



היבטים לא מוטוריים - מה צריך לדעת לקראת ביקור אצל רופא

דר סער אניס
מומחה להפרעות תנועה ופרקינסון
בית חולים תל השומר

חוש ריח?

- ירידה בחוש הריח (anosmia, hyposmia, dysosmia) קיימת במחקרים שונים בין 50-97 אחוז מהחולים
- חוש הריח חשוב מאוד עבורנו, גם לזיהוי ריחות מסוכנים וגם לזיהוי ריחות של קרובים

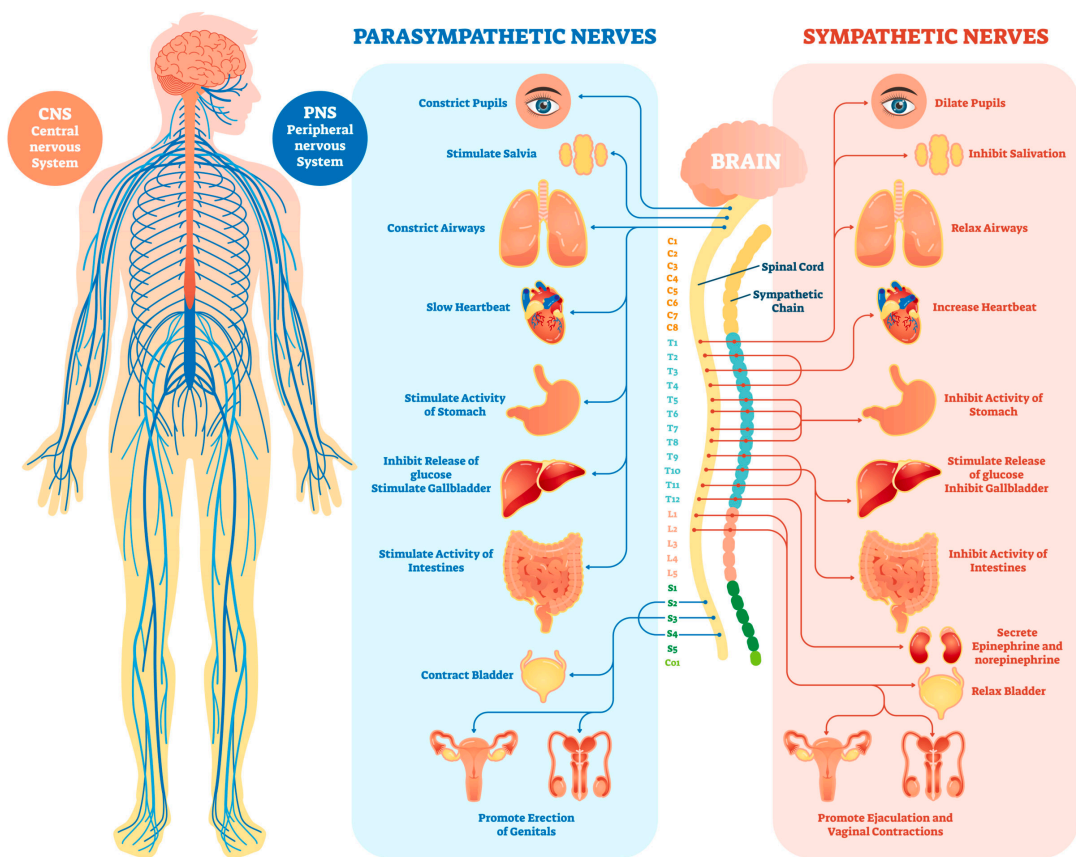


- יכול להופיע שנים רבות לפני המופע המוטורי
- בחולים נשאי מוטציה גנטית *lrrk2* יש באופן יחסי פחות ירידה בחוש הריח
- חולים רבים עם מחלת פרקינסון מתלוננים גם על שינוי בטעם (dysgeusia)
- ובמיוחד אלו עם הפרעה בחוש הריח

- הסיבה מיוחסת להצטברות של חלבון אלפא סינוקלאין במרכזי הריח והטעם המוחיים והפריפרים

דיסאוטונומיה???

HUMAN NERVOUS SYSTEM



- דיסאוטונומיה (Dysautonomia) היא מצב המאופיין בפגיעה במערכת העצבים האוטונומית
- מצב זה עלול להשפיע על תפקוד הלב, שלפוחית השתן, המעייים, בלוטות הזיעה, תפקוד מיני וכלי הדם
- תופעה זאת משפיעה על אנשים רבים, למרות זאת רופאים רבים לא מכירים את המאפיינים והבדיקות הנדרשות ולכן חולים רבים מתקשים בקבלת האבחנה ובקבלת הטיפול הנדרש

ירידה בלחץ הדם בקימה

- 30-40% מחולי הפרקינסון סובלים מתופעה הנקראת נפילת ל"ד אורטוסטטי
- הגדרת התופעה הינה נפילה של ל"ד סיסטולי במעל 20 מ"מ כספית או דיאסטולי מעל 10 מ"מ כספית בתוך 3 דקות משינוי תנוחה (שכיבה לעמידה)
- הסיבה לכך היא פגיעה בעצבים הפרישים נוראדרנלין בלב ואחראים על כיווצו וכיווץ כלי הדם ואף יש מיפוי לב מיוחד שניתן לבצע להוכחה של תופעה זו
- יש פגיעה ב-baro-reflex, הרפלקס שאמור להעלות את לחץ הדם בשינוי תנוחה

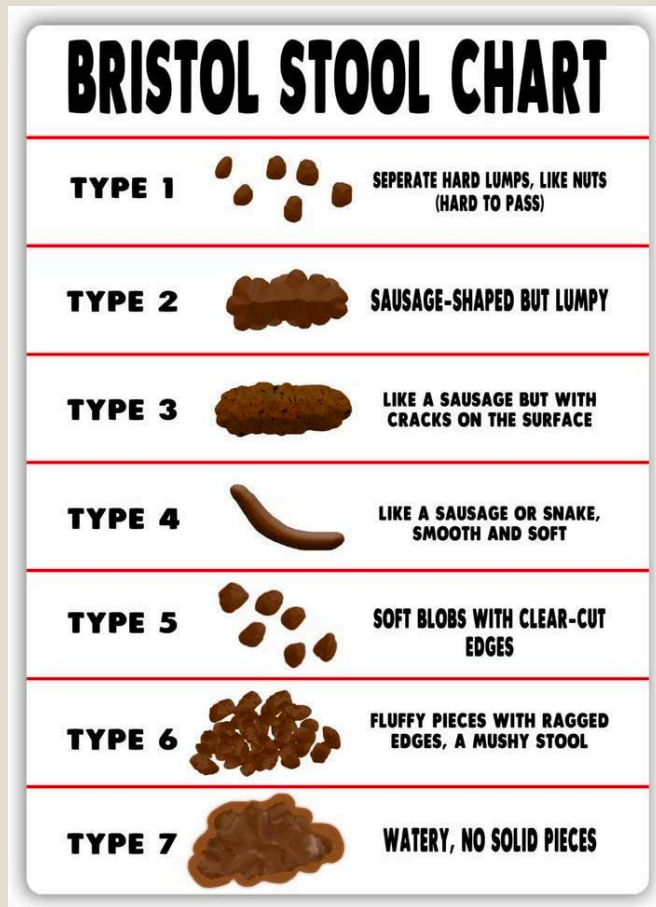


- תופעה זו חשובה לאבחון, מכיוון שיש לה טיפול טוב.
- במידה ולא מטפלים – ישנן תופעות רבות לא נעימות ואף מסוכנות כגון סחרחורות, כאב, ועילפון

המלצות לקראת ביקור רופא

1. לקיים יומן על פני שבוע, בו פעמיים ביום לפחות (נניח בוקר וצהריים) מודדים ל"ד בשכיבה ואז 3 דקות אחרי עמידה

עצירות ותסמיני מעיים



- 50-80% מהמטופלים סובלים מעצירות אשר יכולה להופיע בכל שלב במחלה ואף עד 20 שנים לפני פריצת השלב המוטורי
- הסיבה לכך היא הצטברות של חלבון אלפא-סינוקלאין במערכת העצבים של המעי, הגורמת לפגיעה בתנועתיות המעי
- עצירות יכולה לפגוע בצורה משמעותית באיכות החיים מאחר וגורמת לאי נוחות בטנית, ירידה בתאבון, נפיחות, ויכולה במידה ולא מטופלת לגרום לסיבוכים משמעותיים
- יש צורך להעריך את כמות היציאות השבועיות, לשתות כמות גדולה של מים, לסגל הרגלי תזונה נכונים (להמנע ממזונות מטוגנים, בשר אדום, בננות, קמח לבן ומזונות עתירי סוכר) ולבצע פעילות גופנית
- יש לשקול לפנות לרופא גסטרו ולהשלים צילום בטן

gastroparesis

◦ גסטרופרזיס, הינה תופעה הגורמת לירידה בפעילות שרירי הקיבה, הגורמת לירידה בזמן הפינוי של המזון, בהעדר חסימה



◦ תופעה זו מוכרת בעד 45% מהמטופלים

◦ התסמין העיקרי הוא שובע מוקדם ותחושת מלאות אחרי ארוחה

◦ תופעה זו יכולה להשפיע על ספיגת התרופות

◦ הטיפול כולל התאמת תזונה ותרופות לזירוז פעילות הקיבה

המלצות לקראת ביקור רופא

2. לתעד יציאות שבועיות ומרקמים לצורך דיון על כך עם הרופא המטפל
3. לעדכן את הרופא במידה ויש תחושה של שובע מוקדם / ירידה בתאבון

המלצות לקראת ביקור רופא

4. תיעוד תסמיני שלפוחית רגיזה, תדירות ועוצמת תכיפות השתן ביום וגם בלילה

הפרעות בתפקוד המיני - הפרעה מוחית היפותלמית

> [J Sex Marital Ther.](#) 2004 Mar-Apr;30(2):95-105. doi: 10.1080/00926230490258893.

Sexual dysfunction in Parkinson's disease



Gila Bronner¹, Vladimir Royter, Amos D Korczyn, Nir Giladi

Affiliations + expand

PMID: 14742099 DOI: [10.1080/00926230490258893](#)



Abstract

Sexual dysfunction is common in Parkinson's disease (PD). We investigated the premorbid and present sexual functioning of 75 people with PD (32 women and 43 men). Women reported difficulties with arousal (87.5%), with reaching orgasm (75.0%), with low sexual desire (46.9%), and with sexual dissatisfaction (37.5%). Men reported erectile dysfunction (68.4%), sexual dissatisfaction (65.1%), premature ejaculation (40.6%), and difficulties reaching orgasm (39.5%). Premorbid sexual dysfunction may contribute to cessation of sexual activity during the course of the disease (among 23.3% men and 21.9% women). Associated illnesses, use of medications, and advanced stage of PD contributed to sexual dysfunction.

כאב ושינויים תחושתיים

- 40-80% מחולי הפרקינסון
- ישנם מספר סוגי כאב – מוסקולוסקלטלי (שריר/עצם), נוירופתי, מרכזי
- כאב מרכזי יכול להיות מאוד עוצמתי, ולערב איברים פנימיים כגון בטן, חזה, פה, רקטום, גניטליה
- כאב שריר/עצם לרוב מערב צוואר, גב, ידיים ורגליים
- כאב יכול להיות מושפע מרמות הדופאמין
- הטיפול בכאב הוא מורכב מאוד



המלצות לקראת ביקור רופא

5. תיעוד האזורים הכואבים כולל אופי ועוצמת הכאב, השעות ביום בו מופיע הכאב, והאם יש קשר לתרופות הפרקינסון
6. תעד את הטיפולים השונים לכאב אשר הנך נוטל

הפרעות שינה

- הפרעות השינה הנפוצות הינן שינה מקוטעת, עייפות מוגברת במהלך היום, קושי בהרדמות (אינסומניה), דום נשימה בשינה, חלומות מציאותיים
- תסמונת הפרעה בשנת REM – עד מחצית מהמתמודדים, ייתכן ומופיע שנים רבות לפני המופע המוטורי
- ההפרעה בשינה נגרמת ממעורבות מוחית, בשילוב עם השפעת התרופות, בריאות נפשית ותסמינים מוטורים ולא מוטורים אחרים
- יש חשיבות גדולה להעלאת המודעות של הרופא המטפל. יש צורך בהשקעת זמן ומחשבה על אבחון בעיית השינה הספציפית, מה גורם לה וכיצד לטפל בה
- לעיתים יש צורך בבירור נוסף כמו ביצוע בדיקה במעבדת שינה, בדיקות דם וכד'



תסמונת הרגל הרגיזה

- דחף בלתי נשלט להזיז את הרגליים בעת שכיבה או מנוחה
- הדחף יכול להיות מלווה בהפרעות תחושה כמו נימול או זרמי חשמל
- התסמינים מוקלים עם תנועה ובמיוחד בהליכה
- יותר בערב
- ההפרעה יכולה לגרום לקושי לישון ולנוח



המלצות לקראת ביקור רופא

7. יש להעלות לדיון את נושא השינה. יש להכין מראש את הנתונים על שעות ההרדמות וההתעוררות, כמות הפעמים בו מתעורר המתמודד בלילה ולמה מתעורר (שתן?)
8. במידה ויש תסמינים המתאימים לתסמונת הרגל הרגיזה יש להציף אותם בזמן הביקור

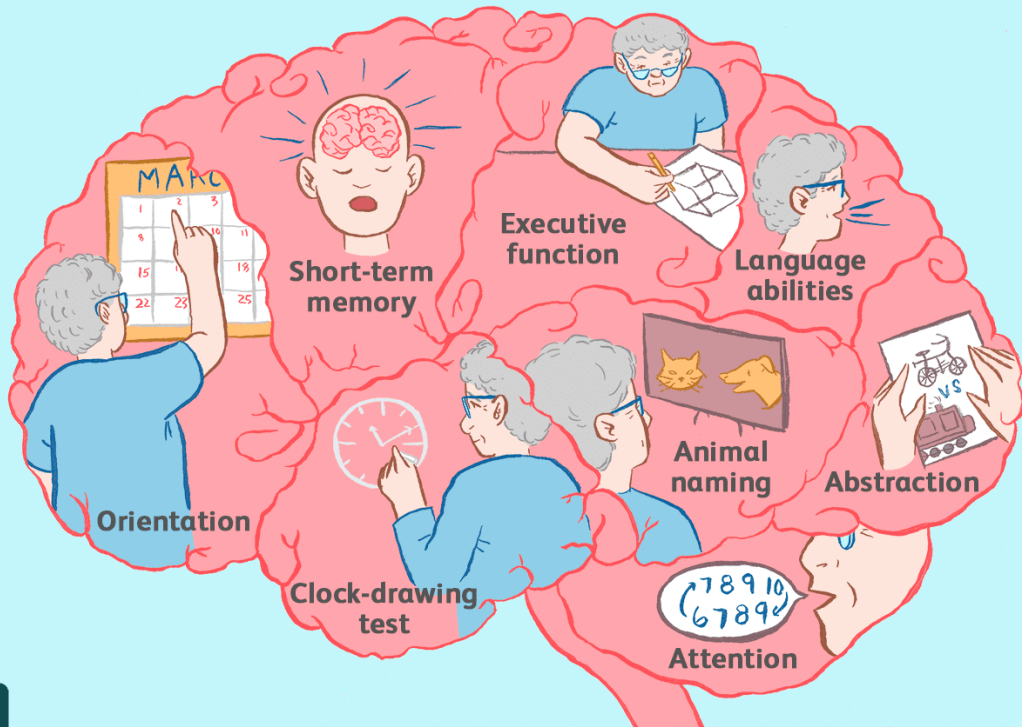
הפרעות במצב הרוח, חרדה

- רבים מהמתמודדים יסבלו מתסמינים של חרדה ודכאון בשלב מסויים במהלך המחלה
- חרדה ודכאון יכולים להשפיע על איכות החיים
- הסיבה היא לא רק הקושי עם קבלת האבחנה והתמודדות עם התסמינים, אלא גם כתוצאה משינויים במוליכים עצביים הקשורים לבעיות אלו כמו סרוטונין ודופאמין במוח
- יש חשיבות בהצפת הבעיות הללו בביקור, משום שהיום אנו יודעים לטפל בבעיות אלו
- הטיפול הינו שינויים באורחות החיים (כמו תזונה ופעילויות חברתיות), פעילות גופנית, תרופות, קבוצות תמיכה ועוד
- ניתן לשלב גם טיפול פסיכולוגי

שינויים קוגניטיביים

What Does the Montreal Cognitive Assessment Evaluate?

The MoCA assesses cognitive abilities, including:



- מתמודדים חווים לעיתים קשיים קוגניטיביים בעיקר בתחום הקשב והזכרון לטווח קצר
- לעיתים יש קושי ארגוני, ובתפיסה מרחבית
- יכולה להיות השלכה על נושא נהיגה
- יש צורך לעדכן רופא מטפל במידה וחווים קשיים כאלו, מאחר והיום ישנם טיפולים ייעודיים לשיפור התפקוד
- ישנו שיקום קוגניטיבי ואתרים שונים שמספקים פלטרפורמה ל"אימון המוח" ולשיפור התפקוד

המלצות לקראת ביקור רופא

9. דווח לרופא המטפל על מצב הרוח ושאל בנוגע לאפשרות של טיפול בחרדה או דכדוך

10. התייחס לשינויים קוגניטיביים בתחום הזכרון, קשב וריכוז ותפיסה מרחבית

לסיכום

1. לקיים יומן על פני שבוע, בו פעמיים ביום לפחות (נניח בוקר וצהריים) מודדים ל"ד בשכיבה ואז 3 דקות אחרי עמידה
2. לתעד יציאות שבועיות ומרקמים לצורך דיון על כך עם הרופא המטפל
3. לעדכן את הרופא במידה ויש תחושה של שובע מוקדם / ירידה בתאבון
4. תיעוד תסמיני שלפוחית רגיזה, תדירות ועוצמת תכיפות השתן ביום וגם בלילה וכן האם יש הפרעה בתפקוד המיני
5. תיעוד האזורים הכואבים כולל אופי ועוצמת הכאב, השעות ביום בו מופיע הכאב, והאם יש קשר לתרופות הפרקינסון
6. תיעוד הטיפול התרופתי לכאב
7. יש להעלות לדיון את נושא השינה. יש להכין מראש את הנתונים על שעות ההרדמות וההתעוררות, כמות הפעמים בו מתעורר המתמודד בלילה ולמה מתעורר (שתן?)
7. במידה ויש תסמינים המתאימים לתסמונת הרגל הרגיזה יש להציף אותם בזמן הביקור
9. דווח לרופא המטפל על מצב הרוח ושאל בנוגע לאפשרות של טיפול בחרדה או דכדוך
10. התייחס לשינויים קוגניטיביים בתחום הזכרון, קשב וריכוז ותפיסה מרחבית