

Rozpoznanie SM stawiane zbyt późno



Prof. Halina Bartosik-Psujek

Kierownik Kliniki Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udaru Mózgu Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, przewodnicząca sekcji SM i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, konsultant województwa podkarpackiego w dziedzinie neurologii

W Polsce rozpoznanie stwardnienia rozsianego (SM) wciąż stawiane jest zbyt późno, dlatego lekarze rodzinni powinni być wyczuleni na skargi, szczególnie młodych pacjentów, dotyczące różnych objawów neurologicznych. SM to choroba ludzi młodych, rozpoczyna się najczęściej w wieku 20-30 lat. Jeżeli jako pierwsze pojawiają się **typowe objawy neurologiczne**, jak na przykład zapalenie nerwu wzrokowego z bólem gałki ocznej, z szybko pogłębiającym się deficytem widzenia, z ograniczeniem pola widzenia, zaburzeniem widzenia – to taki pacjent zazwyczaj bardzo szybko zgłasza się do okulisty i rozpoznanie stawiane jest dość szybko. Podobnie jest, gdy choroba rozpoczyna się od pojawienia się niedowładu kończyny górnej lub dolnej, zaburzeń równowagi, podwójnego widzenia czy zaburzenia czucia. Takie objawy niepokoją lekarza pierwszego kontaktu i są powodem wysłania pacjenta do specjalisty neurologa.

Gorzej, gdy stwardnienie rozsiane zaczyna się od **mało charakterystycznych objawów**, jak np. delikatnego mrowienia, drętwienia kończyn, które ustępuje samoistnie, uporczywego zmęczenia, małej tolerancji wysiłku, lub takich objawów jak nawracające, uogólnione dolegliwości bólowe, skurcze mięśni, uczucie usztywnienia mięśni. Są to na tyle niecharakterystyczne objawy, że trudno od razu myśleć o takim rozpoznaniu jak SM. Jednak jeśli pacjent, szczególnie młoda kobieta, zwraca się z tymi problemami do lekarza, nie powinny być one zbagatelizowane.

Lekarz rodzinny powinien wtedy wykluczyć inne schorzenia: przeprowadzić badania w kierunku chorób reumatycznych, układowych, zaburzeń elektrolitowych, sprawdzenia funkcji tarczycy. Jeżeli wyniki są prawidłowe, a pacjent cały czas skarży się na tego typu dolegliwości, należy zachować czujność diagnostyczną i pomyśleć, że być może jest to jeden z początkowych, niecharakterystycznych objawów stwardnienia rozsianego.

Do potwierdzenia diagnozy potrzebne są charakterystyczne objawy kliniczne, czyli obiektywne objawy neurologiczne, wskazujące na co najmniej dwuogniskowe uszkodzenie układu nerwowego. Muszą się one pojawiać nawrotowo, w sekwencji czasowej, przedzielonej co najmniej miesięcznym okresem przerwy albo postępować minimum przez rok. Potwierdzeniem objawów klinicznych jest **rezonans magnetyczny głowy i kręgosłupa**. Jeżeli w badaniu rezonansowym znajdujemy typowe dla stwardnienia rozsianego ogniska demielinizacji, pozwala nam to postawić rozpoznanie.

Innym pomocnym w diagnozie badaniem jest **analiza** płynu mózgowo-rdzeniowego, która określa wewnątrzpłynową syntezę białek. Jest taki charakterystyczny wzorzec prążków oligoklonalnej IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym, którego obecność daje potwierdzenie choroby. Dodatkowym potwierdzeniem może być badanie wywołanych potencjałów wzrokowych, które pokazują uszkodzenie nerwu wzrokowego.

Pandemia podzieliła pacjentów z SM na dwie grupy. Jedną stanowią chorzy, którzy znajdują się w programach terapii lekowej skierowanej na leczenie stwardnienia rozsianego, wymagającej określonego sposobu monitorowania, wykonywania badań dodatkowych i kontrolnych wizyt. Na początku pandemii rzeczywiście było z tym sporo zamieszania, jednak większość ośrodków prowadzących takie terapie bardzo szybko zorganizowało opiekę dla tych pacjentów i wraz z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia pojawiły się możliwości na przykład wydawania leku raz na trzy miesiące czy wykonywania w razie potrzeby badań diagnostycznych. Te kwestie organizacyjnie uporządkowano, co sprawiło, że ci pacjenci zostali zaopiekowani, a skutki ograniczeń epidemiologicznych zminimalizowane.

Trudniej było niestety pacjentom, którzy nie są objęci programem lekowym. Najczęściej to osoby z zaawansowaną postacią choroby, większą niesprawnością – oni bardzo wyraźnie odczuli i wciąż odczuwają te wszystkie ograniczenia: mają problemy z dostaniem się do specjalistów, z umówieniem się na wizytę, z wykonywaniem dodatkowych badań, jeżeli takowe są potrzebne. Nie ma ścieżki postępowania, którą mogliby podążać, sami muszą to wszystko wyegzekwować.

Na szczęście nie ma doniesień na temat wpływu zakażenia SARS-CoV-2 na stwardnienie rozsiane, które mówiłyby o tym, że ci pacjenci ciężiej przechodzą chorobę. Co więcej, okazuje się, że szczególnie młodzi pacjenci, którzy mają terapie immunomodulacyjne, znoszą infekcję łagodnie.

Niestety, im pacjent jest starszy i obarczony dodatkowymi schorzeniami współistniejącymi, tym prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu i poważniejszych powikłań jest większe.

Choć wyraźnie i systematycznie czas diagnozy skraca się, dalej **rozpoznanie SM jest w Polsce stawiane stosunkowo późno**, a to powoduje opóźnienia włączania do programu lekowego i rozpoczęcie skutecznej terapii. Dlatego bardzo ważne jest w naszym kraju opracowanie

i wdrożenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla tej grupy pacjentów.

Kluczowym dla rozpoznania choroby jest pojawienie się pierwszych objawów, które pozwala właściwie ukierunkować diagnostykę. Do tego konieczne są zasady postępowania, bo dzięki nim chorzy będą mogli szybko rozpocząć prawidłowe leczenie. To jest ten pierwszy ważny moment.

Drugim przełomem jest moment, kiedy zaczyna się zmieniać przebieg choroby. O ile w początkowym okresie choroba przebiega z rzutami i remisjami, to po kilku, kilkunastu latach może dojść do zaniku aktywności rzutowej, a zaczyna się systematyczna progresja. Taki pacjent powinien być traktowany już trochę inaczej.

A zupełnie inne postępowanie dotyczy pacjentów z zaawansowaną postacią choroby. Oni mają też już inne problemy – najczęściej są to pacjenci starsi, z dużą niesprawnością, wymagający opieki, pielęgnacji, wsparcia psychologicznego, często także leczenia chorób współistniejących, specjalistycznej rehabilitacji, a także wsparcia socjalnego i finansowego.

Te problemy są więc zupełnie inne na każdym etapie choroby i warto rozdzielić ścieżkę diagnostyczną, dopasować ją do poszczególnych pacjentów. Pilne opracowanie i wdrożenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla pacjentów z SM przyczyni się do przezwyciężenia trudności nie tylko podczas pandemii koronawirusa, ale także pozwoli zoptymalizować opiekę nad tymi chorymi.