

28. Hanger HC, Fletcher VJ, Wilkinson TJ, Brown AJ, Frampton CM, Sainsbury R. Effect of aspirin and warfarin on early survival after intracerebral hemorrhage. *J Neurol.*, 2008; 255:347-352;

29. Kurth T, Kase CS, Berger K, Gaziano JM, Cook NR, Buring JE. Smoking and the risk of hemorrhage stroke in women. *Stroke* 2003; 34:2792-2795;

30. Shao G, Guahua XI, Ya Hua, Schallert T, Felt B. Intracerebral hemorrhage in the iron-deficient rat. *Stroke*, 2006;36:660-664.

ASPECTE MODERNE AI MANAGEMENTULUI REABILITĂRII PACIENȚILOR CU SCLEROZA MULTIPLĂ

Olga Zaharia-Puşcaş, Cristina Voiticovschi-Iosob, Oleg Pascal, Vitalie Lisnic, Elena Manole, Olessea Odainic

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chişinău

Summary

Modern aspects of rehabilitation management of patients with multiple sclerosis

Multiple Sclerosis, a highly prevalent neurologic condition of young adults, can cause progressive impairment over the individual's lifespan. This results in restrictions in participation in multiple areas of mobility, daily activities and life roles. Recent reserches have demonstrated the value of rehabilitation in reducing disablement, improving health-related quality of life, can prevent secondary complications and reduce health care utilization.

Rezumat

Scleroza multiplă, o afecțiune neurologică foarte răspândită a tinerilor adulți, poate cauza o insuficiență progresivă a cursului vieții individului. Aceste rezultate duc la restricții în participarea la mai multe domenii de mobilitate, activitățile de zi cu zi și rolurile de viață. Cercetările recente au demonstrat valoarea reabilitării în reducerea invalidității, îmbunătățirea calității vieții legate de sănătate, poate preveni complicații secundare și reduce apelarea la îngrijiri ai sănătății.

Actualitatea temei

Nu cu mult timp în urmă am putea auzi de la pacienți cu scleroza multiplă (SM) reproșuri că puțin se cunoaște sau puțin se face pentru așa bolnavi ca ei, dar progrese semnificative din ultimii 10-15 de ani au schimbat radical atitudinea, bagajul de informații, posibilități tehnice și terapeutice ai specialiștilor din domeniu. Cercetările în domeniu imunologiei, tehnicii de diagnostic, industriei farmaceutice din ultimul deceniu au eclipsat precedentele 40 de ani, când doar se visa la timpul în care vom afla despre patogenia, delimitări diagnostice și posibilități de tratament medicamentos ai SM. Actual fiind cea mai cercetată maladie din domeniul neurologiei, cea mai scumpă în sensul posibilităților de diagnostic și tratament, rămâne a fi "maladia cu multe semne de întrebare", încurajând cercetările ce decurg de a apropia "viitorul cu multe răspunsuri".

"Abordări recente din domeniu îi încurajează pe cei cu SM de a-și înfrunța destinul, iar pe noi (profesioniști) de a ne focaliza asupra maladii și strategiilor de management personalizat ai acestora. Cercetările din ultimii ani reliefează mai multe posibilități de îmbunătățire ai calității vieții ai celor bolnavi de SM, prin managementul simptomelor maladii", scrie Prof. Randall T. Schapiro în cartea sa "Managing the symptoms of Multiple Sclerosis" [5]. Randall T. Schapiro este fondatorul celui mai vechi Centru de Recuperare ai pacienților cu SM din lume (The Schapiro Center for Multiple Sclerosis or The Fairview MS Center, Minneapolis, Minnesota, United States) și autorul a numeroaselor cărți, articole adresate pacienților cu SM și specialiștilor ce se dedică acestor bolnavi.

Scleroza multiplă este o cauză principală de dizabilitate neurologică semnificativă în rândurile tinerilor și adulților de vârstă medie. În timp ce terapii imunomodulatoare sunt acum disponibile și care pot modifica sau încetini evoluția maladiei, simptomatologia pentru fiecare persoană este foarte variabilă și incertă. Cei mai mulți oameni cu SM au experiența unei insuficiențe în creștere și dezvoltării în timp ai unor limitări funcționale [1]. Filosofia recuperării ce direcționează necesitățile pacientului privit în ansamblu și pune accent special pe educarea acestuia și îndrumarea lui sau autogestionarea (self-management), este perfect potrivită și pentru necesitățile pacienților având complexități ai unei maladii neurologice progresive ca SM. Este evident că recuperarea nu poate modifica defecțiunile neurologice profunde ale maladiei. Cu toate acestea, există numeroase dovezi ce atestă rolul major al recuperării în reducerea dizabilităților prin minimalizarea impactului ce au acestea asupra activității zilnice cotidiene și îmbunătățirea abilităților individuale ai pacienților în viața lor, în mediu lor habitual. În plus, există argumente științifice ce ar sugera că reabilitarea poate preveni complicațiile secundare, îmbunătăți calitatea vieții și reduce apeluri la îngrijiri spitalicești. Spre exemplu: activitatea fizică sau exercițiile fizice au fost dovedite a fi benefice persoanelor cu SM [10]. Anterior, pacienții cu SM au fost descurajați de a crește activitatea lor fizică, considerat fiind că stresul fizic ar putea mări activitatea maladiei. Acest mit a fost risipit în timp prin experiență. Activitatea fizică micșorată duce la alte limitări fizice [10], iar inactivitatea poate crește unor complicații secundare, ca de exemplu: restricția în volumul mișcărilor articulare, escare, depresie, etc.

Reabilitarea în SM este un proces ce-l ajută pe subiect să atingă și să mențină un potențial fizic, psihologic, social și vocațional, pe de o parte și calitatea vieții consecventă cu handicap fiziologic, de ambianță și scopul vieții, pe de altă parte [2]. Din această definiție reiese că, reabilitarea trebuie să fie individualizată întru a se potrivi necesităților specifice pentru fiecare pacient. Reabilitarea neurologică este un proces activ de învățare, prin care persoana cu SM achiziționează cunoștințe și abilități necesare pentru o funcționare optimă [3]. Acest proces, ce are drept scop de a maximiza participarea pacientului în cadru social propriu, poate fi divizat în patru etape: examinarea, setarea scopului, tratament și evaluarea.

Scleroza multiplă, prin diversitatea de simptome și dizabilități asociate acesteia, crează variabilități sporite și prin urmare impune dificultăți semnificative pentru calitatea cercetărilor în recuperare. Probleme dificile sau provocările în recuperarea persoanelor cu SM sunt:

1) **Scopul ales trebuie să măsoare eficacitatea reabilitării.** Acesta trebuie să fie realist și realizabil. Barierele în alegerea scopului recuperării pentru subiecții cu SM sunt: este o boală cronică, variabilă și nevizibilă; simptomele sunt multiple, complexe, interactive; simptomele „silenzioase” ca oboseala, depresia și tulburări cognitive. Majoritatea personalului implicat în recuperare sunt antrenate în tratarea maladiilor acute, unde efectul scontat sau cel puțin o stare stabilă este un factor previzibil. Altă situație este maladia degenerativă progresivă și cronică ca SM, unde scopurile trebuie să fie flexibile și modificabile.

Multitudinea de simptome în maladia SM nu pot fi abordate izolat, pe motiv de interacțiune a simptomelor și ca urmare a funcțiilor, în plus, tratamentul medical al unui simptom poate influența negativ altul. De exemplu, oboseala poate fi crescută de medicația administrată pentru diminuarea spasticității sau insomnie cauzată de urinare frecventă sau urgențe urinare [8]. Complicațiile secundare, spre exemplu infecții, pot înrăutăți toate simptomele și pot fi asociate cu declinul funcțional și emoțional semnificativ.

Oboseala este un simptom frecvent întâlnit la pacienții cu scleroza multiplă și destul de limitant în cadrul examenului neurologic. Este raportat ca o „moleșală” inexplicabilă sau incapacitate de a rezista unei funcțiuni fizice de durată. Fatigabilitatea poate fi agravată de un consum sporit de energie pe motiv de dizabilitate, tulburări de somn, depresie sau medicație. Oboseala limitează activitatea zilnică și doar program de exerciții sunt o sursă de energie.

Depresia este mai prevalentă la persoane cu SM, comparată fiind cu alte condiții dizabilitante cronice. Se crede că aceasta este datorată nu doar stres -urilor din cadrul maladiei, dar și modificărilor biocitochimice din creier. Pacienții depresivi deseori pierd abilitatea de a propune scopuri și a fi activi în procesul de reabilitare.

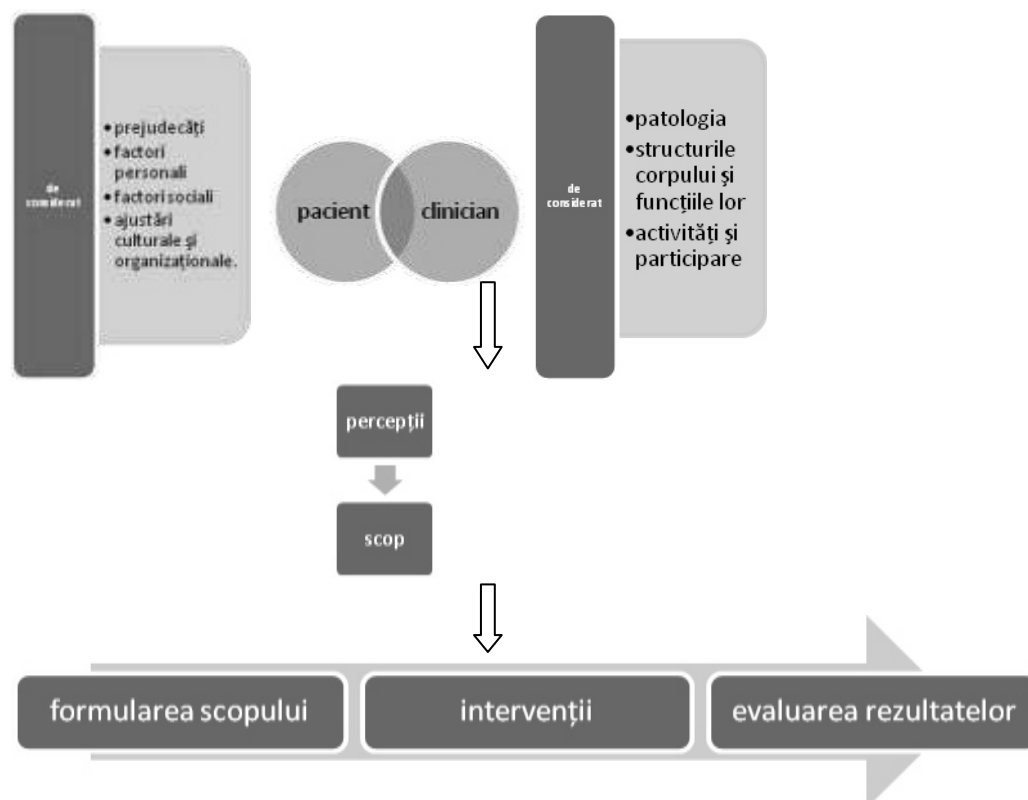
Tulburări cognitive sunt estimate la mai mult de 50 % de persoane ce suferă de SM. Marea parte a limitărilor cognitive sunt ușoare și sunt compensate. În același timp 10% de indivizi sunt cu tulburări cognitive severe, ce afectează activitatea zilnică [9]. Acestea dificultăți pot atinge: memoria, atenția, prelucrarea lentă a informației, funcții executive ca organizarea, planificarea, rezolvarea problemelor, găsirea cuvântului potrivit, orientarea vizual spațială, comunicarea.

2) **Echipa interdisciplinară - obiectivul managementului SM.** Maladia scleroza multiplă are impact asupra familiei și carierei profesionale. În acest context o importanță deosebită are conlucrarea echipei multidisciplinare de profesioniști întru rezolvarea problemelor și găsirea soluțiilor adecvate pentru fiecare caz. Această echipă poate cuprinde: neurolog, psiholog, psihiatru, kinezoterapeut, specialist în terapia ocupațională, logoped, asistent social. Mai poate include: jurist, dietetician, consultant vocațional, preot. Această conlucrare a specialiștilor în cadrul reabilitării persoanei cu SM este considerată a fi mult mai efektivă decât lucrul individual, izolat în timp și spațiu [7]. Obiectivul echipei este atins prin implicarea fiecărui membru, inclusiv al pacientului.

3) **Recuperarea este reconfortantă, adaptativă, preventivă și pacient - axată.** Pacienții cu SM au experiența unui șir de simptome ce contribuie în final la pierderea mobilității și participării în viața cotidiană acasă, la serviciu și conexiuni sociale. Obiectivul reconfortant este desemnat de a ajuta persoana cu SM de a atinge nivelul funcțional maxim propriu. În cazul când maladia are o evoluție progresivă, obiectivul devine mult mai adaptative și ajută la menținerea abilităților, precum și prevenirea altor leziuni și complicații secundare, ce rezultă din limitările progresive ai mobilității [6]. Alegerea mijloacelor adaptative sau echipament medical durabil este efectuată de echipa multidisciplinară ce va lua în calcul pentru fiecare pacient în parte așa parametri ca: posibilități de utilizarea manuală sau tip automat, tipul bazei, înălțime, lățime, capacitatea de comutare a pozițiilor, necesități sociale, etc.

Conchidem că, alegerea obiectivului recuperării este cheia spre definirea planului de tratament și evaluarea eficacității acesteia (vezi fig.1).

Fig.1 Elemente ce sunt considerate în setarea scopului reabilitării [11]



Evaluarea eficacității recuperării unui pacient cu SM este etapa absolut necesară și solicitată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Una din clasificările utilizate în evaluări este ICHD (International Classification of Functioning, Disability and Health), revăzută în 2001

drept clasificare ICF. Standardul evaluării rezultatelor tratamentului pentru pacienții cu SM este EDSS (Expanded Disability Status Scale) sau scala Kurtzke este puțin eficace în evaluarea reabilitării persoanelor cu SM nu doar din cauza limitărilor științifice, dar și pentru că nu măsoară multe arii relevante ca fatigabilitatea, cogniția și include perspectiva pacientului [4]. În această ordine de idei, multe scale de măsurări ai abilității/disabilității (Barthel Index; Functional Independence Measure – Calculul Independenței Funcționale; Functional Independence Measure/Functional Assessment Measure- Calculul Independenței Funcționale/Calculul Evaluării Funcționale), participare/handicap (London Handicap Scale - Scala gradului de Handicap de la Londra), relația sănătatea-calitatea vieții (The Short Form 36 Health Survey Questionnaire sau SF-36 – Forma Prescurtată a Chestionarului 36 de Cercetare a stării de Sănătate) au fost folosite și în evaluarea reabilitării subiecților cu SM.

Recent, un număr impunător de scale SM-specifice au fost incluse în standarde de evaluare a tratamentului și recuperării ai pacienților. Acestea țin de dizabilitate (UK Disability Scale-Scala Marei Britaniei de Dizabilitate; MS Functional Composite- Compozit Funcțional SM, care include PASAT – test auditor de calcul 60 numere consecutive anunțate la intervale de 2-3 secunde; 9 Hole Peg Test- evaluarea vitezei de mânuire și preciziei mișcărilor pentru ambele mâini prin punerea a 9 țărushi în 9 găuri; 25-Walk Test - testul de evaluare a vitezei mișcării pe distanța de 25 pași sau 10 metri), perspectiva pacientului prin prisma sănătate - calitatea vieții (MS Quality of Life Inventory- Inventarul Calității Vieții în SM; Functional Assessment of Evaluarea Funcțională a SM, MS QOL- Evaluarea Calității Vieții) și aspecte specifice petru SM (Multiple Sclerosis Impact Scale - Scala de Impact al SM, ce măsoară impactul fizic și psihologic; 12-Item MS Walking Scale - Scala SM de evaluare a Mersului; 88-Item Multiple Sclerosis Spasticity Scale - Scala SM de evaluare a Spasticității).

Nu fiecare din scalele enumerate pot fi utilizate în studiu, de aceea cercetătorul trebuie să aleagă scale potrivite situațiilor. Acestea necesită a fi utile și având o rezonanță științifică, demonstrând credibilitatea, justificarea și receptivitate. Utilitatea clinică a scalelor nu garantează și rezonanța lor științifică și vice versa. În final, introducerea unor noi metode de măsurare a sănătății va “pava drumul” pentru evaluarea mai informativă și detaliată a eficacității reabilitării a SM. Clinicienii și cercetători din domeniu trebuie să se familiarizeze desinestător cu aceste metode întru a maximiza potențialul lor.

Deși la moment sunt numeroase oportunități de tratament imunomodulator având scop de încetinire a cursului maladiei, totuși destul de mulți pacienți cu SM vor continua să prezinte limitări de funcții și deficite de deferit grad. Procesul de reabilitare este un proces activ, direcționat întru a ajuta pacientul cu SM de a se recupera și de a menține cel mai înalt nivel posibil de funcționare și de a realiza propriul potențial fizic, mental, social, în pofida limitărilor existente. Specialistul se implica când apare o problemă și trece la alt cadru doar când problema este rezolvată. În cazul celor cu SM, odată cu progresia maladiei specialistul se va implica tot mai mult și mai mult, devenind mai activ și recurgând la mijloace de asistență, modificări de mediu al pacientului. Este important de reținut că, odată acceptate fiind limitările în funcțiile, la orice etapă a maladiei ar fi pacientul, putem să ne confruntăm cu consecințe emoționale devastatoare. Aici sunt foarte importanți: medicul neurolog, medicul de familie, psiholog, precum și rudele pacientului, ce vor ajuta pacientul cu SM de a lua atitudini corecte vizavi de așteptările de la tratament recuperare, elabora scopuri realiste și estimarea acestora.

Concluzii

1. Scleroza multiplă este o afecțiune degenerativă gravă și invalidizantă ai persoanelor tinere. Recuperarea neurologică ai acestor pacienți ameliorează starea lor funcțională, capacitatea lor de adaptare și starea lor psihologică.
2. Indivizii cu SM au nevoie de specialiști de recuperare (medici neurologi, kinetoterapeuți, terapeuți ocupaționali, nurse, asiteți sociali, psihologi) și servicii de suport ai societății, precum și integrare. Nevoile mai sus-menționate se schimbă, se transformă, evoluează, iar cu ele și nivelul nostru d ecunoștința și gradul de implicare.

3. Tratatamentul pacientului cu Scleroza Multiplă și soluțiile la probleme nu se focalizează doar la simptome, dar trebuie să fie adaptate la statutul funcțional al pacientului condițiile de bază de trai și suport continuu.
4. Definitivarea scopului recuperării pacientului cu SM este cheia spre un plan de tratament determinat, precum și estimarea eficacității acestuia.

Bibliografie

1. Karen Theriot, Rehabilitation in Multiple Sclerosis, CNI Review, 2007.
2. Kesselring J, Beer S, Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis, Lancet Neurol 2005; 4:643-652.
3. Anders Romberg, Wade DT, Goal setting in rehabilitation, Clinical Rehabilitation 2009; 23:291-295.
4. Thompson J Alan, Outcome measures in Neurorehabilitation of MS, Taylor and Francis, Informa Healthcare, UK, 2006.
5. Randall T. Schapiro. Managing the symptoms of Multiple Sclerosis, Demos, New York, 2007.
6. Stevenson V, Playfort E. Rehabilitation and Ms. The traditional MS Journal 2007; 14:85-92.
7. Playfort E. Multidisciplinary rehabilitation. Neurological rehabilitation of Multiple Sclerosis, Thompson AJ. Queen Square Neurological Rehabilitation Series, UK; 2006.
8. Solari A, Filipini G, Gasco P. Physical Rehabilitation has an positive effect on disability in multiple sclerosis patients. Neurology 2009; 52:57-62.
9. Liu C, Playford ED, Thompson AJ. Does Neurorehabilitation have a role in relapsing remitting multiple sclerosis? J Neurology, 2003; 250(10):1214-1218.
10. Petajan JH; Gappmanaier E, White AT. Impact of aerobic traning on fitness and quality of life in multiple sclerosis. Ann. Neurol 1996; 39(4):432-441.
11. Playfort D. și alții. Clinical Rehabilitation 2009; 23, pag. 337.

ASPECTE NEUROFIZIOLOGICE ALE AFECTARII SISTEMULUI NERVOS PERIFERIC LA PACIENȚII CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL. REVISTA LITERATURII

Olga Șchiopu

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Neurophysiological features of peripheral nervous system involvement in stroke patients. Literature review

Involvement of peripheral nervous system in stroke patient is a less publicized topic, probably because of many other lifethreatening features of stroke. In diseases affecting central motoneuron, stroke inclusively, peripheral motoneurons become involved in early stages. Etiopathogeny of this involvement probably is transsynaptic degeneration. In case of stroke in preconditioned brain these phenomena develop in a special way that suggests hypothesis of stupefaction of central and peripheral motoneurons.

Rezumat

Afectarea sistemului nervos periferic la pacienții cu accident cerebral vascular este un subiect mai puțin mediatizat, probabil pe motiv de multe alte aspecte stringente ce le are stroke-ul. În cadrul suferinței motoneuronului central în diferite nozologii, inclusiv stroke, la o etapă timpurie are loc implicarea și al motoneuronului periferic. Etiopatogenia acestei suferințe subiacente probabil este degenerarea transsinaptică. În creierul preconditionat, în caz de stroke,