



Dereglări ale zonei gastrointestinale în boala Parkinson

Introducere

În trecut se presupunea că sindromul Parkinson este urmarea unei lipse de dopamină cauzate de scăderea celulelor nervoase care o produc în Substantia nigra („substanța neagră”) din bulbul cerebral.

Conform nivelului actual de cunoștințe, sindromul Parkinson reprezintă o maladie mult mai complexă (o așa-numită degenerare multi-sistemică). Aceasta depășește clar afectarea substanței negre și se manifestă în întregul sistem nervos, afectând pe lângă dopamină și alte substanțe transportoare (neurotransmițători) ale sistemului nervos. Încă nu este clar unde debutează cu adevărat boala, dacă în sistemul nervos periferic sau în creier. Se presupune, totuși, că boala avansează „de jos în sus” în sistemul nervos central, iar degradarea substanței negre apare doar în stadiul mediu al bolii. Când apar simptomele motorii ale bolii Parkinson, de ex. tremorul sau rigiditatea, celulele nervoase care produc dopamină au scăzut deja cu peste 60%, iar deficitul de dopamină este de circa 80%. Reducerea celulelor nervoase este un proces natural, care apare odată cu înaintarea în vârstă, și are loc la toți oamenii. În cazul sindromului Parkinson, este doar mai accentuată sau mai accelerată.

Tractul gastrointestinal și sistemul nervos

Deoarece intestinul își transportă mai departe conținutul, acesta necesită alimentare nervoasă, atât prin creier, cât și prin sistemul nervos periferic. Structura superioară, care este responsabilă pentru reglarea organelor interne, se numește sistemul nervos autonom, care, la rândul său, se poate deosebi în doi „antagoniști” funcționali, sistemul nervos simpatic și sistemul nervos parasimpatic. Sistemul nervos parasimpatic sporește activitatea, iar cel simpatic o blochează. Alimentarea nervoasă a tractului gastrointestinal este foarte complexă. Pe lângă sistemul nervos simpatic și cel parasimpatic al sistemului nervos central, mai avem și o alimentare nervoasă autonomă în peretele intestinal. Aici se află chiar mai multe celule nervoase decât în măduva spinării. Această alimentare nervoasă este numită și „creierul mic al intestinului”.

De ani de zile se știe că pacienții cu sindrom Parkinson suferă și modificări degenerative ale celulelor nervoase din peretele intestinal. Între timp, chiar s-a dovedit că aceste modificări apar înainte de modificările din creier. Pe parcursul bolii Parkinson sunt afectați toți nervii care sunt răspunzători pentru motilitatea intestinală (mobilitatea, resp. activitatea intestinului), așadar atât sistemul nervos central, cât și cel periferic.

Simptomele timpurii ale tractului gastrointestinal

Dacă degenerarea celulelor nervoase începe înainte de modificările din substanța neagră, trebuie să apară foarte timpuriu și simptomele corespunzătoare, care nu se referă la mișcare. Acestea au putut fi confirmate, între timp, prin multe studii. Pe lângă tulburările de somn și miros, apare și motilitatea gastrointestinală dereglată, în special constipația, printre primele simptome ale bolii Parkinson. Fiecare al patrulea pacient cu Parkinson suferă, la stabilirea diagnosticului, de constipație.

Simptome

Deoarece întreaga activitate a tractului gastrointestinal este dereglată, este vorba, bineînțeles, și de simptome ale întregului tract gastrointestinal. Acestea sunt, mai ales:

- Salivare
- Dificultăți la înghițire
- Dificultăți de golire a stomacului
- Constipație

Salivare

Pacienții cu Parkinson produc aceeași cantitate de salivă ca și persoanele neafectate, poate chiar mai puțină. Însă, deoarece pacienții cu Parkinson înghit mai rar și mai puțin, se strânge mai multă salivă în gură. Dacă capul sau trunchiul sunt aplecate în față, iar gura este chiar întredeschisă, se poate ajunge la scurgerea salivei.

Pentru diagnosticare, există mai multe analize. De cele mai multe ori, se limitează la descrierea pacientului, resp. aparținătorului, și la observațiile clinice. Dacă se adaugă și alte simptome, este necesară o examinare de către un specialist (gastroenterolog).

Terapeutic, se recomandă pacienților așa-numitele anticolinergice. Deși acestea împiedică salivarea excesivă, au efecte secundare semnificative. Ar fi de preferat tratarea dificultăților la înghițire responsabile pentru această tulburare și administrarea precaută a anticolinergicilor.

Ca nouă posibilitate terapeutică poate fi considerată injectarea de Toxină Botulinică. În acest caz se injectează toxina botulinică în glandele salivare, adică glanda submandibulară și glanda parotidă. Toxina botulinică este o substanță care inhibă transferul de la nervi la glande, paralizând temporar glandele. Efectul durează câteva luni. Această formă de tratament nu a fost încă avizată, astfel încât utilizarea acesteia trebuie discutată individual cu pacientul, iar acoperirea costurilor trebuie solicitată în prealabil la Casa de Sănătate.

Dificultăți la înghițire

Dificultățile la înghițire în cazul sindromului Parkinson sunt un simptom foarte răspândit și cunoscut de mult timp, și cauzează, printre altele, salivarea menționată mai sus. Parțial, dificultățile la înghițire sunt cauzate și de medicația Parkinson, însă în mare parte nu depind de aceasta. Dificultățile la înghițire se referă la hrana solidă și lichidă și pot cauza înecarea. Aceasta la rândul ei poate provoca infecția traheii și a esofagului, în cel mai rău caz chiar o infecție la plămâni.

Comparativ, dificultățile la înghițire pot fi influențate doar puțin prin terapie. Pacienților li se poate recomanda o dietă specială, așa-numita dietă de disfagie sau cu piureuri, resp. evitarea ingerării bucăților mari de mâncare. Cu toate acestea, rareori se ajunge la o îmbunătățire semnificativă. Unii pacienți declară chiar că mâncarea solidă se poate înghiți mai ușor decât cea lichidă. Medicamentos, administrarea de prokinetice poate fi de folos. Acestea sunt medicamente care îmbunătățesc motilitatea tractului gastrointestinal.

În cazul atoniei deficitare a mușchilor de închidere ai esofagului, prin dilatare se poate ajunge la o ameliorare. În cazurile foarte grave se pot folosi și sonde stomacale.

În cazul dificultăților la înghițire trebuie luat în considerare faptul că nici medicamentele nu pot fi înghițite deseori, dacă nu sunt dizolvate sau mărunțite. În plus, trebuie avut grijă, fiindcă unele medicamente pentru Parkinson pot agrava dificultățile la înghițire. Aici trebuie amintite în special anticolinergicele, care astăzi se folosesc doar rareori.



Golirea întârziată a stomacului

Deseori, pacienții cu Parkinson se plâng de indigestie acidă sau de senzația de balonare. Cauzele acestora pot fi, pe de-o parte, golirea redusă a stomacului, și pe de altă parte, refluxul. Refluxul înseamnă transportarea conținutului stomacului înapoi în esofag. Golirea întârziată a stomacului este tipică pentru pacienții cu Parkinson. Astfel, poate dura două ore sau mai mult până când conținutul stomacului este transportat mai departe. Ca urmare a golirii întârziate a stomacului, pacienții se plâng adesea că după mese au o senzație de apăsare în stomac și o senzație timpurie de sațietate. Și aceste simptome pot fi înrăutățite de medicația Parkinson.

Este foarte important de știut că, prin golirea întârziată a stomacului (tulburări de motilitate) absorbția L-Dopa este dereglată și astfel se ajunge la un control mai dificil al tratamentului. Astfel L-Dopa nu este absorbită în stomac, ci doar în intestinul subțire în circulația sanguină. Dacă medicamentul rămâne în stomac, acesta, pe de o parte, nu își face efectul, iar pe de altă parte, va fi chiar distrus parțial de acizii gastrici. Dacă rămâne în stomac și apoi se adaugă alimente, proteinele din alimente vor concura cu L-Dopa pentru absorbția în sânge, și apoi cu absorbția în creier. De aceea L-Dopa nu trebuie luat direct la o masă bogată în proteine.

Tulburările de golire a stomacului sunt răspunzătoare pentru faptul că, la unii pacienți, efectul medicamentelor nu este previzibil, apare întârziat sau este în general redus. Câteva studii au arătat că, prin administrarea de L-Dopa printr-o sondă direct în intestinul subțire, achinezia și mai ales fluctuațiile au fost îmbunătățite semnificativ, iar fazele on-off au fost reduse. Efecte pozitive corespunzătoare pot fi observate și în cazul unei administrări speciale de L-Dopa, sub formă de gel L-Dopa, care este administrat printr-o sondă direct în intestinul subțire.

Un anumit efect poate fi obținut și dacă se folosește un preparat L-Dopa care se dizolvă în apă, pentru că lichidele pot trece prin stomac chiar dacă tranzitul este în general mai lent.


Terapeutic, se recomandă substanța activă Domperidon. Este vorba despre un medicament care acționează doar asupra tractului gastrointestinal și nu trece de bariera hematoencefalică, și care nu are astfel efecte negative asupra sindromului Parkinson. Acesta ajută la accelerarea golirii stomacului și astfel la pregătirea L-Dopa în intestinul subțire, pentru absorbție. În sânge apare astfel un nivel crescut de L-Dopa. Domperidonul poate fi folosit ca tratament suplimentar la administrarea L-Dopa, deoarece reduce efectele secundare, mai ales senzația de greață. Trebuie luat într-o doză de 3 ori pe zi, 10 mg, pe cale orală. În cazuri individuale poate fi necesară creșterea dozei la 60 mg/zi. Din păcate, efectele substanței sunt doar moderate.

Un anumit efect poate fi obținut și dacă L-Dopa se dizolvă în apă, pentru că lichidele pot trece prin stomac chiar dacă tranzitul este în general mai lent.

În privința metoclopramidei, o altă substanță activă care se recomandă în general pentru stări de greață și golirea întârziată a stomacului, aceasta nu trebuie administrată în cazul sindromului Parkinson, fiindcă poate înrăutăți simptomele Parkinson și chiar poate declanșa alte tulburări motrice.

Constipație

De la prima descriere a bolii, constipația apare ca un simptom foarte frecvent în cazul sindromului Parkinson. Constipația poate însă apărea și cu ani înainte de îmbolnăvire. Astăzi, este considerată



unul dintre simptomele timpurii ale sindromului Parkinson. La stabilirea diagnosticului circa 25% suferă de o constipație relevantă, iar pe parcurs circa 75% dintre cei afectați. Analizele au demonstrat chiar că pacienții cu constipație suferă mai des de un sindrom Parkinson. Pacienții au motilitatea intestinală redusă dramatic, astfel încât conținutul intestinului este transportat doar foarte lent. La mulți pacienți, durează peste 5 zile până când hrana ingerată a trecut de intestin. În cazuri grave, se poate ajunge la coprostază.

Cauzele constipației sunt considerate în continuare medicația, mișcarea fizică redusă, tensiunea redusă a mușchilor și aportul prea redus de fibre și de apă. Acestea sunt doar cauze limitate, care trebuie văzute ca factori agravanți. Mai degrabă, în cazul pacienților cu Parkinson avem, pe de o parte, un tranzit intestinal lent, și pe de altă parte, constipația care poate fi agravată medicamentos. Cauza tranzitului intestinal întârziat se presupune a fi reducerea celulelor nervoase din creier, descrisă la început, și din peretele intestinal.

Diagnosticarea constipației

Firește, informațiile de la pacienți sunt esențiale. Trebuie să împingeți? Aveți scaun tare? Aveți senzația că scaunul nu s-a golit complet? Aveți mai puțin de trei scaune pe săptămână? Sau trebuie să ajutați cu degetul ca scaunul să fie îndepărtat din intestin? De mare ajutor este o investigație cu așa-numiții markeri sau cuburi de bariu radioopace, de înghițit în capsule. În cadrul acestei investigații pacientul primește timp de șase zile în fiecare dimineață la ora zece, o capsulă, care este umplută cu zece cuburi mici de bariu radioopace. După șapte zile se realizează o scanare Röntgen, în care sunt vizibile cuburile de bariu înghițite și pot fi numărate. Cu cât sunt mai multe cuburi vizibile, cu atât mai lentă este perioada de tranzit. Pe baza numărului de cuburi se poate stabili, cu ajutorul unei formule speciale, durata tranzitului intestinal. O durată a tranzitului de peste trei zile este considerată patologică.

Terapia constipației

În cazul constipației, se recomandă terapeutic, pe lângă o dietă bogată în fibre și un aport suficient de lichide, mișcarea regulată și fizioterapia. Din păcate, aceste măsuri nu sunt decât parțial de folos pentru o constipație foarte gravă. În cazul unui tranzit intestinal de peste cinci zile, cu aceste măsuri se vor obține doar efecte nesemnificative. Aici trebuie aplicate măsuri medicamentoase suplimentare. Din păcate, efectul pozitiv al Domperidonului în cazul unor tulburări de golire a stomacului nu s-a dovedit similar și în cazul constipației. Purgativele, supozitoarele etc. ajută la golirea intestinului, însă nu rezolvă problema rămânerii conținutului intestinului pentru o perioadă lungă.

Cele mai bune rezultate s-au obținut, deocamdată, cu Macrogol. Este vorba despre un așa-numit macrozahar, care leagă multe lichide și nu se resoarbe. Nu se așteaptă efecte secundare. Aceste remedii trebuie luate regulat, pentru ca problema să nu reapară mereu. Firește că trebuie evitate și toate medicamentele care pot cauza chiar ele constipație, de ex. anticolinergicele.



Concluzie

În concluzie, afecțiunile tractului gastrointestinal în sindromul Parkinson sunt foarte frecvente și apar sub diverse forme. Pot apărea în toate stadiile bolii și afectează întreg tractul gastrointestinal. Cele mai frecvente simptome sunt dificultățile la înghițire, tulburările de golire a stomacului și constipația. Este important ca aceste simptome descrise să fie luate în serios și să fie descrise și neurologilor, pentru a se aplica un tratament corespunzător. Dacă este cazul, implicarea unui specialist în boli gastrointestinale (gastroenterolog) poate fi de folos. În ultimii ani, diagnosticarea și terapia afecțiunilor în zona gastrointestinală s-a dezvoltat în mod semnificativ.