

18 listopada 2020

STWARDNIENIE ROZSIANE U OSÓB W STARSZYM WIEKU

Mianem stwardnienia rozsianego (*Sclerosis Multiplex, SM*) o późnym początku określa się te przypadki choroby, które rozpoczynają się w wieku powyżej 50. roku życia. Z tego typu rozpoznaniem mamy do czynienia w 4-9,6% przypadków. SM o późnym początku ma zwykle przebieg pierwotnie postępujący, a pierwszymi objawami w 60-70% są objawy piramidowe lub mózdkowe. Progresja choroby i postęp niepełnosprawności w SM rozpoczynającym się po 50. roku życia są zwykle szybsze, a rokowanie jest gorsze. SM o późnym początku bardzo często stanowi problem diagnostyczny, a w postawieniu właściwego rozpoznania niezbędne jest przeprowadzenie szczegółowego rozpoznania różnicowego uwzględniającego zespoły naczyniowe mózgu i rdzenia kręgowego, mielopatie uciskowe, schorzenia związane z nadciśnieniem tętniczym i chorobami metabolicznymi, zapalenia naczyń, zespoły zwyrodnieniowe i niedoborowe. W SM o późnym początku duże **znaczenie diagnostyczne** mają badania dodatkowe, takie jak rezonans magnetyczny (MRI), badanie potencjałów wywołanych (PW) i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF), lecz należy pamiętać o ostrożnej i wnikliwej ich interpretacji uwzględniającej możliwość współistnienia wielu stanów chorobowych u osób w starszym wieku. U wszystkich tego typu pacjentów oprócz badań dodatkowych typowo wykonywanych w SM należy przeprowadzić rozległy panel badań laboratoryjnych, takich jak: badania hematologiczne i biochemiczne krwi, poziom glukozy, hemoglobiny glikozylowanej, witaminy B12, kwasu foliowego, homocysteiny, HIV, przeciwciała ANA, czynnik reumatoidalny, przeciwciała antyfosfolipidowe, przeciwciała przeciwjadowe, elektroforezę białek, przeciwciała paranowotworowe. Mimo, że badanie MRI jest uważane za najbardziej specyficzne i czułe narzędzie diagnostyczne w rozpoznawaniu SM, to wraz wiekiem jego wartość spada.

Stwardnienie rozsiane, jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną narządowo swoistą, w przebiegu, której dochodzi do postępującego uszkodzenia osłonek mielinowych i aksonów. Mimo, że SM uważane jest zazwyczaj za chorobę ludzi młodych (najwięcej zachorowań pojawia się w wieku 20-40 lat, z przewagą kobiet) to schorzenie to może wystąpić w każdym wieku. Liczba zachorowań wśród kobiet i mężczyzn powyżej 50. roku życia wydaje się być podobna jak w przypadku SM rozpoczynającym się w młodszym wieku. Obserwacja ta nie wyklucza wpływu układu hormonalnego na podatność na zachorowanie na SM (jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że prawdziwy początek choroby wystąpił na wiele lat przed początkiem objawowym, a więc przed zmianami hormonalnymi związanym z menopauzą), a może potwierdzać wpływ czynników genetycznych.

Objawy



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

W większości przypadków (60-70% pacjentów) SM o późnym początku rozpoczyna się w sposób monosymptomatyczny, jako zaburzenia czynności ruchowych. Jest to zazwyczaj związane z często (47-90%) stwierdzanymi w tej grupie chorych zmianami ogniskowymi w rdzeniu kręgowym. Rzadziej występują zaburzenia mózdkowe, pniowe czy objawy czuciowe. Bardzo rzadko SM u osób starszych rozpoczyna się objawami pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Bardzo często (częściej niż w zgodnej wiekowo populacji ogólnej) w grupie chorych z SM o późnym początku występowały zaburzenia depresyjne poprzedzające rozpoznanie SM. W 32-83% przypadków SM o późnym początku ma przebieg pierwotnie postępujący i tego typu przebieg choroby występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. W przypadkach, gdy choroba ma przebieg z rzutami i remisjami, odstęp czasu między kolejnymi rzutami jest krótki, po rzutach zazwyczaj pozostają wyraźne objawy ubytkowe, szybko również dochodzi do przejścia choroby w fazę wtórnie postępującą. Wszystkie te obserwacje sugerują przewagę aksonalnego procesu zwyrodnieniowego nad mniej wyraźnym i agresywnym procesem zapalnym. Częstsze występowanie przebiegu pierwotnie postępującego u chorych z SM o późnym początku może mieć związek ze starzeniem się mózgu i układu immunologicznego połączonego ze zmianą ekspresji genów, zaburzeniami aktywności komórek T oraz z ograniczeniem procesów efektywnej remielinizacji. Wyżej wymienione zaburzenia mogą być odpowiedzialne również za szybszą progresję niepełnosprawności u chorych z SM o późnym początku.

Analiza związku między czasem przeżycia i wiekiem początku choroby sugeruje, że u pacjentów z SM o późnym początku współczynniki śmiertelności są znacznie wyższe niż u chorych, u których choroba rozpoczyna się wcześniej (17,9 vs 8,2). Powyższa sytuacja może być wynikiem różnych czynników związanych z szybką progresją choroby, jak również z istnieniem innych chorób towarzyszących związanych z wiekiem.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą nieuleczalną, jednakże wdrożenie środków zapobiegawczych, może przyczynić się do wolniejszego rozwoju tego schorzenia. **Leczenie** stwardnienia rozsianego można podzielić na: 1) leczenie przyczynowe, 2) leczenie rzutów, 3) leczenie objawowe.

Przy leczeniu rzutów SM wykorzystuje się przede wszystkim kortykosterydy, które przyczyniają się do łagodzenia objawów oraz zmniejszają zapalenia. Wadą tego typu środków jest szereg możliwych skutków ubocznych. W leczeniu rzutów również często wykorzystuje się leki immunomodulujące oraz immunosupresyjne, które korygują nieprawidłowo funkcjonujący układ odpornościowy. Leczenie objawowe SM uzależnione jest przede wszystkim od przebiegu choroby. Jego celem jest poprawa jakości życia osoby, zmagającej się z stwardnieniem rozsianym. W większości przypadków chorobowych wdraża się leczenie: bólu, zmęczenia, depresji, spastyczności oraz zaburzeń czynności zwieraczy. Leczenie przyczynowe, rzutów i objawowe warto wspomóc terapiami alternatywnymi, w tym, np. zabiegami akupunktury, krioterapii, dietami, zapobiegającymi zaporciom oraz preparatami ziołowymi o działaniu moczopędnym.



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

Dużym **problemem w pielęgnacji** chorego z SM może być spastyka, czyli silne napięcie mięśni. Powoduje ono powstanie przykurczów, ogranicza ruchomość stawów, utrudnia toaletę ciała, zwłaszcza miejsc intymnych. To prowadzi do częstych infekcji dróg moczowych, ułatwia powstanie odleżyn. Chorych z zaburzeniami w oddawaniu moczu należy zaopatrzyć w cewniki i/lub pieluchomajtki. Chorzy z SM źle reagują na wysoką temperaturę. Zaleca się mycie w letniej wodzie, najlepiej pod prysznicem. Trzeba unikać gorących kąpeli, ekspozycji na słońce, pobytów w ciepłych krajach. Innym problemem może być silne drżenie, które uniemożliwia choremu wykonywanie precyzyjnych czynności, nawet przy braku niedowładów. Choremu należy zapewnić odpowiednie naczynia, aby mógł z nich sam korzystać, np. zamknięty kubek z dzióbkiem. W diecie należy zredukować ilość pokarmów mięsnych i tłustych produktów mlecznych, wyeliminować tytoń i alkohol, które biorą udział w reakcjach zapalnych. Wskazane jest chude mleko ze względu na dużą zawartość wapnia, zaleca się dania rybne, na bazie soi oraz dużą ilość warzyw i owoców. Bardzo ważna jest rehabilitacja na każdym etapie choroby. Obejmuje ona nie tylko rehabilitację ruchową, ale również ćwiczenia mowy i ćwiczenia urologiczne (trening pęcherza i mięśni dna miednicy). Podopiecznemu należy zapewnić kulę, chodzik, wózek, łóżko z materacem przeciwoleżynowym. Rehabilitacja może być prowadzona w szpitalu, w domu chorego, na turnusach rehabilitacyjnych. Istotnym jest zapewnienie kontaktu z innymi ludźmi, grupami wsparcia.

Źródło:

1. *Bielniak E., Stelmasiak Z.: SM u osób starszych (SM o późnym początku). Postępy Nauk Medycznych 2010, 4: 272-276.*
2. *Krakoviak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekłe chory w domu. Wydanie II, zmienione i rozszerzone. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.*
3. https://zdrowie.tvn.pl/a/stwardnienie-rozsiane-sm-przyczyny-objawy-przebieg-rozpoznanie-i-sposoby-leczenia?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=paste

Źródło zdjęcia: <https://www.canva.com/photos/>



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit