

Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s diagnózou:

Parkinsonova choroba

Identifikační údaje

Zpracoval:	MUDr. Henryk Brzeżański		
Oblast působnosti standardu:	neurologické oddělení		
Platnost standardu od:	1. 7. 2005		
Schválil:	MUDr. Tomáš Canibal		
Kontrolou standardu pověřen:	primář neurologického oddělení		
Identifikace výtisku:	Výtisk jediný – originál (výtisk z elektronické podoby má pouze informativní charakter)		
Poslední revize: č. 4 12/2016	Důvod revize: plánovaná	Přezkoumal: MUDr. Hana Paloušková	Účinnost: 1. 1. 2017
Poslední revize: č. 5 2/2019	Důvod revize: plánovaná, změna textu u symptomatické substituční léčby	Přezkoumal: MUDr. Hana Paloušková	1. 3. 2019
Poslední revize: č. 6 12/2022	Důvod revize: doplněna vyřazující kritéria, léčba akinetické krize ..., použitá literatura	Přezkoumal: MUDr. Roman Sukop	1. 1. 2023
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	

Definice

Parkinsonova choroba (PN) je nejčastější příčinou parkinsonského syndromu (presynaptická porucha dopaminergního přenosu, má zachovanou odpovídavost striatalních receptorů - předpoklad úspěšnosti symptomatické léčby). Cca každý 1000. člověk trpí touto nemocí. PN: třes, rigidita, hypokineza (bradykineza) a posturální abnormita (porucha stoje a chůze).

K nemotorickým příznakům PN patří příznaky z postižení autonomního nervového systému, senzorického a senzitivního systému a neuropsychiatrické příznaky.

Dif.dg PN: (sestupná řada dle prevalence):

- vaskulární (status lacunaris, anamnéza iktů, CT obraz),
- jiné degenerativní onemocnění („Parkinson plus“: progresivní supranukleární obrna (PSP), Alzheimerova nemoc, multisystemová atrofie...). Pečlivé vyhodnocení klinických příznaků!,
- toxický, polékový, endogenně toxický - anamnéza, metabolismus mědi,
- esenciální tremor (rodinná anamnéza, dlouhověkost, krom třesu bez jiné symptomatiky),
- poúrazový,
- postencephalický,
- normotenzní hydrocephalus (typická klinika i CT obraz),
- hypokinetická forma deprese.

Strategie a taktika diagnostiky

Klinická diagnostická kritéria - pravděpodobná:

- přítomnost kardinálních motorických příznaků: bradykineza vždy + klidový tremor, svalová rigidita, posturální abnormita - přítomnost minim. 2 z těchto dodatečných příznaků!
- typický jednostranný začátek příznaků (60-70% akrální klidový třes končetiny),
- pomalu progresivní průběh (nejtypičtější klinické příznaky po dobu 3 let),
- dobrá odpověď na dopaminergní léčbu (LDOPA test pozitivní: jednorázové podání látky 250 mg + 1 tbl. Motilium - domperidon a 30% klinické zlepšení po 1 hodině nebo podávání 400-500 mg po dobu 3 měsíců, případně nezlepšený stav, ale po vysazení zhoršení!).

Stadium Parkinsonovy nemoci podle Hohnové a Yahra:

- bez příznaku nemoci..0;
- 1 jednostranné příznaky nemoci;
- 1,5 jednostranné + axiální postižení;
- 2 oboustranné postižení bez poruchy rovnováhy;
- 2,5 oboustranné postižení s mírnou poruchou rovnováhy, schopen vyrovnat postoj při zvrácení trupu;
- 3 posturální nestabilita, soběstačný;
- 4 těžká nezpůsobilost, je ještě schopen chodit nebo stát bez pomoci;
- 5 odkázán na vozík nebo upoután na lůžko, vstává jen s dopomocí.

Standard léčebného postupu u pacientů s diagnózou Parkinsonova choroba

Vyřazující kritéria:

- výrazná posturální instabilita v prvních 3 letech po začátku projevů
- halucinace nezávislé na medikaci v prvních 3 letech
- demence předcházející motorickým příznakům nebo vzniklá v prvním roce onemocnění
- supranukleární pohledová obrna nebo zpomalení vertikálních pohledových sakád
- těžká symptomatická dysautonomie nezávislá na medikaci

Cíl a taktika léčby

Zahajujeme léčbu, když u pacienta porucha hybnosti závažným způsobem ovlivňuje funkční stav, takže je omezen v běžném životě, stadium 1-1.5 podle H.-Y.

Symptomatická léčba:

- **Substituční:** LDOPA (při rozvinuté chorobě dávkování 4xd), kontraindikace: glaukom s ostrým úhlem! (obligatně oční vyš.). Pozor na vývoj chorey indukované LDOPOU (dif.dg.: poléková chorea: antikonvulzivy, stimulancií, dioxinem, orálními kontraceptivy, dále na thyreotoxikosu, cerebrální lupus erythematoses, bilaterální lakunární infarkty striata, polycytemie). Agonista dopaminu (vždy do 65 let jako monoterapie, následně v kombinaci s LDOPOU pro zmírnění komplikací léčby) dle mentálního stavu. Pozor u pergolidu nebezpeční valvulopathie, nutnost ECHO srdce co půl roku!
- **Kompenzační:** anticholinergika (ne u demence!), amantadin (účinný hlavně na třes, v infuzích při těžké akinéze), selegilin (jen do 65 let věku), inhibitory COMT (strategie: nedostatečný klinický efekt 400 mg LDOPY, přidat inhibitory COMT). U demence možnost léčby kognitivní (EXELON)
- **Adjuvantní:** antidepressiva SSRI, prokinetika trávicího ústrojí, atypická neuroleptika. Rehabilitace - pohybová reedukce, 1x komplexní lázeňská rehabilitační léčba, režimová opatření: pomůcky usnadňující činnost.

Cílem léčby je snaha o zachování maximální soběstačnosti. U pozdních hybných komplikací, nejčastěji po 5 letech trvání léčby LDOPOU, vyhodnocujeme, jaký projev je předmětem stížností, přesně zjistit jeho ráz (akinéza, dyskineza - chorea nebo dystonie), a v jakých časových souvislostech obtíže vznikají ve vztahu k dávkám léků.

Výsledek léčby lze hodnotit dle jednotné stupnice hodnocení Parkinsonovy nemoci UPRDS nebo orientačně dle oblastí: myšlení, aktivity běžného života, vyšetření hybnosti, komplikace léčby (dyskinézy a klinické fluktuace).

U vybraných případů, při selhání farmakoterapie, neurochirurgická léčba v centru pro extrapyramidové poruchy (pro nás FN USA Brno) - hluboká mozková stimulace (DBS) nebo kontinuální podávání DUODOPY do jejunu.

Standard léčebného postupu u pacientů s diagnózou Parkinsonova choroba

Pozor, seznam léků, které pacient s Parkinsonovou nemocí nesmí dostat:

Typická neuroleptika, metoklopramid (Cerucal!), thietyperazin (Torecan), blokátory vápníkových kanálů (Stugeron, Cinnarizin!), promethazin, amiodaron (Cordarone!), některá antihypertenziva (Reserpin, Dopegyt), současně se selegilinem se nesmějí podávat následující léky: SSRI, inhibitory MAO,

při narkóze: Halotan, neuroleptanalgezie.

Léčba akinetická krize, syndrom z vysazení, neuroleptický maligní syndrom (NMS)

Může vzniknout po podání léku s neuroleptickým účinkem, po náhlém přerušení dopaminergní nebo anticholinergní léčby, nebo při kombinaci s interkurentním zánětlivým onemocněním a dehydratací. Projevuje se extrémně zvýšenou rigiditou, akinezií, hypertermií, známkami rozpadu svalů (zvýšené sérové hladiny svalových enzymů, myoglobinurie).

Léčebný postup

- i) rehydratace, L-DOPA a agonisté dopaminu p.o., symptomatické řešení dalších problémů
- ii) nepřijímá-li p.o.: infusní léčba, amantadin i.v.
- iii) plně vyjádřený NMS: intenzivní péče, dantrolen i.v.

Použitá literatura

Neurologie, Soňa Nevšímalová, Galén, 2004

Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy, Evžen Růžička et al., Galén, 2000

Neurologie, Soňa Nevšímalová, Galén, 2004

Neurologie pro praxi, 3/2005

Doporučený postup léčby Parkinsonovy choroby - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně