

NEUROPSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PARKINSONOVY NEMOCI

KOGNITIVNÍ PORUCHY A DEMENCE XIII 13.-14.10.2016

Zuzana Hummelová
I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Parkinsonova nemoc – základní informace

- 2. nejčastější neurodegenerativní onemocnění
- začátek obvykle po 60tém roce věku
- postihuje lehce více mužů než žen (3:2)
- dominuje deficit dopaminu → narušení frontostriátového okruhu → dopad zejména na exekutivně-pozornostní systém
- **Motorické symptomy:**
 - klidový tremor, rigidita, bradykinéza, posturální instabilita, pozdní hybné komplikace (fluktuace a dyskinézy)
- **Nemotorické symptomy:**
 - dysfunkce autonomního nervového systému (urogenitální dysfunkce, obstipace, nadměrné pocení, sexuální dysfunkce, ortostatická hypotenze)
 - **kognitivní poruchy**
 - **behaviorální a psychické poruchy**

Kognitivní aspekty

- **mírné kognitivní změny relativně časté** už v časných fázích PN
 - 22 – 48 % pacientů s PN trpí nějakou formou kognitivních změn
 - 15 – 20 % pacientů splňuje kritéria MCI v době diagnostikování PN
 - prevalence demence v populaci pacientů s PN se různí
 - odhady se pohybují kolem 30 – 40 %
 - odhady demence v pokročilých pozdních stádiích PN – až 80 %
- **diferenciálně-diagnosticky v praxi:**
 - nástup demence bývá spíše pozdní

Charakter kognitivních změn

– specifika neuropsychologického vyšetření u pacientů s PN

- **Obraz kognitivních změn je heterogenní (x např. DAT)**
- **Typicky převažující oblasti kognitivních deficitů:**
 - exekutivní funkce (často s dopadem na praktické funkce)
 - pozornost + pracovní paměť
 - paměťové funkce
 - řeč
 - vizuospaciální funkce
- **vliv charakteru předpokládaných kognitivních deficitů na výběr testových metod**
- **vliv motorických limitů daných PN**

Specifika neuropsychologického vyšetření pacientů s PN

- **Čeho se vyvarovat**
 - MMSE – je příliš orientační + může zkreslit výsledky
 - ACE-R pouze orientačně - pro klinické neuropsychologické/klinicko-psychologické zhodnocení nepostačující
 - zvážit administraci testů kladoucích nároky na jemnou motoriku (např. Kostky, Skládání objektů, TMT,)
 - Otázka časových limitů v testech?
- **objektivizace problematiká** – PN má sama o sobě negativní dopad na zvládnání každodenních činností a na mentální výkonnost
- vhodná objektivní anamnéza

Je možné rozvoji demence předcházet?

- **Rizikové faktory rozvoje demence:**
 - vyšší věk
 - mírná kognitivní porucha již na počátku PN
 - mužské pohlaví
 - závažnější deprese, halucinace
 - závažnější projevy parkinsonismu
 - nižší dosažená úroveň vzdělání a nižší socioekonomický status
- **Prevence:**
 - fyzická aktivita
 - prevence kardiovaskulárních onemocnění
 - sociální kontakty
 - stimulace kognitivních funkcí, kognitivní trénink
 - léčba depresivní symptomatologie
 - redukce stresu

Behaviorální a psychiatrická problematika

- **Deprese** - 40 – 60 %
 - nejčastější nemotorický příznak PN
 - etiologie multifaktoriální – v praxi zohlednit při léčbě!
 - rizikový faktor: předchozí historie depresivní poruchy
- **Apatie** – 30 – 40 %
 - ztráta na cíl zaměřené motivace, dopad na složku emoční, intelektuální a behaviorální
=> tzn. dopadá více na výkonovou oblast
 - často se kombinuje s depresí
- **Anxieta** – 30 – 50 %
 - často se kombinuje s depresí
 - rizikové faktory: ženské pohlaví, nižší věk, předchozí historie úzkostné poruchy, přítomnost motorických fluktuací

Behaviorální a psychiatrická problematika

□ Halucinace a bludy

- odhad 15 – 40 % pacientů s PN má nějaké psychotické symptomy, nejčastěji halucinace (často se jedná spíše pseudohalucinace)
- obvykle ve dvou diagnostických podobách:
organická halucinóza, organický syndrom s bludy
- rizikové faktory: vyšší věk, kognitivní deteriorace nebo demence, déle trvající a těžší stádium PN, léčba (např. levodopa, agonisté dopaminu, anticholinergika), souběžný výskyt deprese nebo anxiety

□ Emoční labilita

- epizody nezáměrného smíchu nebo pláče
- nejsou v korelaci s pacientovou depresivní náladou nebo nejsou adekvátní situaci
- pacienti je vnímají negativně, stydí se za ně

Behaviorální a psychiatrická problematika

□ Poruchy kontroly impulzů

- opakující se nutkavé chování s cílem nalézt uspokojení nebo potěšení, neschopnost odolat impulzu i přes možná rizika (např. patologické hráčství, přejídání se, nutkavé nakupování, kompulzivní sexuální chování)
- rizikové faktory: nasazování nebo vysazování antiparkinsonské medikace, výskyt impulzivních poruch chování v minulosti

□ Dopaminerní dysregulační syndrom (Leesův syndrom)

- potřeba užívat mnohem vyšší dávky dopaminerních léků než je nutné pro optimální léčbu
- neklid, psychomotorická hyperaktivita, agresivita, hypománie, dysforie, anhedonie, podrážděnost při redukci dávek
- rizikové faktory: nižší věk počátku onemocnění, mužské pohlaví, anamnéza nadužívání návykových látek v minulosti, impulzivita, tendence vyhledávat nové vzrušující zážitky

Jak můžeme pacientovi pomoci v praxi?

- Ptát se po konkrétní symptomatologii – jinak nezjistíme, že pacient, rodina nebo blízcí pomoc potřebují
- Být si vědomi vlastních limitů – „nebát“ se spolupráce s psychiatrem nebo sexuologem
- **Možnosti terapie**
 - psychoterapie: kognitivně-behaviorální, skupinová, rodinná
 - rehabilitace, fyzioterapie, pracovní terapie, masážní terapie, terapie řeči a hlasu (např. formou logopedické péče), taneční terapie
 - farmakologická léčba

Sociální problematika a dopad PN na kvalitu života

PN má výrazný dopad na kvalitu života nejen nemocného, ale i pečujících osob; v rovině osobní, vztahové, rodinné, pracovní, zájmové, socioekonomické,...

Čím můžeme ještě pomoci?

- Svépomocné, patientské skupiny (např. Společnost Parkinson)
- Zdravotní pojišťovna (např. nároky na pomůcky, jejich zapůjčení)
- Využití podpory sociálního systému - problematika invalidních důchodů, průkazek ZTP, příspěvků na péči
- Pečovatelské služby
- Péče o pečující a blízké osoby