

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η νόσος του Πάρκινσον στην Οδοντιατρική

A.E. Κοσιώνη,¹ H.X. Καρκαζής²

Η νόσος του Πάρκινσον είναι ένα σύνδρομο που απαντάται ιδιαίτερα συχνά στην τρίτη ηλικία. Τα κυριαρχα συμπτώματα είναι η βραδυκινησία, η δυσκαμψία, ο τρόμος και η διαταραχή ισορροπίας και στάσεως. Συνοδά συμπτώματα αποτελούν οι διαταραχές στη βάδιση, στη γραφή, στην ομιλία, στην έκκριση σάλιου, το προσωπειο-μάσκα, ποικίλες διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, η κατάθλιψη και ενίστε η άνοια. Στην παθοφυσιολογία της νόσου κυριαρχεί η ανεπάρκεια της ντοπαριμής, γι' αυτό και η φαρμακευτική αγωγή προσανατολίζεται κυρίως στην αναπλήρωσή της αλλά και στον περιορισμό της ακετυποχολίνης. Η αιτιολογία δεν είναι ξεκαθαρισμένη αλλά έχουν εμπλακεί το περιβάλλον, γενετικοί παράγοντες και η γήρανση. Πολλά είναι τα οδοντοστοματολογικά προβλήματα του παρκινσονικού ασθενή όπως η συχνή δυσκολία της επικοινωνίας, ο τρόμος της κεφαλής και της κάτω γνάθου, οι διαταραχές στην έκκριση του σάλιου με όλα τα συνακολουθούντα πρόβληματα, τα κινητικά προβλήματα των άνω άκρων που παρεμποδίζουν την έκτελεση στοματικής υγειεινής και η δυσκινησία της στοματογναθικής περιοχής που εμποδίζει τη συγκράτηση των προσθετικών εργασιών. Στις βασικές κατευθυντήριες γραμμές της οδοντιατρικής αντιμετώπισης περιλαμβάνονται η επιθετική πρόσθιψη, η έγκαιρη επέμβαση, οι συχνές επανεξ-τάσεις. Το σχέδιο θεραπείας πρέπει να είναι απλό και ευέλικτο με έμφαση στην εύκολη αυντή-ρηση και τροποποίηση. Ταυτόχρονα ιδιαίτερη είναι η προσφορά μας στην ψυχολογική και ηθική υποστήριξη του ασθενούς, αλλά και των φροντιστών, των οποίων η βοήθεια στη διατήρηση της στοματικής υγείας είναι σημαντική. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου η θεραπεία είναι καθαρά συμπτωματική, ενώ τα περίπλοκα και μακροχρόνια σχέδια αντιμετώπισης δεν ενδείκνυνται.

Οδοντοστοματολογική Πρόσδος 1996, 50(2):97-106

Αξέσις ευρετηρίου
Νόσος του Πάρκινσον,
γηροδοντιατρική,
γήρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ιδιαίτερα έκδηλο στις μέρες μας ότι ο πλυθη-
μός της τρίτης (65+) και τέταρτης (75+) ηλικίας αυ-
ξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς. Ειδικότερα για τα άτο-
μα άνω των 70 ετών, μεταξύ του 1980 και του 2000,
αναμένεται μία παγκόσμια αύξηση της τάξης του
59,5%, ενώ για τα άτομα άνω των 80 ετών 68,8%.¹
Στην Ελλάδα το 1991 τα άτομα άνω των 60 αριθμού-

Εργαστήριο Κινητής Προσθετικής,
Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών

¹ Οδοντιατρος MSc, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονικός Συνεργάτης Κινητής Προσθετικής

² Οδοντιατρος MSc, Επίκουρος Καθηγητής

Αλληλογραφία Α.Ε. Κοσιώνη, Αγίου Μελετίου 70, 112 52 Αθηνα

σαν 2.049.216 σε σύνολο πλυθησμού 10.200.000. Απο-
τελούσαν δηλαδή το 21% του πληθυσμού σε σχέση με
το 12,2% το 1961 (ΕΣΥΕ). Τα στατιστικά αυτά στοιχεία
επιβάλλουν στις κυβερνήσεις να ακολουθήσουν νέες
κοινωνικοοικονομικές πολιτικές, στα διεθνή ερευνητι-
κά κέντρα να θέσουν την τρίτη ηλικία σαν έναν από
τους κύριους στόχους των ερευνητικών τους προ-
γραμμάτων και φυσικά στις Σχολές Επιστημών Υγείας
αλλά και στα συλλογικά ιατρικά όργανα να προσθέ-
σουν ή να αυξήσουν τις ώρες εκπαίδευσης, μετεκπαί-
δευσης και συνεχούς επιμόρφωσης στη Γηριατρική και
Γηροδοντιατρική. Είναι πλέον σαφές ότι η πλειονότητα
των ιατρικών ειδικοτήτων απασχολείται σε μεγάλο
βαθμό με ασθενείς τρίτης ηλικίας. Όπως μάλιστα χα-
ρακτηριστικά τονίζουν και οι Coni, Davison και Web-
ster:² «είμαστε πλέον όλοι Γηριατροί». Η Οδοντιατρική

επιστήμη υποχρεούται φυσικά να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις των καιρών ο δε Οδοντίατρος πρέπει να έχει τις βασικές γνώσεις να αντιμετωπίσει το γηριατρικό ασθενή με τα ποικιλά γενικά προβλήματα υγείας.

Μετά την άνοια, την επιληψία και τις αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις η πιο συχνή νόσος του νευρικού φυστήματος των ηλικιωμένων είναι ο Παρκινσονισμός.³ Υπό τον όρο Παρκινσονισμός ή ακινητικό δυσκαμπτικό σύνδρομο περιγράφονται νοοσολογικές καταστάσεις με παραπλήσια κλινική εικόνα συνδυασμού τρόμου, δυσκαμψίας, βραδυκινησίας και με κοινό χαρακτηριστικό την ανεπάρκεια της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο.³⁻⁶ Στα άτομα μεγάλης ηλικίας οι αιτίες είναι πολλές, η πιο συνηθισμένη όμως είναι ο ιδιοπαθής Παρκινσονισμός ή νόσος του Πάρκινσον.³ Πρόκειται για μία προς το παρόν ανίστη, προοδευτική και εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου που αποτελεί αιτία σοβαρότατης αναπηρίας και παρουσιάζει συγκεκριμένες εκδηλώσεις από το στοματογανθικό σύστημα.

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Επιδημιολογικά στοιχεία

Η συχνότητα της νόσου ανέρχεται στο 1% στο γενικό πληθυσμό, γίνεται 1% μετά τα 60⁵ και φτάνει το 2% μετά τα 80 έτη.⁷ Είναι δηλαδή νόσος που συνδέεται με την τρίτη και τέταρτη ηλικία. Ανάλογα με την ηλικία έναρξης, η νόσος του Πάρκινσον διακρίνεται στο νεανικό τύπο και στόν όψιμο, με τον όψιμο να εμφανίζεται στην έβδομη δεκαετία της ζωής. Ανάμεσα στους δύο τύπους υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στην κλινική εικόνα όχι απόλυτα ξεκαθαρισμένες, που φαίνεται όμως να δείχνουν ότι η όψιμη μορφή είναι λιγότερο καλοήθης και με ταχύτερη εξέλιξη.³ Η νόσος είναι λίγο περισσότερο συχνή στους άνδρες, σε άτομα με προηγούμενο γενικό ιστορικό καλής κατάστασης υγείας, σε μη καπνιστές, νυμφευμένους και ανθρώπους με γενικότερα ενδιαφέροντα.⁸ Φαίνεται ακόμα να υπάρχουν κάποιες γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Π.χ. στη Νιγηρία⁹ και στην Κίνα¹⁰ τα ποσοστά εμφάνισης παρουσιάζονται μικρότερα άλλων χωρών.

Κλινική εικόνα

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και στην κλινική εξέταση.⁶ Η έναρξη της είναι βραδεία και συχνά τα πρώιμα συμπτώματα είναι αόριστα. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών παρουσιάζουν

πληθώρα μη ειδικών συμπτωμάτων που ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς με την πολλαπλή παθολογία περιπλέκουν τη διάγνωση, όπως εύκολη κόπωση, διάχυτους πόνους, κατάθλιψη, μουδιάσματα, πτώσεις, αδεξιότητα, δυσκολία στο γράψιμο, αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών εργασιών όπως το ράψιμο του κουμπιού ή η χρήση του κατσαβίδιού και μπορεί να περάσουν μήνες ή και χρόνια μέχρι να εμφανιστούν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου.^{1,3,5} Με την πλήρη εγκατάσταση της νόσου εμφανίζεται η κλασική κλινική της εικόνα που περιλαμβάνει βραδυκινησία, δυσκαμψία, τρόμο, διαταραχή ισοροπίας και στάσεως, αν και δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν όλα τα συμπτώματα ταυτόχρονα. Επίσης παρατηρείται απουσία συνοδών πυραμιδικών και παρεγκεφαλιδικών σημείων, απουσία διαταραχής της αισθητικότητας και ανταπόκριση στη χορήγηση L-dopa.

Σύμφωνα με την κλίμακα των Hoehn και Yahr, η εξέλιξη της νόσου και ο βαθμός της αναπηρίας που προκύπτει κατατάσσονται σε πέντε στάδια, ως εξής¹:

1. Ετερόπλευρα συμπτώματα, αρχίζοντας συνήθως από τα άνω άκρα, με περιορισμένα ή και απόντα λειτουργικά προβλήματα.
2. Αμφίπλευρα συμπτώματα, χωρίς διαταραχή της ισορροπίας.
3. Σημεία διαταραγμένης ισορροπίας, πρόσωπο μάσκα, δυσκαταποσία, διαταραχή φώνησης, μικρή ως μέτρια αναπηρία. Ο ασθενής μπορεί να ζει ανεξάρτητος.
4. Πλήρης εγκατάσταση της νόσου. Ο ασθενής μπορεί ακόμα να περπατά και να στέκεται χωρίς βοήθεια, αλλά χρειάζεται βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
5. Ο ασθενής παραμένει καθηλωμένος στο κρεβάτι ή σε αναπηρική καρέκλα εκτός αν υποβοηθείται.

Μεταξύ της έναρξης της νόσου και της τελικής διάγνωσης παρέρχονται συνήθως δύο χρόνια. Χωρίς θεραπεία οι προσβληθέντες καταλήγουν μέσα σε λίγα χρόνια συνήθως από κατακλίσεις, πνευμονία, ουρολοιμώξεις.

Η βραδυκινησία χαρακτηρίζεται σαν επιβράδυνση της έναρξης εκούσιων κινήσεων, ελάττωση της ταχύτητας και του εύρους των επαναληπτικών κινήσεων και δυσκολία μεταπήδησης από ένα κινητικό πρόγραμμα σε άλλο. Είναι αποτέλεσμα της διαταραγμένης ολοκλήρωσης πληροφοριών από οφθαλμικούς, λαβυρινθικούς, ιδιοδεκτικούς και άλλους αισθητικούς υποδοχείς

στα βασικά γάγγλια. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη διαταραγμένη αντανακλαστική δραστηριότητα που επηρέαζει τους α- και γ- κινητικούς νευρώνες.⁶

Ο τρόμος στη νόσο του Πάρκινσον, αποτέλεσμα της αναστολής της γ-κινητικής δραστηριότητας,⁶ είναι ρυθμικός με συχνότητα 4–6 κύκλους στο 1", είναι κύρια τρόμος πρεμίας μπορεί όμως να εμφανιστεί και κατά τις εκούσιες κινήσεις, επιτείνεται με το stress και παύει στον ύπνο, στα δε χέρια είναι χαρακτηριστικές οι κινήσεις του αντίχειρα που προσομοιάζουν με κινήσεις «καταμέτρησης κερμάτων».^{1-3,5,6,11} Ο τρόμος συνήθως πρωτευμφανίζεται στα δάκτυλα του ενός άκρου, ενώ στις σοβαρές καταστάσεις καταλάμβανει και τα τέσσερα άκρα, το κεφάλι και το λαιμό, την κάτω γνάθο, τη γλώσσα και τα χειλή.^{5,6} Αποτελεί σημαντική πηγή αμηχανίας και οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση του αρρώστου, αν και ο τρόμος δεν εμφανίζεται στο 15% των ηλικιωμένων ασθενών.¹²

Η δυσκαμψία είναι αποτέλεσμα υπερτονίας σε αγωνιστές και ανταγωνιστές.⁶ Το χαρακτηριστικό της είναι ότι η προβαλόμενη αντίσταση κατά την προσπάθεια επιβολής παθητικών κινήσεων υποχωρεί κλιμακωτά (σημείο οδοντωτού τροχού), κίνηση που παράγεται εύκολα στον αγκώνα και τον καρπό.^{5,11}

Το σώμα παίρνει ανώμαλη στάση (στάση πιθήκου) με το κεφάλι και τον κορμό κεκαμμένα προς τα εμπρός, τους ώμους γυρτούς, τα γόνατα και τους αγκώνες ελαφρά λυγισμένους και τα αντιβράχια σε κάμψη με στροφή προς τα έσω.^{5,11} Αυτή η διαταραγμένη στάση και η απώλεια των αντανακλαστικών ορθοστάσεως είναι αιτία για συχνές πτώσεις ενώ ο ασθενής σηκώνεται από την καρέκλα, το κρεβάτι ή ενώ προσπαθεί να στρίψει. Συνοδά συμπτώματα αποτελούν η δυσκολία στη βάδιση με μικρά, συρόμενα (μικροβηματισμός) και τελικά επιταχυνόμενα βήματα (προσθιωθήση).^{5,6,11} Σε προχωρημένα στάδια της νόσου ο ασθενής μπορεί ξαφνικά να «πταγώσει» και να ακινητοποιηθεί, μη δυνάμενος να συνεχίσει τη βάδιση.⁶

Εμφανίζονται ακόμα διαταραχές της γραφής (δυσγραφία), όταν προσβάλλεται το επικρατούν χέρι, με αλλοίωση του γραφικού χαρακτήρα, που συχνά αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα της νόσου.⁶ Αποτέλεσμα της βραδυκινησίας αλλά και της δυσκαμψίας των μημικών μυών είναι η ανεκφραστότητα του προσώπου που χαρακτηρίζεται σαν πρόσωπο-μάσκα. Παρατηρείται ελαττωμένη συχνότητα βλεφαρίσματος, αργό, παγερό χαμόγελο. Συνήθως δε προσβάλλονται και τα δύο ημιμόρια του προσώπου. Αυτή η απουσία της

γλώσσας του σώματος είναι ιδιαίτερα συντριπτική για τα κοινωνικά άτομα, αλλά και για τους φροντιστές που νιώθουν ότι χάνεται η επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Η αυτοματικότητα της ομιλίας επίσης διαταράσσεται, καθώς η βραδυκινησία και η δυσκαμψία προσβάλλουν τα υπεύθυνα ανατομικά στοιχεία και η ομιλία γίνεται μονότονη, βραδεία, χαμηλής έντασης, ψιθυριστή (υποφωνία).^{1,2,5,6,13}

Συμπτώματα εμφανίζονται και από τό αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως δυσκοιλιότητα στο 70% των ασθενών, ακράτεια ούρων, σιελόρροια, υπεριδρωσία, διαταραχή της θερμορρούθμισης, σμηγματορροϊκό δέρμα, ορθοστατική υπόταση που μπορεί να επιταθεί από τη φαρμακευτική αγωγή.^{1,2,5,6,14} Μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση, πόνος, ενίοτε δε παραισθησία των άκρων είναι συχνά στους ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον και επιτείνουν το πρόβλημα της μειωμένης κινητικότητας.^{2,6} Επίσης συχνά η κατάποση γίνεται δύσκολη λόγω της νόσου ή της φαρμακευτικής αγωγής. Αποτέλεσμα κυρίως της δυσκαταποσίας είναι και η αύξημένη σιελόρροια, ο υποσιτισμός, η αδυναμία πρόσληψης φαρμάκων και ο κίνδυνος βρογχοπνευμονίας. Στη δυσκατοποσία προστίθεται και ο τρόμος της γνάθου που δυσχεραίνει περαιτέρω τη μασητική λειτουργία.¹⁵ Ουτόσο μπορεί να οδηγηθεί ο ασθενής και στο αντίθετο άκρο και να υποφέρει από ξηροστομία σαν παρενέργεια της λήψης των χορηγούμενων φαρμάκων (αντιχολινεργικά, L-Dopa, βρωμοκρυπτίνη).^{8,16}

Στα πρώτα στάδια της νόσου παρατηρείται συχνά αλλαγή συμπεριφοράς, εσωστρέφεια, αντικοινωνικότητα. Συνυπάρχουσα στην ασθένεια του Πάρκινσον πολλές φορές είναι η κατάθλιψη σε ποσοστά από 20 ως 93% σύμφωνα με διάφορες μελέτες.^{17,18} Πιθανή αιτία η μείωση της νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης που ξέρουμε ότι συνδέονται με την παθογένεση της κατάθλιψης.³ Ισως πάλι να σχετίζεται με την απώλεια της έκφρασης, τη μοναξιά, την αλλαγή του τρόπου ζωής. Τέλος άνοια εμφανίζεται στο 30%³ ή και στο 50%⁶ περίπου των ηλικιωμένων ασθενών με νόσο Πάρκινσον, με κύρια χαρακτηριστικά τη διαταραχή της προσοχής, της συγκέντρωσης και της μνήμης που συχνά συνοδεύονται από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Πολλοί μάλιστα λένε ότι η άνοια είναι το τελικό στάδιο της νόσου, ειδικότερα τώρα που λόγω της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής οι ασθενείς ζούν αρκετά και μπορεί κανείς να παρακολουθήσει τη φυσική εξέλιξη της νόσου.

Διαφορική διάγνωση

Συμπτώματα παραπλήσια της ιδιοπαθούς νόσου του Πάρκινσον, αλλά με κάποιες διαφοροποιήσεις στην κλινική εικόνα, παρατηρούνται στα «Παρκινσονικά σύνδρομα».⁵ Οι διαφοροποιήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν π.χ. απουσία τρόμου ηρεμίας, μη ανταπόκριση στη θεραπεία με L-Dopa, πρώιμη έναρξη άνοιας ή πτώσεων, πυραμιδικά σημεία, παρεγκεφαλιδική αταξία κ.λπ.¹ Στις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνονται ο τοξικός παρκινσονισμός (μαγγάνιο, MPTP, χαλκός, μονοξείδιο του άνθρακα), ο αρτηριοσκληρωτικός, ο μετεγκεφαλιτιδικός (κυρίως λόγω της encephalitis lethargica, Von Economo), ο τραυματικός (στους πυγμάχους) και ο παρκινσονισμός που συνυπάρχει σε χρόνιες νευρολογικές καταστάσεις (νόσος Alzheimer, νόσος Huntington, Parkinsonian-dementia complex).³⁻⁶ Η συνηθέστερη μορφή δευτεροπαθούς Παρκινσονισμού στους ηλικιωμένους είναι ο φαρμακευτικός,¹⁹ μετά από χρήση κυρίως φαινοθειαζινών και βουτυροφαινόντων και σπανιότερα ρεσερπτίνης, μεθυλντόπα, λιθίου ή τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, που δρούν μπλοκάροντας τους ντοπαμινεργινικούς μετασυναπτικούς υποδοχείς.³ Το ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν με τη χορήγηση των απλών θεραπευτικών δόσεων³ και συνήθως υποχωρούν μετά από την απομάκρυνση του υπαίτιου φαρμάκου.⁶ Συχνότατα στα συμπτώματα του φαρμακευτικού παρκινσονισμού συνυπάρχει η άψιμη δυσκινησία (δυσκινησία στόματος, χειλέων, γλώσσας) που βοηθά στη διαφοροδιάγνωση από τον ιδιοπαθή παρκινσονισμό.^{3,20}

Παθοφυσιολογία της νόσου

Η νόσος του Πάρκινσον χαρακτηρίζεται από απώλεια νευρώνων σε πολλές περιοχές του ΚΝΣ, και κυρίως στην περιοχή της μέλαινας ουσίας του Sommering που οδηγεί στην αναποτελεσματική λειτουργία της μελαινοραβδωτής οδού. Αποτέλεσμα είναι η ανεπάρκεια της ντοπαμίνης.^{1-5,21} Στα αρχικά στάδια παρατηρείται απώλεια της μελαινίνης των νευρώνων της μέλαινας ουσίας και στη συνέχεια καταστροφή και αντικατάστασή τους από νευρογλοια.⁵ Απώλεια νευρώνων παρατηρείται και σε άλλες περιοχές όπως στον εγκεφαλικό φλοιό, στα βασικά γάγγλια, στο θάλαμο, στον υπομέλανα τόπο.⁶

Επίσης παρατηρείται συγκέντρωση ενδοκυττάριων σφαιρικών οξεόφιλων εγκλείστων που ονομάζονται σωμάτια του Lewy και τα οποία βρίσκονται στη μέλαι-

να ουσία, στον υπομέλανα τόπο, στο βασικό πυρήνα του Meynert, στο θάλαμο, στον υποθαλάμο και στο ραχιαίο πυρήνα του πνευμονογαστρικού.^{1,5,6,22}

Η ανεπάρκεια της ντοπαμίνης είναι καὶ η πιο σημαντική βιοχημική μεταβολή της νόσου, όχι όμως παθογνωμονική. Λέγεται ότι τα συμπτώματα εμφανίζονται όταν απωλεσθεί το 75–80% της ντοπαμίνης.²³ Η ανεπάρκειά της οδηγεί σε διαταραχή του ισοζυγίου ακετυλοχολίνης-ντοπαμίνης με υπερίσχυση της πρώτης, αλλά διαταραχές παρατηρούνται και σε άλλους νευροδιαβιβαστές όπως η σεροτονίνη, η νοραδρενάλινη και το α-αμινοβουτυρικό οξύ.^{1,3}

Ο τελικός αποδέκτης όλων των παραπάνω αναφερθέντων μεταβολών είναι οι κινητικοί πυρήνες όπου παρατηρούνται δυο βασικές μεταβολές:

1. Αυξημένη α-κινητική δραστηριότητα, και
2. Αυξημένη αναστολή της γ-κινητικής δραστηριότητας.⁶

Αιτιολογία της νόσου

Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι ξεκαθαρισμένη. Ενέχονται το περιβάλλον, η ηλικία και η γενετική προδιάθεση, συνδυαζόμενα σε διαφορετικό βαθμό στα διάφορα άτομα.^{1,3,5} Περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να δράσουν σε κάθε ηλικία. Μελέτες π.χ. αναφέρουν ότι χημικές ουσίες στο σγροτικό περιβάλλον μπορεί να σχετίζονται με την παθογένεση της νόσου.^{3,24} Η έκθεση στο MPTP (μεθυλφαινυλτετραϋδροπυριδίνη) επιλεκτικά καταστρέφει τη μέλαινα ουσία και προκαλεί κλινική συμπτωματολογία ανάλογη της νόσου του Πάρκινσον.^{1,25} Θεωρήθηκε ότι ανάλογες ουσίες στο περιβάλλον μπορεί να γίνουν υπαίτιες της νόσου. Η θεωρία μάλιστα αυτή υποστηρίζεται και από τη μεγαλύτερη παρουσία της νόσου στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες όπου τα τοξικά παράγωγα είναι αυξημένα. Γιατί όμως τότε δεν αναπτύσσουν τη νόσο όλοι οι εκτιθέμενοι σε περιβαλλοντικούς τοξικούς παράγοντες; Πιθανά η απάντηση βρίσκεται στο γενετικό υλικό. Ορισμένοι υποστηρίζουν την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για τη νόσο, ιδιαίτερα όταν αυτή εμφανίζεται σε νέα άτομα.²⁶ Οι οικογενείς μορφές αποτελούν το 5–15% των ασθενών.⁵ Υπάρχει ακόμα η άποψη ότι ο γηρασμένος εγκέφαλος είναι περισσότερο επιρρεπής στη δράση τοξινών, ίσως λόγω των φυσιολογικών ηλικιακών μεταβολών.³

Θεραπεία

Αφού τεθεί η διάγνωση και εξαιρεθούν οι περιπτώσεις συμπτωματικού παρκινσονισμού ο ασθενής αλλά

και οι συγγενείς πρέπει να ενημερωθούν λεπτομερώς για τη φύση και την εξέλιξη της νόσου και να λάβουν επαγγελματικές συμβουλές για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της. Η αντιμετώπιση είναι πολυδιάστατη και επιτελείται από ομάδα θεραπευτών (παθολόγος, νευρολόγος, ψυχίατρος, γηριατρος, οδοντίατρος, διαιτολόγος, φυσιοθεραπευτής, εργασιοθεραπευτής, λογοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός, εξειδικευμένοι νοσοκόμοι) πάντα σε συνεργασία με τους φροντιστές (συνήθως συγγενείς), με σκοπό τη φαρμακευτική, φυσική και κοινωνική συντήρηση και αποκατάσταση του ασθενούς.¹⁻³ Ο βασικός στόχος και η φιλοσοφία της αντιμετώπισης είναι η διατήρηση της φυσικής ανεξαρτησίας του ασθενή για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Θεραπεία ριζική δεν υπάρχει. Κανένα φάρμακο δεν τροποποιεί τη φυσιολογική εξέλιξη της νόσου, εφ' όσον οι νευρώνες απώλυνται προοδευτικά. Ωστόσο τα συμπτώματα μπορούν σημαντικά να βελτιωθούν και ο ασθενής να ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε σχετικά καλή κατάσταση, αν και το προσδόκιμο επιβίωσης είναι σημαντικά μειωμένο για τους ασθενείς εκείνους που έχουν αναπτύξει πλήρως τη νόσο στα 50 ή 60 τους έτη. Δυστυχώς με την πρόοδο των ετών η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων μειώνεται, ο ασθενής χειροτερεύει, ακινητοποιείται και καταλήγει από φλεγμονές.⁶ Η θεραπευτική αγωγή είναι εξαπομικευμένη. Το στάδιο εξέλιξης της νόσου και η ανταπόκριση του ασθενούς προσδιορίζουν το φαρμακευτικό συνδυασμό που προτείνεται. Δύο είναι οι βασικές κατευθύνσεις της φαρμακευτικής αγωγής: η ελάττωση της ακετυλοχολίνης και η αύξηση της ντοπαμίνης.^{4,5} Κυρίαρχο ντοπαμινεργινικό φάρμακο είναι η L-Dopa, πρόδρομος ουσία της ντοπαμίνης που χορηγείται συνήθως με αναστολές της ντοπα-αποκαρφοξυλάσης (benserazide-Madopar, carbidopa-Sinemet) που μειώνουν τις παρενέργειες.²⁷ Ενδείκνυνται για τον ιδιοπαθή παρκινσονισμό, τον μετεγκεφαλιτιδικό, τον αρτηριοσκληρωτικό και τον τοξικό. Το φάρμακο βελτιώνει σημαντικά κυρίως τη δυσκαμψία και τη βραδυκινησία, όχι όμως τον τρόμο, αλλά μπορεί να προκαλέσει ναυτία, έμετο, συγχυτικά επεισόδια, ορθοστατική υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες, κατάθλιψη, ψυχώσεις, επιθετικότητα, ψευδαισθήσεις και ακόμα στοματοπροσωπική δυσκινησία (συλληπτικές κινήσεις γλώσσας, πρόταξη χειλέων) που προσομοιάζει στην όψιμη δυσκινησία. Στις όψιμες παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής περιλαμβάνονται το φαινόμενο εξαντλήσεως, υπερκινησίες μέσης δόσης ή αρχής και τέλους δόσης, το on-off φαινόμενο, παγώματα (freezing). Δυστυχώς 2-5

χρόνια μετά την έναρξη της φαρμακευτικής θεραπείας το 50% των ασθενών χάνουν την αρχική ανταπόκριση στο φάρμακο.^{1,6} Χρησιμοποιούνται επίσης τα αντιχολινεργικά (Akineton, Artane) κυρίως για την αντιμετώπιση του τρόμου και της σιελόρροιας, αλλά δεν είναι καλά ανεκτά από τους ηλικιωμένους ασθενείς κι έχουν σημαντικές παρενέργειες όπως σύγχυση, ψευδαισθήσεις, τοξική ψύχωση, δυσκοιλιότητα, γλαύκωμα, ξηροστομία, καθώς επίσης μπορεί και να επιδεινώσουν την τυχόν υπάρχουσα όψιμη δυσκινησία. Επίσης χρησιμοποιούνται ντοπαμινεργινικοί αγωνιστές (κυρίως η βρωμοκρυπτίνη, Parlodel), η αμανταδίνη (Symmetrel), αναστολείς της ΜΑΟ Β (σελεζιλίνη), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα αντιποταμινικά αλλά και σκευάσματα για συμπτωματική θεραπεία του πόνου, της νευρικότητας, της κατάθλιψης, της αϋπνίας.

Τόσο για την οδοντιατρική όσο και για τη γενικότερη αντιμετώπιση του ασθενούς, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι ψυχιατρικές συνέπειες της θεραπείας, όπου αναπτύσσεται ψυχοπαθολογία παρανοϊκού τύπου,⁴ λόγω της οποίας περιορίζονται οι δόσεις των φάρμακων ή και διακόπτεται η θεραπεία. Επειδή η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι άμοιρη συνεπειών, η έναρξη της φαρμακευτικής θεραπείας καλό είναι να καθυστερεί όσο το δυνατόν περισσότερο.

Εκτός από τη φαρμακευτική θεραπεία, στη γενικότερη αντιμετώπιση του ασθενούς μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά και όλλες θεραπευτικές πρακτικές, όπως η φυσιοθεραπεία που βοηθά στην κίνηση των δύσκαμπτων μελών. Ο ασθενής μαθαίνει τεχνικές για να κινείται, να σηκώνεται μετά από κάποια πτώση και να μπορεί να συνεχίζει να περπατά και να ζει ανεξάρτητα. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της δυσκαταποσίας με τεχνικές για τη διευκόλυνση της κατάποσης (πάγος, λεμόνι), στις καταστάσεις σοβαρής δυσαρθρίας, όπως επίσης σημαντική βοήθεια δίνεται και από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι εξ' ίσου σημαντική, ιδιαίτερα για τα άτομα με έντονη κοινωνική και επαγγελματική ζωή που βλέπουν το οικοδόμημα της ζωής τους να κλονίζεται. Τέλος, σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει και ο Οδοντίατρος για την οποία θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

Τελευταία δοκιμάζονται και διάφορες χειρουργικές θεραπείες που συνιστάνται στην καταστροφή περιοχών των βασικών γαγγλίων, του θαλάμου και του κινητικού φλοιού^{11,21} ή στην τοποθέτηση μοσχευμάτων εμβρυϊκού μεσεγκεφαλικού ιστού.^{1,28,29} Τέλος εισαγωγή στο νοσοκομείο γίνεται για την αντιμετώπιση έκτα-

κτων καταστάσεων, παρενεργειών των φαρμάκων ή για παροχή φροντίδας στα τελικά στάδια της νόσου.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τόσο αυτή καθαυτή η νόσος του Πάρκινσον όσο και η φάρμακευτική της αγωγή δημιουργούν σημαντικά προβλήματα που ενδιαφέρουν άμεσα τον Οδοντίατρο. Απαραίτητη είναι η προσεκτική λήψη του ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, όπως επίσης συχνά επιβάλλεται και η συννενόηση με το θεράποντα ιατρό σχετικά με την παρούσα γενικότερη κατάσταση υγείας αλλά και τα λαμβανόμενα φάρμακα. Η απόφαση για τη θεραπευτική μας προσέγγιση προκύπτει από τη συνεκτίμηση της παρούσας κατάστασης υγείας, του βαθμού ανεξαρτησίας, της πρόγνωσης της νόσου, του προσδόκιμου επιβίωσης, των επιθυμιών του συγκεκριμένου ασθενούς και ενιούς και των φροντιστών και φυσικά των γενικότερων συνθηκών διαβίωσής του (σπίτι, ιδρυμα, παρουσία φροντιστών, δυνατότητα μετακίνησης, οικονομική κατάσταση).

Με τα σημαντικά προβλήματα κινητικότητας που αντιμετωπίζει ο οδοντιατρικός ασθενής με νόσο του Πάρκινσον, αυτή καθαυτή η προσέλευσή του στο χώρο του ιατρείου μπορεί να είναι εξαιρετικά δυσχερής και εξαρτώμενη από την παρουσία φροντιστών. Ο θεράπων ιατρός ή οι φροντιστές θα πληροφορήσουν σχετικά με τις ώρες της ημέρας που τα κινητικά προβλήματα ελέγχονται καλύτερα με τα λαμβανόμενα φάρμακα. Η πρόσβαση στην οδοντιατρική καρέκλα πρέπει να είναι άνετη και ο ασθενής νά υποβοηθείται όσο χρειάζεται για να μετακινηθεί, να καθήσει και να σηκωθεί. Προσοχή χρειάζεται για προφύλαξη από τυχόν πτώσεις λόγω της δυσκινησίας, τόσο όταν σηκώνεται από την καρέκλα της αίθουσας αναμονής, όσο και όταν σηκώνεται από την οδοντιατρική καρέκλα. Ένας άλλος σημαντικός κίνδυνος πτώσεων είναι λόγω ορθοστατικής υπότασης, γι' αυτό και η έγερση από την καρέκλα πρέπει να γίνεται αργά και προσεκτικά.

Λόγω του τρόμου της κεφαλής και της κάτω γνάθου και της πιθανής δυσκινησίας της στοματικής περιοχής (γλώσσα, χειλη), η πρόσβαση και η εργασία στη στοματική κοιλότητα γίνεται εξαιρετικά δυσχερής. Το πεδίο εργασίας δύσκολα παραμένει σταθερό για πολλή ώρα. Σε συνενόηση με το θεράποντα ιατρό θα αναζητήσουμε φάρμακευτική συνδρομή (π.χ. αντιχολινεργικά). Για τον έλεγχο της δυσκινησίας (γλώσσα, χειλη, μύς) έχει προταθεί ακόμα η χρήση

ειδικών στοματοδιαστολέων, οι επεμβάσεις κατά τη διάρκεια δήξης σε ακρυλικά ή ελαστικά στελέχη, όπως επίσης και η ακινητοποίηση της κεφαλής.⁸ Οι επεμβάσεις μας πρέπει να είναι σύντομες, απλές, ανώδυνες και η προσέγγιση μας ιδιαίτερα φιλική και ήπια αφού το άγχος και το stress επιτείνουν τον τρόμο.²⁹ Από την άλλη πρέπει να παρέχεται αρκετός χρόνος για τη σύνεννόησή μας με τον ασθενή, ο οποίος είναι αργός στις αντιδράσεις του και χρειάζεται πολύ χρόνο για να υπακούσει στις εντολές μας. Αναφέραμε σε προηγούμενη παράγραφο, ότι η γλώσσα του σώματος δε λειτουργεί και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε το προσωπείο-μάσκα αφ' ενός μεν να μην εκλαμβάνεται ως μειωμένη αντίληψη και αφ' ετέρου ως τυχόν απουσία πόνου, που πρέπει πάντα να ελέγχεται συμβατικά και αποτελεσματικά. Μπορεί κανείς να φανταστεί στην οδοντιατρική του έδρα έναν ασθενή συνήθως μεγάλης ηλικίας, ακίνητο και ανέκφραστο, που απενίζει συνεχώς ευθεία μπροστά, με τα μάτια ορθάνοικα χωρίς βλεφαρίσματα και αργεί πολύ να απαντήσει στις ερωτήσεις μας, στέλνοντας το σπατηλό μήνυμα ότι δεν καταλαβαίνει, ακόμα και στη συνηθισμένη μας ερώτηση αν πονάει και όταν μετά από πολλή ώρα απαντήσει, η φωνή βγαίνει αργή, ψιθυριστή και με δυσκολία. Ο ασθενής με νόσο του Πάρκινσον έχει συνήθως πλήρη αντίληψη (εκτός αν συνυπάρχει άνοια ή κατάθλιψη-ψευδοάνοια), αλλά δυστυχώς συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω της ανημπορίας του και πρέπει με κάθε τρόπο να τον ενισχύσουμε ψυχολογικά αντιμετωπίζοντάς τον με μεγάλη προσοχή και δείχνοντας ιδιαίτερη υπομονή και σεβασμό στους ρυθμούς του. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς ότι ο γιατρός που θεραπεύει τέτοιους ασθενείς πρέπει να βρίσκεται στο μέγιστο των φυσικών και ιδιαίτερα των ψυχικών του αποθεμάτων και να ρυθμίζει ανάλογα τις ώρες εργασίας του.

Μία άλλη σημαντική παράμετρος που δυσχεραίνει την αντιμετώπιση του ασθενή με νόσο του Πάρκινσον είναι και οι ψυχιατρικές διαταραχές, που όπως προαναφέρθηκε, προκαλούν τόσο τα λαμβανόμενα φάρμακα όσο και η ίδια η νόσος. Οι διαταραχές αυτές προκαλούν δυσκολίες στη σύνεννόηση, προσέγγιση και συνεργασία με τον ασθενή και αν γίνουν ανυπέρβλητες τότε πρέπει να αναθεωρείται η όλη φιλοσοφία της αντιμετώπισής μας.^{30,31}

Επί πλέον ο έμετος και η ναυτία που συχνά προκαλεί η χρήση της L-Dopa δημιουργούν πρόσθετα προβλήματα και θα πρέπει να συννενοηθούμε με το θερά-

ποντα ιατρό για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η σιελόρροια, κυρίως λόγω δυσκατοποσίας, που παρατηρείται ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου αποτελεί σημαντικό εκλυτικό παράγοντα συγχειλίτιδας, αλλά μπορεί και να επιτείνει το πρόβλημα της στοματικής κακοσμίας.⁸ Στις περιπτώσεις έντονης σιελόρροιας και δυσκατοποσίας είναι αναγκαία τόσο η ισχυρή αναρρόφηση όσο και η χρήση του ελαστικού απομονωτήρα για τη διατήρηση του πεδίου εργασίας καθαρού. Το άλλο σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει είναι ο κινδυνός εισρόφησης σάλιου στην αναπνευστική οδό και απαιτείται: ιδιαίτερη προσοχή από μέρους μας, ο δε ασθενής είναι ασφαλέστερο να μην τοποθετείται σε ύππια θέση.

Στο άλλο άκρο και αίτιο σημαντικότατων προβλημάτων βρίσκεται η ξηροστομία σαν αποτέλεσμα της λήψης κυρίως των αντιχολινεργικών φαρμάκων με όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα της, όπως τερηδόνα, περιοδοντική νόσος, βλεννογονίτιδα, γλωσσίτιδα, δυσανεξία των οδοντοστοιχιών. Οι συχνοί τραυματισμοί του βλεννογόνου, όπου εδράζεται υπάρχουσα οδοντοστοιχία, λόγω απουσίας του σάλιου και η δυσανεξία των οδοντοστοιχιών προκαλούν επιπλέον προβλήματα στις ήδη διαταραγμένες λειτουργίες της φώνησης και της μάσησης. Θα πρέπει στις περιπτώσεις αυτές να συζητηθεί με το θεράποντα ιατρό η αναγκαιότητα της συνέχισης της χορήγησης των υπεύθυνων σκευασμάτων. Ωστόσο μπορούμε να ανακουφίσουμε λίγο τον ξηροστομικό ασθενή συμβουλεύοντάς τον σχετικά με τη συχνή λήψη νερού ή και με τη χορήγηση τεχνητού σάλιου.¹⁶

Είναι σαφές ότι ιδιαίτερα στους ξηροστομικούς ενόδοντες είναι επιτακτική η ανάγκη της παρότρυνσης για επιμελή εκτέλεση στοματικής υγιεινής, αλλά και συμβουλές για αντιτερηδογόνο διαιτα. Ωστόσο οι συγκεκριμένες συμβουλές και παροτρύνσεις μας είναι συχνά ανεδαφικές, αφού τα κινητικά προβλήματα που προκαλεί η νόσος (π.χ. τρόμος, βραδυκινησία, δυσκαμψία των χεριών) καθιστούν δυσχερέστατη αν όχι και αδύνατη την αποτελεσματική ψήκτριση και χρήση νήματος ή θυσάνου για τα μεσοδόντια διαστήματα. Μπορούμε λίγο να βοηθήσουμε την κατάσταση (τουλάχιστον όταν δε βρίσκεται ο ασθενής σε πολύ προχωρημένα στάδια αναπτηρίας) με την τροποποιήση της λαβής της οδοντόβουρτσας, η οποία με τη βοήθεια ακρυλικού μπορεί να επιμηκυνθεί και να παχύνει έτσι ώστε να συγκρατείται καλύτερα.^{8,32} Άλλες λύσεις αποτελούν η χρήση της ηλεκτρικής οδοντό-

βουρτσας ή και οδοντόβουρτσας με διπλή κεφαλή ιδιαίτερα χρήσιμης στους ασθενείς με τρόμο.³² Οι συμβουλές για τη στοματική υγιεινή θα πρέπει να επεκταθούν και στο φροντιστή ο οποίος με την κατάλληλη καθοδήγηση και παρότρυνση θα μπορούσε να αναλάβει την απομάκρυνση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, στα στάδια εκείνα που ο ασθενής δε θα μπορεί πλέον μόνος του. Η καθημερινή χρήση φθοριούχων σκευασμάτων καθώς και σκευασμάτων χλωρεξιδίνης³² είναι επίσης απαραίτητη, είτε με τη μορφή στοματοπλυμάτων, είτε δισκαρίων για τα φθοριούχα σκευάσματα ή ακόμα και με την απλή τοποθέτησή τους με την οδοντόβουρτσα.

Σημαντικά προβλήματα προκύπτουν και στους ασθενείς που φέρουν κινητές προσθετικές εργασίες. Κι αυτό γιατί τα στοματοπροσωπικά κινητικά τους προβλήματα καθιστούν το νευρομυϊκό έλεγχο των οδοντοστοιχιών πολύ δύσκολο. Είναι γνωστό ότι όταν τοποθετούνται ολικές οδοντοστοιχίες για πρώτη φορά στο σόμα, συγκρατούνται και λειτουργούν με βάση φυσικομηχανικούς παράγοντες συγκράτησης και ευστάθειας. Με τον καιρό ο νευρομυϊκός παράγοντας προσαρμόζεται και «μαθαίνει» το χειρισμό των οδοντοστοιχιών,^{33,34} που παραμένει ικανοποιητικός κι όταν οι φυσικομηχανικοί παράγοντες συγκράτησης δεν είναι πλέον επαρκείς, όπως συχνά βλέπουμε στην κλινική πράξη. Με την πρόοδο της νόσου του Πάρκινσον τα νευρομυϊκά προβλήματα αλλά και η ξηροστομία, έχουν ως αποτέλεσμα οι κινητές προσθετικές εργασίες να μη συγκρατούνται, αλλά επιπλέον είναι και εξαιρετικά δύσκολη η προσαρμογή σε νέες οδοντοστοιχίες. Οι ακούσιες κινήσεις της γλώσσας παρεκτοπίζουν την κάτω οδοντοστοιχία, ενώ οι δύσκαμπτοι και μη ελεγχόμενοι πλέον προσωπικοί μύς εμποδίζουν τη συγκράτηση της άνω οδοντοστοιχίας.⁸ Η λύση επιλογής είναι, αν είναι εφικτό, η επιδιόρθωση των υπαρχόντων εργασιών (αναπροσαρμογή βάσης, επέκταση ή διόρθωση πτερυγίων, αποτελεσματικότερη περιφερική απόφραξη) ώστε να εκμεταλλευτούμε πλήρως τους φυσικομηχανικούς παράγοντες συγκράτησης. Ωστόσο συχνά αυτό δεν είναι δυνατό. Όταν υπάρχουν οδοντοστοιχίες που για μεγάλο χρονικό διάστημα λειτουργούσαν ικανοποιητικά στο σόμα αλλά δεν μπορούν απλά να διορθωθούν η λύση επιλογής είναι η κατασκευή ομοιότυπων οδοντοστοιχιών.^{35,36} Το σημαντικότερο όμως πρόβλημα προκύπτει όταν ο ασθενής χάνει τα δόντια του εγκατεστημένης ήδη της νόσου και πρέπει να κατασκευασθούν

για πρώτη φορά οδοντοστοιχίες. Σημαντικά προβλήματα αντιμετωπίζουμε στο στάδιο των καταγραφών όπου δύσκολα μπορούμε να καταλήξουμε σε σταθερή και αναπαραγώγιμη κεντρική σχέση, λόγω της συνεχούς κινητικότητας της γνάθου. Η περίπτωση αυτή αποτελεί και ένδειξη για επίπεδη σύγκλειση. Στις περιπτώσεις αυτές δύσκολα μπορεί κανείς να εγγυηθεί την επιτυχία της προσθετικής αποκατάστασης, γιατί το συνήθως ευκολοπροσάρμοστο νευρομυϊκό σύστημα ασθενεί.

Ανάλογες δυσκολίες παρατηρούνται και στις περιπτώσεις των μερικών οδοντοστοιχιών, όπου η τοποθέτηση και αφαίρεση τους, ο καθαρισμός τους αλλά και ο καθαρισμός των φυσικών δοντιών δεν είναι εξασφαλισμένα και σε συνδυασμό με υπάρχουσα ξηροστομία, οδηγούν σε καταστροφικά αποτελέσματα για τη στοματική υγεία του ασθενούς.

Είναι γνωστό ότι η παρουσία κυρίως φυσικού αλλά και τεχνητού οδοντικού φραγμού και η σταθερή και αναπαραγώγιμη θέση μέγιστης συγγόμφωσης ενισχύουν την ιδιοδεκτική πληροφόρηση σχετικά με τη θέση της κάτω γνάθου και βοηθούν τον ασθενή να ελέγχει αποτελεσματικότερα την κίνηση και τον τρόμο της γνάθου. Το γεγονός αυτό αφ' ενός μεν αποτελεί αντένδειξη για εξαγωγές αλλά και ένδειξη για παρουσία οδοντοστοιχιών ή εξομάλυνση της σύγκλεισης.⁸ Είναι, εξ' άλλου γνωστό ότι και σε υγείες ηλικιωμένους νωδούς χωρίς ή με μη ικανοποιητικές ολικές οδοντοστοιχίες παρουσιάζονται σημεία όψιμης δυσκινησίας που υπόχωρούν όταν τοποθετηθούν ικανοποιητικές οδοντοστοιχίες.²⁰

Καταλαβαίνει λοιπόν κανείς τα προβλήματα που προκύπτουν στον παρκινσονικό νωδό ασθενή. Γι' αυτό η διατήρηση των υπαρχόντων δοντιών, η επιθετική πρόληψη, η έγκαιρη παρέμβαση και οι συχνές επανεξετάσεις είτε πρόκειται για ενόδοντα είτε για νωδό (ανά 6 μήνες τουλάχιστον) είναι απολύτως απαραίτητες. Το πρόβλημα της μετακίνησης, αν υπάρχει, μπορεί να λυθεί με την παροχή κατ' οίκον φροντίδας, που αν τώρα ξενίζει κάπως τον Οδοντίατρο, πιστεύουμε ότι στο μέλλον, με τη δημογραφική έκρηξη των ατόμων τρίτης ηλικίας που θα είναι πλέον συνειδητοποιημένοι και απαιτητικοί οδοντιατρικοί ασθενείς, θα αποτελεί συνήθη πράκτική.

Δεν υπάρχει αντένδειξη για τη χορήγηση τοπικής αναισθησίας στις συνήθεις οδοντιατρικές δόσεις σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον.⁸ Ωστόσο προσοχή χρειάζεται στους παρκινσονικούς ασθενείς της τρίτης

ηλικίας για τυχόν συνύπαρξη άλλης νόσου (π.χ. καρδιαγγειακής) που θα επηρεάσει την επιλογή του αναισθητικού, όπως επίσης και λόγω πιθανών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των χορηγούμενων φαρμάκων (π.χ. επινεφρίνη με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή ντοπαμινεργικούς αγωνιστές). Στις περιπτώσεις αυτές τηρούνται οι γνωστές προφυλάξεις: περιορισμός αγγειοσυσπαστικού, αποφυγή ενδοφλέβιας έγχυσης, έλεγχος της αρτηριακής πίεσης.

Οι σύνθετες θεραπείες πρέπει να αποφασίζονται πάντα βάση της πρόγνωσης της νόσου, του προσδόκιμου επιβίωσης, αλλά και της παρούσας κατάστασης. Ετσι εκτεταμένες και περίπλοκες αποκαταστάσεις καλύτερα είναι να γίνονται μόνο στα αρχικά στάδια της νόσου. Ωστόσο το όποιο σχέδιο θεραπείας πρέπει να είναι ευέλικτο και ευπροσάρμοστο στις εκάστοτε ανάγκες του ασθενούς (προσθήκη δοντιών σε μερική οδοντοστοιχία, εύκολη μετατροπή μεταβατικής μερικής σε ολική οδοντοστοιχία). Σε όλους τους ηλικιωμένους αλλά ιδιαίτερα στους πάσχοντες από χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στην ευλεξία του θεραπευτικού σχήματος και στην εύκολη συντήρηση. Είναι σαφές ότι ένας ασθενής με προχωρημένη νόσο του Πάρκινσον, με αναποτελεσματική στοματική υγιεινή και άνοια δε θα ωφεληθεί από περίπλοκη οδοντιατρική εργασία. Στις περιπτώσεις αυτές η ενδεδειγμένη θεραπεία είναι απλά η καταπολέμηση του πόνου και της φλέγμονής.

Δεν πρέπει τέλος να υποτιμούνται οι σημαντικές υπηρεσίες που μπορεί ο Οδοντίατρος να προσφέρει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και της γενικότερης ψυχολογίας του παρκινσονικού ασθενή, με τα τόσο σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και τη σοβαρή τάση απομόνωσης, γιατί παρέχει βελτίωση της εμφάνισης, της μάσησης, της ομιλίας, ακόμα επικοινωνία και προσοχή. Ο Οδοντίατρος εργάζεται σε ένα πολύ σημαντικό και ευαίσθητο χώρο του ανθρωπίνου σώματος, το στόμα, και η καθημερινή του ενασχόληση με την απαλλαγή από τον πόνο και το φόβο αλλά και οι υπηρεσίες του στον τομέα της λειτουργικότητας και της καλαισθησίας του εξασφαλίζουν τη δυνατότητα ουσιαστικής ψυχικής προσέγγισης των ασθενών του.

Συμπερασματικά η οδοντιατρική αντιμετώπιση του παρκινσονικού ασθενή, όπως και η γενικότερη αντιμετώπιση των γηριατρικών ασθενών, δεν προσφέρονται για έτοιμες συνταγές καθημερινής θεραπευτικής πρακτικής όπως συχνά συμβαίνει στους νεότερους ασθενείς. Η Γηροδοντιατρική προσαρμόζεται στις ανάγκες

ενός εκάστου ασθενή και όχι στις ανάγκες της νόσου, απαιτεί την ικανοποιητική και αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ διαφόρων θεραπευτικών ειδικοτήτων,

μεταξύ γιατρού και φροντιστών και φυσικά πρέπει να μπορεί να αγγίζει λεπτές χορδές της ανθρώπινης ευαισθησίας.

ABSTRACT

Key words

Parkinson's disease,
geriatric dentistry,
ageing

KOSSIONI AE, KARKAZIS HC. Department of Removable Prosthodontics, Dental School, University of Athens, Greece. Parkinson's disease in Dentistry. Odontostomatological Progress 1996, 50(2):97–106.

Parkinson's disease is an incurable, progressive, degenerative disease of the central nervous system, common in old age. It is characterized by bradykinesia, rigidity, resting tremor and postural disorder. Other symptoms include festinant gait, moving and falling all in one piece, mask-like face, low volume monotonous dysarthria, greasy seborrhoeic skin, constipation, bladder disturbances and special problems such as swallowing difficulty, drooling, depression and dementia. Parkinsonian symptoms are also present in a number of conditions induced by drug intoxication, trauma, encephalitis, vascular disease, toxic poisoning. The cause is unknown, but many factors are now regarded as important including environmental factors, genetic factors and old age. Distraction of nigrostriatal neurons resulting in decrease in striatal dopamine is the most distinctive biochemical feature in Parkinson's disease. The management of the disease requires teamwork with various specialists. Drug therapy includes levodopa, anticholinergics, selegiline, bromocriptine, tricyclic antidepressants. However the administered drugs have various side effects. Parkinson's disease has many manifestations that complicate dental treatment. These include difficulty in accessibility to the dental office, head tremors, oral dyskinesia resembling tardive dyskinesia, sialorrhoea or xerostomia, decreased ability to perform oral hygiene, reduced retention of existing dentures and inability to adapt to new prostheses. Moreover psychiatric symptoms due mainly to the drug's intake (anxiety, aggressiveness, hallucinations) further complicate the cooperation with the patient. The treatment plan should be simple and effective with emphasis on the easy maintenance. Appointments should be brief, comfortable and frequent. Prophylaxis of the teeth should be provided (topical fluoride applications, instructions for oral hygiene to the patient and the carers) in order to retain natural dentition. Existing dentures should be relined or repaired and if new dentures are to be constructed the copy technique should be applied. The dental treatment for a patient with Parkinson's disease should be patient-oriented and not disease-orientated, as it should always be the case in Geriatric Dentistry.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Coni N, Davison W, Webster S. Lecture Notes on Geriatrics. 4th edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1993, 12:99–105
- Coni N, Davison W, Webster S. Lecture Notes on Geriatrics. 3rd edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1988: 62–68
- Mutch WJ. Parkinsonism and other movement disorders. In: Brocklehurst JC, Tallis RC, Filit HM (eds). Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1992:411–429
- Δοντάς Α. Η Τρίτη Ηλικία. Προβλήματα και Δυνατότητες. Παρισιάνος, Αθήνα, 1981:298–299
- Μεντελόπουλος Γ. Εκφυλιστικές νόσοι του εξωπυραμιδικού συστήματος. Στο: Λογοθέτης Ι (εκδ). Νευρολογία. 2η έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1988:518–523
- Gilroy J. Basic Neurology. 2nd edition, McGraw-Hill International editions, Singapore, 1992:105–112
- Mutch WJ, Dingwall-Fordyce I, Downie AW, Paterson JG, Roy SK. Parkinson's disease in a Scottish city. Br Med J 1986, 292: 534–536
- Jolly DE, Paulson RB, Paulson GW, Pike JA. Parkinson's disease: review and recommendations for dental management. Special Care Dent, 1989:74–78
- Schoenberg BS, Osuntokun BO, Adeuja AOG et al. Comparisons of the prevalence of Parkinson's disease (PD) in black

- populations in the rural US and in rural Nigeria. *Neurology* 1987, 37(Suppl 1):120–124
10. Li SC, Schoenburg BS, Wang CC. A prevalence survey of Parkinson's disease and other movement disorders in the people's Republic of China. *Arch Neurol* 1985, 42:655–657
 11. Γεωργαράς Α. Εγχειρίδιο Νευρολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 1994:42–46, 155–156
 12. Martin WE, Loewenson RB, Resch JA, Baker AB. Parkinson's disease. Clinical analysis of 100 patients. *Neurology* 1973, 23:783–790
 13. Scott S, Caird FI. Speech therapy for Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983, 46:140–144
 14. Korczyn AD. Autonomic central nervous system screening in patients with early Parkinson's disease. In: Przuntek H, Riederer P (eds). Early diagnosis and preventive therapy in Parkinson's disease. Springer-Verlag, Wien, 1989:41
 15. Irvine PW. Diseases in the elderly with implications for oral status and dental therapy. In: Holm-Pedersen P, Loe H (ed). Geriatric Dentistry. Munksgaard, Copenhagen 1986, 14: 179–185
 16. Καρκαζής ΗΧ. Σχέδιο Θεραπείας. Βασικές αρχές οδοντιατρικής αντιμετώπισης. Στο: Καρκαζής ΗΧ, Πολυζώνης ΓΛ. Εισαγωγή στην Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Μπονισέλ, Αθήνα, 1992:49–53
 17. Mindham RH. Psychiatric symptoms in Parkinsonism. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1970, 30:88–191
 18. Patrick HT, Levy DM. Parkinson's disease: a clinical study of 146 cases. *Arch Neurol* 1922, 7:711–720
 19. Stephen PJ, Williamson J. Drug-induced Parkinsonism in the elderly. *Lancet* 1984, ii:1082–1083
 20. Borson S, Finkel SI. Essentials of geropsychiatry for the dental profession. In: Holm-Pedersen P, Loe H (eds). Geriatric Dentistry. Munksgaard, Copenhagen, 1986:205–215
 21. Guyton AC. Textbook of medical physiology. WB Saunders Company, Philadelphia, 1991:630
 22. Bethlem J, den Hartogjager WA. The incidence and characteristics of Lewy bodies in idiopathic paralysis agitans (Parkinson's disease). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, 23:74–80
 23. Riederer P, Wuketich S. Time course of nigro-striatal degeneration in Parkinson's disease. *J Neural Transm* 1976, 38: 227–301
 24. Koller WC, Dolezal J, Chin T, Hassanein RS, Weldon G. Environmental risk factors in Parkinson's disease. *Neurology* 1989, 39(Suppl 1):285–289
 25. Langton JW. MPTP: The promise of a new neurotoxin. In: Marsden CD, Fahn S (eds). Movement Disorders 2. Butterworths, London, 1987:73
 26. Barbeau A, Roy M. Familial subsets in idiopathic Parkinson's disease. *Can J Neurol Sci* 1984, 11:144–150
 27. Rinne UK, Birket-Smith M, Dupont E et al. Levodopa alone and in combination with a peripheral decarboxylase inhibitor Benserazide (Madopar) in the treatment of Parkinson's disease: a controlled clinical trial. *J Neurol* 1975, 211:1–9
 28. Lindvall O. Transplantation into the human brain: present status and future possibilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989, Special Supplement:39–54
 29. Scully C, Cawson RA. Medical Problems in Dentistry. 3rd edition, Wright, Oxford, 1994:380–382
 30. Κονδύλιδου Α, Βαγωνά Σ, Αντωνιάδης Κ, Τσολάκη Μ. Ψυχιατρικά προβλήματα που ενδιαφέρουν τον Οδοντίατρο. Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 1991, 35:201–207
 31. Κοσιώνη AE, Καρκαζής ΗΧ. Ο ανοικός ασθενής και προτάσεις για την οδοντιατρική του αντιμετώπιση. Στοματολογία, υπό δημοσίευση
 32. Hunter B. Dental care for handicapped patients. Wright, Bristol, 1987:32–45
 33. Kossioni AE, Karkazis HC. Variation in the masseteric silent period in older dentate humans and in denture wearers. *Arch Oral Biol* 1995, 40:1143–1150
 34. Καρκαζής Η, Κοσιώνη Α. Η προσαρμογή στις ολικές οδοντοστοιχίες. Νευροφυσιολογικά δεδομένα και κλινικές εφαρμογές. Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 1994, 38:227–234
 35. Karkazis HC, Kossioni AE. The laboratory and clinical procedures of a copy denture technique. QDT, 1995:159–164
 36. Καρκαζής ΗΧ. Προσθετικές αποκαταστάσεις στην τρίτη ηλικία. Στο: Καρκαζής ΗΧ, Πολυζώνης ΓΛ (εκδ). Εισαγωγή στην Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Μπονισέλ, Αθήνα, 1992:32–45