

Naturalny przebieg stwardnienia rozsianego — opis przypadku

Tomasz Berkowicz

Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Mimo znacznej różnorodności objawów stwardnienia rozsianego (SM, *sclerosis multiplex*), większość przypadków przebiega dość typowo. U tych chorych występuje zarówno charakterystyczny obraz kliniczny, jak i przebieg naturalny.

Celem niniejszej pracy jest prezentacja typowego przypadku pacjentki z wtórnie przewlekłą postacią SM.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, objawy kliniczne, przebieg naturalny

Wstęp

Opisy typowych przypadków chorób, w szczególności neurologicznych, pozwalają lekarzowi w najpełniejszy sposób zapoznać się z symptomatologią, naturalnym przebiegiem i reakcją na stosowane leczenie. Temu celowi ma również służyć prezentowany poniżej przypadek pacjentki ze stwardnieniem rozsianym (SM, *sclerosis multiplex*), pozostającej pod obserwacją autora w Klinice Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od 13 lat.

Opis przypadku

Początek choroby

U chorej M.Z. w 17. roku życia nagle wystąpiły zaburzenia widzenia lewym okiem. Pacjentka nie mogła czytać i rozpoznawała ruchy tylko dużych przedmiotów. Utraciła także widzenie barw. Leczo-

no ją iniekcjami steroidów na oddziale okulistycznym, gdzie rozpoznano pozagałkowe zapalenie lewego nerwu wzrokowego. Po 2 tygodniach ostrość wzroku zaczęła się poprawiać, a po 4 tygodniach widzenie było prawie takie, jak przed zachorowaniem.

Okres rzutowy choroby

Po upływie 10 miesięcy pacjentkę hospitalizowano na oddziale neurologicznym z powodu silnych zawrotów głowy. W badaniu neurologicznym, poza niestabilnym chodem i patologiczną próbą Romberga z chwianiem się we wszystkich kierunkach, nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. Od tego czasu przez 4 lata okresowo występowały zaburzenia równowagi o nieznacznym nasileniu. Po 4 latach od pojawienia się pierwszych objawów pacjentka zauważyła, że po dłuższym chodzeniu jej lewa dolna kończyna ulega osłabieniu. Wykonano wtedy badanie rezonansu magnetycznego głowy, które wykazało obecność licznych zmian hiperintensywnych na obrazach PD/T2, hipointensywnych oraz izointensywnych na obrazach T1, zlokalizowanych podkorowo, w środkach półowalnych, wokół komór bocznych, w ciele modzelowatym oraz w konarach mózdzku. Niektóre ze zmian uległy wzmocnieniu po podaniu środka kontrastowego. Po kolejnych 4 latach pacjentkę hospitalizowano w Klinice Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z powodu nasilenia zaburzeń równowagi oraz osłabienia siły mięśniowej kończyn dolnych. W badaniu neurologicznym stwierdzano ataksję cztero kończynową niewielkiego stopnia oraz niedowład spastyczny (4/5) kończyn

Adres do korespondencji: dr med. Tomasz Berkowicz
Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
tel.: +48 (0 42) 678 77 46, faks: +48 (0 42) 678 22 93
e-mail: tberkowicz@afazja.am.lodz.pl
Polski Przegląd Neurologiczny 2005, tom 1, 3, 134-135
Wydawca: Wydawnictwo Via Medica

dolnych z obustronnym objawem Babińskiego. Podczas hospitalizacji wykonano punkcję lędźwiową. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego wykazano podwyższony indeks immunoglobulin (0,95) oraz obecność prążków oligoklonalnych. Za pomocą badania wzrokowych potencjałów wywołanych stwierdzono obustronne przedłużenie latencji załamka P100. Chorej podawano dożylnie sterydy, w wyniku czego ustąpił niedowład kończyn dolnych, utrzymywała się natomiast ataksja kończyn górnych i dolnych. Przez kolejnych 8 lat wystąpiły 4 rzuty choroby — 3-krotnie pod postacią nasilenia ataksji kończyn górnych i dolnych, a także niedowładu kończyn dolnych oraz jeden raz pod postacią nagłego zniesienia czucia powierzchownego na poziomie Th2. W trakcie rzutów chorą leczono podawanym dożylnie metyloprednizolonem, uzyskując wyraźną regresję objawów, z pozostawieniem coraz to większego deficytu neurologicznego. Po ostatnim z 4 rzutów pojawiły się zaburzenia zwieraczy w postaci nietrzymania moczu.

Okres wtórnie postępujący

Po 12 latach trwania choroby nie obserwowano już rzutów, ale pacjentka skarżyła się na postępujące osłabienie kończyn dolnych i zaburzenia koordynacji ruchów. Pojawiły się trudności w samoobsłudze, związane głównie z niezdolnością kończyn górnych. Znacznym problemem dla chorej

było samodzielne spożywanie posiłków, szczególnie za pomocą sztućców, higiena osobista, czytanie książek. Dodatkowo czytanie utrudniał oczopląs znacznego stopnia. Mimo leczenia objawowego początkowo narastały trudności w utrzymaniu moczu, co zmusiło chorą do stosowania na stałe pieluchomajtek. Ostatnio wystąpiły również objawy dyssynergii wypieraczowo-zwieraczowej, co wymagało okresowego cewnikowania (samocewnikowanie było niemożliwe ze względu na znaczną niezdolność kończyn górnych). Nasilił się również niedowład kończyn dolnych i pojawiła się znaczna spastyczność, której towarzyszyły również napadowe nocne skurcze kończyn dolnych. Obecnie chora porusza się na wózku inwalidzkim, a sporadycznie i z wielkim trudem — za pomocą balkonika. W czasie ostatnich 2 lat postęp choroby zahamowano, stosując przez 18 miesięcy mitoksantron.

Podsumowanie

Należy raz jeszcze podkreślić typowość prezentowanego przypadku. Pierwsze objawy choroby, przejście postaci przebiegającej rzutami w postaci wtórnie przewlekłą oraz piramidowo-ataktyczny zespół objawów są tak niezwykle charakterystyczne dla SM, że nawet bez uwzględnienia wyników badań dodatkowych prawdopodobieństwo wystąpienia w tym przypadku innej jednostki chorobowej jest bardzo małe.