

Leczenie objawowe stwardnienia rozsianego

Symptomatic treatment of multiple sclerosis

Halina Bartosik-Psujek

Katedra i Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, objawy kliniczne, leczenie
Key words: multiple sclerosis, clinical symptoms, treatment

Leczenie objawowe, dostosowane do aktualnych potrzeb pacjenta, jest bardzo istotnym, a w niektórych okresach choroby, najistotniejszym kierunkiem terapii stwardnienia rozsianego (SR). Różnorodność symptomów i ogromna możliwość kombinacji ich współistnienia zmuszają do indywidualnego dopasowywania terapii do potrzeb poszczególnych pacjentów, a zbyt mała skuteczność dotychczas stosowanych metod skłania do poszukiwania nowych opcji terapeutycznych. Leczenie objawowe może znacznie poprawić jakość życia chorego, ponadto powinno chronić przed wtórnymi komplikacjami wynikającymi z istniejącej niesprawności.

Spastyczność

Leczenie spastyczności oprócz farmakoterapii powinno obejmować równoległe prowadzenie fizykoterapii i ćwiczeń rozciągających mięśnie. Przed rozpoczęciem leczenia powinno się wyeliminować czynniki nasilające spastyczność. Są to najczęściej infekcje dróg moczowych, przewlekłe zaparcia, ból czy gorączka. Lekami pierwszego rzutu są baklofen i tizanidyna. Dawki powinno się stopniowo zwiększać do osiągnięcia skuteczności terapeutycznej, ale należy zawsze pamiętać o osobniczej wrażliwości na oba preparaty, jak również o stosowaniu minimalnej skutecznej dawki. Maksymalna dawka baklofenu to 80 mg/d., a tizanidyny — 36 mg/d. Nie należy gwałtownie odstawiać leków stosowanych w dużych dawkach, bo można doprowadzić do szybkiego pogłębienia się spastyczności lub drgawek. Najczęstszym objawem ubocznym przy stosowaniu baklofenu jest senność, natomiast tizanidyna może powodować bradykardię i zaburzenia funkcji wątroby. Należy je monitorować, szczególnie przy współistnieniu innych terapii hepatotoksycznych [1–3]. Jako lek obniżający napięcie, szczególnie w przypadku spastyczności współistniejącej z bólem, można stosować gabapentynę. Dawkę początkową 300 mg/d. powinno się szybko zwiększyć do 1800 mg/d., a maksymalne dawki to 3600 mg/d. i większe. Pochodne benzodiazepiny są skuteczne zarówno w monoterapii, jak i w połączeniach z innymi lekami. Dawkę początkową należy stopniowo zwiększać do osiągnięcia efektu terapeutycznego, uwzględniając oczywiście wszystkie objawy uboczne. Ostatnio pojawiły się doniesienia o skuteczności stosowania canabinooidów w obniżaniu napięcia mięśniowego, ale wyniki nie są jednoznaczne [2].

Przy braku skuteczności doustnego leczenia farmakologicznego można stosować miejscowe podawanie toksyny botulinowej — dawka jest zależna od miejsca podania i rodzaju preparatu. Stosuje się również blokadę nerwów obwodowych fenolem. Korzystny efekt utrzymuje się róż-

nie długo, najczęściej kilka miesięcy, i iniekcje muszą być powtarzane. Skuteczną metodą jest dokanałowe podawanie baklofenu przez pompę infuzyjną — metoda najrzadziej stosowana ze względu na duże koszty i trudności techniczne.

Zmęczenie

Problem dotyczy bardzo dużej grupy chorych na SR (około 80%). Przed rozpoczęciem leczenia konieczne jest określenie typu zmęczenia. Może występować zmęczenie nerwowo-mięśniowe jako wynik niedowładu, związane z depresją, zmęczenie w dzień jako efekt bezsenności w nocy lub ogólne znużenie. W zmęczeniu nerwowo-mięśniowym najkorzystniejsza jest fizykoterapia i regularne ćwiczenia aerobowe. Przy zmęczeniu pojawiającym się przy wzroście temperatury ciała bardzo korzystne jest pływanie. Leki przeciwdepresyjne są korzystne w zmęczeniu związanym z depresją. Zaburzenia snu wymagają konsekwentnego utrzymywania rytmu snu i czuwania, a w razie potrzeby, farmakoterapii preparatami nasennymi. W ogólnym znużeniu związanym z SR można zalecić amantadynę w dawce 100–200 mg/d. Podobne wskazania ma Modafinil, ale jest niedostępny w Polsce [1–3].

Zaburzenia czynności dróg moczowych

Występują u około 96% chorych na SR i dotyczą zaburzeń w oddawaniu moczu, zaburzeń gromadzenia moczu bądź mają charakter mieszany. Przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego wskazane jest dokładne badanie ogólne i posiew moczu oraz badanie urologiczne i urodynamiczne. Przy trudnościach w opróżnianiu pęcherza na skutek dysfunkcji mięśnia wypieracza, stosuje się leki cholinomimetyczne: betanechol (Urecholine) w dawce 10–25 mg/2–6 razy na dobę, neostygmینę (Polstygminum) do 45 mg/d., lub pilokarpinę 5–10 mg podskórną. Zmniejszenie napięcia wewnętrznego zwieracza pęcherza uzyskuje się stosując α -adrenolityki, na przykład prazosynę (Minipress, Polpressin) w dawce 6–20 mg/d. lub sympatykolytyki, na przykład guanetydynę w dawce do 30 mg/d. Obniżenie napięcia mięśnia zwieracza zewnętrznego można uzyskać, stosując baklofen, diazepam, dantrolen czy tolperison.

Zaburzenia gromadzenia moczu, wynikające z nadmiernej aktywności mięśnia wypieracza pęcherza, można leczyć preparatami antycholinergicznymi — oksybutyniną do 20 mg/d. i tolterodyną do 4 mg/d. Można stosować także dopęcherzowe podawanie leków — oksybutyniny i toksyny botulinowej. Przy nietrzymaniu moczu, wynikającym z zaburzenia funkcji mięśnia zwieracza, stosuje się leki sympatykomimetyczne (Efedryna), w dawce do 100 mg/d. lub Gutron — do 15 mg/d. Można stosować trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne — imipraminę w dawce 75 mg/d. W przypadkach niepoddających się leczeniu farmakologicznemu wskazane jest samocewnikowanie lub cewnik na stałe. Ze względu na częste współistnienie infekcji dróg moczowych przy zaburzeniach pęcherzowych korzystne jest przyjmowanie leków hamujących rozwój bakterii lub dużych dawek witaminy C [2, 4].

Ból

Ostre i przewlekłe bóle neuropatyczne są częstym objawem SR. Zazwyczaj nie odpowiadają na typowe lecze-

nie NLPZ. Największą skuteczność wykazuje gabapentyna w dawce do 1800 mg/d. lub wyższej, szczególnie przy nerwobólu związanym z ogniskami rdzeniowymi. Karbamazepina i oksykabazepina są szczególnie skuteczne przy neuralgii n. V lub uporczywych parastezjach. Dawki powinny być zwiększane powoli, do osiągnięcia efektu klinicznego. Należy pamiętać o możliwości hiponatremii przy stosowaniu tych leków. W przypadku przewlekłych dysestezi kończyn stosuje się leki przeciwdepresyjne. Rzadko stosuje się chirurgiczne przecięcie korzeni tylnych lub kanałowe podawanie morfiny czy innych leków [1, 2, 4].

Depresja

Objawy depresyjne występują u chorych na SR znacznie częściej niż u osób zdrowych. Zasady leczenia są identyczne, jak w przypadku innych chorych z objawami depresyjnymi. Najczęściej używa się trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych i selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny [1, 3, 4].

Zaburzenia poznawcze

Pojawiają się u około 50% pacjentów i najczęściej dotyczą pamięci i uczenia się. Objaw ten może być powodem znacznych trudności w nauce czy pracy i nie nale-

ży go lekceważyć. Badania oceniające zaburzenia poznawcze w SR trwają od niedawna. Zaleca się stosowanie technik behawioralnych, psychologicznych i farmakoterapii. Najlepiej ocenionymi lekami są inhibitory acetylocholinesterazy. Stwierdzono, że donepezil poprawia pamięć i zdolność uczenia się u chorych [4, 5]. Stosowanie terapii interferonem beta bądź octanem glatirameru może częściowo hamować pogłębianie się zaburzeń poznawczych.

Piśmiennictwo

1. Henze T. What is new in symptom management? *Int. MS. J.* 2007; 14: 22–27.
2. Henze T., Rieckmann P., Toyka K.V. Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group Symptomatic treatment of multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group (MSTCG) of the German Multiple Sclerosis Society. *Eur. Neurol.* 2006; 56: 78–105.
3. Kesselring J., Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2005; 4: 643–652.
4. Selmaj. K. Leczenie objawowe. W: *Stwardnienie rozsiane*. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006; 257–270.
5. Christodoulou C., MacAllister W.S., McLinskey N.A., Krupp L.B. Treatment of cognitive impairment in multiple sclerosis: is the use of acetylcholinesterase inhibitors a viable option? *CNS Drugs.* 2008; 22: 87–97.

Adres do korespondencji: dr hab. med. Halina Bartosik-Psujek
Katedra i Klinika Neurologii
ul. Jaczewskiego 8, 20–950 Lublin
tel.: 0 81 724 47 20
e-mail: bartosikpsujek@op.pl