

Únava a možnosti jejího ovlivnění u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní

Mgr. Lucie Suchá

*Centrum pro demyelinizační onemocnění 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*

Navzdory pokrokům ve farmakologické i rehabilitační terapii patří únava k nejčastějším a nejvíce limitujícím symptomům u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní (RS). Společně s motorickými a senzitivními projevy nemoci vede k omezení fyzických aktivit, sociální izolaci, zhoršení psychické kondice a k celkovému snížení kvality života. Komplexní léčba (farmakoterapie, psychoterapie, fyzioterapie) včetně režimových opatření a nácviku energie šetřících strategií může únavu výrazně snížit a pozitivně ovlivnit aktivity běžného života i zařazení pacienta do společnosti.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, únava, pohybové aktivity, psychoterapie, režimová opatření, energie šetřící strategie.

Fatigue and its management options in patients with multiple sclerosis

Despite advances in pharmacological and rehabilitation therapies, fatigue is among the most common and most limiting symptoms in patients with multiple sclerosis (MS). Along with motor and sensory manifestations of the disease, it results in restriction of physical activities, social isolation, worse mental health, and an overall reduction in the quality of life. Comprehensive management (pharmacotherapy, psychotherapy, physiotherapy) including lifestyle measures and energy conservation strategies can significantly reduce fatigue and positively affect activities of daily living as well as integration of the patient into the community.

Key words: multiple sclerosis, fatigue, physical activity, psychotherapy, lifestyle measures, energy conservation strategies.

Úvod

Fyziologická únava vzniká v průběhu působení zvýšené zátěže na organismus a je přirozenou součástí života každého člověka. Během zotavení po zátěži dochází postupně k plné obnově výchozího funkčního stavu organismu. Naproti tomu je nefyziologická únava definována jako přetrvávající subjektivní pocit nedostatku fyzické a/nebo duševní energie, vyčerpání nebo svalová slabost vzniklá bez předchozí zátěže. Únavu udává až 90 % pacientů (Surraka et al., 2004), přičemž až polovina ji vnímá jako nejvíce limitující

příznak (Khan, 2014; Kesserling et Beer, 2005). 76 % pacientů s ní má zkušenost minimálně jednou do týdne (Larocca, 2011), některé zdroje dokonce uvádí každodenní výskyt u 80 % pacientů (Kos, 2016).

Patofyziologie únavy není stále zcela přesně známa, předpokládá se však multifaktoriální etiologie (Asano et Finlayson, 2014). Podle etiologie se únava dělí na primární a sekundární. Primární (centrální únava) je následkem samotného onemocnění a na jejím vzniku se pravděpodobně podílí prozánětlivé cytokiny, poruchy v hypotalamo-pituitární ose, axonální poškození a hyperaktivita neurálních spojů (Induruwa et al., 2012). Sekundární únava (periferní únava) je způsobena fyzickou dekondíci, sníženým množstvím i kvalitou spánku, teplem, úzkostí, depresí, spasticitou (Štětkářová et al., 2012) či přesněji svalovou hyperaktivitou (zejm. spastickými ko-kontrakcemi), bolestí či vedlejším účinkem podávaných léků. V praxi pak obvykle vidíme kombinaci obou typů. Další dělení je na únavu motorickou neboli fyzickou (svalová slabost, snížená rychlost chůze, neschopnost zvládnout činnosti denního života a další) a kognitivní (snížená schopnost koncentrace, zhoršená paměť, vypadávání slov apod.) (Khan, 2014).

Přestože se neprokázala přímá souvislost mezi únavou a stupněm neurologického postižení, častěji ji vidíme u primárně a sekundárně progresivní fáze RS v porovnání s pacienty v relaps-remitentní fázi. Může se objevit i o několik měsíců dříve než první příznak (při dobrém vnímání pacienta tedy únava může signalizovat blížící se ataku).

Únava je velmi individuální a je obtížné ji objektivně popsat. Většinou se hodnotí pomocí subjektivních dotazníků. Nejpoužívanější z nich jsou vypsány v tabulce 2 (Krupp, 2004).

Terapie únavy

Z důvodu nejasné příčiny a velmi individuálního průběhu u každého pacienta je náročné nastavit vhodnou a účinnou terapii. Závěry studií zkoumající vliv různých intervencí na únavu u RS jsou navíc velmi nekonzistentní, často si odporují a pro terapeuty mohou být velmi matoucí. Některé z nich naznačují, že únavu prakticky ovlivnit nejde (Lee et al., 2008). Většina prací je však výrazně optimističtějších a prokazuje pozitivní vliv na únavu pomocí různých postupů.

Původně se únava ovlivňovala především farmakologicky (např. Amantadine, Modafinil, Penoline). Při podání léčiv je však potřeba počítat s častými nežádoucími účinky (bolest hlavy, úzkost, nevolnost, nespavost, palpitace a další). V posledních letech se proto do popředí dostávají i další terapeutické možnosti, především pak fyzioterapie a psychoterapie (Pilutti et al., 2013). Asano a Finlayson (2014) ve svém přehledu uvádějí velmi nízkou evidenci pro účinnost pouze farmakologické léčby na ovlivnění únavy. Naproti tomu odkazují na výsledky recentních studií prokazujících pozitivní vliv cvičení, nábívkou energie šetřících strategií a kognitivně behaviorální terapie. To potvrzuje i systematický přehled profesorky Fary Khan (2016). Vysoký stupeň evidence pro ovlivnění únavy (kromě dalších symptomů) má především cvičení a fyzické aktivity. Dobře prokázáný byl rovněž efekt komprehensivních programů na ovlivnění únavy.

Lze tedy shrnout, že současný trend doporučuje jako nejvíce efektivní terapii kombinaci farmakoterapie, psychoterapie (ovlivnění nálady a stresu, nácvik relaxačních technik, změny stereotypu chování)

Tabulka 1. Typické příznaky RS únavy

Typické příznaky RS únavy
nečekaný nástup s okamžitým pocitem naprostého vyčerpání
výskyt ihned od rána i po kvalitním spánku
zhoršování v průběhu dne
přítomnost při zvýšené fyzické či psychické zátěži
rychlé odeznění po včasném odpočinku

Tabulka 2. Nejčastěji používané škály k hodnocení únavy (Krupp, 2004)

FSS	The Fatigue Severity Scale
FIS	Fatigue Impact Scale
MFIS	Modified Fatigue Index Scale
SF-36	Profile of Mood States energy and fatigue subscales
POMS	Multiple Sclerosis Quality of Life-54 energy subscale

a fyzioterapie (udržení dobré fyzické kondice, především aerobní kapacity a vytrvalosti). Kromě toho je nutné vyčerpat všechna dostupná režimová opatření. Mezi ty patří kvalita spánku, chladicí techniky (sprchování studenou vodou, studené zábaly, chlazené nápoje a speciální chladicí vesty, výživa a další). Dále je třeba pacienta naučit vhodné energii šetřící strategie (efektivní plánování programu, včlenění krátkých odpočinkových pauz s relaxací do denních činností, určení priorit, snížení tempa apod.).

Pohybové aktivity

Přestože byla pohybová aktivita dříve pacientům z obav ze zhoršení symptomů zakazována, v současné době jsou cvičení a fyzické aktivity považovány za jedny z neúčinnějších terapií (Khan, 2014). Nejvíce doporučovanými technikami je aerobní cvičení, rezistentní cvičení či kombinovaný trénink. U pacientů se sníženou cvičební kapacitou je zpočátku vhodná forma intermitentního tréninku, který je celkově lépe tolerován, jelikož při něm nedochází k přehřátí a je oddálen nástup únavy (White, 2004). Dále se doporučuje cvičení ve vodě, ale i pomalé formy, jako je jóga, taichi apod. Přestože mechanismus účinku cvičení na zlepšení únavy dosud není přesně znám, přisuzuje se především nárůstu svalové síly a adaptačním změnám kardiovaskulárního a respiračního aparátu. Z dlouhodobého hlediska má nejdůležitější úlohu pravděpodobně změna nálady, snížení stresu a zlepšení self-efficacy (sebehodnocení, sebedůvěra ve vlastní schopnosti).

Význam dlouhodobého pravidelného fyzického i psychického tréninku můžeme potvrdit i z naší praxe. K významné redukci únavy došlo u většiny pacientů, kteří absolvovali tříměsíční progresivní aerobně-rezistentní program s frekvencí dvě lekce týdně v délce 60 minut. Tento efekt jsme hodnotili pomocí modifikované stupnice dopadu únavy (Modified Fatigue Impact Scale – MFIS). Pozitivní zpět-

nou vazbu získáváme i od pacientů, kteří se zapojili do komprehensivních programů psychoterapie a fyzioterapie (ambulantní i víkendová forma), které pro pacienty na našem pracovišti organizujeme.

Závěr

Únava je jedním z nejčastěji uváděných symptomů nemocných s RS a má výrazný dopad na všechny složky života pacienta. Únava by neměla být důvodem k trvalému či dlouhodobému ukončení cvičení či dalších aktivit, je však potřeba ji respektovat a nesnažit se jí za každou cenu překonat. Proces učení, jak pracovat s únavou, je velmi pomalý a pacient i terapeut musí být trpělivý. Přestože u většiny pacientů není možné únavu odstranit kompletně, vhodně zvolenými technikami může dojít k výraznému snížení dopadu únavy na život pacienta. Je potřeba využít všech dostupných režimových opatření, zahájit psychoterapii a fyzioterapii a naučit pacienta energii šetřící strategie. Při cvičení zvyšovat intenzitu i frekvenci pozvolna, nezapomínat na čas pro dostatečnou regeneraci a v případě excesivní únavy cvičení vždy okamžitě přerušit. Terapii únavy, stejně jako ostatních symptomů, je třeba zahájit nejlépe již bezprostředně po sdělení diagnózy, aby nedošlo k rozvinutí příznaku a pacient se co nejdříve s daným problémem naučil pracovat.

Literatura

1. Asano M, Finlayson ML. Meta-analysis of three different types of fatigue management interventions for people with multiple sclerosis: exercise, education, and medication. *Multiple Sclerosis International Volume* 2014.
2. Induruwa I, Constantinescu C, Gran B. Fatigue in multiple sclerosis – a brief review. *J Neurol Sci* 2012; 323: 9–15.
3. Kesslerling J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorhabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2005; 4(10): 643–652.
4. Khan F, Amatya B. Rehabilitation in multiple sclerosis: a systematic review of systematic reviews. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 May 20. pii: S0003-9993(16)30162-9. doi:10.1016/j.apmr.2016. 04. 016. [Epub ahead of print] Review.
5. Khan F, Amatya B, Galea M. Management of fatigue in persons with multiple sclerosis. *Front Neurol*. 2014; 5: 177.
6. Kos D. Managing fatigue in Multiple Sclerosis. <http://www.eurims.org/podcasts/>.
7. Krupp L. Fatigue in multiple sclerosis: a guide to diagnosis and management. Demos Publishing; New York, 2004.
8. Larocca NG. Impact of walking impairment in multiple sclerosis: perspectives of patients and care partners. *Patient* 2011; 4(3): 189–201.
9. Lee D, Newell R, Ziegler L, Topping A. Treatment of fatigue in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. *Int J Nurs Pract* 2008; 14: 81Y93.
10. Pilutti LA, Greenlee TA, Motl RW, Nickrent MS, Petruzzello SJ. Effects of exercise training on fatigue in multiple sclerosis: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2013; 75(6): 575–580.
11. Surraka J, Romberg A, Ruutianinen J, Aunola S, Virtanen A, Karppi SL, Mäntä K. Effects of aerobic and strength exercise on motor fatigue in men and women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2004; 18: 737–746.
12. Štětkářová I, Ehler E, Jech R. Spasticita a její léčba. Maxdorf: 2012.
13. White LJ, McCoy SC, Castellano V, Gutierrez G, Stevens JE, Walter GA, Vandenborne K. Resistance training improves strength and functional capacity in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10: 668–674.



Mgr. Lucie Suchá

Centrum pro demyelinizační onemocnění Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Karlovo náměstí 32, 120 00 Praha 2
lucka.sucha@email.cz