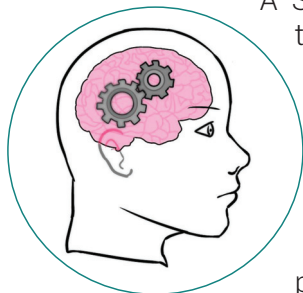


Kognitív károsodás



A Sclerosis multiplex (SM) klinikai jellemzőinek kutatása során évtizedekig elfogadott nézet volt, hogy a betegségben kognitív funkciózavar, pszichopatológiai tünet csak krónikus stádiumban jelenik meg. Az elmúlt két évtizedben bebizonyosodott, hogy az SM bármely kórformájában, a páciens bármely életkorában jelentkezhet a kognitív funkciókárosodás, klinikailag izolált szindrómás (CIS) betegekben prevalenciája 10%, a teljes SM populációban 43-70%.

A kognitív funkció romlása akut relapszusként is előfordulhat. A kognitív funkció a legfontosabb tényezője a munkaalkalmasságnak, az alkalmazási statusnak, a betegellátáshoz kapcsolódó szociális költségeknek, a kezelések pontos betartásának, a mentális egészségnek.

A kognitív deficit nem globális SM-ben, tipikusan csak néhány kognitív tünetet érint, a leggyakoribb az információáramlási sebesség, ritkábban verbális (szóbeli kifejező képesség) és vizuális (térbeli tájékozódás) memória zavar jelentkezik. A pácienseknek időszakos memória és végrehajtási funkció zavara alakul ki.

A deficit lehet enyhe fokú, amit az érintett, vagy környezete nem vesz észre. A betegek között nagy különbségek észlelhetők, főként az eltérő kompenzációs kapacitások (kognitív rezerv) miatt. A pácienseknek a kognitív deficittel szembeni reális megítélése is rendkívül különböző. Enyhe károsodás esetén nem ért egyet a deficit meglétével, vagy depresszió miatt túlértékelés alakul ki. A kognitív funkciózavar gyakran motoros és/vagy szenzoros tünetekkel együtt jelenik meg, így a fizikális károsodás következményének tekintik. A kognitív státus vizsgálata időigényes, speciális tesztek, gyakorlattal rendelkező magasan képzett szakembert (neuropszichológus) igényel. Ezek a feltételek csak kevés SM centrumban állnak rendelkezésre, a napi gyakorlat számára nem átültethetők. Súlyos ellentmondás, hogy a kognitív disz-

funkció vizsgálatához szükséges szakemberekkel az SM centrumok nem rendelkeznek, ugyanakkor a deficit felismerése, kezelése az SM betegellátás minőségi indikátorának számít. Éppen ezért a napi gyakorlat számára szükségessé vált egy olyan rövid mérőeszköz, amely megfelelő megbízhatósággal, validitással, érzékenységgel, specificitással rendelkezik, szélesebb körű és pontos kognitív vizsgálatot tesz lehetővé. Ez a teszt a DW Langdon és mtsai által 2011-ben publikált Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS). Javasolják a BICAMS rutin klinikai gyakorlatban történő használatát, továbbá a nemzetközi klinikai vizsgálatokban a validált tesztek alkalmazását a kognícióra vonatkozó végpontokban. A BICAMS teszt magyar validációja megtörtént, az SM centrumok számára elérhető.

Kóros fáradékonyság - Fatigue



A fatigue, vagy kóros fáradékonyság egy olyan tünet, amely neurológiai, fizikális vizsgálattal nem objektívizálható, ugyanakkor rontja a beteg életminőségét, korlátozza a személyes kapcsolatokat és fizikális vizsgálattal tünetmentes esetekben is a munkaképesség elvesztésével járhat. Definíciója az American Multiple Sclerosis Council irányelve alapján: „szubjektív fizikális és/vagy mentális energia hiánya, amit elszenvedője vagy annak ápolója úgy él meg, hogy akadályozza őt a megszokott vagy végrehajtani kívánt tevékenységében.” A fatigue-t észlelő betegek különböző módon ítélik meg ezt a tünetet, sokan az SM „legmegnyomorítóbb” szimptomájának tekintik.

A kóros fáradékonyság egy összetett tünet, melyet 3 alapvető jelenség jellemez: 1. gyengeség/napközbeni fáradság érzés, 2. patológiás kimerülés, 3. stresszre rosszabbodó tünetek.

Túlnyomórészt a nap második felében jelentkezik. A fatigue lehet primer, ami az SM-hez társul, és lehet szekunder, ami gyógyszerek, a testhőmérséklet emelkedése, depresszió, alvászavar, fájdalom következtében jön létre. Prevalenciája változó, pont prevalenciája 28-68% közötti, de élettartam prevalenciája akár 92% is lehet.

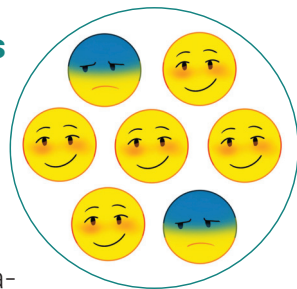
A kóros fáradékonyságnak 3 formáját különböztetjük meg: motoros vagy fizikális, mentális vagy kognitív és szociális fatigue-t. A kóros fáradékony-

ságot leggyakrabban önkítöltős kérdőívekkel mérjük. A legrészletesebb, a fatigue mindhárom formáját (motoros, kognitív, szociális) értékelő tesztet „Fatigue Impact Scale (FIS)” Fisk dolgozta ki 1991-ben. A FIS kérdőív összesen 40 kérdést tartalmaz, önkítöltős, kb. 15-20 percet vesz igénybe. A teszt magyar verziója szintén elérhető a magyarországi SM centrumokban.

Pszichiátriai betegségek előfordulása SM-ben

SM-ben a pszichiátriai kísérőbetegségek rontják a páciens életminőségét, az SM következtében kialakult kognitív deficitet, nagyobb mértékű kóros fáradékonyság alakul ki, továbbá befolyásolják a betegségmódosító kezelések pontos betartását.

Ma már elfogadott, hogy **SM-ben a depresszió és a szorongás előfordulása kétszer gyakoribb, mint az átlag populációban.** A szorongás a páciensek 5-20%-át érinti, idősek otthonában élő SM betegekben gyakoribb. Az alkohol abúzus és drog abúzus és függőség prevalenciája 4-18 % között változik, és egyes, főként Nyugat-Európából származó tanulmányok szerint gyakoribb, mint az átlag populációban. Egyéb pszichiátriai betegségek előfordulása hasonló, mint az átlag népességben.



A fentiekből is látható, hogy az SM betegek ellátása túlhaladja a rutin neurológiai vizsgálatok által megszerzett információk menedzselését, több, társzakra együttműködést és számtalan megbízható, validált pszichometria teszt alkalmazását teszi szükségessé.

JEGYZETEK

