

Mezioborová spolupráce při diagnostice a léčbě roztroušené sklerózy

MUDr. Jiří Piřha

MS Centrum Teplice, Neurologické oddělení KZ a.s. – Nemocnice Teplice o. z.

Diagnostika i léčba roztroušené sklerózy vyžaduje multidisciplinární spolupráci specialistů různých profesí. Vedoucí je role neurologa, specializovaného v problematice neuroimunologie. Nezanedbatelná je však úloha praktického neurologa, praktického lékaře, neuro-radiologa, očního lékaře, urologa a lékařů dalších specializací. Speciální roli v péči o pacienty s roztroušenou sklerózou mají centra pro diagnostiku a terapii roztroušené sklerózy. Cílem spolupráce je včasná diagnostika a optimální léčba.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, diagnostika, léčba, mezioborová spolupráce.

Interdisciplinary cooperation in diagnosis and treatment of multiple sclerosis

Diagnosis and treatment of multiple sclerosis requires multidisciplinary collaboration of specialists of different professions. Leading role is a neurologist specializing in issues neuroimmunology. However, the task is considerable practical neurologist, general practitioner, neuroradiology, ophthalmologist, urologist and other physicians specializing. A special role in the care of patients with multiple sclerosis have a center for the diagnosis and treatment of multiple sclerosis. The aim of the cooperation is early diagnosis and optimal treatment.

Key words: multiple sclerosis, diagnosis, treatment, interdisciplinary cooperation.

Seznam zkratk

CIS – clinically isolated syndrome – klinicky izolovaný syndrom

CNS – centrální nervový systém

CSF – cerebrospinal fluid

ČSL JEP – Česká lékařská společnost J. E. Purkyně

DMD – disease modifying drugs – léky ovlivňující průběh onemocnění

EP – evokované potenciály

MP – metylprednisolon

MR – magnetická rezonance

OCT – optická koherenční tomografie

RS – roztroušená skleróza

Úvod

Roztroušená skleróza (RS) je komplexní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), na kterém se podílí autoimunitní zánět a neurodegenerace, vedoucí k mozkové atrofii a invaliditě. Vzhledem k potřebě časně diagnostiky a racionální léčby je nutný komplexní přístup k onemocnění. Vedoucí úlohu hraje neurolog, specializovaný v problematice neuroimunologie v úzkém kontaktu s dalšími lékaři.

Stanovení časně diagnózy se dnes neobejde bez spolupráce se specialisty v problematice neuroradiologie, likvorologie a elektrofyziologie. Zásadní se jeví spolupráce s oftalmology, kteří mají důležitou roli nejen v diagnostice, ale i monitoringu RS v souvislosti s rozšířením optické koherenční tomografie (OCT).

Role psychologa je dnes mnohdy podceňována, ale z klinické praxe vyplývá, že jeho úloha je nezastupitelná již v prvních fázích po stanovení diagnózy, stejně jako úloha fyzioterapeuta.

Po vzoru zahraničních pracovišť se jeví jako velmi výhodné, aby např. neuroradiolog, fyzioterapeut a psycholog byli členové specializovaných týmů tak, aby mohly být naplněny zásady personifikované medicíny.

Centra pro diagnostiku a terapii roztroušené sklerózy

Počátkem 90. let minulého století vzniklo několik málo ambulantí, věnujících se problematice RS. Jejich činnost se opírala zejména o nadšení několika jedinců, v čele s prof. MUDr. Pavlem Jedličkou, DrSc., kteří byli přesvědčení, že RS je chronické zánětlivé onemocnění, jehož léčba musí být kontinuální a systematická. Další rozvoj poznání imunopatogeneze RS, zdokonalování diagnostických metod a zavádění léků ovlivňujících průběh onemocnění (disease modifying drugs – DMD) do klinické praxe dal tomuto přístupu plně za pravdu. Bylo zapotřebí vytvořit síť specializovaných pracovišť, center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění, tzv. RS centra. V r. 1998 vyšla ve Věstníku MZČR vyhláška, která definuje vznik a provoz těchto pracovišť (Podmínky zřizování Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění a návrh koncepce péče. In Věstník MZ ČR, 1998; 6: 9–11.).

RS centrum se zřizuje jako specializované pracoviště v rámci zdravotnického zařízení, nejlépe při nemocnici fakulturního typu. Jedná se o superkonziliární pracoviště s nadregionální působností. Centra zajišťují základní i specializovanou diagnostikou a terapeutickou péči o nemocné s demyelinizačním onemocněním, a to převážně ambulantní for-

mou, některá z nich se podílejí na školicí a vědeckovýzkumné činnosti. RS centra tak umožňují účelné soustředění prostředků ke klinické a výzkumné činnosti. Jejich činnost je multidisciplinární. RS centrum ustavuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky na doporučení výboru Neurologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČSL JEP) a Vědecké rady České lékařské komory. O ustavení RS centra žádá statutární zástupce zdravotnického zařízení. Žádost je třeba dokumentovat podle výše uvedených kritérií a doložit vyjádřením výboru odborné společnosti ČLS JEP.

RS centra mají kromě personálních a technických předpokladů určený rozsah činnosti:

- základní ambulantní péče (základní diagnostika včetně pomocných vyšetření, standardní farmakoterapie),
- specializované diagnostické a léčebné ambulantní a hospitalizační postupy u rychle progredujících a komplikovaných stavů, diagnostika atypických demyelinizací,
- specializované léčebné ambulantní a hospitalizační postupy u rychle progredujících a komplikovaných stavů včetně řešení vedlejších účinků nesprávně vedené kortikoterapie a imunosuprese,
- indikace a provádění speciálních zobrazovacích (MR mozku i míchy, včetně použití gadolinia a speciálních sekvencí), elektrofyziologických (evokované potenciály všech modalit), neuropsychologických, biochemických, imunologických, metabolických a genetických vyšetření, speciální farmakoterapie (pulzní imunosuprese, imunomodu-

Neurol. praxi 2014; 15(2): 89–91

lace beta-interferonem, indikace transplantací kostní dřeně, indikace lokální aplikace botulotoxinu ve spolupráci s centry pro extrapyramidová onemocnění, specializovaná neurorehabilitace, stereotaktická neurochirurgie k ovlivnění farmakologicky nezvladatelného třesu, aj. nově vyvíjené a postupně ověřované postupy),

- pregraduální a postgraduální školení v oboru demyelinizačních onemocnění, včetně vedení programů kontinuálního vzdělávání,
- klinický výzkum, podpora zájmových sdružení pacientů a sociálních služeb.

Podmínky vzniku RS center jsou dosud platné, v současné době se připravuje jejich aktualizovaná verze, která by lépe odrážela překotný rozvoj diagnostiky a terapie RS.

Na základě vyhlášky vznikla během několika let síť patnácti RS center, poskytujících kvalifikovanou péči několika tisícům pacientů. Původní představy o financování center ze zvláštních zdrojů vzaly brzy za své. Hrazení DMD bylo zpočátku realizováno centrálními nákupy, kdy indikace k léčbě probíhala na základě konsenzu mezi poskytovateli zdravotní péče a zástupci odborné společnosti. Tento systém byl zcela rozvrácen ministrem zdravotnictví MUDr. Rathem, kdy léčbu schvalovali revizní lékaři bez jakýchkoli odborných znalostí. V současné době je léčba DMD hrazena na základě úhradové vyhlášky, DMD spadají pod centrové léky.

V souvislosti s očekávanými registracemi nových perorálních léků a biologik do léčebné praxe vyvstává nesoulad mezi doporučenými léčebnými postupy a možnostmi úhrady poskytovateli zdravotní péče (Dufek, 2004). Tyto rozpory by mohla řešit odborná pracovní skupina orientovaná na problematiku léčby RS dialogem se zdravotními pojišťovnami.

Praktický lékař a roztroušená skleróza

Konečné stanovení diagnózy, dlouhodobá léčba a management pacientů s RS se sice odehrává ve specializovaných centrech, praktický lékař má však v péči o nemocné velmi důležitou úlohu. Je lékařem, který při základních znalostech tuto diagnózu může zvažovat, a tím velmi významně ovlivní další prognózu nemocného. Je tím, na kterého se pacienti obracejí s řadou problémů ať zdravotních, či sociálních.

Role praktického neurologa

Praktický neurolog má nezastupitelnou úlohu zejména při včasném stanovení diagnózy, podílí

se však i na dlouhodobé léčbě. Měl by rychle reagovat na varující příznaky zejména u mladých lidí, ale nejen u nich. Nelze podceňovat nejčastěji se vyskytující příznaky, např. senzitivní (dysestezie, Lhermitteův příznak), poruchy zraku, sfinkterové poruchy apod. V této situaci je nutné pátrat po drobným neurologickým vyšetřením po event. centrální symptomatologii a co nejdříve odeslat nemocného k vyšetření MR mozku a krční páteře, či rovnou k přijetí na lůžkové neurologické oddělení.

V rámci urychlení diagnostiky lze provést odběr mozkomíšního moku i ambulantně. Stanovení diagnózy klinicky izolovaného syndromu (clinically isolated syndrome – CIS) lze dnes provést během několika málo týdnů. Důležité je provést MR s aplikací kontrastní látky, protože v případě současného průkazu enhancujících a neenhancujících lézí je naplněn požadavek diseminace v čase. Pokud pacient vykazuje více než jednu klinickou epizodu a má odpovídající klinický a morfologický nálezu a jsou vyloučeny jiné diagnostické alternativy, je možné stanovit diagnózu definitivní RS okamžitě.

Pozdní diagnostika je pro pacienta fatální. Již v časných fázích onemocnění dochází k výrazné axonální ztrátě a ireverzibilním změnám CNS. Co z toho vyplývá? Zahájit léčbu (nasazení DMD) co nejdříve. Od okamžiku stanovení diagnózy by měla uplynout co nejkratší doba tak, aby lékař RS centra mohl léčbu indikovat a zahájit dle současných legislativních pravidel do 4 týdnů! Velmi důležitou podmínkou, stanovenou plátcem zdravotní péče, je přeléčit relaps pulzem vysoké dávky metylprednisolonu (relaps byl tak závažný, že bylo nutné přikročit k léčbě kortikosteroidy). Zde je největší kámen úrazu, protože první klinické příznaky, které odpovídají CIS, mohou být podceněny a neléčeny. Podobná situace může nastat u klinicky definitivní RS. V případě, kdy lze nasadit DMD po 2 proběhlých a kortikoidy přeléčených relapsech za rok nebo 3 relapsech za 2 roky stačí, že jeden z těchto relapsů léčen nebyl a pacient ztrácí nárok na léčbu DMD.

Zobrazovací metody a přínos radiologa

V dnešní době si lze stěží představit diagnostiku RS bez vyšetření pomocí MR. Charakteristickým nálezem je rozsev mnohočetných ložisek v oblasti bílé, ale při použití nových sekvencí i v šedé hmotě mozku. Přestože bývají ložiska popisována jako nespecifická, lze z určitých rysů soudit v klinické korelaci, že nejspíše odpovídají RS. Ložiska jsou hyperintenzní v T2W a FLAIR obrazech. U RS mají některé z těchto lézí korelát ve snížené intenzitě signálu v T1W obraze (tzv. černé díry). Velikost ložisek málokdy přesahuje velikost 10 mm, ale v po-

kročilých stádiích choroby lze vidět ložiska splývající s obtížným rozlišením jejich počtu. Typická distribuce lézí je periventrikulárně s osou kolmou na postranní komory a juxtakortikálně v oblasti U vláken. Relativně typickou oblastí výskytu lézí je corpus callosum. Další možnou lokalizací je oblast infratentoriální a v krčním úseku míchy (Vaněčková et Seidl, 2010).

Velmi podceňovaným jevem je rozvoj mozkové atrofie, patrně již v počínajících fázích nemoci. Měření atrofie mnohem lépe predikuje budoucí klinický vývoj než tzv. lesion load. Ukazuje se, že velký význam má regionální měření mozkové atrofie, např. atrofie corporis callosi je přesvědčivým markerem dlouhodobé disability (Vaněčková et al., 2012).

Specifickou situací je spolupráce neurologa a radiologa při monitoraci pacientů léčených natalizumabem s vysokým rizikem progresivní multifokální leukoencefalopatie.

Vzájemná koordinace obou specializací je nezbytná nejen při procesu stanovení diagnózy, ale i při monitoraci onemocnění. Neurolog by měl vědět, co lze od vyšetření očekávat, radiolog by se neměl spokojit s obecným popisem nespecifických změn. Ošetřující neurolog by měl vždy možnost MR snímky zhodnotit, a naopak radiologovi by mělo být poskytnuto co nejvíce klinických informací.

Elektrofyzilogie

Na rozdíl od MR je elektrofyziologické vyšetření metodou funkční, kdy lze detekovat patologické nálezy, které nemusejí korelovat s manifestní klinickou symptomatologií. V porovnání s MR má elektrofyziologické vyšetření menší diagnostickou hodnotu. Standardem je vyšetření zrakových, somatosenzorických a motorických evokovaných potenciálů (EP). Význam EP je i prognostický. Pokud je při prvním vyšetření multimodálních EP přítomno větší množství abnormálních nálezů, je prognóza dalšího vývoje RS nepříznivá (Schlaeger et al., 2012).

Likvorologie

V ČR má vyšetření likvoru (cerebrospinal fluid – CSF) velkou tradici. Současná diagnostická kritéria sice nepožadují ke stanovení diagnózy RS vyšetření CSF, toto vyšetření je však nezbytně nutné z diferenciálně diagnostického hlediska (Sandberg-Wollheim et Olsson, 2010). V poslední době se ukazuje, že nálezy v CSF mají i určitou prediktivní hodnotu.

Zrušení některých likvorologických laboratoří, které byly zřízeny při neurologických klinikách, bylo nejspíše nutností z pohledu ekonomického a odborného (akreditační požadavky), na dru-

hé straně vedlo k problémům, spojeným s interpretací likvorologických nálezů. Proto by si měli neurologové ujasnit, které parametry jsou ke stanovení diagnózy nezbytně nutné a nenechat se zahltit desítkami nálezů, které jsou sice likvorologickým laboratorím v podobě výkonů velice dobře hrazeny, ale z praktického hlediska nic nepřinášejí.

Imunologie

Spolupráce s imunologem je nezbytná v případě řešení imunopatologických stavů v rámci diferenciální diagnostiky, event. léčby RS. Rutinní vyšetření buněčné a humorální imunity u klinicky definitivní RS nemá smysl.

Oftalmologické vyšetření

Spolupráce s očním lékařem má význam zejména při diagnostice optické neuritidy (ON). V případě retrobulbární bolesti a snížení zrakové ostrosti u již diagnostikované RS může vyslovit podezření na ON již neurolog a zavést adekvátní léčbu metylprednisolonem (MP). Složitější je situace, kdy zraková porucha je prvním příznakem a je nutné zvážit jiné diagnózy. Tehdy je nutné provést podrobné oční vyšetření. V akutní fázi ON bývá porucha vizu a perimetru (skotomy). Temporální nablédnutí papily optického nervu je až pozdní důsledek prodělané ON.

OCT má pro neurology význam zejména výzkumný, ale v praxi má velmi důležitou roli při monitoraci event. výskytu makulárního edému u pacientů, léčených fingolimodem. Velkou výhodou má rozvoj neurooftalmologie, která přináší propojení poznatků obou oborů (Pula et Reder, 2009).

Spolupráce s urologem

Mikční poruchy se vyskytují u 50–97% nemocných s RS. Detruzoro-sfinkterická dyssynergie je zdrojem recidivujících uroinfekcí a zvyšuje riziko renálních poruch. Včasná diagnostika urologických poruch je nezbytně nutná k zahájení správné symptomatické terapie. Mikční a sexuální poruchy jsou též zdrojem celé řady problémů psychosociálních.

Role psychologa

Psychologická podpora pacientů je často velmi zanedbávaným aspektem pacientů s RS.

Jedním z nejčastějších symptomů je deprese. I když neurolog má ve svém léčebném arzenálu celou řadu farmak, zejména antidepresiv, není možné tvrdit, že farmaka vyřeší vše. Psychoterapeutické vedení, zejména kognitivně behaviorální přístup, není běžně dostupný, stejně jako kognitivní trénink u nemocných s kognitivním deficitem v situaci, kdy dosud nebyla nalezena účinná farmakoterapie.

Role fyzioterapeuta

Fyzioterapie je nedílnou součástí symptomatické léčby, ovlivňující nejen fyzickou, ale i psychickou kondici pacienta s RS. Bohužel řadě nemocných není neurorehabilitace poskytnuta vůbec, nebo jen v omezené míře.

Zdravotní sestry

Bez účasti zdravotních sester si nelze představit management diagnostiky a léčby RS. Jejich účast v diagnostice v roli radiologických, elektrofyziologických, likvorologických a dalších laborantek je zřejmá. Role zdravotních sester je zásadní zejména v RS centrech, kdy v rámci týmové spolupráce instruují pacienty ke způsobu aplikace injekčních léků, monitorují nemocné při infuzní léčbě a zahájení terapie fingolimodem. Jsou mnohdy nejbližším spojencem nemocného jak při přijetí diagnózy, ale i v řešení řady zdravotních a sociálních problémů.

Pomoc sociálních pracovníků

Sociální pracovník by měl být velice úzkým spojencem nemocného s RS. Je schopen konzultovat možnost získání příspěvků na bezbariérové bydlení, přidělování zdravotních pomůcek, příspěvků na bezmocnost a získání průkazu mimořádných výhod zdravotně znevýhodněných osob (Vachová, 2013). Sociální pracovník může s nemocným konzultovat možnost pracovního zařazení, u hospitalizovaných pacientů pomáhá s jejich umístěním do adekvátního doléčovacího zařízení.

Spolupráce s patientskými organizacemi

Nelze opominout udržování úzkých kontaktů s patientskými organizacemi (Roska, Sdružení mladých sklerotiků). Je již tradicí společná organizace dne RS, edukační akce pacientů, poradny, věnující

se dotazům pacientů na webových stránkách, kde se dozví odborně garantované informace.

Závěr

Výhody mezioborové spolupráce v komplexní péči o pacienta s RS jsou zcela jednoznačné. Výrazný pokrok v technologiích diagnostiky a zavádění nových léčebných metod, které kládou větší nároky na monitoraci léčby, je pádným argumentem k rozvoji úzkých kontaktů mezi odborníky různých specializací.

Týmová spolupráce je tedy v současné době zcela nezbytná a zvyšuje úroveň péče o pacienta s RS. Má i některé ekonomické výhody, např. v přesouvání komplexní péče do domácího prostředí, jak o tom svědčí zkušenosti s Francií (Clavelou, 2013).

Literatura

1. Podmínky zřizování Center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění a návrh koncepce péče. In Věstník MZ ČR, 1998; 6: 9–11. Dostupné z url: <http://www.czech-neuro.cz/clanek/386-Klinicky-standard-pro-diagnostiku-a-lecibu-roztrousene-sklerozy-a-neuromyelitis-optica-schvaleno-vyborem-CNS-dne-28-1-2012/index.htm>
2. Clavelou P. Can we optimize our teams? Multidisciplinary care for multiple sclerosis. 2013; 13(12 Suppl): 39–44.
3. Dufek M. Léčba roztroušené sklerózy v České republice – možnosti a realita. Neurol. praxi 2014; 15(1): 31–35.
4. Pula JH, Reder AT. Multiple sclerosis. Part I: neuro-ophthalmic manifestations. Curr Opin Ophthalmol. 2009; 20(6): 467–475.
5. Sandberg-Wollheim M, Olsson T. Cerebrospinal fluid oligoclonal bands are important in the diagnosis of multiple sclerosis, unreasonably downplayed by the McDonald criteria 2010: Yes. Mult Scler. 2013; 19(6): 714–716.
6. Schlaeger R, D'Souza M, Schindler C, Grize L, Dellas S, Radue EW, Kappos L, Fuhr P. Prediction of long-term disability in multiple sclerosis. Mult Scler. 2012; 18(1): 31–38.
7. Vachová M. Sociální aspekty roztroušené sklerózy. In Havrdová a kol. Roztroušená skleróza. Mladá fronta 2013: 485.
8. Vaněčková M, Seidl Z. Magnetická rezonance a roztroušená skleróza mozkomíšní. Mladá fronta 2010: 148.
9. Vaněčková M, Kalinčík T, Krásenský J, Horakova D, Havrdova E, Hrebikova T, Seidl Z. Corpus callosum atrophy – a simple predictor of multiple sclerosis progression: a longitudinal 9-year study. Eur Neurol 2012; 86(1): 23–27.

Článek doručen redakci: 24. 2. 2014

Článek přijat k publikaci: 7. 4. 2014

MUDr. Jiří Pitha

MS Centrum Teplice, Neurologické oddělení KZ a.s. – Nemocnice Teplice o. z. Duchcovská 53, 415 28 Teplice PithaJ@seznam.cz

