

TÜNETI TERÁPIA ÉS REHABILITÁCIÓ SCLEROSIS MULTIPLEXBEN

DR. RAJDA CECÍLIA

Szegedi Tudományegyetem Neurológiai KlinikaNeurológiai Klinika



Az immunmoduláló gyógyszerek mellett a tünetek kezelése is szerves része a sclerosis multiplex (SM) teljeskörű ellátásának. Célja, hogy megszüntesse vagy csökkentse a működésképeséget befolyásoló tünetet és megfelelő életminőséget biztosítson az érintett páciensnek. Segítségével a másodlagos károsodások megelőzhetők vagy minimálisra csökkenthetők. Bár sokféle terápiás eljárást és gyógyszert alkalmazunk SM-ben, kevés a tudományos mértékkel megfelelően vezetett vizsgálat és így közülük keveset ismernek el a nemzeti egészségügyi hatóságok. Mind a bizonyítékokon alapuló vizsgálatok, mind a szakmai állásfoglalások száma kevés e témakörben. Ezért született 2006-ban egy szakértői állásfoglalás, melyben a leggyakoribb tüneteket és a kezelési stratégiákat összefoglalták (Henze et al. 2006).

A legtöbb gyógyszert a fentiek miatt „off label” azaz az alkalmazási előiratban előírttól eltérő állapot miatt adták a betegnek. Így bizonyos gyógyszerek indikáción túli alkalmazásukkor nem jár támogatás az adott gyógyszerre. Javítani a fenti helyzetet úgy lehetne, hogy a hatóság számára elfogadható kontrollált gyógyszeres tanulmányok készüljenek SM-ben is. Ám a megfelelő gyógyszervizsgálathoz SM-ben a viszonylagosan alacsony betegszám mellett a tünetek háttérben meghúzódó kóroki szerepek többfélesége is nehézséget támaszt.

1. Izomgörcsösség (spaszticitás)

Az idegrost sorvadása és alulműködése váltja ki az izmok görcsösségét, mely a leszálló gerincvelői pályák demyleinizációs sérülésével is járhat. Mindez a gátló idegsejtek között gerincvelői hálózatra hatva a hajlító izmok gyengeségéhez és csökkent izomtónushoz vezet. SM-ben a hólyagfunkció zavara gyakran a detrusor és záróizmok görcsösségével hozható összefüggésbe.

Klinikai szempontból **tónusos** (folyamatosan fennálló görcs) és **fáziás** (időszakosan emelkedett izomtónus, gyakran fájdalmas görcsöt okoz) görcsök-re osztható.

Terápia szempontjából a következő célok fogalmazhatók meg:

- a spaszticitás kiváltó tényezők elkerülése vagy csökkentés, pl. húgyúti fertőzések, fájdalom, láz, felfekvés, megfelelő testhelyzet és testsúlyát-helyezés megtanulása
- izomerő javítása
- fájdalom csökkentése
- ápolás megkönnyítése
- kontraktúrák és felfekvések megelőzése

Speciális ellátás:

A fizioterápia általánosan elfogadott kezelési eljárás a spaszticitás csökkentésében (II. evidencia szint). A leggyakoribb technikák (Bobath, Voojta és proprioceptív neuromuscularis facilitatio) hatékonyságukban egyformának tűnnek. Futópád gyakorlatok más gyakorlatokkal kombinációban, ismétlődő izolált mozdulatok gyakorlása, motormeghajtású bicikli, hűtés, valamint hid-roterápia is jó hatású lehet (II. és III. szintű evidencia).

Gyógyszeres terápia

A gyógyszer adagját és adagolását a görcsösség napszakos változása is befolyásolja, pl. felkelés előtt 30-45 perccel bevett gyógyszer elosztva a nappalra vagy éjszakai egy dózis. A végső gyógyszer mennyiséget fokozatosan titráljuk a megfelelő adagolásra.

Szájon át szedett gyógyszerek a baclofen (10-120 mg/nap) és tizanidin (2-24 mg/nap), melyek a gerincvelői eredetű spaszticitást csökkentik (I. szintű bizonyíték). Tolperisonra és dantrolenre kevés tesztelés történt. Azok a betegek, akik izomlazítót használtak, csökkent az izomgörcs és a spaszticitás-hoz köthető fájdalom és klónus (ritmusos rángásszerű jelenség).

A benzodiazepinek is jó hatásúak, de a mellékhatások befolyásolják a széleskörű alkalmazásukat (álmoság), mivel a munkavégzésre és akár a napi tevékenységre befolyással lehet. A gabapentin (300-3600 mg/nap) a fáziás görcsben bizonyult hatásosnak (I. szintű evidencia). A tetahidrokanabinol vagy kannabisz kivonat is hatékony. Botulinum toxin bizonyos izomcsoportokba adva (pl. adduktorok) lehet jótékony hatású. Az intrathecalis baclofen pumpa folyamatos baclofen ellátást biztosít bőr alá ültethető pumpa segítségével a gerincvelői térbe (II. szintű evidencia).

Javaslatok, megfontolások

- rejtett ok kiderítése pl. húgyúti fertőzés, fájdalom, láz
- alapkezelés: rendszeres és intenzív fizioterápia (szakértői ajánlás)
- ha nem elég a fizioterápia, izomlazító terápia javasolt baclofen vagy tizanidin formájában fokozatos emeléssel (A szintű ajánlás), gabapentin is jó lehet (A típusú ajánlás). Benzodiazepin és dantrolen második vonalbeli szerként szóba jön.
- Súlyos adduktor izom görcsösség esetén botulinum toxin segíthet (A szintű ajánlás) valamint másként nem kontrollálható gerinc eredetű spaszticitásnál intrathecalis baclofen terápia javasolt
- kannabinoidok adása tapasztalattal rendelkező centrumokban javasolt

Orvosi kannabisz származékok

Jelenleg már Magyarországon is sokan próbálták ki kannabisz származékokat különböző panaszokra. SM-ben a kannabisz származékokat (tetrahydrokannabinol: THC és kannabidiol: CBD) a spaszticitás tüneteinek enyhítésére ajánlják, amennyiben a páciens előzőleg sikertelenül alkalmazott két különböző izomlazító terápiát. A hatékonyságát az izomgörcs oldására tanulmányok bizonyítják. Ezen kívül daganatos betegek fájdalomcsillapításában is hatékonyak találták. Magyarországon a kannabisz terápia nem támogatott, bár ismeretes, hogy néhány páciens NEAK támogatással engedélyt kapott a használatára. Sokan interneten rendelik meg vagy külföldről hozatják a különböző helyekről származó, változatos feldolgozású szereket. Ez azonban sok veszélyt hord magában, többek között azt, hogy nem ellenőrzött forrásból, nehézfémekkel szennyezett és akár kannabiszt nem is tartalmazó készítményért adnak ki sok pénzt.

2. Kóros fáradékonyság (fatigue)

A páciensek 75%-át érintheti a kórlefolyás során a kóros fáradékonyság, más néven fatigue (éjtsd. fatíg), mely rontja az életminőséget. A hő ronthatja pl. a látásélességet, ez az ún. Uhthoff fenomén. A hő okozta romló SM tüneteket összefoglalva hőintoleranciának nevezzük. A depresszió gyakran utánozhatja a kóros fáradékonyság tüneteit, ezért fontos tőle elkülöníteni.



A kóros fáradékonyság lehetséges okai (felsorolás a teljesség igénye nélkül, SM-en kívül is):

„Alulkezelt” sclerosis multiplex (teljes gyógyszermentességtől a nem elég hatékony gyógyszeres kezelésig), végtag gyengeség, izomfáradékonyság, izomgörcsök, mozgás szegény életmód, elhízás, neuropátiás fájdalom, hangulatzavar, szorongás, társadalmi elszigetelődés, pseudobulbáris tünetek (pl. kényszersírás vagy kényszernevetés), alvászavar, váltott műszakban végzett munka, túl kevés alvással töltött óra, alvási apnoé szindróma, nyugtalan láb szindróma, éjjeli vizeletelési inger, éjjel erősödő fájdalom vagy görcsök, rémálmok, gyógyszer mellékhatás: pl. triciklikus antidepresszánsok, néhány hólyagra ható vagy fájdalomra alkalmazott gyógyszernél, epilepsziás rohamok során alkalmazott gyógyszereknél, benzodiazepin, altatók, „rekreációs” drogok, alkohol, marihuána (kannabisz), stimuláló gyógyszerek megvonása, amfetamin vagy kokain megvonása, gyorséttermi ételek, magas cukortartalmú ételek és italok, vízhiány, pajzsmirigy betegség, B12 valamint D vitamin hiány, kevés kalória bevitel, férfiaknál alacsony tesztoszteron szint, társbetegségek, pl. kezeletlen cukorbetegség vagy magas vérnyomás betegség, migrén, epilepszia, gyakori húgyúti vagy egyéb fertőzések, fogászati eredetű fertőzések, felfekvések. (forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=FXLh9WxdJ0M>)

Speciális ellátás:

A helyi hűtés, a testhőmérséklet csökkentése végtagra vagy törzsre helyezett hideg, hűtött akkuval, hűtő fürdővel, vagy légkondicionáló berendezéssel, javíthatja az egyensúlyt, a lábak izomerejét (II. szintű evidencia), a járást (III. szintű bizonyíték) és a kóros fáradékonyságot (III. szintű evidencia).

Az aerob edzés, ambuláns vagy bennfekvő rehabilitáció szintén segített a kóros fáradékonyság tüneteiben.

Gyógyszeres terápia

Amantadin (200-400 mg/nap, II. szintű bizonyíték), 4-aminopiridin (4-AP), 3,4-aminopiridin (3,4-DAP), L-karnitin, modafinil (200-400 mg/nap) jó hatású volt. Újabb adatok szerint az Aspirin is hatékony lehet.

Javaslatok, megfontolások

- kezelhető állapotok szűrése: depresszió, pajzsmirigy alulműködés
- a test hűtése (A szintű ajánlás)
- amantadin (A szintű ajánlás), ha hatástalan, akkor 4-AP (A szintű ajánlás) vagy L-acetilkarnitin (B szintű ajánlás) vagy modafinil (U szintű ajánlás)
- kiegészítő terápia: rehabilitáció (B szintű ajánlás)

3. Remegés (ataxia és tremor)

A kórlefolyás során a betegek 80%-a szembesül kellemetlen mozgászavarokkal, mint az ataxia és tremor. A legkorlátozóbb mozgászavar az intenciós tremor, főleg ha félremutatással és posturális tremorral kombinálódik. A tünetek változhatnak a beteg fizikai erejétől a pszichológiai helyzetétől függően. Az ataxia mérésére legjobb az activity-of-daily-living (ADL, fordításban: naponta végzett aktivitás) pontszám. A kezelés során célunk az ataxia csökkentése, kiváltképp, ha az súlyosan befolyásolja a páciens napi aktivitását, a szociális életét és munkájának ellátását.

Speciális ellátás

A fizioterápia és a foglalkozás terápia a sarokkövei az ataxia terápiájának. A gyógyszeres terápia csak a tremor részre tud hatni. A sebészeti eljárások csak a páciensek kis hányadán és korlátozottan segít.

A fizioterápia az izomtónus szabályozását, a rögzült izombeállások feloldását, a törzs stabilizálását, a mozdulatok koordinálását, az ataxia gátló technikák elsajátítását és a segédeszközökkel való ellátását célozzák. A nagy támogató felületek fokozatos csökkentésével a mindennapokhoz alkalmazkodva történik a gyakorlás. Speciális eszközök közé tartozik a vastagabb nyelvű étkezéseszköz vagy a csukló súlyok, mely utóbbiak a rögzült izmokra és a megnövekedett izomtónusra hatnak. Ezen túl speciális relaxációs technikával is javíthatóak ezek a mozgászavarok. Az intenciósra jó hatású lehet a rövid (1 perces) jeges hűtés helyileg. Speciális hűtőmandzsettával is jó eredményeket értek el (III. szintű bizonyíték). A helyi hűtés előnyös lehet étkezések, önkátérezés vagy számítógépes munka előtt.

Gyógyszeres terápia

A béta blokkolók hatékonyabbak esszenciális tremorban, mint kisagyi eredetű remegésben (III. szintű evidencia). Ezen túl a pszichés agitáltságot is csökkentik, ami szintén jótékony hatású lehet a remegésre. A primidon szintén esszenciális tremorban jobb, míg a gabapentin esszenciális és ortosztatis tremorban is jó (III. szintű bizonyíték), addig a topiramát a kisagyi remegést is jótékonyan befolyásolhatja. A klonazepám (3-6 mg/nap) is segíthet, ahogyan az oxitriptán is, valamint a kannabinoidok és az alkohol is. A két utóbbit nem javasolják függőséget okozó hatásuk miatt.

A sebészeti terápia sztereotaxiás beavatkozást jelent VIM thalamotomia ill. mélyagyi stimulációs eszköz behelyezésével. Feltétele, hogy a betegek legalább egy évig hatékony immunterápián legyenek a műtét előtt.

Javaslatok, megfontolások

- rendszeres fizioterápia, foglalkozásterápia és hűtés
- azoknál a betegeknél, akiknél a remegés a fő tünet a fentiek mellé adható gyógyszer monoterápiában (béta blokkoló, karbamazepin, primidon, klonazepám). Ha nem elég, akkor béta blokkoló kombinálható antiepileptikumokkal.
- a terápiára nem reagáló pácienseknél a sebészeti megoldás szóba jöhet (C szintű ajánlás)

4. Időszakosan megjelenő (paroxizmális) tünetek

A betegek 10-20%-a szenved rövid, sztereotípen ismétlődő tünetekben, mely jelentkezhet kiváltó ok nélkül vagy kiváltó okkal. Ezek a kiváltó okok legtöbbször: érintés, mozgás, testhelyzet változás vagy gyorsult légzés. Naponta akár több százszor jelentkezhetnek a tünetek. A diagnózis a tüneteken alapul, ezért hasznos lehet azok feljegyzése naplóban (időtartam, intenzitás, gyakoriság, megjelenés a testen, kiváltó ok és kísérő tünetek).

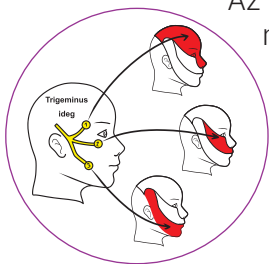
Ilyen tünetek lehetnek:

- arcidegzsába, vagy egyéb agyideg neuralgiája (beleértve az SM-hez köthető (pseudo) gyöki fájdalmat).
- érző tünetek: zsibbadás, fonákérzés, viszketés, Lhermitte jel
- időszakos ataxia és hangképzés zavara
- dyskinesia (rendellenes mozgás): dystonia, féloldali arcrángás, tremor, akinesia (izomtónus vesztes), kineziogén choreoathetosis
- faciális miokymia
- myoclonus, csuklás
- szédülés, hányinger/hányás, köhögés
- homályos látás, oscillopsia, szemizmok görcsössége
- Uhthoff fenomén

Általánosságban elmondható, hogy a kiváltó okok elkerülése a fő cél (pl. bizonyos mozdulatok, hő, érintés). Fizioterápia itt nem segít. A gyógyszeres terápia leggyakrabban antiepileptikumokat jelent. Az arcideg zsába kivételével nincs jó minőségű vizsgálat a gyógyszerek hatékonyságára.

4.1. Trigemínus neuralgia (arcideg zsába)

Az SM-hez köthető trigemínus neuralgiát ugyanúgy kezeljük, mint a nem SM-hez köthetőt. Több kontrollált vizsgálat eredménye alapján a karbamazepin az elsőként választandó szer. Másodvonalbeli szerként alkalmazható gyógyszerek: fenitoin, baclofen (mindkettőre III. szintű evidencia), lamotrigin (II. szintű evidencia), gabapentin (III. szintű evidencia) topiramát (III. szintű bizonyíték), oxkarbazepin, valproát és misoprostol (III. szintű bizonyíték).



Sebészeti beavatkozás, mint a termokoaguláció vagy glicerines roncsolás csak a gyógyszeres terápia hatástalansága után jön szóba. Hosszútávú követésről nincs adat, de 3 évi után követés során a páciensek 75%-a fájdalommentes volt.

4.2. Egyéb paroxizmális tünetek

Spontán vagy kiváltó okot követően időszakos zsibbadások vagy fájdalom szintén előfordulhatnak. Az utóbbi kiváltó oka lehet egy rossz mozdulat vagy testtartás. A tünetek általában néhány percig tartanak.

A fentiek leghatékonyabb gyógyszere a karbamazepin. De segíthet a gabapentin, lamotrigin (mindkettőre III. sz. evidencia van), a fenitoin vagy valproát is. A klonazepam és a nátrium csatorna blokkoló Lidocain is csökkentheti az említett tüneteket.

Az Uhthoff fenomén elkerülhető hűtéssel és a kiváltó tényezők elkerülésével, valamint segíthet a 4-aminopiridin. A ritkán előforduló hemifacialis spasmus súlyos formáiban a botulinum toxin jótékony hatású lehet.

5. Szemmozgás tünetek

Míg a páciensek 30-40%-a legalább egyszer átél szemmozgáshoz kapcsolódó tüneteket a kórlefolyás során, addig 13%-uk már az első állapotrosszabbodás kapcsán találkozik szemmozgás zavarral. A leggyakoribb szemmozgás zavarok az internukleáris oftalmoplégia és a lefelé vagy felfelé irányuló nystagmus, ritkábban a penduláris nystagmus.

Speciális ellátás

Amennyiben a tünetek állapotrosszabbodás kapcsán jelentkeznek, úgy nagy

dózisú szteroid terápia javasolt. Az egyik szem letakarása hasznos lehet az akut fázisban a kettőslátás okozta rossz közérzet csökkentésére. A penduláris nystagmuson segíthet a gabapentin vagy memantin (II. és III. szintű bizonyíték). Scopolamin tapasz, vigabatrin vagy baclofen nem segített. A vertikális nystagmust a baclofen és 3,4-DAP csökkentette. Az internukleáris oftalmoplégiás betegek ritkán számolnak be homályos látásról a szemmel látható szemmozgás zavarok ellenére. Így kezelés sem szükséges.

Javaslatok, megfontolások

- penduláris nystagmusnál baclofen vagy gabapentin javasolt
- vertikális nystagmusnál baclofen az elsőként választandó gyógyszer (A szintű ajánlás), míg a downbeat nystagmusnál a 3,4-DAP (B szintű ajánlás)
- internukleáris oftalmoplegia ritkán igényel kezelést

6. A beszéd zavarai (dysarthria, dysphonia)

A dysarthria a beszéd tagolásának a zavara, míg a dysphonia a hangképzés zavara. Mindkettő része lehet a dysarthrophoniának, ami a nyelv, garat és légző izmok összehangolt működésének a hiányából fakad. A becslt előfordulás 20% és 62% között mozog. SM pácienseknél a spasztikus és ataxiás dysphonia a leggyakoribb. A tünetek hosszabb beszéd során romlanak az idő elteltével. A súlyossága általában korrelál a neurológiai tünetek súlyosságával és a betegség időtartamával. A tünetek közé tartozik a hangerő kontrolljának elvesztése (77%), rosszabb hangminőség (72%), tagolatlanág (46%), rossz hangsúlyozás (39%), érintett hangmagasság-szabályozás (37%), csökkent a tüdő vitálkapacitása (35%) és orrhangú beszéd (24%). Mindezek a tünetek hatással vannak a páciens kommunikációjára és pszichoszociális képességeire. Korlátozhatják a közösségi és munkahelyi életüket. Több skála létezik a súlyosság megállapítására. A cél az elvesztett beszédképesség visszanyerése és a zavartalan kommunikáció.

Speciális ellátás

Neurológusból, logopédusból és foniáter (fül-orr-gégész specialista) szakorvostól álló csoport segítségével folytatott beszédterápia javasolt, ha a fenti tünetek a szociális izoláció vagy munkahely elvesztésnek veszélyét hordozzák magukban. Sajnos nem mindegyik beteg alkalmas rehabilitációra, melynek oka lehet a gyors progresszió, kognitív vagy viselkedés zavarok, illetve a motiváció hiánya.

A viselkedés terápiák olyan beszéd feladatokat, technikákat foglalnak magukba, mint a fonetikus, lingvisztikus és pragmatikus módszerek. Ezen túl nem-beszéd feladatokat is tartalmaznak, mint pl. a testtartás szabályozás, légzési technika, visszacsatolási módszer vagy neurofiziológiai módszer (pl. Bobath technika, propioceptív neuromuszkuláris facilitáció). Spasztikus és ataxiás dysarthriánál a mondat hosszának csökkentésével és hangerő emelésével értek el jó eredményeket.

Protézisek és más technikai eszközök is alkalmazhatóak. Orrhangú beszédnél a lágyszájpad funkciózavara miatt lágyszájpad protézist erősítettek a fogakhoz, jó hatással. Szótagoló kártyák, metronóm segíthet a beszéd tempóban. Fejhallgatóval közvetített háttérzaj használatával a hangerő fokozható. Alternatívaként elektromos hang-amplifikáló is használható. Adduktor érintettségű spazmodikus dysarthriánál botulinum toxin használható.

Amennyiben a hangszalag bénulás a garat szűkületét okozza, megoldás lehet a sebészeti kezelés. A hangszalagokat ilyenkor kollagénnel vagy teflonnal töltik fel. Míg a lágyszájpad műtéte a lágyszájpad protézis sikertelensége esetén megfontolható.

Ha a szóbeli kommunikáció érthetősége a felére csökken, speciális stratégiák és eszközök szükségesek. A beszédet segítő eszközök a beszédet kiegészítő lehetőségek, mint pl. az ábécé betűi, a témakörben gyakran használt témák képei, vagy gesztikuláció. További segítséget jelenthet a beszéd kiegészítésében illetve helyettesítésében az elektromos írógép, a miniszámítógépek, melyek szintetikus beszéd átvitelre alkalmasak.

Mindezek a beavatkozások előtt szükséges a beteg kognitív, motoros, látás és hallás képességeinek felmérése, valamint beleegyezése. Hosszabb tanulási időszak várható az előrehaladottabb állapotú SM betegeknél. Az ide vonatkozó ajánlások korlátozott számú és esetű vizsgálaton alapulnak.

Javaslatok, megfontolások

- beszédterápia javasolt olyan pácienseknél, ahol kifejezett a dysarthria (szakértői ajánlás)
- a kísérőtünetek terápiája is fontos (pl. fatigue, spaszticitás, tremor (szakértői ajánlás)
- a beszédet kiegészítő technikák és kommunikációs eszközök akkor jönnek szóba, ha a páciens a beszédterápia ellenére nem tudja megértetni magát (szakértői ajánlás)

7. Nyelészavar (dysphagia)

A dysphagia nyelészavart jelent, mely a betegek 24-55%-t érinti. Gyakoribb a magasabb EDSS pontszámú betegeknél, EDSS 8-9 pontnál. A nyelészavar visszatérő köhögést, fokozott nyálfolyást válthat ki. Az életminőséget jelentősen befolyásolja az étel és ital élvezetének hiánya. Kiszáradáshoz, alultápláltsághoz vezethet, a gyakori félrenyelések pedig tüdőgyulladást okozhatnak. A félrenyelés súlyosságát klinikai és radiológiai jelekkel lehet felmérni. A betegeket neurológiai és fül-orr-gégészeti szempontból is megvizsgálják, funkcionális nyeléspróbán vesznek részt. Ha kétség merül fel, videofluorográfiás nyelés tesztet és/vagy transznazális fiberoptikus endoscopos vizsgálatot végeznek a diagnózis pontosítása céljából.

Speciális ellátás

Az aktív nyelésterápiát igényel a kiszáradás, alultápláltság és bizonyított félrenyelés (főleg, ha visszatérő tüdőgyulladáshoz vezet). A nyelészavar ellátása funkcionális terápiából, nyelésterápiából, gyógyszeres kezeléssel és palliatív ellátásból áll. A képzett logopédus kiemelkedő fontosságú lehet.

A funkcionális nyelésterápia helyreállító terápiája növeli vagy csökkenti az izomműködést. A kompenzátoros nyelésterápia a nyelést testtartással, speciális nyeléstechikával és manőverekkel segíti. Az adaptív nyelésterápia a nyelést pépesítéssel, diétacserével, sűrített vagy szénsavas italok fogyasztásával, az ételek savasításával, az evéshez és iváshoz kiegészítő eszközök használatával, valamint étkezési tanácsadással javítja. Ezeket a módszereket gyakran egymással kombinálva használják.

Azoknál a betegeknél, akiknél a nyelészavar előrehaladott és visszafordíthatatlan, nazogasztrikus szonda vagy perkután endoszkópos gasztrosztóma (PEG) jön szóba.

Gyógyszeres terápia

A fokozott nyáltermelést antikolinerg szerekkel vagy helyileg adott botulinum toxinnal csökkentjük.

Javaslatok, megfontolások

- releváns nyelészavar esetén funkcionális nyelésterápia javasolt (C szintű ajánlás)
- azoknál a betegeknél, akiknél max. 3-4 hétig várható a szondatáplálás, nazogasztrikus szondát kapnak, ha hosszabb periódusig áll fenn a nyelésképtelenség vagy zavar, akkor PEG javasolt.

8. Epilepsziás rohamok

SM-ben az epilepsziás roham előfordulása 0.9-7.5%, és állapotrosszabbodás részjelensége lehet. A leggyakoribb roham típus a tónusos-klónusos görcsroham és a parciális (ún. részleges) rohamok. Ha a páciens az első rohamával észleljük az egészségügyi ellátás során, és vélhetően SM lézió okozta a rohamot, antiepileptikus gyógyszerbeállítás szükséges, mivel magas a rohamisméltódés kockázata. Amennyiben relapszus kapcsán volt roham, lehet várni a gyógyszeres terápiával a következő rohamig.

Javaslatok, megfontolások

- antiepileptikum indítása javasolt az első epilepsziás rohamot követően, amennyiben demyelinizációs lézió okozta a rohamot, kivéve, ha relapszushoz társult.
- az antiepileptikus gyógyszerválasztás az érvényben lévő epileptológiai ajánlás alapján történik.

Kiemelt jelentőségük miatt külön kártya készült a következő - egyébként idetartozó - zavarokról: kognitív zavarok, depresszió (ld. az SM pszichológiai vonatkozásai kártyán), SM és fájdalom, vegetatív zavarok (vizelet és széklet inkontinencia, szexuális zavarok).

Magyarázat

Amikor az orvos a pácienseknek gyógyszert javasol vagy ír elő, a legközelebb jár el. Ebben segítségére van a tényeken alapuló orvoslás (angolul evidence based medicine). A tényeken alapuló orvoslás gondosan megtervezett vizsgálatok eredményein, ún. bizonyítékokon alapul. A kivitelezés gondossága (hogy kizárja a véletlen összefüggés lehetőségét) és részletessége (bevont betegek száma, stb.) adja a bizonyítékok erejét, amin az ajánlások alapulnak. A legerősebb tényeken alapuló bizonyíték az I. szintű bizonyíték, mely több randomizált, kontrollált vizsgálaton vagy tanulmányok metaanalízisén alapul. A II. szintű evidencia egy randomizált, kontrollált vizsgálaton, vagy több nem randomizált egybeeső végeredményű tanulmányon alapul, a III. szintű bizonyíték csak olyan szakmai konszenzus támasztja alá, amely szakértők egybehangzó véleményén, esetbemutatókon vagy kisebb vizsgálatok eredményein alapul. Az A szintű ajánlás legalább egy I. szintű bizonyítéknak számító rendszerezett irodalmi áttekintésen alapul, és az egészségügyi ellátás adott helyzetére jól adaptálható; vagy jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapul. Értelemszerűen az A és B szintű ajánlás tekinthető a legerősebbnek, míg a C és D szintű ajánlás mögött lévő bizonyítékok ereje a fentiekől gyengébb.

