

dr hab. med. Anna Krygowska-Wajs
Klinika Neurologii Collegium Medicum UJ w Krakowie

CHOROBA PARKINSONA - INFORMACJE OGÓLNE

Choroba Parkinsona to jedna z najczęściej występujących chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego. Wzmianki o niej znaleziono w liczącym tysiące lat traktacie indyjskim Ayurveda. Pierwszy medyczny opis choroby przedstawił w 1817 roku lekarz londyński James Parkinson, i jemu choroba zawdzięcza swą nazwę.

Pierwsze objawy choroby Parkinsona pojawiają się najczęściej między 50. a 60. rokiem życia. W populacji powyżej 65 roku życia znajduje się 1-2% chorych, wzrastając do 4-5% po 85. roku życia. Im wyższa grupa wiekowa, tym objawy pojawiają się częściej. Z powodu wydłużania się długości życia przewiduje się, że liczba chorych będzie się zwiększała. Choroba Parkinsona może jednak wystąpić u osób znacznie młodszych. U 5-10% chorych pierwsze objawy pojawiają się przed 40. rokiem życia. Istnieje również tzw. parkinsonizm młodzieńczy.

Przypuszcza się, że w Polsce na chorobę Parkinsona cierpi około 80 000 osób, nie przeprowadzono jednak dokładnych analiz epidemiologicznych.

Jakie zmiany zachodzą w mózgu chorego na chorobę Parkinsona

U osoby dotkniętej chorobą Parkinsona zanika w mózgu określona grupa komórek nerwowych. Komórki te zawierają czarny barwnik – melaninę, i dlatego nazwano je istotą czarną. Istota czarna produkuje neuroprzekaźnik – dopaminę. Liczba komórek istoty czarnej zmniejsza się wraz z wiekiem także u osób zdrowych, a ilość dopaminy maleje w każdej dekadzie życia o 8-10%.

Jeśli liczba komórek nerwowych produkujących dopaminę zmniejszy się o 70-80%, a ilość dopaminy zostanie zredukowana do 20-30%, rozwija się choroba Parkinsona.

Przyczyny choroby Parkinsona

Przyczyna postępującego zaniku komórek nerwowych wytwarzających dopaminę nie jest znana. Badania nad etiologią choroby Parkinsona opierają się głównie na hipotezach. Prawdopodobnie w jej powstawaniu uczestniczą różne czynniki środowiskowe i genetyczne. Rozważa się wpływ neurotoksycznych substancji zawartych w środowisku, np. niektórych środków ochrony roślin (pestycydów) zawierających związki chemiczne, takie jak *cyperkwat* lub *parakwat*. Podobne działanie mogą wykazywać niektóre związki chemiczne wytwarzane w ludzkim organizmie. Możliwe, że uwarunkowana genetycznie predyspozycja zmniejsza możliwości obrony organizmu przed substancjami szkodliwymi. Znane jest także genetyczne podłoże choroby, na co wskazują badania epidemiologiczne bliźniąt oraz

rodzin, w których na chorobę Parkinsona cierpiało kilka osób. Najnowsze badania dowodzą jednak, że częstotliwość zapadania na chorobę Parkinsona u krewnych chorych tylko nieznacznie większa niż w populacji ogólnej.

Początek choroby i typowe objawy

Pierwsze objawy choroby najczęściej nie są charakterystyczne. Choroba zaczyna się zwykle pogorszeniem samopoczucia, uczuciem znużenia i zmęczenia. Chory może także odczuwać niepokój wewnętrzny, smutek i zniechęcenie. Często występuje nadpobudliwość nerwowa, czasami bóle mięśniowe, pismo ulega pomniejszeniu, trudność sprawia właściwe modulowanie głosu.

Drżenie dłoni najpierw pojawia się w stanach napięcia emocjonalnego (zarówno radości, jak i strachu czy zdenerwowania). Następnie przybiera postać tzw. drżenia spoczynkowego. Oznacza to, że występuje w odprężonych kończynach (np. kiedy chory siedzi z rękami leżącymi swobodnie na kolanach). Ważne jest odróżnienie drżenia parkinsonowskiego od tzw. drżenia samoistnego, które występuje zwykle u kilku osób w rodzinie i wymaga innego leczenia.

Objawy te obejmują najczęściej jedną stronę ciała. Chory podczas chodzenia nie wykonuje harmonijnych ruchów rękami. Sprawiają mu trudność czynności precyzyjne (np. zapinanie guzików czy wiązanie sznurowadeł). Podobne trudności mogą dotyczyć stawiania kroków. Spowolnienie ruchowe chory odczuwa wykonywania dowolnych czynności. Wszystko zabiera znacznie więcej czasu niż dawniej.

Sztywność chory odczuwają jako nasilający się napięcia mięśni. Objaw ten przyczynia się do wystąpienia typowej dla choroby Parkinsona usztywnionej postawy – głowa i tułów są pochylone do przodu, nogi i ręce lekko ugięte, a ramiona wysunięte do przodu.

Inne objawy

Niekiedy z powodu spowolnienia procesów trawiennych pojawiają się zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Chorzy odczuwają ciężar w żołądku, a czasami skarżą się również na nudności. Wielu chorych odczuwa potrzebę częstego oddawania moczu, która jest szczególnie uciążliwa w nocy. W nocy występuje także wyciek śliny związany z trudnościami z jej połykaniem oraz nadmierne pocenie się głowy i szyi. U nielicznych chorych w zaawansowanym stadium choroby stwierdza się zaburzenia układu krążenia objawiające się *obniżeniem* ciśnienia krwi podczas nagłego wstawania z łóżka lub krzesła. Częste są problemy z zaśnięciem. Sen mogą zakłócać trudności z przewracaniem się z boku na bok, skurcze mięśni, żywe marzenia sennie. Chorobie Parkinsona często towarzyszą objawy depresyjne, niepokój, lęki lub napady paniki.

Rozpoznanie

Chorobę rozpoznaje się na podstawie badania klinicznego. Nie opracowano dotychczas testów diagnostycznych (np. laboratoryjnych), dzięki którym można byłoby wykryć chorobę. W badaniach obrazowych – pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) i emisyjnej tomografii pojedynczego fotonu (SPECT) można uwidocznnić typową dla choroby Parkinsona zmniejszoną zdolność gromadzenia dopaminy w mózgu. Jednakże ze względu na bardzo wysoki koszt badania te są dostępne wyłącznie do celów naukowych. Choroba Parkinsona rozwija się powoli i jej przebieg jest bardzo zróżnicowany. U większości chorych w miarę postępu choroby wzmaga się zeszywnienie i spowolnienie ruchowe. Proces ten na ogół niezwykle wolno. Po 3-7 latach od wystąpienia pierwszych objawów chorzy mogą zauważyć, że przyjmowany przez nich lek szybciej przestaje działać. Nasila się niesprawność ruchowa lub drżenie. Jest to tzw. zjawisko końca dawki (*end-of-dose* = koniec dawki). Po wielu latach mogą się pojawiać naprzemiennie okresy lepszej i gorszej sprawności ruchowej. Zjawisko to określa się mianem okresów włączenia i wyłączenia (*on-off* – włączony-wyłączony), ponieważ pojawianie się sprawności ruchowej przypomina włączanie i wyłączenie światła. Zarówno w okresie dobrej, jak i gorszej sprawności ruchowej mogą występować niezamierzone ruchy mimowolne kończyn oraz w mniejszym stopniu – głowy i tułowia, zwane dyskinezami. Niezwykle ważna jest dokładna obserwacja ruchów mimowolnych, co ma istotne znaczenie dla wyboru sposobu leczenia. Ruchy te mogą pojawiać się w okresie najsilniejszego działania stosowanych leków, gdy sprawność chorego jest najlepsza (dyskinezy szczytu dawki). Dyskinezy dwufazowe występują w okresach początku i końca działania leku.