

A SZOTE Neurológia "Extrapyramidalis Ambulancia" tevékenysége

Dibó Gy., Záborszki A., Ungureán A., Prikidánovits E.

SZOTE, Neurológia

Az extrapyramidalis ambulancián gondozott betegek diagnózis szerinti megoszlása az alábbi:

essentialis tremor:	39 fő,
idiopathiás Parkinson-beteg:	150 fő,
vascularis parkinsonizmus:	16 fő,
MSA:	6 fő,
Huntington chorea	4 fő.

Jelen munkában két kérdést érintünk: 1. Hogyan különböztethetjük meg a tremorformákat? 2. Milyen vizsgálatok elvégzése javasolt az idiopathiás Parkinson-betegségben?

Gondos és alapos fizikális vizsgálat alapján a tremorok differenciál diagnosztikája¹ a jelentkezés körülményei alapján kezdhető el: 1. Nyugalmi tremor (a végtagon akkor észlelhető, amikor azon nincs akaratlagos izomaktivitás), 2. Akciós tremorok családja (minden tremorforma, amely valamilyen akaratlagos izomkontrakció során jelentkezik), vagyis az alábbiak:

A) Posturalis tremor (valamely akaratlagosan fenntartott végtaghelyzetben jelentkező;

B) Kinetikus tremor (jól észlelhetővé csak valamely mozgás során válik). Ilyen az intenciós és a véghelyzeti, azaz fixációs tremor (a célirányos mozgás során a célhoz közeledve lesz egyre nagyobb amplitúdójú, vagy egyáltalán akkor észlelhető).

C) Feladatspecifikus tremor (csak a feladat végzése idején észlelhető, például az írás, hangszeres játék, óras munkavégzése során észlelt forma).

D) Izometrikus tremor (ha az akaratlagosan összehúzódó izmot valami megakadályozza abban, hogy hosszát megváltoztassa, azaz izometriás feszüléskor jön létre).

A klinikai kép más adataival együtt értékelve a lehetséges etiológiára próbálunk következtetni: 1. Fiziológias és felerősödött fiziológias tremor (akciós típus). 2. Parkinsonos tremor - az alábbi komponensekből: a) nyugalmi, pronációs-supinációs jellegű, b) posturalis, de pronációs-supinációs jellegű, c) nyelv-, ajak-, álkapocstremor. 3. Esszenciális tremor: az alábbi komponensekből áll: a) posturalis flexiós-extenziós jellegű, b) kinetikus jellegű, flexiós-extenziós, c) fej-, hangtremor. 4. Dystoniás tremor. 5. Neuropathiás tremor. 6. Mesencephalis-rubralis tremor. 7. Cerebellaris tremor. 8. Gyógyszer indukálta tremor. 9. Funkcionális tremor.

A legnagyobb jelentősége az esszenciális és parkinsonos tremor elkülönítésének van. Az esszenciális tremor mint entitás még mindig keresi a helyét. A betegség terápiaja az életkor, a cardialis kontraindikációk mérlegelése mellett vagy Propranolol vagy Primidon, esetleg standard vagy retard Diaphyllin.

A közismert motoros és pszichomotoros tünetek mellett a *dysthymiát* érdemes megemlíteni, hiszen betegek 50%-ánál jelentkezik. A leginkább elfogadott pathomechanizmus az oxidatív stressz elmélete. Az irodalomból jól ismert adatok alapján javasolt tesztek és vizsgálatok: klinikai értékelés: UPDRS, MMT-teszt, BDI, *Webster* önértékelő tesztek, *Schwab-England* nappali aktivitásértékelő skála; laborvizsgálatok, EKG, koponya CT, koponya MRI, szemészeti vizsgálat: visus, fundus, látótér, VEP,

ERG, PERG, kontrasztszenzitívitás-mérés; HMPAO-SPECT, n. medianus, n. tibialis SSEP, mágneses corticalis ingerlés, kognitív P300 EP, Debrisoquin hidroxiláz fenotípus meghatározása, L-DOPA szenzitívitás vizsgálat PK-Merz infúzió segítségével, esetleg Apomorphin adásával.

Irodalom

1. *Bain P.* A combined clinical and neurophysiological approach to the study of patients with tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1993;69:839-844.

A Parkinson-kór terápiája

Ungureán Aurélia, Záborszki Annamária, Vécsei László

SZOTE, Neurológia

A Parkinson-kór kezelésének gyógyszeres, sebészi, fizioterápiás, pszichoterápiás és diétás lehetőségei vannak^{1,2}.

A gyógyszeres terápiában neuroprotektív és szimptomatikus szereket különböztetünk meg. Az előbbiekhöz tartozik a Jumex (deprenyl); mely MAO-B inhibitor és a betegségek progresszióját lassító hatással rendelkezik; a PK-Merz (Amantadin-szulfát), ami parciális NMDA antagonist; továbbá az E-vitamin (Tocopherol), antioxidáns parkinsonizmust befolyásoló hatása a DATATOP-vizsgálat szerint nem bizonyított.

A szimptomatikus szerek csoportjába az anticholinerg szerek (Tremaril, Kemadrin, Akineton), a dopaminagonisták (Bromocriptin, Pergolide, Lisuride, Apomorphin: direkt dopaminreceptor-izgatással fejtik ki hatásukat), végül az L-dopa szubsztituensek tartoznak (Madopar 250 mg, Madopar HBS, Sinemet 275 mg, Sinemet CR). Azt az elvet célszerű követni, hogy a beteg mindennapi aktivitását úgy biztosítsuk, hogy a Levodopa terápia minél később kerüljön bevezetésre és amennyiben bevezetésre kerül, a legalacsonyabb dózissal induljunk, és a beteg állapotától függően a legkisebb mennyiséggel emeljük. A CR-készítmény előnye az, hogy egyenletesebb vérszintet biztosít. Ezért célszerű ezen formula választása.

A szubsztitúciós kezelés korai szakaszában számolni kell a perifériás dopaminhatás jelentkezésével (hányás, hányinger, orthostasis, cardiális eltérések). Ezek kiküszöbölésére is igen nagy jelentőségűeknek látszik a catechol-o-methyltransferase (COMT) inhibitoroknak a bevezetése (Entecapon, Tolcapon).

Ismert tény, hogy 3-5 éves szubsztitúciós kezelés után komoly mellékhatásokkal kell számolni. "Tartós Levodopa adagolási szindróma" esetén a típustól függő (wearing off, peak-dose dyskinesia, on-off, bifázisos dyskinesia) terápiát egyénileg kell beállítani.

Az újonnan diagnosztizált betegek kezelésében H.-Y. I. stádium a napi aktivitást a tünetek nem befolyásolják lényegesen. A terápia: Jumex (5 mg) 2x1 tbl., PK-Merz (100 mg) 2x100 mg tbl., Parlodel (2,5 mg) 1/2 tablettánként emelkedő dózisban napi 5-10 mg, Kemadrin, Tremaril (5 mg) 3x5 mg, tremordomináns betegség esetén.

Előrehaladott Parkinson-kórban (H.-Y. IV-V. stádium) a motoros fluktuációk megjelennek tartós szubsztitúciós kezelés után.

Ennek okai :