

Ako diagnostikovať Parkinsonovu chorobu v ambulancii všeobecného lekára

MUDr. Alice Kušnírová, MUDr. Igor Straka, prof. MUDr. Peter Valkovič, PhD.

II. neurologická klinika LF UK a UNB, Nemocnica akad. L. Déreza, Bratislava

Parkinsonova choroba je pomaly progredujúce neurodegeneratívne ochorenie, ktoré sa prejavuje zhoršením motorických funkcií s typickým spomalením pohyblivosti, trasom a poruchami chôdze a rovnováhy. S týmto ochorením sú spojené aj nemotorické príznaky – poruchy spánku, zníženie čuchu, vegetatívne príznaky či poruchy nálady. V tomto článku sú opísané klinické symptómy sprevádzajúce všetky štádiá Parkinsonovej choroby, ktoré si môže všeobecný lekár všimnúť pri návšteve pacienta v ambulancii a tým napomôcť k skoršej diagnostike a následnej liečbe pacientov s týmto ochorením.

Kľúčové slová: Parkinsonova choroba, symptómy, všeobecný lekár, diagnostika

How to recognize Parkinson's disease in general practice

Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disorder, presenting mainly with impaired motor functions – bradykinesia, tremor and gait and balance disturbances. Also, a variety of non-motor symptoms is common in PD – including sleep disturbances, hyposmia, vegetative dysfunction and mood changes. This article summarizes symptoms present across all stages of Parkinson's disease. They might be recognized by a general practitioner what helps to early diagnose and propriate treat this disease.

Key words: Parkinson's disease, symptoms, general practitioner, diagnosis

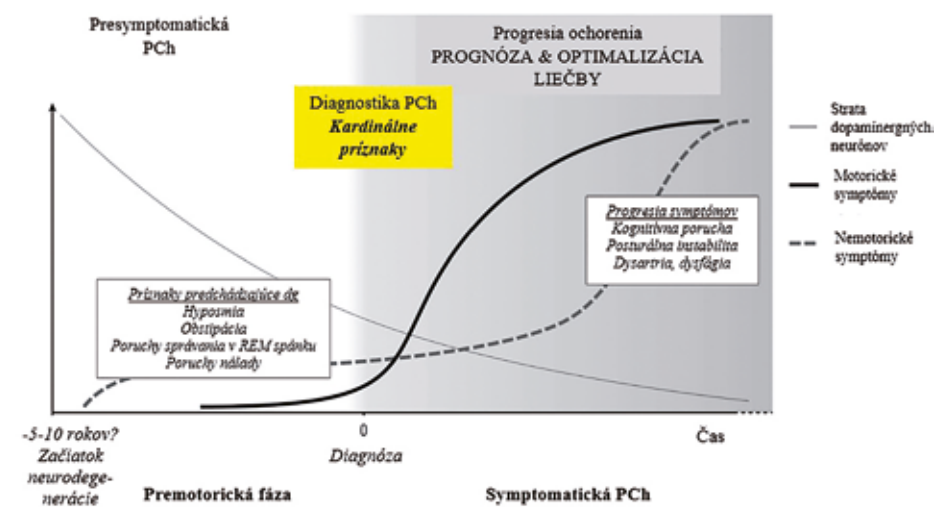
Via pract., 2016, 13(6): 256–258

Úvod

Parkinsonova choroba (PCh) je po Alzheimerovej demencii druhým najčastejším neurodegeneratívnym ochorením. Podľa epidemiologických štúdií ochorením celosvetovo trpí viac ako 1 % obyvateľov starších ako 60 rokov a so zvyšujúcim vekom stúpa aj prevalencia tohto ochorenia (1). Predpokladá sa, že na Slovensku trpí PCh približne 15 000 ľudí (2). Ochorenie postihuje obe pohlavia, len s miernou prevahou mužskej populácie (1,2 : 1). Vo všeobecnosti PCh môžeme považovať za ochorenie „vyššieho veku“ s typickou klinickou manifestáciou medzi 50. a 70. rokom života, no môže sa objaviť v ktoromkoľvek veku.

Existuje veľmi účinná symptomatická liečba, ktorá dokáže dlhodobo udržiavať výbornú kvalitu života. Preto včasná diagnostika a včasná iniciácia tejto liečby je pre pacientov kľúčová. Diagnóza PCh býva stanovená podľa typického klinického obrazu a pokiaľ nie sú diferenciálno-diagnostické pochybnosti, nie je potrebné dopĺňať ďalšie vyšetrovacie metodiky. Stále viac sa však akceptuje hypotéza, že PCh nie je homogénne ochorenie – u pacientov môže byť prítomný rozdielny klinický obraz s prevahou jednotlivých kardinálnych symptómov. Rozdiel je aj v rýchlosti progresie choroby a v pridružených symptómoch (napríklad demencia, halucinácie a pod.). Existuje však súbor symptómov pre PCh tak typických, že toto ochorenie môže byť zachytené už v skorom štádiu aj v ambulancii všeobecného lekára či internistu.

Obrázok 1. Progresia Parkinsonovej choroby v čase (prevzatá a upravená podľa Lebouvier, 2010 (3))



Klinický obraz Parkinsonovej choroby

Prvé príznaky ochorenia sa manifestujú niekoľko rokov pred prejavom sa kardinálnych motorických príznakov ochorenia, ako je zobrazené na obrázku 1.

Motorické príznaky Parkinsonovej choroby

Parkinsonova choroba je zvyčajne diagnostikovaná na základe objavenia sa prvých motorických príznakov (4). V období ich manifestácie už došlo k úbytku 30 – 50 % pigmentovaných dopaminergických neurónov s recipročným poklesom hladiny dopamínu v striate (5). Typickým

motorickým prejavom PCh je extrapyramídový hypokinético-hypertonický syndróm. O parkinsonizme môžeme hovoriť v prípade, ak je prítomná hypo/bradykinéza a aspoň jeden zo symptómov – tremor, rigidita, posturálna instabilita. V drvivšej väčšine prípadov symptómy začínajú na jednej strane tela s postupným šírením sa aj na kontralaterálnu stranu tela.

Bradykinéza

Bradykinéza (alebo hypokinéza) je typická spomalením, chudobnosťou a nízkou amplitúdou vôľových pohybov. Iničiálne štádiá si však skôr všimnú pacienti príbuzní alebo kolegovia – prejaví sa totiž môže ako hypomímia (chu-

dobná mimika nekorenšponujúca s emočným stavom pacienta) a celková spomalenosť. Často sa však pripisuje depresii či v poslednom období stále „populárnejšiemu“ únavovému syndrómu. U viac ako polovice pacientov sa objavujú rečové poruchy už v skorých štádiách – reč je tichá, monotónna a celkovo pôsobí uponáhľane (4). Samotní pacienti sa tiež môžu sťažovať na zmenšenie písma (mikrografiú) a jednostranné zhoršenie hlavne jemnej motoriky, napríklad pri zapínaní gombíkov, holení sa a pod. (niekedy vzbudí podozrenie na cievnú mozgovú príhodu).

Tremor

Zhruba 80 % pacientov postihuje tras končatín (tremor), vo väčšine prípadov postihuje končatiny v pokoji. Tým sa odlišuje od esenciálneho trasu, ktorý sa typicky zhoršuje pri pohybe končatín, čím negatívne ovplyvňuje bežné denné aktivity. Parkinsonský tras vzhľadom pripomína rávanie mincí (pohyb palca oproti ukazováku) medzi prstami. Tremor môže postihnúť aj dolné končatiny a taktiež sa môžu objaviť aj iné typy tremoru (5).

Rigidita

Rigidita je patologicky zvýšený tonus, ktorý je na začiatku vyjadrený skôr na axiálnom svalstve a postihuje viac flexorové ako extenzorové svalové skupiny. Pacienti rigiditu vnímajú ako stuhnutosť, niekedy sprevádzanú aj bolesťou. Podobne ako hypokinéza a tremor aj rigidita začína najprv na jednej končatine, preto sa často pripisuje (a dlhodobo nesprávne lieči) vertebrogénnym ťažkostiam (napríklad cervikobrachiálny syndróm, syndróm zamrznutého ramena). Nereaguje však na analgetickú liečbu a nelepší sa ani po rozcvičení (na rozdiel od reumatických ťažkostí).

Poruchy postoja a chôdze

Rozvoj posturálnej instability je typický v neskorších štádiách ochorenia, v ktorých môže viesť k pádom. Na začiatku motorickej manifestácie PCh majú pacienti vo vzpriamenom postoji tendenciu mimovoľne presúvať ťažisko tela dopredu, čo dáva typický obraz zhrbeného parkinsonského postoja s flexiou krku, trupu a semiflexiou v lakťových kĺboch a kolenách (6). Pacienta treba nechať kráčať, vtedy možno pozorovať typickú súchavú chôdzu s oslabenými a asymetrickými súhybmi horných končatín (synkinézami). Prehľad kardinálnych príznakov PCh, ich klinických prejavov a s nimi spojených diagnostických omylov prináša tabuľka 1.

Tabuľka 1. Kardinálne príznaky PCh, ich klinické prejavy a s nimi spojené diagnostické omyly

Kardinálne príznaky	Klinické prejavy	Diagnostické omyly
Tremor	asymetrický na končatinách v pokoji	esenciálny tremor hypertyreóza
Brady/hypokinéza	mikrografia	
	hypomímia, hypofónia, chudobnosť pohybov	depresia hypotyreóza
	jednostranné zhoršenie motoriky končatín	cievna mozgová príhoda
Rigidita	stuhnutosť bez zlepšenia po rozhybaní	bolesti ramena a paže (cervikokraniálny syndróm)
Posturálne príznaky	anteflexia súchavá chôdza utlmené súhyby končatín	vertebrogénne ťažkosti (lumboischialgický syndróm)

Nemotorické príznaky Parkinsonovej choroby

Nemotorické príznaky sa vyskytujú u všetkých pacientov s PCh a sú významným determinantom redukovanej kvality života (7). Vznikajú na podklade degenerácie aj iných oblastí nervového systému a tiež dysfunkcie viacerých neurotransmiterov (okrem dopamínu aj noradrenalínu, sérotonínu, acetylcholínu). Niektoré symptómy môžu dokonca o niekoľko rokov predchádzať stanovenie diagnózy PCh, a preto nemusia byť dávvané do súvislosti s týmto ochorením. V premotorických a počiatočných štádiách PCh sa vyskytuje porucha čuchu, obstipácia, porucha spánku, poruchy nálady a zriedkavejšie autonómna dysfunkcia (tabuľka 2).

Hyposmia

Zníženie čuchu je jeden z najčastejšie opisovaných premotorických príznakov PCh a podľa štúdií predchádza prvé manifestácie ochorenia o 4 – 6 rokov. Vyskytuje sa u viac ako 90 % pacientov a predstavuje jeden z najcitlivejších markerov neurodegeneratívneho procesu (8). Samozrejme, treba vylúčiť prechodnú hyposmiu pri infekciách horných dýchacích ciest či poruchu čuchu vyvolanú napríklad dlhodobou expozíciou prchavým chemikáliám alebo inhalačným kortikoidom.

Obstipácia

Zápcha môže byť prítomná mnoho rokov pred motorickou manifestáciou PCh. Obstipácia je spojená s degeneráciou samotného enterického, ako aj parasimpatikového nervového systému. Hoci je obstipácia častým symptómom u staršej populácie, podľa rozsiahlej štúdie majú muži s obstipáciou 2,7-krát vyššie riziko rozvoja PCh ako jedinci s normálnym trávením (9).

Poruchy spánku

Celý priebeh PCh je spojený s rôznymi poruchami spánku. V prodromálnom štádiu je ale typická porucha správania v REM spánku (angl. REM-sleep behaviour disorder, RBD). Prejavuje

Tabuľka 2. Nemotorické príznaky PCh

Obstipácia
Hyposmia
Porucha správania v REM spánku
Depresia
Vegetatívne príznaky

sa nadmernou motorickou aktivitou počas snívania – ide často o nepríjemné nočné mory s následným agresívnym motorickým prejavom počas spánku. Je dokázané, že u viac ako 80 % pacientov s RBD sa do 10 rokov vyvinie PCh alebo iné degeneratívne ochorenie CNS (10).

Práve RBD sa považuje za silný rizikový faktor pre neskorší rozvoj PCh, preto by sa pri podozrení na neurodegeneratívne ochorenie po nej malo aktívne pátrať (spýtať sa aj partnera – spolunocľáznika).

Poruchy nálady

Depresia, úzkosť a apatia sa pri PCh vyskytujú 2 – 3-krát častejšie ako vo vekovo porovnateľnej populácii. Depresia môže často zakrývať prvé motorické symptómy PCh – spomalenosť, chudobnú mimiku – a tým môže odďaľovať samotnú diagnostiku PCh (11).

Bolesť

Bolesť je častým príznakom vyskytujúcim sa u pacientov s PCh, trpí ňou v rôznych štádiách až 30 – 85 % pacientov. V premotorickom štádiu sa okrem vertebrogénnej bolesti vyskytuje najmä bolesť centrálna (primárna), spôsobená samotným ochorením, ktorá nie je vysvetlená rigiditou, dystóniou alebo muskuloskeletálnymi a internými léziami. Medzi jej charakteristiky zaraďujeme pálenie, brnenie, pocity svrbenia, „neuropatické“ senzácie, často neúprosne a bizarnej kvality a nie sú obmedzené na radikulárnu alebo nervovú inervačnú oblasť (12).

Autonómna dysfunkcia

Dysautómia býva skôr pripisovaná neskorším štádiám PCh a komplikáciám dopamí-

nergickej liečby. Ortostatická hypotenzia, urgentné močenie či sexuálna dysfunkcia sa však môžu vyskytovať aj v premotorickom štádiu PCh (13).

Záver

Parkinsonova choroba je komplexné neurologické ochorenie, ktorého diagnostika a liečba patrí do rúk skúseného neurológa. Skoré odhalenie súboru typických príznakov lekárom prvého kontaktu je pre pacienta esenciálne. Včasná a vhodne zvolená liečba môže znížiť diskomfort pacienta a oddialiť komplikácie ochorenia.

Literatúra

1. de Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2006;5:525–535.
2. Valkovič P. Súčasný pohľad na Parkinsonovu chorobu. *Via practica.* 2006;4:256–261.
3. Lebouvier T, Tasselli M, Paillusson S, et al. Biopsable neural tissues: toward new biomarkers for Parkinson's disease? *Front Psychiatry.* 2010;128.
4. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, et al. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1992;55:181–184.
5. Reichmann H. Clinical criteria for the diagnosis of Parkinson's disease. *Neurodegener Dis.* 2010;7:284–290.
6. Schieppati M, Nardone A. Free and supported stance in Parkinson's disease. The effect of posture, and postural set-on leg muscle responses to perturbation, and its relation to the severity of the disease. *Brain.* 1991;114:1227–1244.
7. Pfeiffer RF. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016;1:119–22.
8. Benetin J, Valkovič P. *Parkinsonova choroba.* Bratislava: Herba; 2009.
9. Abbott RD, Petrovitch H, White LR, et al. Frequency of bowel movements and the future risk of Parkinson's disease. *Neurology.* 2001;57:456–462.
10. Iranzo A, Tolosa E, Gelpi E, et al. Neurodegenerative disease status and post-mortem pathology in idiopathic rapid eye-movement sleep behaviour disorder: an observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2013;12:443–53.
11. Růžička E. Parkinsonova nemoc. *Cesk Slov Neurol N.* 2006;69/102:241–258.
12. Valkovic P, Minar M, Singliarova H, et al. Pain in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study of Its Prevalence, Types, and Relationship to Depression and Quality of Life. *PLoS One.* 2010;e0136541.
13. Kaufmann H, Nahm K, Purohit D, et al. Autonomic failure as the initial presentation of Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Neurology.* 2004;63:1093–1095.

Prof. MUDr. Peter Valkovič, PhD.

II. neurologická klinika LF UK a UNB
Nemocnica akad. L. Déjera
Limbová 5, 833 05 Bratislava
peter.valkovic@fmed.uniba.sk
