

Νευρολογικές Διαταραχές

Οι νευρολογικές διαταραχές αποτελούν παθήσεις του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος, που ρυθμίζουν και συντονίζουν τις σωματικές δραστηριότητες. Η έννοια «διαταραχή» ορίζεται ως ένα σύνολο προβλημάτων, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης και δυσκολίας στην καθημερινή ζωή των πασχόντων. Ο οδοντίατρος πρέπει να είναι σε θέση να ανιχνεύσει αυτούς τους ασθενείς, με βάση το ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα, καθώς και να συνεργαστεί στενά με τους θεράποντες γιατρούς για να αναπτύξουν ένα ολοκληρωμένο και εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας που θα είναι αποτελεσματικό και ασφαλές για αυτούς τους ασθενείς. Οι πιο κοινές και σημαντικές νευρολογικές παθήσεις είναι: το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η νόσος του Πάρκινσον (Parkinson), η νόσος Αλτσχάιμερ (Alzheimer), η επιληψία και η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ).

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου αποτελούν πολύ συχνή αιτία θανάτου ή σοβαρής αναπηρίας κυρίως στις μέσες και μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ συνήθως εκδηλώνονται αιφνίδια με την μορφή “αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων”. Σε μερικές περιπτώσεις πριν από την εκδήλωση του επεισοδίου, υπάρχουν πρόδρομα (προειδοποιητικά) συμπτώματα.

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Αυτά που προκαλούνται όταν ένα εγκεφαλικό αγγείο **αποφραχθεί** και λέγονται **ισχαιμικά** αγγειακά επεισόδια
2. Αυτά που προκαλούνται όταν ένα εγκεφαλικό αγγείο **ραγεί** και λέγονται **αιμορραγικά** αγγειακά επεισόδια.

Επιδημιολογία: Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου αποτελούν την 3^η πιο συχνή αιτία θανάτου, νοσηρότητας και αναπηρίας μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. Στις ΗΠΑ είναι η κύρια αιτία σοβαρής, μακροχρόνιας αναπηρίας, ενώ το 5% του πληθυσμού άνω των 65 ετών, μπορεί να πάθει τουλάχιστον ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ετησίως.

Ο κίνδυνος εγκεφαλικού αυξάνεται με την ηλικία. Ωστόσο, κατά μέσο όρο, το 28% των ανθρώπων που παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο είναι κάτω των 65 ετών, ενώ μελέτες έδειξαν ότι ένα μέσο οδοντιατρείο 2000 ενηλίκων ασθενών θα περιλαμβάνει περίπου 31 ασθενείς που είχαν ή θα εμφανίσουν εγκεφαλικό επεισόδιο.

Αιτιοπαθογένεια: Όσον αφορά τις αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου, η πρόληψη φαίνεται να έχει καθοριστικό ρόλο. Για να επιτευχθεί η ορθή πρόληψη χρειάζεται να αναγνωριστούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλουν στην δημιουργία τέτοιων αγγειακών παθήσεων. Οι κυριότεροι **προδιαθεσικοί** παράγοντες είναι :

1. Αρτηριακή υπέρταση
2. Σακχαρώδης διαβήτης
3. Καρδιοπάθειες
4. Υπερχοληστεριναιμία και παχυσαρκία
5. Χρήση αντισυλληπτικών χαπιών
6. Κάπνισμα

7. Αυξημένη ηλικία (ο κίνδυνος διπλασιάζεται κάθε 10ετία)
8. Κληρονομική προδιάθεση

ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλείται όταν διακοπεί η ροή του αίματος μέσα από μια αρτηρία του εγκεφάλου. Τα κύτταρα του εγκεφάλου είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα και η διακοπή της τροφοδοσίας με αίμα και κατά συνέπεια με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες, έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο πολλών κυττάρων και την δυσλειτουργία αρκετών άλλων γύρω από αυτά. Η έκταση ενός εμφράγματος καθορίζεται από μεγάλο αριθμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της θέσης, του μεγέθους, της διάρκειας απόφραξης του αγγείου, καθώς και την παράπλευρη κυκλοφορία.

Αίτια: Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια, συνήθως οφείλονται σε μεγάλη **στένωση** ή **πλήρη** απόφραξη κάποιας αρτηρίας. Η στένωση κυρίως προκαλείται από αθηρωμάτωση των αρτηριών και ενώ γίνεται σταδιακά μέσα σε διάστημα αρκετών ετών, η νόσος εκδηλώνεται αιφνίδια, όταν η ροή του αίματος επιβραδυνθεί ή διακοπεί πλήρως (θρόμβωση αρτηρίας). Για τον λόγο αυτό τα ισχαιμικά επεισόδια που οφείλονται σε αθηρωματική στένωση κάποιας αρτηρίας, λέγονται και θρομβωτικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια. Άλλη αιτία ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, λιγότερο συχνή, είναι η απόφραξη μιας εγκεφαλικής αρτηρίας από κάποιο παθολογικό υλικό που παρασύρεται με την ροή του αίματος (έμβολο). Το έμβολο μπορεί να προέρχεται είτε από τμήμα αθηρωματικής πλάκας άλλου μεγαλύτερου αγγείου που έχει αποσπαστεί και έχει εισέλθει στην κυκλοφορία, είτε από την καρδιά, όπου έχει δημιουργηθεί λόγω κάποιας καρδιοπάθειας. Άλλες αρκετά σπάνιες αιτίες πρόκλησης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, είναι ορισμένες ρευματολογικές και αιματολογικές παθήσεις των αρτηριών και του αίματος.

Κλινικές εκδηλώσεις: Στα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια συνήθως προσβάλλεται μια εκτεταμένη περιοχή του ενός από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια. Στην περίπτωση αυτή οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν :

α) **Κινητικές διαταραχές**, όπως πάρεση ή μυϊκή αδυναμία των άκρων στην αντίθετη πλευρά του σώματος (ημιπάρεση) ή αν η κινητικότητα έχει καταργηθεί τελείως, ημιπληγία, καθώς και πτώση της γωνίας του στόματος στην αντίθετη πλευρά του προσώπου

β) **Αισθητικές διαταραχές** στα άκρα, τον κορμό, το πρόσωπο και το οπτικό πεδίο στην αντίθετη πλευρά του σώματος.

γ) **Διαταραχές του λόγου**. Π.χ σε ένα δεξιόχειρα ασθενή με εκτεταμένη βλάβη του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, θα εμφανιστεί και διαταραχή της λειτουργίας του λόγου, διότι στους δεξιόχειρες ασθενείς σε ποσοστό 90% το κέντρο του λόγου βρίσκεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Ένα αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο εκδηλώνεται όταν κάποια αρτηρία του εγκεφάλου ραγεί με αποτέλεσμα το αίμα να πάει μέσα στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου και ονομάζεται «αυτόματο ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα. Τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια

διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: 1) **μη** σχετιζόμενα με αγγειακή δυσπλασία, 2) σχετιζόμενα με αγγειακή δυσπλασία του εγκεφάλου.

Κλινικές εκδηλώσεις:

Περιλαμβάνουν :

A) εκδηλώσεις που οφείλονται στην άμεση βλάβη μιας περιοχής του εγκεφάλου από την αιμορραγία.

B) εκδηλώσεις που οφείλονται στην πίεση που ασκεί το αιμάτωμα στον υγιή εγκέφαλο.

Η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων και περιλαμβάνει : **ημιπάρεση ή ημιπληγία των αντίθετων** άκρων ,διαταραχή της αισθητικότητας των άκρων, διαταραχή της λειτουργίας του λόγου κ.α.

Πως αντιμετωπίζεται το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο;

Η αντιμετώπιση του, μπορεί να γίνει αποτελεσματικά **μόνο στην οξεία του φάση, δηλαδή μέσα στις πρώτες 4-6 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων**. Αυτό συμβαίνει γιατί ο ρυθμός νέκρωσης των εγκεφαλικών κυττάρων που δεν λαμβάνουν αίμα είναι ιλιγγιώδης. Υπολογίζεται ότι κάθε λεπτό της ώρας η περιοχή της ισχαιμίας του εγκεφάλου χάνει 1.900.000 νευρώνες. Ο ασθενής αμέσως μόλις αντιληφθεί κάποιο νευρολογικό σύμπτωμα όπως αδυναμία ή παράλυση κάποιου άκρου, δυσκολία ή αλλοίωση της ομιλίας, απώλεια επικοινωνίας ακόμη κι αν αυτά είναι παροδικά, πρέπει το ταχύτερο δυνατό να επικοινωνήσει με τον ιατρό του και να μεταφερθεί στο νοσοκομείο το συντομότερο δυνατόν.

Ποιες είναι οι άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις;

1) Η φαρμακευτική θρομβόλυση

Χορηγείται ενδοφλεβίως κάποια ουσία ικανή να διαλύσει το θρόμβο και να αποκαταστήσει τη ροή αίματος στο αποφραγμένο αγγείο. Η θεραπεία αυτή έχει καλά αποτελέσματα αν το φάρμακο χορηγηθεί **μέσα στο πρώτο τρίωρο** από την εγκατάσταση του εγκεφαλικού. Όταν όμως ο θρόμβος είναι μεγάλος και έχει φράξει κάποιο κεντρικό κλάδο η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου μειώνεται πάρα πολύ.

2) Η μηχανική θρομβεκτομή

Αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο που εκτελείται από επεμβατικούς νευροακτινολόγους. Πραγματοποιείται παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας για τη προσέγγιση του θρόμβου και την απομάκρυνσή του από τον αυλό του αγγείου, με αποτέλεσμα την αποκατάσταση της φυσιολογικής ροής του αίματος.

Αυτό επιτυγχάνεται με δύο τρόπους:

A) Μηχανική θρομβεκτομή: «σύλληψη» του θρόμβου με ειδικά σχεδιασμένη μεταλλική συσκευή σαν τα γνωστά stent (Stent Retriever)

B) Αναρρόφηση του θρόμβου με ειδικό καθετήρα

Και οι δύο μέθοδοι είναι ασφαλείς, με εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα (έως και πλήρη αποκατάσταση των συμπτωμάτων), αρκεί να τηρούνται οι ενδείξεις: διάνοιξη αποφραχθείσας μεγάλης εγκεφαλικής αρτηρίας εφαρμόζοντας μηχανική θρομβεκτομή **εντός 4 έως 6 ωρών** από την έναρξη των συμπτωμάτων. Σε ειδικά επιλεγμένες περιπτώσεις, η θρομβεκτομή μπορεί να διενεργηθεί και πέραν του ορίου των 6 ωρών με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Ενδοφλέβια ινωδόλυση

Η ενδοφλέβια rtPA (0,9 mg/kg, μέγιστη δόση 90 mg) συνιστάται για χορήγηση σε επιλεγμένους ασθενείς, οι οποίοι μπορούν να αντιμετωπιστούν κατά το χρονικό διάστημα έως 3 ώρες από μετά την έναρξη του εγκεφαλικού.

Τα απόλυτα κριτήρια επιλογής των ασθενών είναι η διάγνωση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου που προκαλεί νευρολογική συμπτωματολογία, η έναρξη των συμπτωμάτων < 3 ώρες πριν τη θεραπεία και η ηλικίας ≥ 18 ετών.

Αντιθέτως τα κριτήρια αποκλεισμού περιλαμβάνουν: τραύμα στο κεφάλι ή προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στους προηγούμενους 3 μήνες, συμπτώματα υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, ιστορικό προηγούμενης ενδοκρανιακής αιμορραγίας, ενδοκράνιο νεόπλασμα, αρτηριοφλεβική δυσπλασία ή ανεύρυσμα, πρόσφατη ενδοκρανιακή ή ενδορραχιαία χειρουργική επέμβαση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ενεργός εσωτερική αιμορραγία, οξεία αιμορραγική διάθεση κ.α.

Παρεμβάσεις ενδοαγγειακές

Όσον αφορά την ενδοαρτηριακή ινωδόλυση είναι ευεργετική για τη θεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς με μείζονα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια διάρκειας λιγότερο από 6 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων που προκαλείται από απόφραξη της μέσης εγκεφαλικής ή κοινής εγκεφαλικής (MCA) και οι οποίοι δεν είναι υποψήφιοι για ενδοφλέβια rtPA.

Χρήση αντιαιμοπεταλικών

Η από του στόματος χορήγηση της ασπιρίνης (αρχική δόση 325 mg) μέσα σε 24 έως 48 ώρες μετά την έναρξη του εγκεφαλικού συνιστάται για τη θεραπεία των περισσότερων ασθενών. Αντιθέτως η χορήγηση ασπιρίνης (ή άλλων αντιαιμοπεταλικών παραγόντων) ως συμπληρωματική θεραπεία εντός 24 ωρών από τη πραγματοποίηση ενδοφλέβιας ινωδόλυσης **δεν συνιστάται**.

Φροντίδα και νοσηλεία μετά την αντιμετώπιση του επεισοδίου

Ασθενής με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να εισαχθεί το νοσοκομείο σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις. Οι στόχοι της θεραπείας μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι (1) να παρατηρούμε για αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε άμεση πραγματοποίηση ιατρικών ή χειρουργικών επεμβάσεων, (2) η πρόληψη για τη μείωση της πιθανότητας αιμορραγικών επιπλοκών μετά τη χρήση θρομβόλυσης, (3) ιατρικά μέτρα με στόχο τη βελτίωση της αποκατάστασης του ασθενούς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, (4) προληπτικά μέτρα για τυχόν υποξείες επιπλοκές, (5) πρόληψη τυχόν

υποτροπιάζοντας εγκεφαλικό επεισόδιο, και (6) αποκατάσταση της νευρολογικής λειτουργίας μέσω της αποκατάστασης και κατάλληλης υποστηρικτικής φροντίδας.

Συγκεκριμένα πρέπει να γίνεται άμεση κινητοποίηση των ασθενών σε περίπτωση ήπιου εγκεφαλικού επεισοδίου με στόχο τη μείωση των επιπλοκών ενώ σε ασθενείς που δε μπορούν να λάβουν προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή συνίσταται για τον ίδιο λόγο η χορήγηση ασπιρίνης.

Οδοντιατρική διαχείριση

Οι ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν να προσέλθουν στο οδοντιατρείο και να πραγματοποιήσουν τις οδοντιατρικές τους πράξεις με ασφάλεια, με την τήρηση κάποιων παραμέτρων.

- 1) Αντιβιοτικά : Να αποφεύγεται η χρήση **μετρονιδαζόλης** και **τετρακυκλινών** σε ασθενείς που λαμβάνουν βαρφαρίνη (Coumadin) διότι μπορεί να μειώσουν την μεταβολική δραστηριότητα
- 2) Αναισθητικά: Πρέπει να επιτυγχάνεται καλός έλεγχος του πόνου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μιας οδοντιατρικής πράξης, αλλά η δόση του αναισθητικού με αδρεναλίνη **1/100.000 δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 2 φύσιγγες**
- 3) Αναβολή οποιασδήποτε οδοντιατρικής επέμβασης για 6 μήνες
- 4) Συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό
- 5) Ρύθμιση αντιυπερτασικής αγωγής
- 6) Ρύθμιση αντιπηκτικής αγωγής
- 7) Μικρές (πρωινές) συνεδρίες

Νόσος του Πάρκινσον (Parkinson Disease)

Ορισμός-Επιδημιολογία: Η νόσος του Πάρκινσον είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή, που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία ή απώλεια των ντοπαμινεργικών νευρώνων στον εγκέφαλο, την έλλειψη ντοπαμίνης, και το σχηματισμό παθολογικών σωματιδίων-πρωτεϊνών, των Lewy Bodies, στους νευρώνες. Αποτελεί μια ιδιοπαθή νόσο του νευρικού συστήματος, που χαρακτηρίζεται από κινητικές και μη κινητικές εκδηλώσεις.

Η νόσος του Πάρκινσον φαίνεται ότι αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και υπολογίζεται στο 1% του πληθυσμού άνω των 60 ετών. Ωστόσο, η νόσος μπορεί να ξεκινήσει και στην 4η ή 3η δεκαετία της ζωής ή ακόμα και νωρίτερα, ειδικά σε ασθενείς που φέρουν γονιδιακές μεταλλάξεις.

Υπάρχουν 3 ηλικιακές κατηγορίες:

- 1) Υπερήλικες: μέση ηλικία έναρξης τα 60 έτη (συχνά)
- 2) Ενήλικες: μέση ηλικία έναρξης 20-40 έτη
- 3) Νέοι ενήλικες: ηλικία έναρξης της νόσου πριν από τα 21 έτη (σπάνια)

Επιδημιολογία : Αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή νευροεκφυλιστική διαταραχή μετά το Αλτσχάϊμερ. Η μέση ηλικία εκδήλωσης της νόσου είναι τα 60 χρόνια, ενώ >1/10 ανθρώπους

διαγιγνώσκεται πριν την ηλικία των 50. Η νόσος του Πάρκινσον έχει προτίμηση στο αντρικό φύλο και μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των εθνικοτήτων.

Σε τι οφείλεται η νόσος του Parkinson;

Η ακριβής αιτία της νόσου του Πάρκινσον δεν είναι πλήρως κατανοητή, αλλά πιστεύεται ότι προκαλείται από ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

- Γενετικοί παράγοντες: γενετικές μεταλλάξεις, όπως στα γονίδια SNCA, το LRRK2 και το GBA διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες: έκθεση σε τοξίνες, οι τραυματισμοί στο κεφάλι, ιογενείς λοιμώξεις.

Η νόσος του Πάρκινσον προκαλείται από την απώλεια νευρώνων που παράγουν ντοπαμίνη σε ένα συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου που ονομάζεται μέλαινα ουσία. Αυτό οδηγεί σε μείωση των επιπέδων ντοπαμίνης, η οποία οδηγεί στα κινητικά συμπτώματα της νόσου. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν θα αναπτύξουν νόσο Πάρκινσον όλοι όσοι έχουν τους γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου.

Συμπτώματα:

Τα κύρια κινητικά συμπτώματα της νόσου Πάρκινσον είναι η **βραδυκίνηση** (βραδύτητα των κινήσεων και μείωση του εύρους τους), η **δυσκαμψία ή/και ο τρόμος (τρέμουλο)**. Η βραδυκίνηση είναι και το βασικό κλινικό κριτήριο της διάγνωσης της νόσου. Άλλα συμπτώματα: η **υπομμία** (ελαττωμένη έκφραση στο πρόσωπο), **υποφωνία** (σιγανή φωνή), ελαττωμένες αυθόρμητες κινήσεις κατά την ομιλία ή την βάδιση (ελαττωμένη αιώρηση των χεριών), και **μικρογραφία** (ο ασθενής γράφει μικρότερα γράμματα σε σχέση με πριν). Η δυσκαμψία είναι ενός είδους αύξηση του μυϊκού τόνου, που την αναζητά ο νευρολόγος στην εξέταση. Κλινικά, οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται μάγκωμα ή πόνο στην πλάτη ή/ και στους ώμους, η οποία μπορεί να οδηγήσει και πάλι πρώτα στον ορθοπεδικό πριν από την τελική παραπομπή στο νευρολόγο. Επιπλέον ο χαρακτηριστικός τρόμος της νόσου Πάρκινσον είναι τρόμος ηρεμίας (όταν δηλαδή ένα άκρο ηρεμεί), ενώ ελαττώνεται συνήθως κατά τη διάρκεια μιας κίνησης. Συνήθως εμφανίζεται σε ένα άκρο, ή και σε μία πλευρά αρχικά, ενώ μπορεί να υπάρχει και στην γνάθο, ενώ το κεφάλι δεν τρέμει κατά κανόνα στη νόσο Πάρκινσον. Επιπλέον κινητικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν διαταραχές στη στάση και στη βάδιση, με αστάθεια και τάση προς πτώσεις, που κατά κανόνα εμφανίζονται σε πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου

Θεραπεία

Η νόσος Πάρκινσον είναι μια νευροεκφυλιστική ασθένεια για την οποία δεν υπάρχει επιβεβαιωμένη νευροπροστατευτική αγωγή. Οι διαθέσιμες θεραπείες αφορούν τον έλεγχο των συμπτωμάτων, ενώ η θεραπεία της νόσου χρειάζεται εξατομίκευση, έτσι ώστε να εξυπηρετεί την άμεση ποιότητα ζωής του ασθενούς, αλλά και την μακροπρόθεσμη προοπτική του, ελαχιστοποιώντας πιθανές όψιμες επιπλοκές της θεραπείας.

Τα ακόλουθα φάρμακα είναι πρώτης επιλογής:

1. Λεβοντόπα άμεσης αποδέσμευσης μαζί με περιφερικό αναστολέα αποκαρβοξυλάσης (βενσεραζίδη ή καρβιντόπα)

2. Αγωνιστές ντοπαμίνης

3. Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (MAO) Β (Σελεργιλίνη και Ρασαγιλίνη)

Φάρμακα δεύτερης επιλογής είναι:

1. Αμανταδίνη
2. Αντιχολινεργικά (βιπεριδίνη, ορφенаδρίνη, τριεξιφενυδύλη
3. β-αδρενεργικοί αναστολείς, ιδιαίτερα η προπρανολόλη
4. Λεβοντόπα βραδείας αποδέσμευσης μαζί με περιφερικό αναστολέα ντόπα αποκαρβοξυλάσης (βενσεραζίδη).

Οδοντιατρική διαχείριση

Τα άτομα με νόσο του Πάρκινσον, αντιμετωπίζουν μια σειρά από προβλήματα στοματικής υγείας. Επιπλέον, ορισμένα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της νόσου, οδηγούν σε ανεπιθύμητες ενέργειες από τα δόντια και το στόμα, όπως:

1. Παρκινσονικός τρόμος και ακούσιες κινήσεις στους μύες των χειλέων, της γλώσσας και της κάτω γνάθου.
2. Δυσφαγία –Δυσκαταποσία
3. Ξηροστομία και υποσιαλία
4. Σύνδρομο καυσαλγίας στόματος (Burning Mouth Symptom-BMS)
5. Τερηδόνα
6. Περιοδοντική νόσο
7. Βρουξισμό και Διαταραχές της κροταφογναθικής διάρθρωσης
8. Πλημμελής στοματική υγιεινή
9. Κακοσμία στόματος
10. Ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιπαρκινσονικών φαρμάκων

Η οδοντιατρική θεραπεία πρέπει να προγραμματίζεται 60–90 λεπτά μετά τη λήψη των φαρμάκων του ασθενούς με νόσο Πάρκινσον (οπότε παρουσιάζουν και τη μέγιστη αποτελεσματικότητα). Έτσι ένα σύντομο μέχρι 45 λεπτά, χωρίς άγχος, ραντεβού σε μέσες πρωινές ώρες είναι συχνά ιδανικό. Το άγχος μπορεί να επιδεινώσει τους τρόμους και τις ανεξέλεγκτες ακούσιες κινήσεις καθιστώντας τη θεραπεία πιο περίπλοκη. Δεδομένου ότι η νόσος Πάρκινσον μπορεί συχνά να οδηγήσει σε προβλήματα με τη θερμορύθμιση, η θερμοκρασία του δωματίου μπορεί να χρειαστεί προσαρμογή ή/και μπορεί να διατεθεί μια κουβέρτα για τον ασθενή για την παροχή βέλτιστης άνεσης .

Η τοποθέτηση του ασθενούς στην οδοντιατρική έδρα εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε αναπηρικό καροτσάκι, πρέπει να αξιολογήσουμε εάν ο ασθενής

μπορεί να μεταφερθεί από αναπηρική καρέκλα σε οδοντιατρική έδρα. Αν όχι, η θεραπεία μπορεί να παρασχεθεί στο αναπηρικό καροτσάκι .

Εάν ο ασθενής έχει δυσφαγία, μπορεί να τοποθετηθεί σε θέση ημιανάκλισης (γωνία 45 μοιρών) και όχι σε μεγαλύτερη γωνία ή ύπτια, για να μειωθεί ο κίνδυνος πνιγμού ή εισρόφησης. Η παρουσία ενός βοηθού και η ισχυρή αναρρόφηση μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για τη χορήγηση ασφαλούς και άνετης φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η κεφαλή πρέπει να κλίνει προς τη μια μεριά για να συσσωρεύεται το σάλιο στην παρειά και να αναρροφάται πιο εύκολα. Για τον κίνδυνο εισρόφησης, όταν είναι ανάγκη να χρησιμοποιηθούν εργαλεία με καταιονισμό ύδατος, πρέπει να χρησιμοποιούνται με μειωμένη ροή νερού και να γίνεται συνετή χρήση της αεροϋδροσύριγγας . Πρέπει να χρησιμοποιείται ελαστικός απομονωτήρας για την αποφυγή μόλυνσης των αποκαταστάσεων με σίελο αλλά και για την προστασία από εισρόφηση αντικειμένων (ο ασθενής έχει και μειωμένο αντανακλαστικό του βήχα) και για την προστασία της γλώσσας από τραυματισμό. Η χρήση υπερήχων και συσκευών σοδοβολής αντενδείκνυται λόγω δυσκολιών στην κατάποση. Με την ολοκλήρωση του ραντεβού, η οδοντιατρική έδρα θα πρέπει να ανυψώνεται αργά λόγω της μεγάλης πιθανότητας ορθοστατικής υπότασης, που μπορεί να οδηγήσει σε λιποθυμία ή και τραυματισμό από πτώση, ιδιαίτερα αν ο ασθενής λαμβάνει ντοπαμίνη. Λόγω του κινδύνου ορθοστατικής υπότασης πρέπει τόσο το κάθισμα του ασθενούς στην έδρα όσο και η ημιανάκλιση της έδρας να πραγματοποιούνται αργά .

Οι οδοντίατροι πρέπει να λαμβάνουν προφυλάξεις κατά τη χορήγηση τοπικών αναισθητικών που περιέχουν επινεφρίνη σε ασθενείς που λαμβάνουν λεβοντόπα (και τον συνδυασμό της με έναν αναστολέα ντόπα-αποκαρβοξυλάσης) καθώς αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αρρυθμίες και ταχυκαρδία (συνιστάται ο περιορισμός της δόσης της επινεφρίνης σε 2-3 αμπούλες που περιέχουν 1:100.000 επινεφρίνη).

ΝΟΣΟΣ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ (ALZHEIMER DISEASE)

Η νόσος Alzheimer είναι μια χρόνια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου και αποτελεί το συχνότερο αίτιο της άνοιας. Η κύρια κλινική εκδήλωση της είναι η διαταραχή στη μνήμη και δεν έχει σχέση με την φυσιολογική γήρανση και λειτουργική έκπτωση του εγκεφάλου.

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι της νόσου Αλτσχάιμερ:

1. Πρώιμη έναρξη ή νεανικό Αλτσχάιμερ, σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Οι πρώτες ενδείξεις του Αλτσχάιμερ με πρώιμη έναρξη συνήθως εμφανίζονται στις ηλικίες μεταξύ 40 και 60 ετών.
2. Όψιμη έναρξη, η πιο κοινή μορφή και εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Είναι μια εξελικτική νόσος, που σημαίνει ότι, με την πάροδο του χρόνου, όλο και περισσότερα μέρη του εγκεφάλου υφίστανται βλάβη.

Αιτιοπαθογένεια : Προκαλείται από τη συσσώρευση πρωτεϊνών στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα να σχηματίζονται μη φυσιολογικές δομές που ονομάζονται «πλάκες» και «σωροί». Παράγοντες κινδύνου:

- **Ηλικία:** Άτομα άνω των 65 ετών. Μετά τα 65, η πιθανότητα εκδήλωσης Αλτσχάιμερ διπλασιάζεται κάθε πέντε χρόνια.
- **Φύλο:** Γυναίκες > άνδρες 2:1
- **Οικογενειακό ιστορικό:** Τα γονίδια αυξάνουν ελάχιστα τον κίνδυνο.
- **Σύνδρομο Down:** Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η γενετική ανωμαλία στο χρωμόσωμα 21 που εμφανίζουν τα άτομα με σύνδρομο Down μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη πλακών στον εγκέφαλο, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε Αλτσχάιμερ.
- **Τραυματισμοί** στο κεφάλι
- Υγιεινός **τρόπος ζωής**
- **Ιατρικές παθήσεις:** διαβήτης, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση, υπερχοληστεριναϊμία και παχυσαρκία

Τα **συμπτώματα** της νόσου Αλτσχάιμερ περιλαμβάνουν:

- Προβλήματα με τη μνήμη
- Δυσκολίες στη συγκέντρωση.
- Αυξανόμενη δυσκολία στην αναγνώριση ατόμων ή αντικειμένων.
- Προβλήματα στον σχεδιασμό, την οργάνωση, την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων.
- Σύγχυση.
- Δυσκολίες στην ομιλία και την επανάληψη λέξεων ή φράσεων.
- Χωρικός και χρονικός αποπροσανατολισμός
- Αλλαγές προσωπικότητας και συμπεριφοράς, όπως πεσμένη διάθεση, άγχος ή έλλειψη αυτοπεποίθησης.
- Προβλήματα με τη χωρική αντίληψη(πχ η εκτίμηση αποστάσεων, το ανέβασμα ή κατέβασμα σε σκάλες ή το παρκάρισμα του αυτοκινήτου)
- Τακτική απώλεια αντικειμένων ή τοποθέτησή τους σε παράξενα μέρη.

Στάδια της νόσου:

1. Πρόδρομο στάδιο Αλτσχάιμερ

Αρχική μορφή, όπου οι άνθρωποι εκδηλώνουν ήπια γνωστική διαταραχή, όπως επιδείνωση της μνήμη.

2. Πρώιμο στάδιο νόσου Αλτσχάιμερ

Το κύριο σύμπτωμα είναι τα κενά μνήμης. Ο ασθενής μπορεί να ξεχνάει πρόσφατες συνομιλίες ή συμβάντα, να δυσκολεύεται να σκεφτεί την κατάλληλη λέξη. Μπορεί επίσης να παρουσιαστούν ορισμένες αλλαγές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα, όπως εναλλαγές της διάθεσης, αυξανόμενη διέγερση ή άγχος.

3. Μέσο στάδιο της νόσου Αλτσχάιμερ

Το πιο μακροσκελές στάδιο της νόσου. Με το πέρασ του χρόνου, τα προβλήματα μνήμης χειροτερεύουν.

4. Όψιμο στάδιο νόσου Αλτσχάιμερ

Ο ασθενής μπορεί να χάσει την ικανότητά του να αντιλαμβάνεται το τι συμβαίνει γύρω του. Τυχόν παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις μπορεί να επιδεινωθούν, ενώ ο ασθενής μπορεί να δρα επιθετικά. Άλλα συμπτώματα του όψιμου σταδίου που μπορεί να εκδηλωθούν περιλαμβάνουν τα εξής: απώλεια ομιλίας, προβλήματα κινητικότητας, προβλήματα με την κατανάλωση τροφής και την κατάποση (δυσφαγία), ακράτεια ουροδόχου κύστης και εντέρου.

Θεραπεία: Βασική θεραπεία αποτελούν οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (AChE). Αυτά τα φάρμακα αυξάνουν τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης, ουσίας που απαντάται στον εγκέφαλο και βοηθά τα νευρικά κύτταρα να επικοινωνούν μεταξύ τους και μπορούν να συνταγογραφηθούν από νευρολόγους ή ψυχιάτρους σε ασθενείς πρώιμου έως μέσου σταδίου και μπορούν να συνεχιστούν ως θεραπεία συντήρησης για όσο διάστημα υφίσταται θεραπευτικό όφελος.

Στοματικές εκδηλώσεις και οδοντιατρική διαχείριση

Τα στοματικά προβλήματα αφορούν: στα δόντια (τερηδόνα, κατάγματα) στα ούλα (φλεγμονή και αιμορραγία, κινητικότητα στα δόντια) στο στοματικό βλεννογόνο (τραύματα, φλεγμονές), σε κακοσμία στόματος, σε ξηροστομία, στη δυσκολία ελέγχου παλαιών οδοντοστοιχιών, στην ανάγκη κατασκευής νέων οδοντοστοιχιών αν χαθούν τα δόντια ή χαθούν οι παλιές οδοντοστοιχίες. Τα στοματικά αυτά προβλήματα συχνά συνδέονται με πόνο, φλεγμονή και δυσφορία.

Η οδοντιατρική φροντίδα αφορά κυρίως στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που τυχόν θα προκύψουν. Οι βασικοί στόχοι της φροντίδας αυτής είναι: η διατήρηση καθημερινής και συστηματικής στοματικής υγιεινής, η φροντίδα των οδοντοστοιχιών (αν φέρει οδοντοστοιχίες), ο έλεγχος της ζάχαρης στην καθημερινή διατροφή ώστε να μην αυξάνεται ο κίνδυνος τερηδονισμού των δοντιών, ο έλεγχος της ξηροστομίας, που προκαλείται κυρίως από τα φάρμακα, η επαγρύπνηση για τυχόν στοματικό πόνο που δεν μπορεί άμεσα να αναφέρει ο ασθενής, ο συστηματικός οδοντιατρικός έλεγχος από τον οδοντίατρο, μία ή δύο φορές το χρόνο.

Αν η επιδεξιότητα των χεριών μειώνεται, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ηλεκτρική οδοντόβουρτσα ή να τροποποιηθεί η λαβή της οδοντόβουρτσας. Όταν ο ασθενής δεν μπορεί

πια να καθαρίζει τα δόντια του θα πρέπει τη φροντίδα αυτή να την αναλάβει ο φροντιστής. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να ξεπλύνει το στόμα του, χρησιμοποιείται είτε απλά βρεγμένη οδοντόβουρτσα είτε οδοντόβουρτσα εμποτισμένη σε χλωρεξιδίνη και φθόριο. Αν ο ασθενής έχει αυξημένο κίνδυνο τερηδονισμού και περιοδοντικής νόσου, ο οδοντίατρος εκτός από το βούρτσισμα θα συστήσει και την χρήση σκευασμάτων που έχουν αντιτερηδογονό και αντιμικροβιακή δράση (χλωρεξιδίνη και φθόριο, σε διάλυμα ή gel).

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Αποτελεί μια νευρολογική πάθηση που επηρεάζει τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα. Θεωρείται «διαταραχή φάσματος» επειδή έχει πολυάριθμες αιτίες και παρουσιάζει πολλούς διαφορετικούς τύπους κρίσεων, ενώ η σοβαρότητα και ο αντίκτυπός της μπορεί να ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, και συνοδεύεται από μια σειρά συννοσηροτήτων.

- **Εστιακή επιληψία:** Οι κρίσεις προέρχονται από το ένα εγκεφαλικό ημισφαίριο, με ή χωρίς διαταραχή της συνείδησης.
- **Γενικευμένη επιληψία:** Μία σειρά από γενικευμένες κρίσεις, οι οποίες ξεκινούν και από τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου. Σε αυτό το είδος κρίσεων περιλαμβάνονται οι αφαιρετικές, οι μυοκλονικές, οι ατονικές, οι τονικές κρίσεις κ.α.
- **Συνδυασμένη γενικευμένη και εστιακή επιληψία:** Τόσο γενικευμένες όσο και εστιακές κρίσεις.

Η επιληψία είναι μια από τις συχνότερες χρόνιες νευρολογικές παθήσεις, ενώ τουλάχιστον 1 άτομο στα 200 του πληθυσμού παρουσιάζει ενεργό επιληψία. Η επίπτωση ανάλογα με το φύλο δείχνει μια ήπια επικράτηση στους άντρες.

Αιτιοπαθογένεια

Συχνά, δεν φαίνεται να υπάρχει ξεκάθαρο αίτιο για την επιληψία. Μπορεί να είναι αποτέλεσμα των γονιδίων ενός ανθρώπου, μιας δομικής αλλαγής στον εγκέφαλο ή άλλων υποκείμενων παθήσεων, όπως όγκοι στον εγκέφαλο, και μολυσματικές ασθένειες, όπως μηνιγγίτιδα και ιογενής εγκεφαλίτιδα. Η πιθανότητα εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων μπορεί επίσης να αυξηθεί λόγω ορισμένων περιστατικών όπως η έλλειψη οξυγόνου στον εγκέφαλο ενός μωρού κατά τη διάρκεια του τοκετού ή η εγκεφαλική βλάβη από ατύχημα ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος θανάτου είναι έως και τρεις φορές υψηλότερος σε ενήλικες με επιληψία από ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Επιστημονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι το προσδόκιμο ζωής μπορεί να μειωθεί έως και κατά 10 χρόνια, όταν υπάρχει γνωστό αίτιο επιληψίας.

Παρότι οι επιληπτικές κρίσεις μπορεί να εμφανίζονται τυχαία, πολλοί άνθρωποι διαπιστώνουν ότι αυτές μπορούν να **πυροδοτηθούν** από ορισμένους παράγοντες όπως η έλλειψη ύπνου, το στρες, τα φάρμακα, η χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, η παράλειψη γευμάτων, το ξύπνημα, η εμμηνόρροια και τα φώτα που αναβοσβήνουν ή τρεμοπαίζουν.

Συμπτώματα

Οι περισσότεροι άνθρωποι με επιληψία αντιμετωπίζουν κρίσεις που διαρκούν για μικρό χρονικό διάστημα (λιγότερο από πέντε λεπτά) και σταματούν από μόνες τους, ενώ μερικές φορές μια κρίση μπορεί να διαρκέσει πάνω από πέντε λεπτά ή να συμβούν πολλαπλές κρίσεις χωρίς χρόνο ανάκαμψης στο ενδιάμεσο. Αυτή η κρίση ονομάζεται «επιληπτική κατάσταση» και για να τερματιστεί το συντομότερο δυνατό, μπορεί να χρειαστεί η επείγουσα παροχή βοήθειας ή και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Τα σημεία και τα συμπτώματα των κρίσεων μπορεί να περιλαμβάνουν: προσωρινή σύγχυση, προσήλωση του βλέμματος σε κενό χώρο, ανεξέλεγκτες κινήσεις των χεριών και των ποδιών, απώλεια συνείδησης, καθώς και ψυχιατρικά συμπτώματα.

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση ενός ασθενούς με επιληπτικές κρίσεις είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει πρωτίστως την αντιμετώπιση τυχών υποκείμενων διαταραχών που προκαλούν ή συμβάλλουν στην εκδήλωση των επιληπτικών κρίσεων. Σημαντικό μέρος της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η αποφυγή εκλυτικών παραγόντων. Ο σκοπός της έναρξης της αντιεπιληπτικής αγωγής είναι ο έλεγχος των κρίσεων με την ειδική φαρμακευτική αγωγή με όσο το δυνατόν ελάχιστον παρενέργειες. Γενικότερα κατά κανόνα ισχύει ότι άνευ εστιακής βλάβης να αποφεύγεται η έναρξη αγωγής στην πρώτη επιληπτική κρίση. Η ταυτοποίηση του είδους των σπασμών και η ταξινόμηση τους είναι σημαντική για την έναρξη αγωγής.

Εάν μια φαρμακευτική ουσία δεν ρυθμίζει επαρκώς τους σπασμούς γίνεται αρχικά αύξηση της δόσης. Εάν συνεχίζει και είναι αναποτελεσματική ή αν παρουσιαστούν μη ανεχτές παρενέργειες, προστίθεται δεύτερο φάρμακο με σκοπό την μείωση σε όσο το δυνατόν μικρότερη δόση ή αν δύναται και η πλήρη απόσυρση του φαρμάκου. Η θεραπεία ακολουθείται για τουλάχιστον τρία έτη και η διακοπή της αγωγής προγραμματίζεται σταδιακά εάν ο ασθενής είναι ελεύθερος σπασμών από τριετίας και αν η αιτία ή η εντόπιση των σπασμών το επιτρέπει.

Οδοντιατρική διαχείριση: Σε ασθενή που θα υποστεί μια επιληπτική κρίση στο ιατρείο θα πρέπει να γίνει:

- διακοπή της συνεδρίας
- τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια θέση
- προσπάθεια προστασίας του ασθενούς από τραυματισμό
- διατήρηση ανοικτού αεραγωγού
- επικοινωνία με θεράποντα νευρολόγο

Σε περίπτωση έκτακτης αντιμετώπισης πλην των άλλων μπορεί να χορηγηθεί 5 mg διαζεπάμης iv.

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νευρολογική νόσος, που προσβάλλει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Πρόκειται για ένα αυτοάνοσο νόσημα, όπου το ανοσοποιητικό σύστημα δεν αναγνωρίζει το προστατευτικό περίβλημα των νευρών, τη μυελίνη ως δικό του ιστό και την καταστρέφει. Η νόσος συνήθως προσβάλλει νέα άτομα και σπανιότερα ανθρώπους άνω των 50 ή παιδιά. Είναι δύο με τρεις φορές πιο συχνή στις γυναίκες. Περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της νόσου είναι το κάπνισμα, τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D και κάποιες ιογενείς λοιμώξεις. Υπάρχουν ενδείξεις ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση αλλά δεν έχει αποδειχθεί ακόμα.

Συμπτώματα: Κανένας ασθενής δεν έχει τα ίδια συμπτώματα με άλλον, και σε κάθε ασθενή ξεχωριστά τα συμπτώματα μπορεί να αλλάζουν με τον χρόνο. Για να θεωρηθεί κάποιο σύμπτωμα ύποπτο θα πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον 24 ώρες. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων γίνεται συνήθως χορήγηση κορτιζόνης ενδοφλεβίως για 3 ως 5 μέρες. Η διάρκεια της χορήγησης εξαρτάται από την βαρύτητα των επεισοδίων και τον βαθμό ενεργότητας της νόσου. Συνήθως τα συμπτώματα είναι πλήρως αναστρέψιμα.

ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

- Οπτική νευρίτιδα. Οφείλεται σε βλάβη του οπτικού νεύρου και εκδηλώνεται με θάμβος (θολούρα) όρασης. Εντοπίζεται στο ένα μάτι και συνήθως συνδυάζεται με πόνο στις κινήσεις του οφθαλμού.
- Αιμωδία (μούδιασμα). Εμφανίζεται στο πρόσωπο, στον κορμό και στα άκρα. Μπορεί να μοιάζει με ηλεκτρικό ρεύμα ή με μυρμήκιασμα.

ΣΥΧΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Αδυναμία (πάρεση/παράλυση) σε κάποιο άκρο (χέρι ή/και πόδι), διπλωπία, ίλιγγος, ζάλη, αστάθεια στο περπάτημα, έλλειψη ισορροπίας, διαταραχή ούρησης, κόπωση, έλλειψη συγκέντρωσης, διαταραχή μνήμης, διαταραχή διάθεσης, κατάθλιψη.

ΟΨΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Ουρολοίμωξη και διαταραχή κατάποσης.

Μορφές της νόσου

A) Η συχνότερη μορφή, με ποσοστό 85%, είναι η **διαλείπουσα-υποτροπιάζουσα μορφή**. Στην μορφή αυτή εμφανίζονται επεισόδια(υποτροπές) με νευρολογικά συμπτώματα που έχουν πλήρη ή μερική ανάκαμψη. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι καινούρια ή προυπάρχοντα που επιδεινώνονται. Ανάλογα με την βαρύτητα ο θεράπων νευρολόγος θα κρίνει αν χρειάζεται χορήγηση κορτιζόνης. Η κορτιζόνη ελαττώνει την φλεγμονή και μειώνει την διάρκεια και την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι περίοδοι μεταξύ των εξάρσεων

χαρακτηρίζονται από έλλειψη εξέλιξης της νόσου. Η επιδείνωση μεταξύ των υποτροπών μπορεί οφείλεται σε μερική αποκατάστασή τους και παραμονή υπολειμματικής βλάβης.

Β) Δευτεροπαθώς προιούσα μορφή. Η μορφή αυτή ακολουθεί την προηγούμενη μετά από 15-20 χρόνια νόσου στο 80% των περιπτώσεων. Δεν είναι πάντα εύκολο να εντοπισθεί το χρονικό σημείο της μετάβασης. Κατά την διάρκεια της μορφής αυτής μπορεί ακόμα να εμφανίζονται υποτροπές όμως ανάμεσά τους υπάρχει προοδευτική επιδείνωση. Έμμεσες ενδείξεις μετάβασης στην δευτεροπαθώς προιούσα ΣΚΠ είναι η επιδείνωση της αδυναμίας και του συντονισμού των κινήσεων, η δυσκαμψία στα άκρα και η διαταραχή κύστης και εντέρου.

Γ) Πρωτοπαθώς προιούσα μορφή. Εδώ υπάρχει εξέλιξη της νόσου από την αρχή με περιστασιακές περιόδους σταθεροποίησης με ή χωρίς εξάρσεις. Απαντάται στο 15% των νοσούντων. Στην μορφή αυτή υπάρχουν συνήθως περισσότερες εστίες στον νωτιαίο μυελό παρά στον εγκέφαλο. Είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες. Η ηλικία έναρξης μπορεί να είναι μεγαλύτερη κατά 10 χρόνια από την ηλικία εμφάνισης της υποτροπιάζουσας μορφής (συνήθως μετά τα 40). Προκαλεί την μεγαλύτερη δυσκολία στην βάρδια και στις καθημερινές δραστηριότητες.

Θεραπεία

Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν ξεκινάει έγκαιρα: με την οριστική διάγνωση της νόσου μετά την εφαρμογή των κριτηρίων. Οι πιο πολλές θεραπείες που έχουν εγκριθεί αφορούν την υποτροπιάζουσα μορφή. Πρόσφατα (2017) εγκρίθηκε και η πρώτη θεραπεία για την πρωτοπαθώς προιούσα ΣΚΠ, το μονοκλωνικό αντίσωμα ocrelizumab(Ocrevus).

Οδοντιατρική διαχείριση

Τα άτομα που ζουν με σκλήρυνση κατά πλάκας αδυνατούν να φροντίσουν τα δόντια τους λόγω κούρασης, δυσκολίες στο συντονισμό ή αλλαγές στη διάθεση, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, νευραλγία τριδύμου, η οποία μπορεί να κάνει το βούρτσισμα των δοντιών εξαιρετικά επώδυνο. Επιπλέον, ορισμένες από τις παρενέργειες των φαρμάκων για την νόσο μπορεί να προκαλέσουν μείωση του σιάλου στο στόμα, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο τερηδόνας, στοματικών ελκών, ανάπτυξη καντιντίασης καθώς και υπερπλασία των ούλων.

Ο ρόλος του οδοντιάτρου περιλαμβάνει: επανεξέταση φαρμάκων (κάποια αντιβιοτικά μπορεί να αλληλοεπιδρούν με φάρμακα για την νόσο), ενυδατικές γέλες για την τόνωση του σιάλου μπορεί να μειώσουν τις επιπτώσεις της ξηροστομίας, καθώς και συντομότερες θεραπείες για την αποφυγή πνευμονικής εισρόφησης σε ορισμένους ασθενείς. Αυτό συμβαίνει όταν ένα άτομο εισπνεύσει υγρό ή σάλιο στους πνεύμονες. Τέλος, ως προς τον οδοντιατρικό εξοπλισμό, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μέσα ανοίγματος στόματος, γλωσσοπίεστρα, προστατευτικά δακτύλων και αναστολείς για να αποτρέψουν ανεπιθύμητες κινήσεις του στόματος ή δάγκωμα των δακτύλων του οδοντιάτρου.

