ένα άλλο μεγάλο μέρος είχε μεγάλη πιθανότητα να έχει μολυνθεί από κάποιον ιό. Έτσι, λοιπόν, η απευθείας μόλυνση από ιό δείχνει να προκαλεί μία υπερβολική ανοσοποιητική απάντηση και θα μπορούσε να είναι σημαντικός μοχλός για έξαρση. Δύο επικείμενες πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως ένα 30% από τις κλινικές εξάρσεις είναι επακόλουθο μιας μόλυνσης από ιό. Η πιθανότητα επιδείνωσης από κάθε μεμονωμένη μόλυνση είναι χαμηλή και κυμαίνεται γύρω στο 8%. Αυτή η αλληλοεξάρτηση των εξάρσεων με τις κοινές μολύνσεις δεν έχει ακόμη διερευνηθεί πλήρως και οι υπεύθυνοι ιοί δεν έχουν ποτέ καλλιεργηθεί, αλλά ούτε και προσδιορισθεί.

Δύο θεωρίες έχουν ωστόσο προταθεί για να εξηγήσουν τις μεταμολυσματικές εξάρσεις. Η μία προτείνει μία διασταυρούμενη

αντίδραση ανάμεσα στα αντισώματα, που παράχθηκαν έναντι του ιού και το σύστημα ιστοσυμβατότητας που βρίσκεται πάνω στη μυελίνη. Αυτή είναι η "μοριακή μιμητική" θεωρία.

Μία άλλη θεωρία υποθέτει, ότι η μόλυνση διεγείρει τα Τ-λεμφοκύτταρα και έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή γ-ιντερφερόνης, η οποία αποτελεί τη βάση για αύξηση της αναγνώρισης των αντιγόνων. Ανάμιξη της γ-ιντερφερόνης στη θεραπεία είχε ως επακόλουθο δραματική αύξηση της συχνότητας των εξάρσεων. Η γ-ιντερφερόνη υποκινεί την έκφραση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας πάνω στις κυτταρικές μεμβράνες, μία κατάσταση αναγκαία για την καταστροφή του μολυσματικού παράγοντα από μια σειρά ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα ή μακροφάγα.

Υπάρχουν στοιχεία για γενετική προδιάθεση της Σ.Κ.Π. Παρολαυτά οι περισσότερες μελέτες δίνουν επίσης έμφαση στη σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων. Γύρω στο 5% των ασθενών έχουν έναν αδελφό με Σ.Κ.Π. και ένα 15% αυτών έχουν κάποιο στενό συγγενή με την ασθένεια. Όταν σε ένα από τα δύο μέλη μονοζυγοτών διδύμων ανακαληφθεί Σ.Κ.Π. το άλλο μέλος θα παρουσιάσει κλινικά συμπτώματα σε ένα ποσοστό 40%, περίπου. Πρόσφατες έρευνες έχουν παρουσιάσει την πιθανότητα, ότι ο πραγματικός αριθμός μπορεί να πλησιάζει το 70%. Γι' αυτό πρέπει να δοθεί έμφαση στο ρόλο των περιβαλλοντικών επιδράσεων, σε αντίθεση με την καθαρά γενετική πλευρά. Η σύνδεση της Σ.Κ.Π. με συγκεκριμένους τύπους αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (HLA -A3, -B7, -DW2, -DR2) τουλάχιστον, σε πληθυσμούς της βόρειας Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής είναι σχετική. Περίπου το 55% των ασθενών με Σ.Κ.Π. έχουν το γονίδιο -DR2, σ' ένα 18% των ελέγχων. Το σύστημα ιστοσυμβατότητας HLA, που συνδέεται με την Σ.Κ.Π., δεν έχει πάντα τους ίδιους τύπους σε όλους τους πληθυσμούς, παρόλη την ομοιότητα της

Σ.Κ.Π., στους πληθυσμούς αυτούς. Είναι δυνατόν, διαφορετικοί μολυσματικοί φορείς, άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων να προκαλέσουν ή να δημιουργήσουν προδιάθεση σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Τα αντισώματα που βρίσκονται στον ορό και η κυτταρική ανοσία αναπτύσσονται σταδιακά κατά την διάρκεια των παιδικών χρόνων και μπορεί να μην είναι ώριμα μέχρι το δεύτερο μισό της πρώτης δεκαετίας. Στην παιδική ηλικία όταν υπάρχει μία φυσική διαταραχή των ανοσοποιητικών στοιχείων, τα άτομα μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σ' έναν τύπο απομυελίνωσης, από φυσική αντίδραση.

Η θεωρία για τον ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων προέκυψε μετά από επιδημιολογικές παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες όταν κάποιος πληθυσμός μεταναστεύσει σε περιοχή με διαφορετικό ποσοστά Σ.Κ.Π., η πιθανότητα να προσβληθούν τα άτομα από την ασθένεια διαφοροποιείται αν έχουν μεταναστεύσει πριν το 15ο έτος της ηλικίας τους, αλλά όχι αν μεταναστεύσουν ως ενήλικες. Σε περιοχές στις οποίες η Σ.Κ.Π. είναι συχνότερη, έχει παρατηρηθεί ότι μερικές παιδικές ασθένειες συμβαίνουν αργότερα στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία, παρά στις περιοχές που η Σ.Κ.Π. είναι σπάνια. Έτσι, οι παιδικές ασθένειες, όταν παρουσιάζονται νωρίτερα, δείχνουν να προστατεύουν από την Σ.Κ.Π., ενώ όταν παρουσιάζονται αργότερα, να προδιαθέτουν γι' αυτήν.

Η εξέλιξη της ασθένειας από το αρχικό οίδημα και η καταστροφή της μυελίνης δεν έχουν διαλευκανθεί, ακόμη, εντελώς. Πιο κατανοητοί είναι οι πιθανοί μηχανισμοί, που προκαλούν τον κλινικό πολυμορφισμό, χαρακτηριστικό για την νόσο. Σε νευράξονες, οι οποίοι περιβάλλονται από έλυτρο μυελίνης, η ταχύτητα αγωγής μιας ώσης είναι σχετικά μεγάλη, ενώ στους αμύελους (χωρίς έλυτρο μυελίνης) νευρώνες η ταχύτητα αγωγής της ώσης είναι μικρότερη. Έτσι, λοιπόν, αν η περιοχή απομυελίνωσης είναι μεγάλη η αγωγή της ώσης

αποτυγχάνει ολοκληρωτικά. Οριακές αγωγές ώσεων, διαμέσω της περιοχής απομυελίνωσης, μπορεί να αποτύχουν, επίσης, σε περίπτωση κούρασης, αύξησης των ιόντων ασβεστίου ή αυξημένης θερμοκρασίας του σώματος. Αυτή η μείωση της ταχύτητας αγωγής των ώσεων, κατά τις παραπάνω καταστάσεις, πιθανόν αιτιολογεί τη διακύμανση της έντασης των συμπτωμάτων, από ώρα σε ώρα, που σημειώνεται σε πολλούς ασθενείς.

Η αρχική έξαρση της Σ.Κ.Π. μπορεί, αργότερα, ν' αποκαλυφθεί, ότι ήταν επακόλουθο μιας οξείας λοίμωξης από έναν ιό. Διάφορες μελέτες απέδειξαν, ότι αυτή η μόλυνση είναι ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας που δημιουργεί προδιάθεση. Εξάρσεις ακόμη μπορεί να σημειωθούν ως επακόλουθο ασυνήθιστης κούρασης, εμβολιασμού ή συναισθηματικής φορτίσης. Παρολαυτά, διάφορες μελέτες έχουν απότυχει ν' αποδείξουν, ότι αυτές οι επιδράσεις είναι οι πραγματικοί παράγοντες που ευθύνονται για την έξαρση.

Έχουν αναφερθεί ακόμη πολλές περιπτώσεις, κατά τις οποίες φυσικά τραύματα είχαν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της ασθένειας. Αυτές οι τυχαίες και μη ελεγχμένες, όμως, παρατηρήσεις δεν μπορούν ν' αποτελέσουν απόδειξη για τη σύνδεση μεταξύ τραύματος και Σ.Κ.Π.

Τελικά, ανοσοποιητικοί μηχανισμοί, οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για την παθογένεια της Σ.Κ.Π., είναι ακόμη ανεπαρκείς. Μία αυτοανοσολογική προέλευση δεν έχει ακόμη προσδιορισθεί. Εάν τα φλεγμονώδη κύτταρα, στην ενεργή πλάκα, συμβάλλουν συμβάλλουν στην δημιουργία των βλαβών ή είναι αποτέλεσμα αυτών, είναι ένα βασικό, αλλά αναπάντητο ερώτημα. Πάντως είναι αξιοσημείωτο, ότι η διάδοση άλλων ασθενειών με υποτιθέμενη αυτοανοσολογική γέννηση δεν είναι υψηλότερη σε ασθενείς με Σ.Κ.Π. απ' ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η Σ.Κ.Π. έχει μία δυσανάλογη γεωγραφική εξάπλωση. Γενικά η συχνότητα της ασθένειας αυξάνει με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους· και στο βόρειο και νότιο ημισφαίριο εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Κοντά στον ισημερινό η Σ.Κ.Π. είναι φαινομενικά ανύπαρκτη. Απομακρυνόμενοι από τον ισημερινό εμφανίζεται σε μία συχνότητα γύρω στα 60 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμό, για να φτάσουμε σε μερικές βόρειες περιοχές και στις ακτές της Σκωτίας, όπου τα ποσοστά κυμαίνονται στα 150 ανά 100.000 πληθυσμό. Λόγω της διαφοροποίησης των μεθόδων και των υποκειμενικών κλινικών κριτηρίων, που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση των περιπτώσεων της Σ.Κ.Π., τα απόλυτα νούμερα πρέπει να γίνονται απόδεκτά με προσοχή. Είναι προτιμότερο να ταξινομείται η εξάπλωση της ασθένειας σε περιοχές υψηλής, μέσης και χαμηλής συχνότητας. Χρησιμοποιώντας αυτήν την ταξινόμηση, οι περισσότερες περιοχές της βόρειας Ευρώπης, βόρεια Αμερική, νότιος Καναδάς, νότια Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία είναι περιοχές υψηλής συχνότητας. Νότια Ευρώπη, Μικρά Ασία, βόρεια Αφρική και βόρεια Αυστραλία έχουν μέση και χαμηλή συχνότητα. Η κεντρική Αφρική ανήκει στις ζώνες χαμηλής συχνότητας. Η ασθένεια είναι πολύ σπάνια ή ανύπαρκτη στην Μαύρη Αφρική. Πολύ χαμηλό ποσοστό Σ.Κ.Π. παρουσιάζουν και όλοι οι Ιάπωνες. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για πληθυσμούς έξω από την Κίνα· από παρατηρήσεις όμως σε νευρολογικές κλινικές και νοσοκομεία, προκύπτει ένα χαμηλό ποσοστό. Ταϊλάνδη, Ινδονησία, Ινδία και τα νησιά του Ειρηνικού εμφανίζουν, επίσης, μικρό ποσοστό για την ασθένεια. Λίγες παρατηρήσεις σε διασκορπισμένους πληθυσμούς του μακρινού βορά δείχνουν πως η Σ.Κ.Π. είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Από τα στοιχεία αυτά μπορούμε να υποθέσουμε, ότι η αναλογία μεταξύ συχνότητας και γεωγραφικού πλάτους μπορεί να μην ισχύει για τις ακραίες βόρειες περιοχές. Η απόδοση, της αντιστάσης της Ασιατικής Ηπείρου στη Σ.Κ.Π., σε περιβαλλοντικούς ή γενετικούς παράγοντες

είναι ασαφής.

Έρευνα στις Η.Π.Α. δείχνει ένα χαμηλό ποσοστό της ασθένειας στους εγχρωμούς. Αυτό αποτελεί ένδειξη, ότι οι έγχρωμοι ίσως έχουν μεγαλύτερη γενετική αντίσταση.

Άσδημη, συγγενείς εξ' αίματος ασθενών με Σ.Κ.Π. έχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο ν' αναπτύξουν Σ.Κ.Π. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει μία αλληλεπίδραση διαφόρων γενετικών παραγόντων, με συμμετοχή εκθέσεως σε περιβαλλοντικό παράγοντα. Μελέτες σε οικογένειες σκέυχα ν' αποκαλύψουν κάποιον γενετικό τύπο, που μπορεί να προβλεφθεί, αλλά υποστηρίζουν τη γενετικά προσδιοριζόμενη προδιάθεση για τη νόσο.

Υπάρχει μία σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και επιπέδου μαρφήσεως με τη συχνότητα της ασθένειας. Φαίνεται, ότι σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα η συχνότητα είναι υψηλότερη. Οι μολύνσεις (παιδικές ασθένειες) στα παιδιά των περισσότερων ευπορών οικογενειών τείνουν να παρουσιάζονται αργότερα απ' ότι στις λιγότερα οικονομικά ανεπτυγμένες οικογένειες. Επίσης, η αυξημένη κατανάλωση ζωικών λιπών μπορεί να σχετίζεται με την ασθένεια. Ίσως και οι δύο λόγοι (μολύνσεις, διαιτητικός παράγοντας) παίζουν ρόλο.

Στους Εσκιμώους παρουσιάζεται λίγο ή καθόλου η ασθένεια, ενώ είναι υψηλή κατανάλωση ζωικών λιπών. Ωστόσο όμως, η διατροφή τους παρ' όλα αυτά αποτελείται από ψάρια. Το παράδειγμά τους, ίσως, δεν αναιρεί το ότι η κατανάλωση ζωικών λιπών μπορεί να δράσει ως παράγοντας για την πρόκληση της ασθένειας.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντική μερίδα στην αιτιολογία και παθογένεια της ασθένειας. Πολλές φορές οι παράγοντες αυτοί μπορεί να ξεπερνούν και τις γενετικές αντιστάσεις. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, άτομα που μεταναστεύουν από περιοχές υψηλού κινδύνου σε περιοχές χαμηλού κιν-

δύνου και αντίστροφα, πρίν το 150 έτος της ηλικίας τους, έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τον πληθυσμό της περιοχής, όπου εγκαταστάθηκαν, για να εμφανίσουν τη νόσο. Ενώ αν μεταναστεύσουν μετά το 150 έτος της ηλικίας τους, διατηρούν τις πιθανότητες του τόπου καταγωγής τους.

Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες σε αναλογία 3:2. Παρολαυτά, όταν η έναρξη της νόσου είναι καθυστερημένη, η αναλογία του φύλου πλησιάζει το 1:1.

Υπάρχουν, ακόμη, διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις σε διαφορετικές τοποθεσίες. Οξεία σύνδρομα από μαζικές, μονοφασικές απομυελώσεις είναι ασυνήθιστα στις δυτικές χώρες με μέτριες θερμοκρασίες, ενώ είναι πιο συνηθισμένα στην Ασία. Οι τονικοί επίπονοι σπασμοί και η αμφοτερόπλευρη οπτική νευρίτιδα είναι συχνότερα σε πληθυσμούς της Ασίας.

Η Σ.Κ.Π. είναι νόσος των νέων ενήλικων. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρωτοεμφανίζεται στην ηλικία των 20 με 40 ετών. Δεν πρωτοεμφανίζεται σε παιδιά κάτω των 15 ετών ή σε άτομα πάνω από 60 ετών. Από τις ίδιες μελέτες εμφανίστηκε περίπτωση κατά την οποία εμφανίστηκε έναρξη των συμπτωμάτων σε άτομο ηλικίας 63 ετών.

ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ανάλογα με την πορεία και την βαρύτητα της νόσου μπορούμε να διακρίνουμε 3 μορφές:

Οξεία μορφή: Με αραιές και ελαφρές εξάρσεις (κυρίως με οπτικές και αισθητικές διαταραχές) με γρήγορη αποκατάσταση και με μακρές υφέσεις, με ελάχιστα μόνιμα υπολείματα. Στη μορφή αυτή ανήκει το 20% των περιπτώσεων.

Υποτροπιάζουσα μορφή: Είναι η συνήθισμένη κλασική μορφή με πολλές εξάρσεις από την αρχή, που αφήνουν ικανού βαθμού αναπηρίες (σοβαρότερες συνήθως στα 5 πρώτα χρόνια). Στη μορφή αυτή ανήκει το 65% των περιπτώσεων.

Χρόνια προϊούσα μορφή: Με βραδεία προϊούσα εξέλιξη σε άτομα συνήθως μεγαλύτερα των 20 - 30 ετών. Στη μορφή αυτή ανήκει το 10 - 15% των περιπτώσεων.

Με βάση την κατανομή της βλάβης διακρίνουμε:

I. Γενικευμένη μορφή (με διαταραχές από τα οπτικά νεύρα, το στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και τον νωτιαίο μυελό).

II. Νωτιαία μορφή (με σπαστικοαταξικό βάδισμα και ορθοκυστικές διαταραχές) και

III. Παρεγκεφαλιδική μορφή (με αταξία ως κύρια εκδήλωση).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος αρχίζει στις νεαρές ηλικίες μεταξύ 15- 35 ετών. Χαρακτηριστική είναι η πολυεστιακή σημειολογία -η οποία ευθύνεται για τον κλινικό πολυμορφισμό της νόσου- με πορεία εξάρσεων και υφέσεων ή, λιγότερο συχνά, με πορεία προϊούσης εξέλιξης, με βαθμιαία συσσώρευση υπολλειματικών διαταραχών, λίγα χρόνια μετά την έναρξη. Η διάρκεια των συμπτωμάτων σε κάθε έξαρση μπορεί να είναι από λίγες ώρες μέχρι ημέρες, εβδομάδες ή και περισσότερο. Μεταξύ των εξάρσεων, οι υφέσεις μπορεί να διαρκούν εβδομάδες, μήνες ή και χρόνια.

Δεν υπάρχει κλασική μορφή, ωστόσο τα συμπτώματα είναι συχνότερα από ορισμένες περιοχές, όπως τα οπτικά νεύρα, το εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και το νωτιαίο μυελό (στην τελευταία περίπτωση με ιδιαίτερη προσβολή των πυραμιδικών και αισθητικών δεματίων). Συμπτώματα από κρανιακούς πυρήνες, από τον εγκεφαλικό φλοιό και από βασικά γάγγλια είναι σπάνια.

Η οπτική οδός (οπτικό νεύρο, χίασμα, ταινία, δεσμίδα, ινιακός λοβός) είναι μία από τις συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές. Συνηθέστερη είναι η προσβολή του οπτικού νεύρου στην οπισθοβολβική μοίρα, οπότε έχουμε ένα επεισόδιο οπισθοβολβικής νευρίτιδας. Η οπισθοβολβική νευρίτιδα προκαλεί μερική (κεντρικό σκότωμα) ή ολική απώλεια της όρασης στο ένα μάτι και είναι από τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα (παρατηρείται στο 25% περίπου των ασθενών και σε μεγαλύτερη αναλογία σε νεαρά άτομα). Το σύμπτωμα έχει ταχεία εξέλιξη για μια περίοδο από μερικές ώρες έως ημέρες και στη συνέχεια παρέρχεται. Σπάνια η απώλεια της όρασης είναι προοδευτική για μερικούς μήνες. Περίπου το 1/3 των ασθενών επανέρχεται εντε-

λώς, ενώ οι υπόλοιποι βελτιώνονται σημαντικά. Σε μερικούς ασθενείς προσβάλλονται και τα δύο οπτικά νεύρα, είτε ταυτόχρονα (σπάνια), είτε εντός λίγων ημερών ή εβδομάδων. Σε προσβολή της οπτικής ταινίας (πιο σπάνια) παρατηρείται ετερόπλευρη ημιανοψία και ο ασθενής παραπονείται για μεγάλη μείωση της οπτικής οξύτητας, διάρκειας ημερών, η οποία παρέρχεται. Η οφθαλμοσκόπηση κατά το οξύ στάδιο, στην οπισθοβολβική νευρίτιδα, αποκαλύπτει οίδημα της οπτικής θηλής, στις μισές από τις περιπτώσεις. Ακόμη, μπορεί να παρατηρηθεί ωχρότητα του κροταφικού ημίσεως των οπτικών θηλών, σε περιπτώσεις ατροφίας του οπτικού νεύρου.

Συμπτώματα από προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους είναι πολύ συχνά. Ένα συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η διπλωπία. Η διπλωπία, συνήθως, προκαλείται μετά από βλάβες στα κρανιακά νεύρα III και IV (κοινό κινητικό και απαγωγό), που έχουν ως αποτέλεσμα παραλύσεις των οφθαλμικών μυών. Συχνά μπορεί να έχουμε νευραλγία του τριδύμου (V) με επακόλουθο επώδυνο τικ, ημιαναισθησία του προσώπου και απώλεια της αίσθησης στο πρόσθιο μισό της γλώσσας. Σε προσβολή του προσωπικού νεύρου εμφανίζεται παράλυση της αντίστοιχης (με το προσβαλλόμενο νεύρο) πλευράς του προσώπου. Τα συμπτώματα της διπλωπίας της παροδικής προσωπικής παράλυσης ή της τριδυμικής νευραλγίας, σε νέους ενήλικες, αποτελούν τα πρόδρομα συμπτώματα της Σ.Κ.Π. και θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη στην διάγνωσή της.

Άλλες εκδηλώσεις από βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να είναι: εμβοές, βαρυκοΐα ή παροδική απώλεια της ακοής, ακουστικές παραισθήσεις, ίλιγγος, ναυτία, έμετοι, πλαγιώθηση, αστάθεια στο βάδισμα. Τα παραπάνω συμπτώματα εκδηλώνονται μετά από προσβολές του VIII κρανιακού νεύρου (κοχλιακό και αιθουσαίο - το κοχλιακό είναι το νεύρο του αισθητηρίου της ακοής και το αιθουσαίο της ισορροπίας

του σώματος). Η δυσαρθρία είναι ένα ακόμη σύμπτωμα της ασθένειας, του προκαλείται μετά από προσβολή κρανιακών νεύρων, που νευρώνουν τους της γλώσσας, του λαιμού, του λάρυγγα ή του προσώπου. Συνήθως όμως το σύμπτωμα αυτό είναι αποτέλεσμα βλάβης από της παρεγκεφαλίδας. Στο εγκεφαλικό στέλεχος βρίσκονται ακόμη κινητικά κέντρα, που συντονίζουν τα αντανακλαστικά στάσης και θέσης, των οποίων η λειτουργία συνίσταται στη διατήρηση της στάσης του σώματος και της ισορροπίας. Τα αντανακλαστικά αυτά εξυπηρετούν την συντήρηση του μυϊκού τόνου και συντονίζουν και τις οφθαλμικές κινήσεις. Στην περίπτωση, λοιπόν, που κάποιες πλάκες απομυελίνωσης αρχίζουν να δημιουργούνται στο σημείο αυτό του εγκεφαλικού στελέχους, ακολουθούν συμπτώματα αταξίας και νυσταγμού.

Συχνά όμως, η έναρξη της ασθένειας με νυσταγμό και αταξία με ή χωρίς αδυναμία και σπαστικότητα των μελών, μπορεί να δηλώνει και την βλάβη περιοχών της παρεγκεφαλίδας. Η παρεγκεφαλίδα είναι μία περιοχή του Κ.Ν.Σ. που προσβάλλεται συχνά από τη νόσο. Οι βλάβες στην παρεγκεφαλίδα οδηγούν σε διαταραχές του μυϊκού συντονισμού και του μυϊκού τόνου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αβέβαιων και υπερβολικών κινήσεων, που δυσκολεύουν την βάδιση-αταξικό βάδισμα. Το παρεγκεφαλιδικό σύστημα, πολύ συχνά, μπορεί να προσβληθεί μαζί με το πυραμιδικό, επειδή γειτονεύουν σε προσβολή, λοιπόν και του πυραμιδικού έχουμε το χαρακτηριστικό για τη νόσο σπαστικο-αταξικό(παρεγκεφαλιδικό)βάδισμα.

Αταξία παρεγκεφαλιδικού τύπου μπορεί να αναγνωριστεί από διαταραχές στην ομιλία -κολλώδη και εκρηκτική ομιλία ή δυσαρθρία- που εμφανίζονται ως ακόλουθο σύμπτωμα και επιπλέον από τον τρόπο (χεριών, ποδιών, ρυθμική αστάθεια της κεφαλής και του κορμού), που παρουσιάζεται κατά την απόπειρα εκτέλεσης σκόπιμης κίνησης. Παρατηρούνται ακόμη ανώμαλες κινήσεις των ματιών(παρεγκεφαλιδικός νυσταγμός)και προβλήματα κατά την γραφή. Η τριάδα των συμπτωμάτων νυσταγμός, δυσαρθρία και τρόμος(τριάδα του CHARCOT) παρουσιάζ-

γεται συχνά σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

Η παρεγκεφαλιδική αταξία μπορεί να συνδιάζεται με αισθητική αταξία, που οφείλεται σε πλάκες απομυελίνωσης σε οπίσθια κεραια του νωτιαίου μυελού. Ο νωτιαίος μυελός και ιδιαίτερα τα πυραμιδικά και αισθητικά δεμάτια είναι από τις πρώτες και με μεγαλύτερη συχνότητα περιοχές, που προσβάλλονται από τη νόσο.

Μυική αδυναμία (σπαστική πάρεση ή παράλυση) και ή μούδιασμα, σ' ένα ή περισσότερα μέλη του σώματος (συχνότερα στα πόδια), είναι το αρχικό σύμπτωμα σε παραπάνω από τους μισούς ασθενείς.

Τράβηγμα ή ελαττωμένος έλεγχος σε ένα ή και στα δύο πόδια έως και σπαστική παραπάρεση ή τετραπάρεση είναι συμπτώματα, που προκαλούνται από βλάβη των κινητικών κυττάρων και ινών. Σε πυραμιδική, επίσης, βλάβη έχουμε αύξηση του μυικού τόνου, που οδηγεί βαθμιαία σε σπαστικότητα. Η κατάσταση του μυικού τόνου επηρεάζει τη συμπεριφορά των τενόντιων (εν τω βάθει) αντανακλαστικών με αποτέλεσμα, στην προκειμένη περίπτωση, την αύξηση αυτών. Τα επιπολής αντανακλαστικά (κοιλιακά, κρεμαστήρια) ελαττώνονται ή και καταργούνται. Χαρακτηριστική είναι στη νόσο η κατάργηση των κοιλιακών αντανακλαστικών. Παρουσιάζονται ακόμη παθολογικά πυραμιδικά αντανακλαστικά, με πιο χαρακτηριστικό το σημείο BABINSKI και οι παραλλαγές του.

Τα παραπάνω συνοδεύονται από μεταβαλλόμενου βαθμού ελάττωση της εν τω βάθει και επιπολής αισθητικότητας. Οι ασθενείς παραινούνται για μούδιασμα ή μυρμηκιάσματα. Υπάρχει η αίσθηση "σφικτού επιδέσμου" στον κορμό ή στα άκρα και το σύνδρομο του "άχρηστου χεριού", που οφείλονται σε πλάκες απομυελίνωσης, που δημιουργούνται στις οπίσθιες δέσμες του νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα την κατάργηση της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας στο ένα χέρι. Πρέπει να αναφερθεί, ότι η μυική ισχύς στο αντίστοιχο μέλος είναι ά-

θικτη. Σε βλάβες των οπίσθιων δεσμών του νωτιαίου μυελού παρατηρείται, ακόμη, απώλεια της αίσθησης των κραδασμών (παλλαισθησίας) και του προσδιορισμού της θέσης των μελών. Στη δοκιμασία ROMBERG (Δοκιμασία ισορροπίας στην όρθια θέση: σε θέση προσοχής με τα πόδια σε προσαγωγή. Η δοκιμασία γίνεται με κλειστά και ανοιχτά τα μάτια και με το κεφάλι μπροστά και μετά στραμμένο δεξιά και αριστερά) υπάρχει τάση για πτώση. Ενδειξη διαταραχής της εντωβάθει αισθητικότητας ή απώλεια της ικανότητας του εξεταζομένου να προσδιορίσει τη θέση των μελών του.

Μπορεί ακόμη να προσβληθεί μία νωτιαιοθλαμική οδό με αποτέλεσμα διαταραχές σε αισθήσεις πόνου ή θερμοκρασίας.

Η αιμωδία και μάλιστα στις ράγες των δακτύλων των χεριών είναι συχνό σημείο που δηλώνει αισθητικές διαταραχές.

Με παθητική κάμψη του λαιμού, μπορεί να προκληθεί η αίσθηση, ότι περνάει ηλεκτρικό ρεύμα κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης και λιγότερο συχνά στους μηρούς (σημείο LHERMITTE).

Όχι πολύ συχνά εντοπίζονται έντονοι, παροδικοί πόνοι σε ένα ή και στα δύο πόδια και χαμηλά στην πλάτη. Πιθανώς προκαλούνται από κάποια εστία απομυελίνωσης στην είσοδο κάποιας ρίζας. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να δηλώνουν την έναρξη αισθητικών βλαβών ή να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή, κατά την εγκατάσταση της ασθένειας.

Συμπτώματα δυσλειτουργίας της κύστης-επιτακτικές ουρήσεις, ακράτεια, συχνουρία, σπανιότερα επίσχεση ούρων-είναι σταθερό χαρακτηριστικό στις περισσότερες εγκατεστημένες μορφές της νόσου. Σε περιπτώσεις επιδείνωσης της νόσου ή εγκατάστασης παραπληγίας παρατηρείται συχνά κατακράτηση ούρων με υπερπλήρωση της κύστης και κάποτε, ακόμη και ακράτεια ή επίσχεση κοπράνων.

Βλάβες στα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι λιγότερο συχνές και οι κλινικές εκδηλώσεις εξαρτώνται από το σημείο του εγκεφάλου, που εντοπίζεται η βλάβη. Καταστροφή της κινητικής περιοχής

στο οπίσθιο μέρος του μετωπιαίου λοβού, προκαλεί ημιπληγία. Προσβολή της λευκής ουσίας των μετωπιαίων λοβών έχει ως αποτέλεσμα έντονες ψυχικές διαταραχές και σημεία διανοητικής εξασθένησης. Παροδικές διαταραχές της διαθέσεως, ευερεθιστότητα και άγχος, αποτελούν σταθεστά συμπτώματα της Σ.Κ.Π. Η ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης σε συνδιασμό με την ψυχική καταπόνηση, ποθ υφίσταται ο ασθενής, έχουν ως αποτέλεσμα διαταραχές της ψυχικής του κατάστασης ή και την εμφάνιση ψυχικής νόσου. Η ευφορία και η ευτονία.. παρατηρούνται στο 10% περίπου των ασθενών(ευφορία είναι η κατάσταση υπερθυμίας, όπου ο ασθενής εμφανίζεται ευτυχής και εύθυμος· ενώ η ευτονία από προφανή έλλειψη ενδιαφέροντος για τη βαρύτητα και τις επιπτώσεις της νόσου).

Η βαρύτητα εγκεφαλικής βλάβης -όπως απεικονίζεται στη μαγνητική τομογραφία- συσχετίζεται με την ύπαρξη ευφορίας και ευτονίας. Σπάνια είναι, επίσης, παθολογικά γέλια και κλάματα, μία υπερβολική εκδήλωση συναισθηματικής διακινήσεως χωρίς υποκειμενική αλλαγή της διάθεσης. Έχουν αναφερθεί σε σχέση με γεφυρικές, στελεχιαίες και περικοιλιακές βλάβες, ίσως λόγω διακοπής συνδέσεων με το μετωπιαίο λοβό.

Συγχυτικές καταστάσεις, με εικόνα ψυχώσεως, έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με οξεία έναρξη Σ.Κ.Π. Ακόμη, παροδικά υπομανιακά επεισόδια είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά την διάρκεια θεραπείας με κορτικοστεροειδή και οι συναισθηματικές διαταραχές, γενικά, είναι πιο συχνές στη διάρκεια των εξάρσεων της νόσου και σε ασθενείς με χρόνια προοδευτική πορεία.

Ενδείξεις νοητικής έκπτωσης υπάρχουν στο 50-60% περίπου των ασθενών. Η μνήμη, η προσοχή και οι αφαιρετικές ικανότητες επηρεάζονται συχνά, ενώ οι λειτουργίες του λόγου παραμένουν σχετικά ανέπαφες. Αυτές οι εκδηλώσεις είναι χαρακτηριστικές, προσβολής της λευκής ουσίας. Η νοητική έκπτωση έχει στενή συσχέτιση με την πορεία της νόσου. Έτσι, οι ασθενείς που εμφανίζουν χρόνια

προοδευτική πορεία, παρουσίασαν επιδείνωση των λειτουργιών μνήμης και προσοχής. Σε ασθενείς με βέβαιη Σ.Κ.Π., η νοητική έκπτωση είναι πιο εμφανής, όταν η πορεία είναι χρόνια προοδευτική από ότι όταν παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις. Το γεγονός ότι η νοητική έκπτωση στη Σ.Κ.Π. έχει πιο ήπια κλινική έκφραση, δεν μειώνει την σημασία της, δεδομένου ότι οι ασθενείς που την παρουσιάζουν έχουν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες στη δουλειά, την κοινωνική επαφή, τη σεξουαλική και τις καθημερινές δραστηριότητες, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Γενικά, η ποικιλία στην εντόπιση των περιοχών της απομυελίνωσης είναι υπεύθυνη για τον κλινικό πολυμορφισμό της νόσου. Τα συμπτώματα της εντοπισμένης βλάβης υποχωρούν, συνήθως, σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες, όπως κι εκείνα που οφείλονται σε πολλές όξείες βλάβες. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν πολλές υποτροπές, με κάποιου βαθμού ενδιάμεσες υφέσεις, ενώ μετά από κάθε ύση παραμένουν σημεία μόνιμης νευρολογικής έκπτωσης, πάνω στα οποία προστίθεται η επόμενη κλινική εκδήλωση. Στο τέλος, η κλινική εικόνα δεν διακρίνεται, συχνά, από εκείνη που βλέπουμε στις περιπτώσεις που από την αρχή εμφανίζονται πολλαπλές κι εκτεταμένες βλάβες, που υποχωρούν θεαματικά και γρήγορα. Η μορφή με υποτροπές οξέων και υποοξέων επεισοδίων είναι συνηθέστερη σε νέους ασθενείς, ενώ στις περιπτώσεις έναρξης στη μέση ηλικία, η πορεία είναι συχνότερα βραδεία, εξελικτική και η νοσηρή διεργασία αφορά, συνήθως, το νωτιαίο μυελό. Αν και σε μερικές περιπτώσεις η νόσος είναι δυνατόν να σταματήσει και σε λιγότερες να συμβεί πλήρης και μόνιμη αποκατάσταση, οι περισσότερες περιπτώσεις τελικά ακολουθούν μια κοινή κατάληξη, με αύξηση της αταξίας και της σπαστικότητας, ακινητοποίηση, αναπνευστικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις και θάνατοι.

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε τη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα και σημεία σε ασθενείς με Σ.Κ.Π. (Ο πίνακας προέκυψε μετά από στατιστική έρευνα στην Αγγλία, Η.Π.Α. και Νορβηγία, σε ασθενείς με Σ.Κ.Π.)

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Μυική αδυναμία	61%
Οφθαλμική διαταραχή	54%
Διαταραχές ούρησης	52%
Αταξικό βάδισμα	38%
Παραισθησίες	38%
Δυσarthρία ή σκοντάπτουσα ομιλία	34,4%
Διανοητικές διαταραχές	30%
Πόνος	12%
Ιλιγγος	10,8%
Δυσφαγία	7,5%
Σπασμοί	3,8%
Βαρυκοΐα	3,8%
Εμβοές	3%

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΗΜΕΙΩΝ

Σπαστικότητα ή αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών ή και τα δύο	62%
Σημείο BABINSKI	58,6%
Απουσία κοιλιακών αντανακλαστικών	52%
Δυσμετρία ή τρόμος	50%
Νυσταγμός	45%
Ελάττωση της αίσθησης των δονήσεων	38,8%
Ελάττωση της ικανότητας προσδιορισμού της θέσεως των μελών	33%
Ελάττωση της αίσθησης του πόνου	28%
Προσωπική αδυναμία	26,7%
Ελάττωση της αίσθησης της αφής	18,5%

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Σε περίοδο εξάρσεων η εξέταση του Ε.Ν.Υ. αποκαλύπτει ελαφρά αύξηση του λευκώματος και των κυττάρων (λεμφοκύτταρα, μονοπύρρηνα), που μερικές φορές φθάνουν τα 30-50/mm³.

Χαρακτηριστική είναι η αύξηση της γ-σφαιρίνης, σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων, η οποία μπορεί να φτάσει και πάνω από 20% της ολικής πρωτεΐνης. Ακόμη κατά την ηλεκτροφόρηση εμφανίζονται ζώνες (ολιγοκλώνικές) από τη διάσπαση της IgG ανοσοσφαιρίνης. Οι ζώνες αυτές εμφανίζονται στο 90% και πλέον των περιπτώσεων. Στο Ε.Ν.Υ. βρίσκεται επίσης αυξημένη η βασική πρωτεΐνη της μυελίνης, ιδιαίτερα σε περιόδους εξάρσεων.

Τα προκλητά δυναμικά (οπτικά, ακουστικά, σωματοαισθητικά) παρουσιάζουν ανωμαλίες στο 70-80% περίπου των περιπτώσεων και είναι μεγάλης διαγνωστικής αξίας.

Ενα αισθητικό ερέθισμα (οπτικό, ακουστικό ή περιφερικό σωματοαισθητικό), αφού περάσει από υποφλοιώδεις σχηματισμούς, καταλήγει στην ανάλογη φλοιική περιοχή του εγκεφάλου. Η πορεία του ερεθίσματος αυτού, από την περιφέρεια προς τον φλοιό, καταγράφεται με την μέθοδο των προκλητών δυναμικών, με σχηματισμό θετικών ή αρνητικών επαυμάτων (κυματομορφή), μέσω ενός παλμογράφου. Είναι γνωστό, ότι η βλάβη της μυελίνης μειώνει την ταχύτητα αγωγιμότητας ενός ερεθίσματος. Ο έλεγχος των προκλητών δυναμικών, στην νευρολογική εξέταση ενός ασθενή με Σ.Κ.Π., βοηθά κυρίως με τους εξής τρόπους:

- α) Σε ασθενείς ύποπτους για Σ.Κ.Π., που παρουσιάζουν μία εστία βλάβης στο Κ.Ν.Σ., τα προκλητά δυναμικά μπορεί να βοηθήσουν στη διαπίστωση μιας άλλης ανύποπτης εστίας βλάβης.
- β) Με την παρακολούθηση των προκλητών δυναμικών μπορεί να ελέγχεται η εξέλιξη μιας βλάβης και το αποτέλεσμα μιας θεραπείας.

Οι μέθοδοι καταγραφής των οπτικών προκλητών δυναμικών, με τη χρησιμοποίηση οπτικών ερεθισμάτων ή πιο συχνά, οπτικών ερεθισμάτων με διάφορα σχήματα-και με τα ηλεκτρόδια καταγραφής τοπο-

θετημένα στον ινιακό λοβό-έχουν επιτύχει τον προσδιορισμό καθυστερήσεων κατά τη μεταβίβαση των ερεθισμάτων, σε ασθενείς που δεν έχουν ιστορικό ή σημεία οπτικής βλάβης από οφθαλμολογική αιτία. Στη Σ.Κ.Π. τα ποσοστά των παθολογικών ευρημάτων είναι σε αρκετά υψηλό ποσοστό και κυμαίνονται από 37% στις πιθανές περιπτώσεις, 58% στις "δυνατές" περιπτώσεις και 89% στις "βέβαιες".

Η εξέταση των στελεχιαίων ακουστικών προκλητών δυναμικών έχουν αποκαλύψει ανύποπτες βλάβες σε περιοχές του εγκεφαλικού στελέχους.

Σε εξέταση των σωματοαισθητικών προκλητών δυναμικών, σε ασθενείς με Σ.Κ.Π., ανευρίσκονται παθολογικά ευρήματα σε ποσοστό 50-80%, ανάλογα με τα κλινικά κριτήρια κατάταξης του ασθενή. Με τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά, συνήθως, εντοπίζονται βλάβες στο νωτιαίο μυελό.

Η αξονική τομογραφία (HAT) μπορεί να παρουσιάσει αραιωτικές περιοχές ή, κατά το οξύ στάδιο, περιοχές που σκιαγραφούνται εντονότερα, μετά από σκιαγραφική ενίσχυση. Αυτές οι περιοχές απομυελίνωσης παρατηρούνται κυρίως στις περικοιλιακές ζώνες του εγκεφάλου και ιδιαίτερα γύρω από τις πλάγιες κοιλίες.

Πιο αξιόπιστη όμως και σημαντικά πιο ευαίσθητη από την αξονική τομογραφία, είναι η μαγνητική τομογραφία (MRI). Με την μαγνητική τομογραφία απεικονίζονται με ευκρίνεια οι απομυελινωτικές πλάκες. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή της μεθόδου αυτής στη νωτιαία μορφή της νόσου και στην οπισθοβολβική νευρίτιδα. Γενικά, η MRI αποτελεί σήμερα την ασφαλέστερη μέθοδο για τη βεβαίωση της διάγνωσης της Σ.Κ.Π. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι με την απεικόνιση στη μέθοδο αυτή, πολύ μικρές ποιοτικές μεταβολές των εγκεφαλικών ιστών γίνονται ευδιάκριτες, όπως συμβαίνει με τις μικρές απομυελινωτικές πλάκες.



Μαγνητική τομογραφία. Τα δύο βέλη είναι στραμμένα σε δύο μικρές απομυελινωτικές εστίες που διαγράφονται σαν άσπρες περιγεγραμμένες περιοχές.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται στην έναρξη της νόσου στη νεαρή ηλικία, στο χαρακτηριστικό των εξέρσεων και υφέσεων, στην πολυεστιακή σημειολογία και στις εργαστηριακές εξετάσεις (ENY, προκλητά δυναμικά, MRI). Στην κλινική πράξη κατατάσσουμε τους ασθενείς σε τρεις κατηγορίες, ως αναφορά τη βεβαιότητα της διάγνωσης.

Βέβαιη πολλαπλή σκλήρυνση: Αν έχουμε τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω συνδυασμούς:

α) Ιστορικό 2 προσβολών και κλινική ένδειξη για 2 ξεχωριστές βλάβες.

β) Ιστορικό 2 προσβολών, κλινική ένδειξη 1 βλάβης και παρακλινική ένδειξη (προκλητά δυναμικά, νευροαπεικόνιση) για άλλη μία ξεχωριστή βλάβη.

γ) Ιστορικό 2 προσβολών, κλινική ή παρακλινική ένδειξη 1 βλάβης και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών στο ENY.

δ) Ιστορικό 1 προσβολής, κλινική ή παρακλινική ένδειξη 2 ξεχωριστών βλαβών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών στο ENY.

Δυνατή πολλαπλή σκλήρυνση: Αν έχουμε έναν από τους παρακάτω συνδυασμούς:

α) Ιστορικό 2 προσβολών και κλινική ένδειξη μίας βλάβης.

β) Ιστορικό 1 προσβολής και κλινική ένδειξη 2 ξεχωριστών βλαβών.

γ) Ιστορικό 1 προσβολής, κλινική ένδειξη 1 ξεχωριστής βλάβης και παρακλινική ένδειξη 1 ακόμη βλάβης.

δ) Ιστορικό 2 προσβολών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών στο ENY.

Πιθανή πολλαπλή σκλήρυνση: Στη διαβάθμιση αυτή κατατάσσουμε τον ασθενή, όταν συνδιάζονται μόνο 2 από τα παραπάνω στοιχεία (από το ιστορικό, την κλινική ή παρακλινική εξέταση).

Σχόλιο: Αναφορά σε δύο προσβολές σημαίνει, ότι αυτές αναφέρονται σε διαφορετικά μέρη του Κ.Ν.Σ. και τις χωρίζει τουλάχιστον περίοδος ενός μήνα. Σε κάθε περίπτωση, για να θεωρηθεί μία προσβολή πλήρης, πρέπει να διαρκεί, τουλάχιστον, 24 ώρες.

ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η Σ.Κ.Π., γενικά, ακολουθεί μία απρόβλεπτη πορεία, αλλά υπάρχουν μερικά αξιόπιστα πρώιμα προγνωστικά στοιχεία. Εξαιρετικές περιπτώσεις είναι κλινικά αθόρυβες εφ' όρου ζωής· τα τυπικά παθολογικά ευρήματα ανακαλύπτονται τυχαία κατά την αυτοψία. Από την άλλη πλευρά, μερικές περιπτώσεις εξελίσσονται τόσο γρήγορα, που μόνο εβδομάδες χωρίζουν την έναρξη της νόσου από το θάνατο.

Οι συνηθισμένες περιπτώσεις όμως περιλαμβάνονται στους παρακάτω τύπους: I) Ηπιος τύπος: με λίγες ήπιου τύπου εξάρσεις, πλήρη ή σχεδόν πλήρη αποκατάσταση και μικρού βαθμού ή καθόλου αναπηρία (20%), II) Εξάρσεις-υφέσεις: με πιο συχνές εξάρσεις και όχι πλήρη αποκατάσταση, αλλά με μεγάλες περιόδους σταθερότητας και μερική ανικανότητα (25%), III) Χρόνια-υποτροπιάζουσα: με ακόμη λιγότερες πιθανότητες πλήρους αποκατάστασης, καθώς η ασθένεια προοδεύει και αυξημένες σε αριθμό (συσσωρευμένες) αναπηρίες (40%) και IV) Χρόνια-προοδευτική: με ύπουλη έναρξη και σταθερή εξέλιξη των συμπτωμάτων (15%).

Ως γενικός κανόνας, αισθητικά συμπτώματα κατά την έναρξη (π.χ. θάμπωμα της όρασης ή παραισθησία) φανερώνουν μία ήπια πορεία, ενώ πρώιμα παρεγκεφαλιδικά και πυραμιδικά σημεία δηλώνουν μία χρόνια-υποτροπιάζουσα ή χρόνια-προοδευτική πορεία.

Τα χαρακτηριστικά για μία καλή πρόγνωση είναι η ικανότητα κίνησης, ελάχιστα πυραμιδικά και παρεγκεφαλιδικά σημεία, τουλάχιστον για τα πέντε πρώτα χρόνια από την έναρξη της νόσου, απόλυτη και γρήγορη αποκατάσταση των αρχικών συμπτωμάτων, ηλικία του ατόμου μικρότερη των 35 ετών κατά την έναρξη της νόσου, μόνο ένα σύμπτωμα κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου, οξεία έναρξη των αρχικών συμπτωμάτων και απουσία παρεγκεφαλιδικών σημείων στις αρχικές εξετάσεις.

Σπαστική παράλυση με σύσπαση και διαταραχές της ούρησης είναι ενδείξεις προχωρημένων σταδίων με κακή πρόγνωση.

Θάνατος από την ίδια την ασθένεια είναι σπάνιο να συμβεί. Άλλες λοιμώξεις (ουρολοιμώξεις, αναπνευστικές λοιμώξεις ή δημιουργία εξελκώσεων, λόγω μακροχρόνιας κατάκλισης) είναι τα συνήθη αίτια θανάτου.

Τις τελευταίες δεκαετίες ο μέσος όρος επιβίωσης έχει αυξηθεί και κυμαίνεται από 25-35 χρόνια, από την έναρξη της νόσου. Αυτό ίσως να είναι αποτέλεσμα της καλύτερης αντιμετώπισης των λοιμώξεων και των κατακλίσεων.

Η ικανότητα κίνησης και εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική σε κάθε χρόνια νόσο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθώς η ακριβής αιτιολογία και παθογένεια της νόσου παραμένουν ουσιαστικά άγνωστα, δεν φαίνεται να υπάρχει θεραπεία με καλή προοπτική μακροπρόθεσμα.

Τα κορτικοστεροειδή, συχνά, προσφέρουν προσωρινή ωφέλεια σε οξεία επεισόδια, όπως οπτική νευρίτιδα, μειώνοντας την δευτερογενή, λόγω οιδήματος, βλάβη. Κορτικοστεροειδή, που χρησιμοποιούνται σε περιόδους έξαρσης, για 1-2 μήνες περίπου, είναι: ACTH, 80 μονάδες, καθημερινά για λίγες ημέρες, με βαθμιαία μειωμένες δόσεις για έναν μήνα περίπου· προεδνιζόνη 100mg ημερησίως, από το στόμα, για 15 ημέρες και στη συνέχεια μέρα παρά μέρα για 15-30 ημέρες, με βαθμιαία μείωση· σε βαρείες εξάρσεις χορηγούνται μεγάλες δόσεις μεθυλπροεδνιζολόνης 0,5gr σε ενδοφλέβια έγχυση 100cc NaCl, για 5 ημέρες και συνέχεια με βαθμιαία μείωση των δόσεων.

Η Σ.Κ.Π. πιθανόν είναι αποτέλεσμα μιας λοιμώδους διεργασίας, που έχει επιδράσει τα πρώτα χρόνια της ζωής σε άτομα με γενετικά καθορισμένη ευπάθεια. Κάποιο είδος ανοσοπαθολογικής αντίδρασης, έναντι της μυελίνης του Κ.Ν.Σ., φαίνεται να ευθύνεται. Η υποψία της ανοσοπαθολογικής διεργασίας δικαιολογεί τα διάφορα είδη ανοσοκατασταλτικής αγωγής που δίδονται, όπως κυκλοφωσφαμίδη σε δόση 2,5mg/kg βάρους, αζαθειοπρίνη, αντιλεμφοκυτταρική σφαιρίνη και ολική ακτινοβόληση (τα παραπάνω χορηγούνται προκειμένου να επιτευχθεί μακροχρόνια ανοσοκαταστολή σε περιπτώσεις με αλληπάλληλες εξάρσεις).

Έχουν δοκιμαστεί χωριστά, μαζί και σε συνδιασμό με κορτικοστεροειδή, αλλά καμιά από τις θεραπείες αυτές δεν έχουν δώσει πειστικές ενδείξεις για μακροπρόθεσμη ωφέλεια. Οι κίνδυνοι από ετέρου είναι εμφανείς: ασθενείς στους οποίους δίδεται επαρκής ανοσοκατασταλτική αγωγή είναι δυνατόν να προσβληθούν από επικίνδυνες λοιμώξεις και να τις αντιμετωπίσουν με δυσκολία. Οι παρενέργειες είναι δυσά-

ρεστες και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη κακοήθους νεοπλασίας.

Η πλασμαφαίρεση έχει χρησιμοποιηθεί για την απομάκρυνση πιθανών βλαπτικών παραγόντων, περιλαμβανομένων των αυτοαντισωμάτων. Μόνη και σε ποικίλους συνδιασμούς με κορτικοστεροειδή και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, χωρίς όμως να προσφέρει σημαντική ωφέλεια.

Ως τρόπος θεραπείας έχει δοκιμαστεί και η απευαισθητοποίηση, είναι όμως επικίνδυνη αν χρησιμοποιηθεί βασική πρωτεΐνη της μυελίνης, γιατί μπορεί η ίδια να προκαλέσει φλεγμονώδη αντίδραση του Κ.Ν.Σ.

Αντιλοιμώδεις θεραπείες, ιδίως η ιντερφερόνη (ενδοραχιαία χορήγηση), χρησιμοποιούνται κατά των ιών. Οι ιντερφερόνες όμως ως ομάδα είναι δυνατόν να προκαλέσουν ευαισθητοποίηση. Η γ-ιντερφερόνη προκαλεί εξάρσεις της νόσου, ενώ η β-ιντερφερόνη βραχύνει, πιθανόν, τις ώσεις.

Η θεραπεία της Σ.Κ.Π. είναι βασικά υποστηρικτική. Φάρμακά για τη σπαστικότητα, όπως BACLOFEN 510mgx3 ημερισίως και μερικές φορές ενδοθηκικές ενέσεις φαινόλης. Ακόμη, τα θερμά λουτρα είναι δυνατόν να έχουν πρόσκαιρη ευνοϊκή επίδραση επί της σπαστικότητας. Συνίσταται επίσης φυσικοθεραπεία για την βελτίωση της κινητικότητας και αντιχολινεργικά φάρμακα για τον τρόμο. Φάρμακα και καθετηριασμός για προβλήματα ενούρησης και απασχολησιοθεραπεία. Όλα τα παραπάνω βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Η ανάπαυση είναι ουσιαστικής σημασίας, κατά τη διάρκεια των ώσεων. Οι νευρώνες, που έχουν καταπονηθεί από την φλεγμονή και το οίδημα, δεν πρέπει να υποχρεώνονται σε αύξηση του μεταβολισμού τους, για την εκτέλεση μη απαραίτητου έργου. Το Κ.Ν.Σ. έχει μικρή ικανότητα αποκατάστασης μετά από πλήρη βλάβη. Κατά την οξεία φάση η παθητική κινησιοθεραπεία είναι χρήσιμη για την διατήρηση της κίνησης και την ελάττωση της σπαστικότητας. Όταν η νόσος πα-

ρουσιάζει ύφεση, η κινητικότητα μπορεί να αυξηθεί σ' ένα λογικό, για το συγκεκριμένο άτομο, επίπεδο. Ακόμη, όμως και σε περιόδους υφέσεως, ασθενείς με παραπάρεση παρατηρούν επιδείνωση της αδυναμίας, μετά από ζωνρή άσκηση. Η δραστηριότητα δεν πρέπει να αποφεύγεται, αλλά πρέπει να ρυθμίζεται ανάλογα με το τι μπορούν οι ασθενείς να επιτύχουν με άνεση.

Ακόμα, οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται ψυχολογικά. Ατομα, που έχουν υποστεί βαρείες αναπηρίες, είναι προτιμότερο να νοσηλεύονται σε κέντρα, που διαθέτουν πολλές ειδικότητες, όπου θα μπορούν να έχουν σωματική και ψυχολογική υποστήριξη και καθοδήγηση.

Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής η/ο οποία/ος θα έρθει για πρώτη φορά σ' επαφή μ' έναν ασθενή θα πρέπει αρχικά να κάνει μία γενική εκτίμηση της κατάστασής του, σύμφωνα με την οποία, στη συνέχεια και σε συνδιασμό με την ιατρική διάγνωση και τις διαγνωστικές εξετάσεις, θα μπορέσει να οργανώσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή. Η εκτίμηση αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει: εκτίμηση της φυσικής, διανοητικής και συναισθηματικής του ασθενή.

Αρχικά θα πρέπει να λαμβάνεται ένα ιστορικό υγείας του ασθενούς, το οποίο θα αποτελείται από τα παρόντα προβλήματα, που παρουσιάζει, από παρελθούσες νόσους που έχει προσβληθεί και από ένα οικογενειακό ιστορικό (για εκτίμηση τυχόν κληρονομικών ανωμαλιών).

Στο ιστορικό υγείας, που θα αναφέρεται στα παρόντα προβλήματα του ασθενούς, θα πρέπει να εξετάζονται: Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται, η ποιότητα, η ένταση, η διάρκεια και η περιοδικότητά τους. Οι παράγοντες που τα μειώνουν και οι παράγοντες που τα επιδεινώνουν. Τα αποτελέσματα των τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων

Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται: Για παρελθούσες προσβολές από τη νόσο, για τα συμπτώματα ποια παρουσιάστηκαν τότε και για τη διάρκειά τους, αν στο ενδιάμεσο διάστημα (παρελθούσα προσβολή-αν υπήρχε-και παροντική) μεσολάβησαν άλλα ηπιότερα νευρολογικά συμπτώματα (π.χ. κεφαλαλγίες, ζάλη, διαταραχές στην όραση ή άλλα), αν στο παρελθόν είχε προσβληθεί από κάποια νόσο.

Θα πρέπει ακόμη να λαμβάνεται οικογενειακό ιστορικό:

... του ασθενή σχετικά με ποτέ παρόμοια προβλήματα

και ποια ήταν η διάγνωση γι' αυτά.

Μετά την συμπλήρωση του ιστορικού θα πρέπει να ελέγχεται η διανοητική κατάσταση του ασθενούς: το επίπεδο συνείδησης αυτού, η δυνατότητα επικοινωνίας, η ικανότητα προσανατολισμού σε χώρο και χρόνο, η ικανότητα συσχετίσεων, η μνήμη (πρόσφατων, μακρινών γεγονότων), η προσοχή και η ικανότητα συγκέντρωσης, η κρίση, διαταραχές της αντίληψης, η διεργασία σκέψης (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, επίγνωση του νοσηρού).

Ακόμη θα πρέπει να εξετάζεται η γενική συγκινησιακή κατάσταση και η συμπεριφορά του ασθενή: εαν είναι τεταμένος, θλιμμένος, αρνητικός ή απαθής, εαν είναι συνεργάσιμος ή η συμπεριφορά του είναι άπρεπη.

Ακολουθεί έλεγχος των σημείων, που μπορεί να προσβληθούν από τη νόσο.

I. Έλεγχος της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων:

Έλεγχος της αίσθησης της όσφρησης σε κάθε ρώθωνα ξεχωριστά (οσφρητικό νεύρο).

Έλεγχος της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων (οπτικό νεύρο).

Έλεγχος της συστολής της κόρης και της προσαρμογής, έλεγχος συμμετρίας και κινήσεις των βολβών, νυσταγμός, διπλωπία, βλεφαρόπτωση (κοινό κινητικό, τροχηλιακό, απαγωγό νεύρο).

Έλεγχος αντανακλαστικών του κερατοειδούς, αισθητική απόκριση του δέρματος του προσώπου, των πρώτων 2/3 της γλώσσας και των δοντιών σε απτικά ερεθίσματα και κινητική δύναμη των μασητήριων μυών (τρίδυμο νεύρο).

Έλεγχος της απόκρισης των πρώτων 2/3 της γλώσσας σε γευστικά ερεθίσματα και έλεγχος της συμμετρίας του προσώπου σε έντονες εκφράσεις (προσωπικό νεύρο).

Έλεγχος της ακοής: αμφοτερόπλευρη εξέταση της ακουστικής οξύτητας σε ακουστικά ερεθίσματα.

Έλεγχος της λειτουργίας της λαβυρινθικής ισορροπίας, νυσταγμός, ίλιγγος, παρέκκλιση στο βάδισμα (εξέταση βάδισης, τυφλής βάδισης, κατάδειξη δακτύλου) (ακουστικό νεύρο).

Έλεγχος της απόκρισης του πίσω 1/3 της γλώσσας σε ερεθίσματα απτικά και γευστικά, εξέταση φωνής, θέση σταφύλης, έλεγχος φαρυγγικών αντανακλαστικών (γλωσσοφαρυγγικό, πνευμονογαστρικό νεύρα).

Έλεγχος μυικής δύναμης και όγκου τραπεζοειδούς και στερονοκλειδομαστοειδούς μυός και κινήσεις ώμου και κεφαλής (παραπληρωματικό νεύρο).

Έλεγχος υπογλώσσιου: Σε βλάβη του ενός νεύρου: ατροφία εκείνου του ημίσεως, προβολή της γλώσσας, στροφή της προς την αδύνατη πλευρά. Σε αμφοτερόπλευρη παράλυση: αδυναμία κίνησης της γλώσσας.

II. Έλεγχος της κινητικότητας:

Γίνεται έλεγχος του ασθενούς κατά την εκτέλεση εκούσιων και ακούσιων κινήσεων. Εξετάζεται αν υπάρχει συμμετρία κατά την εκτέλεση των κινήσεων (δοκιμασία δείκτη-μύτης, δοκιμασία φτέρνα-γόνατο). Ακόμη, ελέγχεται η μυική ισχύς, ο μυικός τόνος (παθητικές κινήσεις, εκτασιμότητα) και παρατηρείται εάν υπάρχει τρόμος.

III. Έλεγχος αισθητικότητας:

α) Αξιολόγηση επιπολής αισθητικότητας για απόκριση σε ερεθίσματα αφής, πόνου, θερμού-ψυχρού.

β) Αξιολόγηση εν τω βάθει αισθητικότητας: δονήσεις (παλλαισθησία) και προσδιορισμός της θέσης των μελών.

IV. Έλεγχος της λειτουργίας της παρεγκεφαλίδας: Αξιολογείται η ικανότητα ισορροπίας και συντονισμού.

V. Έλεγχος αντανακλαστικών:

α) Έλεγχος εν τω βάθει (τενόντιων) αντανακλαστικών: δικεφάλου, τρικεφάλου, βραχιονοκερκιδικό, επιδονατίδας και αχίλλειο.

β) Έλεγχος επιπολής αντανεκλαστικών: κερατοειδούς, κοιλιακά, κρε-
μαστήρος, πελματιαία, παραλλαγές BABINSKI, φαρυγγικά, υπερώας.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα γενικά προβλήματα ενός ασθενή με Σ.Κ.Π. γίνονται αντιληπτά από τη γενική επισκόπηση του ασθενή και μετά από παρατήρηση των ειδικών-για την ασθένεια- συμπτωμάτων, που εκδηλώνει. Ακόμη, τα γενικά προβλήματα του ασθενή μπορεί να αφορούν προβλήματα προσαρμογής του με τη νέα του κατάσταση ή να έχουν σχέση με την εξοικείωσή του με το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Τα προβλήματα ενός τέτοιου ασθενούς μπορεί να προκαλούνται: λόγω σύγχυσης, απώλειας μνήμης, ανικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής. Λόγω ελαττωματικής κινητικότητας, περιορισμένη τροχία κινήσεων, ελάττωση μυϊκού τόνου, μυϊκή αδυναμία, ελαττωμένος έλεγχος των μελών του, αστάθεια στο βάδισμα.

Ακόμη μπορεί να αφορούν προβλήματα, που έχουν σχέση με απώλεια της αισθητικότητας, μουδιάσματα ή προβλήματα εξαιτίας απώλειας της όρασης ή της ακοής ή εξαιτίας ιλίγγων.

Επίσης μπορεί να παρουσιάζει μεταβολές στη θρέψη, λόγω αδυναμίας σίτισης ή ως συνέπεια της ναυτίας και των εμέτων.

Προβλήματα άνεσης εξαιτίας διαταραχών των σφιγκτήρων.

Ψυχικές διαταραχές, λόγω του αγχους που προκαλείται από την εκδήλωση των παραπάνω συμπτωμάτων, σε συνδιασμό, ίσως και με οργανική βλάβη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Σ.Κ.Π.

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής αφού κάνει τη γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και των προβλημάτων του, θα πρέπει να οργανώσει ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα περιλαμβάνει σωματική και ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και διδασκαλία του ασθενούς και των οικείων του. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να καλύπτει τον ασθενή:

- Κατά την εκδήλωση των συμπτωμάτων του
- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, που μπορεί να παρουσιαστούν
- Κατά την προετοιμασία του για τις διαγνωστικές εξετάσεις
- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, που μπορεί να παρουσιαστούν μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις
- Κατά την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος
- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, που μπορεί να παρουσιαστούν κατά την θεραπεία.

Είναι γεγονός, ότι επειδή η νόσος είναι προοδευτική, τα συμπτώματα του ασθενούς αλλάζουν συνεχώς και επομένως σχέδια για την φροντίδα και την αποκατάστασή του πρέπει να αναπροσαρμόζονται συνεχώς, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.

Η νοσηλευτική φροντίδα, που πρέπει να παρέχεται κατά την εκδήλωση των συμπτωμάτων του ασθενούς, είναι:

- Σε προβλήματα μερικής ή ολικής απώλειας της όρασης ή διπλωπίας
 - . Η/Ο νοσηλεύτρια/τής βοηθά τον ασθενή για την κάλυψη των ατομικών του αναγκών
 - . Εξασφαλίζει την προστασία του από δευτεροπαθείς βλάβες
 - . Εκτιμά την ανάγκη για αλλαγή των δραστηριοτήτων του
 - . Του εξηγεί, ευθαρρύνοντάς τον, ότι το σύμπτωμα είναι παροδικό
- Σε περιπτώσεις αισθητικών διαταραχών (μειωμένη αίσθηση πονού ή/και θερμοκρασίας)

Αναγκάζεται να παρέχει να διδάξει τον ασθενή τη σπουδαιότητα της

αυτοεξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής, που διαπιστώνει στο δέρμα του

. Ένας ασθενής με τέτοιου είδους διαταραχές χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, γιατί έχει μεγάλο κίνδυνο να αυτοτραυματιστεί. Θα πρέπει να αποφεύγεται η επαφή του με αιχμηρά και γενικά επικίνδυνα αντικείμενα, να ελέγχεται η θερμοκρασία της τροφής και των υγρών, που του παρέχονται, καθώς και η θερμοκρασία του μπάνιου του

. Σε περίπτωση αυτοτραυματισμού θα πρέπει να εφαρμόζεται η ανάλογη θεραπεία στο σημείο βλάβης ή ερεθισμού, ώστε να αποτρέπονται πιο εκτεταμένες και καταστρεπτικότερες βλάβες ή μόλυνση (π.χ. περιπτώσεις εγκαυμάτων ή λύσης της συνεχειας του δέρματος, κ.λ.π.)

. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν απώλεια της ορέξεως, λόγω ναυτίας, εμέτων ή δυσφαγίας

. Θα πρέπει να εξασφαλιστούν τρόποι ή μέσα (σε περίπτωση δυσφαγίας) σίτισης, για την διατήρηση της κανονικής θρέψης του ασθενούς. Υπάρχουν κίνδυνοι να δημιουργηθούν προβλήματα αδυναμίας, απώλειας βάρους, αναιμίας, υπογλυκαιμίας ή διαταραχές στο ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών

. Σε περιπτώσεις ναυτίας ή εμέτων είναι προτιμότερο ο ασθενής να παίρνει μικρά και τακτικά γεύματα

. Θα πρέπει να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας

. Τα συμπτώματα αυτά (όπως και κάθε άλλο) θα πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό για χορήγηση αντιεμετικών

. Κατά την εμφάνιση ίλιγγου

. Συμβουλεύει τον ασθενή να μην σηκώνεται από το κρεβάτι κατά τη διάρκεια του ίλιγγου, ώστε να προληφθούν τυχόν ατυχήματα.

Είναι προτιμότερο να καλεί την/τον νασηλεύτρια/τή σε περίπτωση που έχει ανάγκη από κάτι, τη στιγμή εκείνη

. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα μυϊκής αδυ-

νάμιας,μουδιάσματα(συνήθως στα άκρα),πόνο ή ελαττωμένο έλεγχο των άκρων και αστάθεια στο βάδισμα-συχνά συμτώματα ασθενή με Σ.Κ.Π.- κατά τη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει:

- . Να εξασφαλιστούν μηχανικά μέσα στον ασθενή για την υποβοήθησή του κατά την έγερσή του
 - . Να ευθαρρύνεται να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις,ανάλογα με τις δυνατότητές του και να τον συμβουλεύει να μην συνεχίζει το έργο μέχρι σημείου κοπώσεως,αλλά να μεσολαβούν ικανοποιητικά διαστήματα ανάπαυσης
 - . Να του εξηγεί,ότι θα πρέπει να συνεχίσει να κινείται,ώστε να διατηρείται ο μυικός τόνος και η μάζα των μυών·σε αντίθετη περίπτωση,παραμονής του δηλαδή στο κρεβάτι,πριν το επιβάλλουν τα συμπτώματά του θα οδηγηθεί σε κατάθλιψη,πλήξη και επιπλοκές,όπως κατακλίσεις και διάφορες λοιμώξεις
 - . Να εφαρμόζει μασάζ στους μύς,για να αποφευχθεί η σπαστικότητα
 - . Σε περίπτωση,που έχει συσταθεί φυσικοθεραπεία στον ασθενή, η/ο νοσηλεύτρια/τής βρίσκεται κοντά του για να παροτρύνει,να ενισχύσει(περίσσοτερο ψυχολογικά,κάνοντάς τον να νοιώθει ασφάλεια) και να τον βοηθήσει,κατά την εκτέλεση των ασκήσεών του
- Σε εγκατάσταση σπαστικότητας,σπαστικής πάρεσης ή παράλυσης, παρέχεται νοσηλευτική φροντιδά στα πλαίσια της ψυχολογικής συντήρησης και υποστήριξης του ασθενούς και στην πρόληψη-όσο αυτό είναι δυνατόν-των επιπλοκών,που προκαλούνται από τη ,σχεδόν μόνιμή,εγκατάσταση του ασθενούς στο κρεβάτι ή σε αναπηρική πολυθρόνα
- . Η/Ο νοσηλεύτρια/τής διδάσκει τον ασθενή ενεργητικές ή εκτελεί παθητικές ασκήσεις,πλήρους τροχιάς,στις αρθρώσεις του. Η μείωση των κινήσεων των μελών ή η ακινητοποίησή τουςγιά μακρύ χρονικόδιάστημα,μπορεί να κατάλήξουν σε παραμορφώσεις. Τοποθετεί τα μέλη του ασθενή σε ουδέτερη θέση

Ακόμα ή νοσηλεύτρια/τής μπορεί να χρησιμοποιήσει θερμών επιθεμάτων ή λουτροών ανακουφί-

ζουν το μυϊκό σπασμό

. Λόγω της περιορισμένης κινητικότητάς του, των επιπόλαιων ανα-
αναπνοών και της γενικής εξασθένησής του είναι επιρρεπής σε δι-
αφορές λοιμώξεις, όπως αναπνευστικές. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής φροντί-
ζει και συμβουλεύει και τον ίδιο τον ασθενή, να μην έρχεται σε ε-
παφή με άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια αναπνευστική λοίμωξη.
Ακόμη τον συμβουλεύει να αναπνέει βαθεία και να βήχει, ώστε να
αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις

. Ο ασθενής μετά από μακροχρόνια κατάκλιση γίνεται επιρρεπής
στις κατακλίσεις. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής τον συμβουλεύει και τον
βοηθάει ν' αλλάζει συχνά θέσεις. Εφαρμόζει προληπτικά μέτρα
για την αποφυγή των κατακλίσεων (καλή καθαριότητα του δέρματος,
μασάζ στα σημεία πίεσης, τοποθέτηση αεροθαλάμου κάτω από τις κα-
τακλίσεις).

. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από φυσικοθεραπεία-μασάζ. Το
μασάζ συμβάλλει στην αποκατάσταση της κυκλοφορίας και στην κα-
λή αιμάτωση των μυών

. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να βρίσκει τρόπους για απασχό-
ληση του ασθενούς (μελέτη, ραδιόφωνο, τηλεόραση, συζήτηση) ή να του
προτείνει να συμμετέχει σε προγράμματα εργασιοθεραπείας. Η α-
πασχόληση δίνει διέξοδο στην ανησυχία, το φόβο, το άγχος και γε-
νικά την ψυχική ταλαιπωρία

. Θα πρέπει, ακόμη, να τον βοηθήσει να νοιώθει ασφάλεια και άνε-
ση μαζί της, ώστε να εκφράζει τα συναισθήματά του και να μην
κλείνεται στον εαυτό του, που ίσως αυτό τον οδηγήσει σε μελαγχο-
λία και άρνηση

- Ένα άλλο σύμπτωμά, που συνήθως εμφανίζουν ασθενείς με Σ.Κ.Π. και
το οποίο χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα, τόσο φυσική, όσο και ψυ-
χολογική, είναι οι δυσλειτουργίες της ουροδόχου κύστης και του ε-
ντέρου

νικά διαστήματα, ώστε να αποφευχθούν η διάταση ή η συρρίκνωσή της, οι ουρολοιμώξεις και ο σχηματισμός λίθων

- . Να εκτελείται καθημερινός ουροδόχου κύστεως
- . Η ακράτεια των ούρων σε συνδιασμό με την ακίνησία ευνοούν τη δημιουργία δερματίτιδας και κατακλίσεων. Για την πρόληψη αυτών θα πρέπει: ο ασθενής να αλλάζει συχνά θέσεις, να εκτελείται συχνή και επιμελημένη καθαριότητα και εντριβές, που τονώνουν την κυκλοφορία, κάτι που συμβάλλει στη διατήρηση του δέρματος σε καλή κατάσταση
- . Οι ουρολοιμώξεις αντιμετωπίζονται με σχολαστική τοπική καθαριότητα και αντισηψία, λήψη άφθονών υγρών, λήψη αντισηπτικού των ουροφόρων οδών (ιατρική εντολή), λήψη αντιβιοτικού μετά από αντιβιογράμμα (ιατρική εντολή), πλύση ουροδόχου κύστεως με αντισηπτική ουσία (ιατρική εντολή)

Η επίσχεσή ή η απώλεια κοπράνων είναι μία κατάσταση, η οποία επιδεινώνεται εξαιτίας της ακινησίας. Σε περίπτωση επίσχεσης θα πρέπει:

- . Να εκτελείται καθημερινός υποκλισμός την ίδια ώρα
- . Να χορηγούνται στον ασθενή υπακτικές τροφές (όσπρια, τροφές με άφθονη κυτταρίνη)
- . Να χορηγείται ελαφρύ υπακτικό (εντολή γιατρού)
- . Να συμβουλεύεται ο ασθενής να κινείται όσο μπορεί

Σε περίπτωση απώλειας κοπράνων:

- . Η δίαιτα προσαρμόζεται ανάλογα
- . Γίνεται αλλαγή στον ασθενή, όποτε είναι απαραίτητο και επιμελημένη καθαριότητα για αποφυγή δερματίτιδας και κατακλίσεων
- . Ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με λεπτότητα. Μία συζήτηση μαζί του, όπου θα του εξηγηθεί, ότι το προβλημά του είναι συνέπεια της νόσου του και δεν είναι υπεύθυνος αυτός, ίσως του βοηθήσει να νοιώσει πιο άνετα.

- Οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου σε συνδιασμό με την ψυχολογική καταπόνηση του ασθενή, οδηγούν σε μεταβολές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς τους, καθώς και σε νοητική έκπτωση (απώλεια μνήμης, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, ελαττώμενη κρίση)

. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει, ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και εμφανίζεται με κρίσεις και τον βοηθά να τις αντιμετωπίσει, απαντώντας του με σαφήνεια στις ερωτήσεις του, ώστε να του λυθούν απόρίες ή φόβιες και άγχος, που προκαλούνται από την άγνωστη προέλευση και εξέλιξη των συμπτωμάτων του

. Του συνιστά να αποφεύγει, όσο είναι δυνατόν, καταστάσεις, οι οποίες τον εκνευρίζουν και τον στεναχωρούν

. Δίνει ευκαιρίες στον ασθενή, δημιουργώντας κλίμα οικειότητας και εμπιστοσύνης, να εκφράσει το άγχος και τα συναισθήματά του και προσπαθεί, είτε με το διάλογο, είτε με την ευσυνείδητη σιωπή να μεταβιβάσει στον ασθενή ενδιαφέρον, αγάπη, κατανόηση και συμμερισμό

. Φροντίζει να έρθει ο ασθενής σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να βοηθηθεί οικονομικά, ιατρικά και επαγγελματικά. Η οικονομική βοήθεια και η μετέπειτα επαγγελματική του αποκατάσταση μπορεί να ελαττώσουν το άγχος του

- Ένας ασθενής με Σ.Κ.Π. έχει ανάγκη της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του για τις απαιτούμενες διαγνωστικές εξετάσεις

. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να προετοιμάσει (φυσική και συναισθηματική προετοιμασία) τον ασθενή για τις διαγνωστικές εξετάσεις. Να του εξηγήσει τη διαδικασία και το σκοπό της εξέτασης και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος κατά τη διάρκειά της

. Να του χορηγηθούν ελαφρά κατευναστικά (εντολή γιατρού) για αντιμετώπιση της έντασης που πιθανόν προκληθεί από την εξέταση

. Να συνοδεύσει και να ενθαρρύνει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης

. Να παρακολουθεί τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης

- Μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να ασκηθεί νοσηλευτική φροντίδα, για τυχόν επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν

. Συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις της κατάστασης του ασθενούς. Συγκεκριμένα μετά από παρακέντηση για λήψη ΕΝΥ μπορεί να παρουσιαστεί μικρή αιμορραγία (από τρώση αιμοφόρου αγγείου με δημιουργία επισκληρίδιου αιματώματος) συνήθως ασυμπτωματική, πόνος από εραθισμό των ριζών, που παρέρχεται μετά από μερικές ημέρες ή συμπτώματα φλεγμονής από λοιμώδη αίτια (π.χ. μικροβιακή μηνιγγίτιδα), που μπορεί να οφείλονται σε μη άσηπτη τεχνική. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να αναφέρονται στον θεράποντα ιατρό.

. Τοποθέτηση του ασθενή σε πρηνή θέση για αρκετές ώρες. Ειδικά μετά από παρακέντηση για λήψη ΕΝΥ, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει κεφαλαλγία, η οποία υποχωρεί συνήθως με την κατάκλιση, την ανάπαυση ή την χορήγηση ήπιων αναλγητικών (εντολή γιατρού).

- Ο ασθενής έχει ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα και κατά την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να εφαρμόζει με ακρίβεια τη θεραπευτική αγωγή, να φροντίζει για την πρόληψη παρενεργειών από αυτήν και να είναι έτοιμη/ος να τις αντιμετωπίσει αν παρουσιαστούν.

Συγκεκριμένα:

. Πρέπει να εξηγείται προσεκτικά το θεραπευτικό σχήμα στον ασθενή και να παρακολουθείται, ώστε να τηρείται αυτό με ακρίβεια

. Επειδή η θεραπευτική αγωγή των ασθενών με Σ;Κ.Π. περιλαμβάνει μεγάλες δόσεις και μακροχρόνια χορήγηση ανοσοκατασταλτικών, θα πρέπει να προφυλλάσσονται από λοιμώξεις, στις οποίες γίνονται πολύ περισσότερα λόγω της ελάττωσης της αντίστασης του οργανισμού

τους

. Ακόμη, τα κορτικοστεροειδή όταν χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν κατακράτηση ηλεκτρολυτών και οίδημα, αύξηση της πίεσης του αίματος, αύξηση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα, μυϊκή αδυναμία, οστεοπώρωση, ακόμη και ψυχικές διαταραχές. Για το λόγο αυτό ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή παρακολούθηση, για τυχόν εμφάνιση τέτοιου είδους εκδηλώσεων

. Ο ασθενής θα πρέπει και ο ίδιος να διδάσκεται, πως να αναγνωρίζει τις παραπάνω παρενέργειες των κορτικοστεροειδών ή τα προβλήματα, που μπορεί να προκύψουν μετά από μακροχρόνια χορήγηση ανοσοκατασταλτικών (ιογενείς ή μικροβιακές λοιμώξεις) και να τα αναφέρει

. Τυχόν παρενέργειες αναφέρονται στον θεράποντα ιατρό, για αναπροσαρμογή του θεραπευτικού σχήματος

. Διδάσκεται ο ασθενής πως να αποφεύγει τις παρενέργειες, χρησιμοποιώντας αντιόξινα και ακολουθώντας ειδική δίαιτα

. Ακόμη, θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ο σκοπός της αγωγής και τα αναμενόμενα από αυτήν αποτελέσματα, ώστε να αποφευχθεί τυχόν άρνηση του ασθενή για τη λήψη των φαρμάκων

Είναι σημαντικό, ένας ασθενής ο οποίος εισέρχεται στο νοσοκομείο να αποκατασταθεί τόσο φυσικά, όσο και συναισθηματικά. Η οργάνωση ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να έχει ως στόχο την κάλυψη όλων των αναγκών του ασθενούς (φυσικές ανάγκες, ανάγκες ασφάλειας, στοργής και αναγνώρισης, ανάγκη δημιουργικότητας και αποδοχής και ανάγκη να γνωρίζει και να καταλαβαίνει). Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να μάθει στον ασθενή να αυτοεξυπηρετείται και να ανεξαρτητοποιείται από το περιβάλλον του, όσο φυσικά, του το επιτρέπουν οι φυσικές και διανοητικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσουν να ζήσει κάθε μέρα, όσο το δυνατόν, με μεγαλύ-

τερη ψυχική και σωματική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ο ασθενής Κ.Ν. .ετών 40, νοσηλεύθηκε στη νευρολογική κλινική του Π.Γ.Ν. Νίκαιας, από 8.7.'94 έως 25.7.'94.

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Μυική αδυναμία κάτω άκρων (κυρίως δεξιού) - Δυσχέρεια στη βάδιση με εύκολη κόπωση - Δυσαισθησίες.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η παρούσα νόσος άρχισε προ τριετίας, οπότε ο ασθενής αισθάνθηκε αιμωδίες στο κάτω μέρος του κορμού και στα άκρα. Οι αιμωδίες αυτές συνεχίστηκαν για 1 μήνα περίπου και συνοδεύτηκαν από μυική αδυναμία των κάτω άκρων, με δυσχέρεια και αστάθεια στη βάδιση. Τον Οκτώβρη της ίδιας χρονιάς, ο ασθενής νοσηλεύεται εκ νέου, αναφέροντας διπλωπία, δυσαισθησίες δεξιού άνω άκρου και ήπια μυική αδυναμία συστοιχα.

Ο ασθενής μετά τα παρόντα συμπτώματα, εισάγεται ξανά στη Ν/Κ για πλήρη διερεύνηση και αντιμετώπιση.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

= Εντονος νυσταγμός απαγωγής

- Αμφω πυραμιδική συνδρομή ΔΕ ΑΡ με πελματιαία σε κάμψη
- Αμφω κοιλιακά αντανακλαστικά κατεργημένα
- Πυραμιδικό βάδισμα
- Ελάττωση μυικής ισχύος δεξιού άνω και κάτω άκρου
- Διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας και υπαισθησία αριστερού ημιπροσώπου.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Από τον γενικό αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο τα α-
γοτελέσματα προέκυψαν φυσιολογικά.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

A/T εγκεφάλου (και με έγχυση σκιαγραφικού)

Αναδεικνύονται εστίες παρά ταμετωπιαία κέρατα των πλαγίων κοι-
λιών άμφω, καθώς και παρά τα ινιακά κέρατα. Οι εστίες αυτές προ-
σλαμβάνουν σκιαγραφικό κι εξακολουθούν να σκιαγραφούνται και μία
ώρα μετά.

ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ

ΟΠΤΙΚΑ ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ:

Λανθάνοντες χρόνοι εκτός φυσιολογικών ορίων

ΑΡ.: 128

ΔΕ.: 116

και παράλληλη αλλοίωση του σχήματος των κυματομορφών.

ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ:

Αριστερά: Παρατηρείται αλλοίωση του σχήματος της κυματομορφής.

Παράλληλα ο χρόνος των κυμάτων III-V είναι παρατεταμένος.

ΒΙΟΨΙΑ ΜΥΟΣ: Δεξιά δεν καταγράφεται κυματομορφή.

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Διαπυρηνική οφθαλμοπληγία άμφω με έντονο
νυσταγμό απαγωγής.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σκλήρυνση κατά πλάκας.

ΑΓΩΓΗ: PREZOLON tabl 50 (6*1) ημερησίως

ZANTAK tabl (1*2) ημερησίως

SEPTRIN tabl (1*3) ημερησίως

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>1. Φόβος, ανησυχία και άγχος για την εξέλιξη της κατάστασής του και λόγω αδυναμίας του να κατανοήσει τις εξάρσεις και υπέρσεις των συμπτωμάτων του.</p>	<p>- Ν'ανακουφιστεί ο ασθενής, όσο είναι δυνατόν, από το φόβο και το άγχος του. - Να τονωθεί το ηθικό του, ώστε να είναι συνεργάσιμος κατά τη νοσηλεία και την εφαρμογή της θεραπείας του και να μην εγκαταλείψει τον εαυτό του.</p>	<p>- Η νοσηλεύτρια/της εξηγεί στον ασθενή, όσο είναι δυνατόν την ασθένειά του (τον τρόπο εμφάνισης των συμπτωμάτων με εξάρσεις και υπέρσεις) και του απαντά με σαφήνεια στις ερωτήσεις του. - Τον ενθαρρύνει χωρίς να του δίνει ουτοπιστικές ελπίδες, οι οποίες μπορεί ν'αποβούν καταστροφικές για την ψυχική του υγεία και τον βοηθάει ν' αντιμετωπίσει την κατάστασή του και να προσαρμοστεί με αυτή. - Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης, ώστε να δοθεί η ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά του και τις ανησυχίες του. - Τον συμβουλεύει ν'αποφεύγει τις καταστάσεις, οι οποίες τον εκνευρίζουν και τον στεναχωρούν. - Φροντίζει να έρθει ο ασθενής σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να βοηθηθεί οικονομικά και επαγγελματικά.</p>	<p>- Ο ασθενής με τη βοήθεια της/του νοσηλεύτριας/τη εκφράζει τα συναισθήματά του, τις ανησυχίες του και τα ερωτήματά του. - Οι απαντήσεις που του δίνονται τον βοηθούν να ηρεμήσει και να νοιώσει κάποια ασφάλεια. Παράλληλα με την ψυχολογική ενθάρρυνση, που του παρέχεται, μπορεί να κατανοήσει και να προσαρμοστεί με την κατάσταση του. - Ο ασθενής, έχοντας την ασφάλεια μερικών σταθερών παραγόντων, αξιόπιστων για τη φροντίδα του, αντιμετωπίζει με περισσότερη ψυχική ηρεμία και υπευθυνότητα τα προβλήματα του.</p>
<p>2. Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων. Αστάθεια στη βάδιση. Εύκολη κόπωση. Συμπτώματα που προκαλούνται λόγω πυραμιδικής βλάβης.</p>	<p>- Εωστή βοήθεια και αντιμετώπιση, ώστε να μπορέσει ο ασθενής να χρησιμοποιήσει τη λειτουργικότητα, που έχει απομείνει στα άκρα του. - Να μην παραμείνει ο ασθενής κλινήρης, ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές, όπως κατακλίσεις, λοιμώξεις, δυσλειτουργία του εντέρου.</p>	<p>- Εξασφαλίζονται στον ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και τη διατήρηση της έγερσής του. - Διδάσκεται στον ασθενή ο τρόπος χρησιμοποίησης των μέσων αυτών. - Ενθαρρύνεται να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς. - Συμβουλεύει τον ασθενή να μην συνεχίζει μέχρι σημείου κόπωσης, αλλά να μεσολαβούν ικανοποιητικά διαστήματα ανάπαυσης. - Του εξηγεί ότι θα πρέπει να συνεχίσει να κινείται, ώστε να διατηρείται ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών και του αναλύει τις επιπλοκές και τη σοβαρότητα αυτών, που μπορεί να προκληθούν μετά από μακροχρόνια παραμονή του στο κρεβάτι. - Εφαρμόζει μασάζ στους μύς για ν'αποφευχθεί η σπαστικότητα. - Σε περίπτωση που έχει συσταθεί ψυχοθεραπεία, η παρουσία της νοσηλεύτριας/τη, κατά την εκτέλεση των ασκήσεων, αποτελεί μέτρο ασφάλειας του ασθενούς.</p>	<p>- Ο ασθενής με την κατάλληλη μηχανική βοήθεια, ψυχολογική υποστήριξη και θεραπευτικό σχήμα, κατόρθωσε να εκμεταλλευτεί την εναπομείνουσα λειτουργικότητα των μελών του. Έτσι, αφ'ενός μεν προλήφθηκαν επιπλοκές, όπως σπαστικότητα, παραμορφώσεις, κατακλίσεις και αφ'ετέρου βοηθήθηκε ψυχολογικά, αποκτώντας περισσότερη ασφάλεια και αυτοπεποίθηση, αφού μπορούσε να αυτοεξυπηρετείται και να νοιώθει ανεξάρτητος.</p>

Προβλήματα του ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>3. Κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να τρέφεται ο ασθενής κανονικά, παίρνοντας τις απαραίτητες θερμίδες και όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του και για την αποφυγή περαιτέρω προβλημάτων που μπορεί να προκληθούν λόγω καχεξίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προσφέρονται στον ασθενή τροφές της αρεσκείας του και καλοσερβιρισμένες, που θα πρέπει όμως να περιέχουν και όλα τα απαραίτητα στοιχεία, για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. - Δίδονται μικρά και τακτικά γεύματα. - Γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας (σε περιπτώσεις εμέτων). 	<ul style="list-style-type: none"> - Με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής θρέψης, ο ασθενής αποφεύγει προβλήματα αδυναμίας, απώλειας βάρους, αναταμίας, εύκολης κοπώσεως, τα οποία θα επιβάρυναν την υπάρχουσα κατάσταση.
<p>4. Διαταραχές της λειτουργικότητας του εντέρου, λόγω πρόσβολής της ιερής μοίρας του νωτιαίου μυελού. Η κατάσταση επιδεινώθηκε εξαιτίας της περιορισμένης κινητικότητας του ασθενή. Ακόμη, ο ασθενής δείχνει να νοιώθει ενοχές εξαιτίας της διαταραχής αυτής.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να βοηθηθεί ο ασθενής με τρόπους φυσικούς ή/και φαρμακευτικούς, ώστε να εξομαλυνθεί η λειτουργικότητα του εντέρου. - Βοηθάται ο ασθενής να μην νοιώθει ενοχές για το πρόβλημά του αυτό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προσαρμόζεται ανάλογα το διαιτολόγιο του ασθενή. Αποφεύγονται να δίνονται ορισμένες τροφές, όπως όσπρια ή τροφές με άφθονη κυτταρίνη, οι οποίες επιδεινώνουν την απώλεια κοπράνων. - Γίνεται συχνή αλλαγή και επιμελημένη καθαριότητα για αποφυγή δερματίτιδας και κατακλίσεων. - Αντιμετωπίζεται ο ασθενής με λεπτότητα. Γίνεται μια συζήτηση μαζί του, όπου του εξηγείται, ότι το πρόβλημά του είναι συνέπεια της νόσου του και δεν είναι αυτός υπεύθυνος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργικότητα του εντέρου κατάστασης. Προλαμβάνονται οι επιπλοκές από τη δυσλειτουργία αυτή.
<p>5. Διαταραχή της λειτουργίας του ουροδόχου κύστεως, λόγω πρόσβολής της ιερής μοίρας του νωτιαίου μυελού.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να επανέλθει, όσο είναι δυνατόν, η ομαλή λειτουργία της ουροδόχου κύστεως και να προληφθούν προβλήματα, ούτως όπως ο σχηματισμός λίθων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτελείται άδειασμα της κύστεως σε κανονικά χρονικά διαστήματα. - Εφαρμόζεται συχνή και επιμελημένη καθαριότητα για την πρόληψη ουρολοίμωξης, δερματίτιδας ή κατακλίσεων. - Εκτελείται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργικότητα της ουροδόχου κύστεως. Προλαμβάνονται οι επιπλοκές από τη δυσλειτουργία αυτή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας την εργασία θα ήθελα να επισημάνω,ότι η Σ. Κ.Π. είναι νόσος η οποία δεν θεραπεύεται. Κατά μέσο όρο 60% περίπου των ασθενών διατηρεί πλήρη λειτουργικότητα 10 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου,ενώ ένα ποσοστό 25-30% μπορεί να διατηρήσει ακόμη και 30 χρόνια. Μετά από στατιστική άποψη,η διαταραχή δεν μειώνει πολύ το προσδόκιμο της επιβίωσης,είναι όμως δυνατόν οι επανειλημμένες προσβολές να προκαλέσουν σοβαρή αναπηρία ή ακόμη και θάνατο.

Ο ρόλος της/του νοσηλεύτριας/τή,που ασχολείται με τον ασθενή αυτόν είναι πολυδιάστατος και η συμβολή της/ου θεωρείται ουσιαστική στην αποκατάστασή του. Η φροντίδα που παρέχει στον ασθενή έγκειται όχι μόνο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων,την πρόληψη παράγοντων,που θα μπορούσαν να επιβαρύνουν την υπάρχουσα κατάσταση και τη θεραπεία του,αλλά κατά ένα μεγάλο μέρος στην ψυχολογική υποστήριξη και την τόνωση του ηθικού του ασθενή,που πάσχει από τη νόσο. Είναι γεγονός,ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν συχνά ψυχολογικές μεταπτώσεις,συναισθηματική ευαισθησία και αστέθεια και μπορεί να παρουσιάσουν ακόμη και κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό ο ασθενής έχει ανάγκη από ψυχική συμπαράσταση,πραγματικό ενδιαφέρον,φροντίδα και ενθάρρυνση. Μόνο μ' αυτό τον τρόπο θα βοηθηθεί να συμβιβαστεί με τη νόσο του. Και είναι γεγονός,ότι αυτοι,που κάτω από τη σωστή βοήθεια και καθοδήγηση αντιμετωπίζουν το πρόβλημα πιο αισιόδοξα και θετικά,επιτυγχάνουν να κάνουν τις απαραίτητες προσαρμογές και να ζήσουν το παρόν όσο πιο δημιουργικά μπορούν.

Σήμερα,παράλληλα με την ιατρική,το νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει σημαντικά στην εξελικτική πορεία του ασθενή. Η συμβολή αυτή,για να είναι εποικοδομητική,θα πρέπει να ξεκινά με στόχο όχι

τη στείρα, απρόσωπη και επαγγελματική προσφορά εργασίας, αλλά την
ατομικευμένη, προσεκτική και με αγάπη προσφορά για τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε., "ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ", ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΕΥΝΙΚΗ, ΑΘΗΝΑ 1991
- DESPOPOULOS A., -SILBERNAGL S., "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ", ΜΕΤΑ-
ΦΡΑΣΗ: ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ,
ΑΘΗΝΑ 1989
- ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ Ι., "ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ", ΕΚΔΟΣΗ: ΔΕΥΤΕΡΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: UNIVERSITY
STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988
- LUCKMANN J.-SORENSEN K.C., "MEDICAL-SURGICAL NURSING", EDITION:
THIRD, EDITED BY W.B. SAUNDERS COMPANY, 1987
- ΜΑΚΡΗΣ Ν., "ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ", ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΩΝ Τ.Ε.
Ι., ΠΑΤΡΑ 1987
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ., "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΙΚΗ", ΤΟΜΟΣ Β, ΜΕΡΟΣ 2ο, ΕΚΔΟΣΗ: 13η, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: "Η ΤΑΒΙΘΑ", ΑΘΗΝΑ
1990
- ΝΤΟΖΗ Ι.-ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ, "ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ", ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΑΦΟΙ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ, ΘΕΣ-
ΣΑΛΟΝΙΚΗ 1985
- RAYMOND ADAMS-MAURICE VICTOR, "PRINCIPLES OF NEUROLOGY", EDITION
FIFTH, INTERNATIONAL EDITION, 1993
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ., "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΙΚΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ", ΤΟΜΟΣ 1ος, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΒΗΤΑ, ΑΘΗ-
ΝΑ, 1985
- SIBLEY W.-POSER S.-ALTER M., "MERRITT'S TEXTBOOK OF NEUROLOGY",
EDITION: EIGHTH, EDITED BY LEWIS P. ROWLAND, M.D., 1989

