



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΜΙΧΑΛΗΣ ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ ΜΑΡΙΝΑ Α.Μ. 9565

ΚΟΥΡΟΥΠΑΚΗ – ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ Α.Μ. 9466

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κ. Μιχαήλ Ηγουμενίδη, για την ευχάριστη και εποικοδομητική συνεργασία που είχαμε μαζί του καθώς και για την εξαιρετική υποστήριξη του, στην ολοκλήρωση του έργου μας.

Επιπλέον, θα πρέπει να αναφέρουμε τις θερμές ευχαριστίες και τα συγχαρητήρια μας, στη Διοίκηση και το εκπαιδευτικό προσωπικό του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος που φοιτήσαμε επί 4 χρόνια, για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της Μυασθένειας Gravis και η καταγραφή της νοσηλευτικής παρέμβασης.

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία αποτελείται από δυο κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σύμφωνα με την οποία περιγράφεται με αναλυτικό τρόπο η ανατομία και η φυσιολογία του μυϊκού συστήματος, η ανάπτυξη και εξέλιξη της νόσου στον ανθρώπινο οργανισμό και η αναφορά πληροφοριών που σχετίζονται με ειδικά θέματα της αυτοάνοσης πάθησης – όπως το νομικό πλαίσιο της Μυασθένειας Gravis – με σκοπό να πραγματοποιηθεί με ολιστική προσέγγιση η διερεύνηση της νόσου.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας πτυχιακής, πραγματοποιείται αναφορά στο κυριότερο παράγοντα μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, που είναι η θέση του νοσηλευτή, ως επαγγελματίας υγείας, στις επιπτώσεις της νόσου στον άνθρωπο και στη καταγραφή των αρμοδιοτήτων του κατά την εκτίμηση και θεραπευτική προσέγγιση περιστατικών ασθενών.

Το ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου διαδραματίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας του, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Διακρίνεται όμως, τις τελευταίες δεκαετίες, ένα χαρακτηριστικό φαινόμενο, κατά το οποίο ο οργανισμός παρουσιάζει σύγχυση στις κυτταρικές λειτουργίες του και αναγνωρίζει ως «εχθρό», στοιχεία του ίδιου του οργανισμού. Απόρροια αυτής της δυσλειτουργίας είναι η πυροδότηση αυτοάνοσων παθήσεων.

Ο όρος «Μυασθένεια Gravis (M.G)» αναφέρεται σε ένα χρόνια, αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο κύριο χαρακτηριστικό είναι η δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού. Για την ακρίβεια ο ασθενής εμφανίζει αυξημένη αδυναμία των σκελετικών μυών.

Ο ρόλος του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται πολυπαραγοντικός καθώς η αυτοάνοση νόσος του μυοσκελετικού συστήματος παρουσιάζει μη σταθερούς αιτιολογικούς παράγοντες και η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην εξατομικευμένη κλινική και υποστηρικτική προσέγγιση του εκάστοτε ασθενή.

Ο νοσηλευτής λαμβάνοντας υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου που φέρει τη πάθηση M.G., θα πρέπει με γνώμονα το θεραπευτικό μοντέλο και τη διανοητική – ψυχική υγεία του ασθενή, να σχεδιάσει ένα πλάνο νοσηλευτικών διεργασιών/ενεργειών, με το οποίο θα στοχεύει στη σωματική, πνευματική και συναισθηματική ετοιμότητα του ασθενή έναντι στις επιπτώσεις της νόσου.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to provide a bibliographical overview of Myasthenia Gravis and to record nursing intervention.

This thesis consists of two main parts. The first part deals with the literature review, which describes in detail the anatomy and physiology of the muscular system, the development and evolution of the disease in the human body, and the reporting of information related to specific topics of autoimmune disease - such as legal Gravis Myasthenia Framework - A holistic approach to the investigation of the disease.

In the second part of this thesis, reference is made to the key factor of a bibliographic review, which is the position of the nurse, as a health professional, the impact of the disease on man, and the recording of his responsibilities in the assessment and treatment of patient cases.

The human immune system plays the most important role in maintaining and promoting our health, both physically and mentally. In recent decades, however, there is a distinctive phenomenon in which the body confuses its cellular functions and recognizes as "enemy" elements of the body itself. The result of this malfunction is the triggering of autoimmune diseases.

The term "Myasthenia Gravis (M.G)" refers to a chronic, autoimmune disease in which the main characteristic is the dysfunction of the human musculoskeletal system. In fact, the patient has an increased skeletal muscle weakness.

The role of the nurse is multifactorial as autoimmune musculoskeletal disease has unstable etiological factors and the therapeutic approach is based on the individualized clinical and supportive approach of the individual patient.

Taking into account the individual needs and specificities of each person with M.G, the nurse should, in keeping with the patient's therapeutic model and mental-mental health, design a plan of nursing processes / actions that will target the physical , patient's mental and emotional preparedness for the effects of the disease.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	9
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΥΪΚΟΥ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	9
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	9
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	10
1.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	12
1.3.1 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	12
1.3.2 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	15
ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS.....	15
2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ.....	15
2.1.1 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΩΝ	15
2.1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ.....	17
2.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΩΝ	19
2.1.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	20
2.2 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS.....	23
2.3 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS	24
2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS.....	25
2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	30
Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ	30
3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS.....	30
3.1.1 ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΗΜΑ (Ε.Μ.Γ).....	31
3.1.2 ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ TENSILON.....	32
3.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS.....	34
3.2.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS	34
3.2.2 ΘΥΜΕΚΤΟΜΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	38
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS	38
4.1 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	38
4.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.....	40

4.2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ Μ.Γ.....	43
4.2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ «ΕΙΚΟΝΑ»	49
4.3 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	53
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS	54
5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ Μ.Γ.....	54
5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS	57
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS	58
5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	61
5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1.....	65
5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο «μυϊκό σύστημα» περιγράφεται το σύνολο των οργάνων που συμμετέχουν στην κίνηση του ανθρώπινου σώματος. Οι μύες αποτελούν το σύστημα των οργάνων που παράγουν τη κινησιολογία. Σήμερα, υπολογίζεται ότι ποσοστό μεταξύ του 40-60% από το συνολικό βάρος του σώματος κατανέμεται αποκλειστικά στους μύες. Σύμφωνα με τα τελευταία ιατρικά δεδομένα, αναγνωρίζονται πολυάριθμες παθήσεις που η συμπτωματολογία τους και οι βλάβες που επιφέρει η εξέλιξη τους στον ανθρώπινο οργανισμό επικεντρώνονται στη λειτουργία του μυϊκού συστήματος. Μία από αυτές τις παθήσεις είναι η Μυασθένεια Gravis (Καπότης, 2002).

Η Μυασθένεια Gravis (M.G), αναφέρεται σε ένα χρόνια, αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο κύριο χαρακτηριστικό είναι η δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος του ανθρώπινου οργανισμού. Σε βιβλιογραφικές παραπομπές, οι οποίες εστιάζουν περισσότερο στην νευρολογία του σώματος, αναφέρεται ως μια -χρόνιου τύπου- νευρομυϊκή δυσλειτουργία, η οποία ακολουθείται από μυϊκή αδυναμία που συντελεί στην επιταχυνόμενη εξουθένωση των εκούσιων σκελετικών μυών (Καπότης, 2002).

Περιλαμβάνεται στα αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί αντιδραστικά και επιθετικά στον ίδιο τον οργανισμό, με επίκεντρο τους υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, ουσίας που δρα ως νευροδιαβιβαστής στις νευρομυϊκές συνάψεις (στις περιοχές δηλαδή που αναγνωρίζεται η «επικοινωνία» νευρών και μυών μεταξύ τους) (Συλλογικό έργο, 2013).

Στο πρώτο κεφάλαιο, περιγράφεται η ανατομία και η φυσιολογία του μυοσκελετικού συστήματος, του Κ.Ν.Σ. και των επιμέρους τμημάτων για να γίνει κατανοητός ο τρόπος δράσης της Μυασθένειας Gravis στο σώμα του ασθενή και πως εξελίσσεται η νόσος, με την εμφάνιση νευρολογικών αλλοιώσεων – πέραν των μυϊκών επιπτώσεων - που επιφέρει στον ασθενή.

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι ο ορισμός της νόσου και η καταγραφή πληροφοριών που συνιστούν τους αιτιολογικούς παράγοντες της M.G. Πραγματοποιείται αναφορά στην εξέλιξη της κλινικής εικόνας στον ανθρώπινο οργανισμό και περιγράφεται εκτός της επιδημιολογικής διερεύνησης της νόσου και η σχέση του θύμου αδένος με τη Μυασθένεια Gravis.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, διεκπεραιώνεται η ολιστική διεύρυνση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης της αυτοάνοσης νόσου και περιλαμβάνεται σε υποκατηγορίες το θεραπευτικό πλάνο ως προς τη φαρμακευτική αγωγή του

ασθενή, τη μέθοδο της θυμεκτομής και τις χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της M.G.

Συνεχίζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση, με το τέταρτο κεφάλαιο όπου παραθέτονται ειδικά θέματα που σχετίζονται με τη Μυασθένεια Gravis, όπως η επίδραση της νόσου σε γυναίκες που κυοφορούν, η καταγραφή προληπτικών κατευθυντήριων αρχών, η διατροφική συμπεριφορά που οφείλει να «υιοθετήσει» ο ασθενής έναντι στο αυτοάνοσο νόσημα, το ψυχολογικό προφίλ ενός ατόμου με διάγνωση M.G., και η καταγραφή των νομικών διατάξεων που πλαισιώνουν τα άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα.

Τέλος, αντικείμενο του πέμπτου κεφαλαίου είναι η καταγραφή των νοσηλευτικών αρχών και παρεμβάσεων του επαγγελματία υγείας που καλείται «Νοσηλεύτης», η διενέργεια εκτίμησης και αξιολόγησης δύο περιστατικών, υπό τη μορφή νοσηλευτικών διεργασιών και η εξαγωγή των απαραίτητων για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπερασμάτων, με τη καταγραφή των βιβλιογραφικών και διαδικτυακών παραπομπών που πλαισιώνουν την εγκυρότητα της πτυχιακής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΥΪΚΟΥ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Με τον όρο «μυϊκό σύστημα» περιγράφεται το σύνολο των οργάνων που συμμετέχουν στην κίνηση του ανθρώπινου σώματος. Οι μύες αποτελούν το σύστημα των οργάνων που παράγουν τη κινησιολογία και περιλαμβάνουν τον συνδετικό ιστό και τρεις τύπους μυών (σκελετικό, καρδιακό και λείο μυ) (Γερμενής, 2000).

Ο μυϊκός ιστός αποτελείται από τα λεγόμενα μυϊκά κύτταρα, η δράση των οποίων εστιάζει στις μηχανικές λειτουργίες των εννοιών: διέγερση, συστολή, διάταση, και ελαστικότητα των ανθρώπινων μυών. Το μυϊκό σύστημα, έχει αποδειχθεί ότι συνιστάται από περίπου 600 μυς, οι οποίοι συντελούν στη κινησιολογία του σώματος, στην κινητικότητα των σπλάγχχνων και στη μεταφορά του αίματος μέσα στο σώμα (Γερμενής, 2000).

Σήμερα, υπολογίζεται ότι ποσοστό μεταξύ του 40-60% από το συνολικό βάρος του σώματος κατανέμεται αποκλειστικά στους μύες. Το επιστημονικό κοινό, έχει προχωρήσει στο διαχωρισμό του μυϊκού συστήματος σε τρεις υπότυπους, λαμβάνοντας ως κριτήρια τα μορφολογικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά τους (Γερμενής, 2000):

- ❖ ΓΡΑΜΜΩΤΟΙ Η ΣΚΕΛΕΤΙΚΟΙ ΜΥΕΣ. Διατηρούν την ισορροπία του σώματος και παράγουν κίνηση μέσω των τενόντων και των οστών. Κατά τη σύσπαση που προκαλείται στο μυϊκό σύστημα, αναγνωρίζεται σύμπτυξη ή απομάκρυνση των μυών που συνδέονται στο σκελετό και στις αρθρώσεις, με αποτέλεσμα την έναρξη κίνησης. Οι γραμμωτοί μύες συνίστανται από μυϊκές ίνες, οι οποίες είναι στερεές και παράλληλες μεταξύ τους και συμμετέχουν στη σύσπαση των μυών για μια χρονική στιγμή, μικρής διάρκειας. Ο κύριος ρόλος των σκελετικών μυών είναι να προστατεύουν τον ανθρώπινο σκελετό και να πυροδοτούν τη κινησιολογία, καταλαμβάνοντας περίπου το 40% της συνολικής μάζας του σώματος (Γιγής, 2003).
- ❖ ΛΕΙΟΙ ΜΥΕΣ. Εντοπίζονται στο εσωτερικό του σώματος, ανάμεσα στα διάφορα όργανα και παράγουν μικρές και ομοιόμορφες κινήσεις, οι οποίες δεν πραγματοποιούνται με εκούσια μορφή, δηλαδή η δράση τους δεν επηρεάζεται από την βούληση του ατόμου. Τα όργανα του πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος, τα αιμοφόρα αγγεία καθώς και τα γεννητικά όργανα περιβάλλονται από λείους μύες, οι

οποίοι συμβάλλουν στη σύσπαση ή στη διεγερσιμότητα των προαναφερόμενων οργάνων. Οι λείοι μύες στην ουσία είναι το αποτέλεσμα μικρών ινών, συνδεδεμένων μεταξύ τους με ατρακτοειδές σχήμα και σε μικρότερη πάχυνση, συγκριτικά με τη σύνδεση των μυϊκών ινών των σκελετικών μυών. Κύριο χαρακτηριστικό στοιχείο των λείων μυών είναι η επιβραδυνόμενη συστολή τους αλλά με μεγαλύτερη διάρκεια σε χρόνο, σε αντίθεση με τη συστολή των γραμμωτών μυών. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο μηχανισμός τους ρυθμίζεται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (Γιγής, 2003).

- ❖ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΜΥΣ. Ανάμεσα στους γραμμωτούς και στους λείους μύες εντοπίζεται ο καρδιακός μυς. Λειτουργεί ακούσια της ανθρώπινης βούλησης και αντισταθμίζει τις συνθήκες σε κατάσταση σωματικής κόπωσης. Ο καρδιακός μυς συσπάται ώστε να παράγει καρδιακό έργο κάθε λεπτό. Είναι ο μυς στον οποίο στηρίζεται η λειτουργία της καρδιάς και αποτελείται από μικρού μήκους, διακλαδισμένες μυϊκές ίνες, που δημιουργούν ένα δίκτυο περιμετρικά της καρδιάς, δηλαδή στα τοιχώματα της. Με την επαναλαμβανόμενη σύσπαση του μυοκαρδίου μεταφέρεται το αίμα στον ανθρώπινο οργανισμό και ο έλεγχος των ρυθμικών συσπάσεων ελέγχεται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα. Δομικά αναγνωρίζει ομοιότητες με τους σκελετικούς μύες (Γιγής, 2003).

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο μυϊκός ιστός, ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία του μυϊκού συστήματος, αποτελεί μια βιολογική διαδικασία, κατά την οποία πραγματοποιείται η χημική ενέργεια σε μηχανικό έργο. Χημική ενέργεια είναι η θρεπτική αξία που λαμβάνει ο άνθρωπος μέσω της τροφής του, ώστε να μπορεί ο μυς να παράγει κίνηση. Ακόμη και η κινησιολογία που εντοπίζεται στο εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος και δεν συντελείται εκούσια, χρειάζεται τη λειτουργία του μυϊκού ιστού για να πραγματοποιηθεί. Τέτοιες ακούσιες κινήσεις είναι η σύσπαση της καρδιάς, οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου ή η κίνηση του γαστρεντερικού σωλήνα (Γκίμπα, 2004).

Η φυσιολογία του μυϊκού συστήματος εστιάζει στην ουσία στη πράξη της μυϊκής συστολής. Η μυϊκή συστολή αντανακλά τη διαδικασία κίνησης καθώς η σύσπαση των μυών συνδέεται με το αποτέλεσμα του μηχανικού έργου. Το κυριότερο στοιχείο σε όλη αυτή τη

διαδικασία εντοπίζεται στα μυϊκά κύτταρα, τα οποία περιέχουν κάποιες μονάδες, τα λεγόμενα μιτοχόνδρια (Γκίμπα, 2004).

Τα μιτοχόνδρια συμβάλλουν στην παραγωγή ενέργειας, η οποία απαιτείται για την εκτέλεση της συστολής των μυών. Οι εκπρόσωποι της Βιολογίας, τα αποκαλούν πολλές φορές ως «γεννήτριες» του μυϊκού συστήματος. Από δομικής άποψης, εντοπίζονται ανάμεσα στα μυοϊνίδια, προκειμένου η ενέργεια που παράγεται να μεταφέρεται απευθείας στο αντίστοιχο μυϊκό σημείο. Τα μιτοχόνδρια εμπεριέχουν ένα σύνολο ενζύμων, τα οποία συμβάλλουν στις χημικές διεργασίες, κατά τις οποίες η ενέργεια που λαμβάνεται από την τροφή μετατρέπεται σε μια απλούστερη χημική μορφή, την αποκαλούμενη τριφωσφορική αδενοσίνη ή αλλιώς ATP (Γκίμπα, 2004, Μπούρα, 2012).

Εντούτοις, για να ολοκληρωθεί μια μυϊκή συστολή, θα πρέπει σε αρχικό επίπεδο να υπάρχει επαρκή διαθεσιμότητα σε ιόντα Ασβεστίου (Ca). Τα ιόντα Ασβεστίου είναι ένα αναγκαίο στοιχείο για να πραγματοποιηθεί μια σύσπαση καθώς χρησιμοποιώντας αυτά, ο εγκέφαλος δίνει το σήμα στον μυ για να παράγει την εκάστοτε συστολή (Γκίμπα, 2004, Μπούρα, 2012).

Το δεύτερο κατά σειρά αναγκαίο χαρακτηριστικό της μυϊκής συστολής είναι η παρουσία στον οργανισμό τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP). Καταλαμβάνει τη θέση ενός «ενεργειακού νομίσματος» στη φυσιολογία του μυϊκού συστήματος καθώς μόνο με αυτό το στοιχείο εκπληρώνεται κάθε λειτουργία στο ανθρώπινο σώμα. Μεταφέρεται στους μύες προκειμένου να λάβουν την ενέργεια που χρειάζονται για να ασκήσουν κάποιο μηχανικό έργο, δηλαδή κίνηση. Ωστόσο, ενέργεια απαιτείται και για τη μυϊκή χαλάρωση του μυός. Ο μυς για να ετοιμαστεί για την επόμενη συστολή θα πρέπει πρώτα να βρεθεί σε φάση ηρεμίας και αφού λάβει την απαιτούμενη ενέργεια, να ανατροφοδοτήσει το σύστημα του για την επόμενη συστολή (Γκίμπα, 2004, Μπούρα, 2012).

Σε περιπτώσεις που η ATP δεν επαρκή για τη κάλυψη των αναγκών του σώματος, τότε το άτομο παρουσιάζει μυϊκή ακαμψία, αδυναμία δηλαδή του μυός να παράγει σύσπαση. Αυτός άλλωστε, είναι και ο βασικότερος λόγος που παρατηρείται σε καταστάσεις σωματικής εξάντλησης και μη επαρκούς ποσότητας ATP, ο οργανισμός να εκδηλώνει μυϊκές κράμπες. Με το σύμπτωμα αυτό «δηλώνεται» ότι ενώ ο μυς διαθέτει ενέργεια για να συσταλεί, παρόλα αυτά δεν του επαρκή η ενέργεια για να χαλαρώσει.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ATP, ως «ενεργειακό νόμισμα» του οργανισμού, παράγεται:

- Είτε από την φωσφοκρεατίνη, η οποία αποθηκεύεται στο μυϊκό σύστημα και απορροφάται σε χρόνο 7 δευτερολέπτων.
- Είτε από μια ουσία, το λεγόμενο «γλυκογόνο», που εντοπίζεται στους μύες και στο ήπαρ.
- Ή από τη λιπώδης μάζα του οργανισμού, που ανιχνεύεται στη μεγαλύτερη επιφάνεια του ανθρώπινου σώματος (Γκίμπα, 2004).

1.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Με τον όρο «Νευρικό Σύστημα», αναφέρεται το σύνολο των διαδικασιών, που ρυθμίζουν και ελέγχουν την ομαλή λειτουργία των οργάνων στο ανθρώπινο σώμα αλλά και την παράλληλη επικοινωνία μεταξύ τους. Αποτελεί τη βάση των διεργασιών στις ψυχικές διαδικασίες και με τη παρέμβαση των αισθητήριων οργάνων (μάτι, αυτί, δέρμα, γλώσσα, μύτη), προσφέρει στον άνθρωπο την δυνατότητα να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο επιβιώνει (Γιγής, 2003).

Το Νευρικό Σύστημα στηρίζει τη λειτουργία του σε εξειδικευμένα κύτταρα, τους λεγόμενους νευρώνες, οι οποίοι λαμβάνουν στο σημείο που βρίσκονται τα αισθητικά ερεθίσματα και στη συνέχεια τα μεταφέρουν στο μυϊκό σύστημα και στους αδένες, με σκοπό να παράγουν μηχανικό έργο.

Κάθε μεταβολή που αναγνωρίζει το ανθρώπινο σώμα από το εξωτερικό περιβάλλον συλλέγεται από τους υποδοχείς και μεταφέρεται απευθείας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Το Νευρικό Σύστημα δεν αποτελεί μονοδιάστατο κέντρο δράσης καθώς διαχωρίζεται στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, τα οποία στελεχώνουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και τα νεύρα, τα οποία συνιστούν το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (Γιγής, 2003).

1.3.1 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το σημαντικότερο εκτελεστικό όργανο του Νευρικού Συστήματος είναι το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), καθώς διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην επεξεργασία του μηνύματος – ερεθίσματος που αναγνωρίζεται από τα αισθητήρια όργανα του οργανισμού και στον έλεγχο πολυάριθμων λειτουργιών, όπως στη σκέψη, τη λογική, το συναίσθημα ή τη λήψη απόφασης (Γιγής, 2003).

Σε συνδυασμό με το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα, ρυθμίζουν τη συμπεριφορά και τη πλειοψηφία των ζωτικών δραστηριοτήτων του ανθρώπινου οργανισμού. Το ΚΝΣ περιλαμβάνει τρεις στιβάδες, τις αποκαλούμενες μήνιγγες (Γιγής, 2003):

- Στο εξωτερικό τοίχωμα εντοπίζεται η σκληρή μήνιγγα, η οποία έχει την πιο σκληρή μορφή από τις υπόλοιπες δύο.
- Στο δεύτερο επίπεδο από τη σκληρή μήνιγγα ανιχνεύεται η αραχνοειδής μήνιγγα, όπου ο χώρος ανάμεσα τους καλείται «υποσκληρίδιος χώρος» (η περιοχή που σχηματίζεται ανάμεσα σε σκληρή και αραχνοειδή μήνιγγα).
- Και τέλος, η χοριοειδής μήνιγγα, η οποία βρίσκεται στο εσωτερικό και εφάπτεται του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η χοριοειδής μήνιγγα δημιουργεί με τη σειρά της τον «υπαραχνοειδή χώρο» (η περιοχή που σχηματίζεται ανάμεσα σε αραχνοειδή και χοριοειδή μήνιγγα) (Γιγής, 2003).

1.3.2 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα είναι το δεύτερο τμήμα του Νευρικού Συστήματος, το οποίο αποτελείται από τα εγκεφαλικά και νωτιαία νεύρα, μαζί με τα νευρικά γάγγλια τους. Οι νευρώνες λαμβάνουν τα σήματα – ερεθίσματα από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό και στη συνέχεια τα μεταφέρουν στους περιφερικούς ιστούς. Αυτοί οι νευρώνες ονομάζονται «Απαγωγικοί», σε αντίθεση με τους «Προσαγωγικούς» νευρώνες, οι οποίοι μεταφέρουν τα σήματα από τους περιφερικούς ιστούς προς το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, δηλαδή τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα διαχωρίζεται στο (Μπαλτάς, 2000):

- Σωματικό Νευρικό Σύστημα: το οποίο δρα εκούσια και συντονίζει τις καθημερινές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, με την κίνηση των γραμμωτών μυών (Μπαλτάς, 2000).
- Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα: το οποίο δρα ακούσια και ελέγχει τις καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού, χωρίς όμως τη συνειδητή συμβολή του νου. Συγκεκριμένα, ρυθμίζει τα όργανα, τους ιστούς και τους αδένες του ανθρώπινου σώματος. Διαχωρίζεται σε δυο επιμέρους τμήματα, το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα και το Παρασυμπαθητικό Σύστημα. Η πρώτη κατηγορία είναι υπεύθυνη για την προετοιμασία των οργάνων σε φάση ετοιμότητας, όπως είναι η διαστολή της κόρης

των οφθαλμών σε αντανακλαστικό ερέθισμα, σε αντίθεση με τη δεύτερη κατηγορία, της οποίας κεντρικός ρόλος είναι η εξοικονόμηση και εναποθήκευση της ενέργειας (Μπαλτάς, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Το ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου διαδραματίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας του, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Διακρίνεται όμως, τις τελευταίες δεκαετίες, ένα χαρακτηριστικό φαινόμενο, κατά το οποίο ο οργανισμός παρουσιάζει σύγχυση στις κυτταρικές λειτουργίες του και αναγνωρίζει ως «εχθρό», στοιχεία του ίδιου του οργανισμού. Απόρροια αυτής της δυσλειτουργίας είναι η πυροδότηση αυτοάνοσων παθήσεων (Μπούρα, 2012).

Με τον όρο «αυτοάνοσα νοσήματα» εκφράζεται το σύνολο των παθήσεων που εκδηλώνονται από τον ανθρώπινο οργανισμό, λόγω μιας μη φυσιολογικής ανοσιακής απάντησης, η οποία δρα ενάντια στους δικούς της ιστούς. Υπάρχουν λοιπόν, περιστατικά με ανοσιακό χαρακτήρα, που παύουν να αναγνωρίζουν και να κατανοούν ορισμένα φυσιολογικά στοιχεία – συστατικά του σώματος και αρχίζουν να παράγουν αυτοαντισώματα, που στη συνέχεια επιτίθενται στα ίδια τα συστατικά, δηλαδή στα κύτταρα, τους ιστούς και σε όργανα. Αποτέλεσμα αυτής της μη ομαλής διεργασίας είναι η εκδήλωση φλεγμονής, η οποία καταλήγει σε νέκρωση ιστών ή σε επίμονα και χρόνια αυτοάνοσα συμπτώματα (Μπούρα, 2012).



2.1.1 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΩΝ

Η αιτιολογία της πυροδότησης αυτοάνοσων νοσημάτων παραμένει μέχρι σήμερα από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα άγνωστη. Δεν είναι επιστημονικώς τεκμηριωμένοι, οι λόγοι που το ανθρώπινο σώμα παρουσιάζει αυτοάνοσα συμπτώματα αλλά φαίνεται να συμβάλλει και η κληρονομική προδιάθεση. Συχνά το γενεαλογικό δένδρο ενός ατόμου αποδεικνύει ότι περισσότερα από ένα άτομα εμφανίζουν αυτοάνοση νόσο, χωρίς να είναι απαραίτητα της ίδιας μορφής (Ορφανού – Ταλιαδούρου, 2004).

Εκδηλώνεται συνήθως στον γυναικείο πληθυσμό παρά στο ανδρικό φύλο, καθώς το ποσοστό νοσηρότητας των γυναικών υπολογίζεται περίπου στο 75%. Βιβλιογραφικές παραπομπές αναφέρουν ότι η συχνότητα ανάπτυξης των αυτοάνοσων παθήσεων συνδέεται στενά με το βιοτικό επίπεδο. Μάλιστα, όσο υψηλότερο παρουσιάζεται το βιοτικό επίπεδο ενός πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πυροδότηση αυτοάνοσης δυσλειτουργίας των οργανισμών (Ορφανού – Ταλιαδούρου, 2004).

Φαίνεται πως η αλλαγή του τρόπου ζωής του ανθρώπου, η οποία παρεκκλίνει από το φυσιολογικό, συμβάλλει με κάποιο αιτιολογικό τρόπο στην ανοσιακή απάντηση του οργανισμού. Θέση σε ένα τέτοιο παράδειγμα φαίνεται να καταλαμβάνει τόσο το εξωγενές όσο και το ενδογενές άγχος ενός ατόμου, που πολλές φορές συμβάλλει στην έξαρση αυτοάνοσων συμπτωμάτων (Ορφανού – Ταλιαδούρου, 2004) .

Στη συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται η περιγραφή των επικρατέστερων παραγόντων, που φαίνεται να διαδραματίζουν αιτιολογική σχέση στην έναρξη αυτοάνοσων ασθενειών:

- ❖ Ιοί (εισβολή ιϊκού φορτίου στον οργανισμό του ατόμου, το οποίο διεγείρει μια ανοσιακή απάντηση, με αποτέλεσμα τα αντισώματα ή τα Τ κύτταρα να εμφανίζουν επιθετική λειτουργία στα φυσιολογικά κύτταρα, καθώς ένα δομικό τμήμα του κυττάρου μοιάζει με το δομικό τμήμα του λοιμογόνου μικροοργανισμού) (Συλλογικό έργο, 2007).
- ❖ Βακτήρια.
- ❖ Έκθεση σε χημικές ουσίες ή προϊόντα.
- ❖ Περιβαλλοντικά ερεθίσματα (ρύπανση, μόλυνση υδάτων, τοξικές ουσίες στη τροφική αλυσίδα).
- ❖ Φαρμακευτικές ουσίες (συμμετέχουν σε μετάλλαξη ή τροποποιήσεις κυττάρων και ιστών, που το ανοσολογικό σύστημα στη συνέχεια τα αναγνωρίζει ως «ξένα» στοιχεία μέσα στον οργανισμό, με αποτέλεσμα την παραγωγή αυτοαντισωμάτων, προκειμένου να τα καταπολεμήσει).
- ❖ Έκθεση σε ακτινοβολία (Συλλογικό έργο, 2007).
- ❖ Κύτταρα που η δράση τους ανιχνεύεται στην παραγωγή των αντισωμάτων και παρουσιάζουν δομικές διαταραχές, λόγω ηλικιακού επιπέδου ή βλάβης. Απόρροια αυτής της κυτταρικής διαταραχής είναι η παραγωγή μη φυσιολογικών αντισωμάτων, τα οποία αδυνατούν αναγνώρισης από το ανοσιακό σύστημα.

- ❖ Γενικευμένη κυτταρική διέγερση, λόγω εισόδου στην κυκλοφορία του αίματος, ουσίας που έχει απελευθερωθεί από τραυματισμένη ή νεκρωτική περιοχή του οργανισμού.
- ❖ Μεταβολή διατροφικών συνηθειών (τροφές με μειωμένα επίπεδα μεταλλικών στοιχείων, πρωτεϊνών, βιταμινών και ωμέγα 3 λιπαρών οξέων).
- ❖ Μειωμένη αντιοξειδωτική ικανότητα του οργανισμού.
- ❖ Πιθανή μεταβολή εντερικής χλωρίδας (π.χ. εντερικό μικροβίωμα) (Συλλογικό έργο, 2007).

2.1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Ανάλογα με την έκταση της βλάβης και τον εντοπισμό της, τα αυτοάνοσα νοσήματα διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα και τα οργανοειδικά αυτοάνοσα νοσήματα. Στα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα, η βλάβη επεκτείνεται σε πολλά όργανα σε αντίθεση με τα οργανοειδικά νοσήματα που η δυσλειτουργία εντοπίζεται σε ένα μόνο όργανο ή ιστό (Male, 2000).

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, στις οποίες η κατηγοριοποίηση των αυτοάνοσων παθήσεων, δημιουργούν ένα ασαφές κλίμα, καθώς σε περιστατικά με οργανοειδικά αυτοάνοσα νοσήματα, η βλάβη επεκτείνεται πολλές φορές πέραν των ιστών, βλάπτοντας έμμεσα άλλα συστήματα ή όργανα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα περιγράφεται με περιστατικό ατόμου που έχει διαγνωστεί με τη νόσο του Addison αλλά εκδηλώνει και συμπτώματα από Διαβήτη τύπου 1. Υπάρχουν μάλιστα και περιστατικά, στα οποία τα αντισώματα δεν είχαν σκοπό να προσβάλλουν κάποιο συγκεκριμένο όργανο ή ιστό αλλά προέκυψε στη συνέχεια, όπως τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα που παρουσιάζουν αντίδραση με τις πρωτεΐνες της πήξης στο αίμα, προκαλώντας τη δημιουργία θρόμβων μέσα στα αιμοφόρα αγγεία (Male, 2000).

Στη συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται η καταγραφή των αυτοάνοσων παθήσεων, ανάλογα με το σύστημα που έχει προσβληθεί από την ανοσολογική αντίδραση:

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ✓ Σκλήρυνση κατά Πλάκας.
- ✓ Μυασθένεια Gravis.
- ✓ Αυτοάνοσες Νευροπάθειες.
- ✓ Σύνδρομο Guillain-Barré (Male, 2000).

ΑΙΜΑ

- ✓ Αυτοάνοση Αιμολυτική Αναιμία.
- ✓ Κακοήθης Αναιμία.
- ✓ Αυτοάνοση Θρομβοκυτταροπενία (Male, 2000).

ΑΙΜΟΦΟΡΑ ΑΓΓΕΙΑ

- ✓ Κροταφική Αρτηρίτιδα.
- ✓ Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο.
- ✓ Αγγείτιδες όπως η Κοκκιωμάτωση Wegener.
- ✓ Νόσος του Αδαμαντιάδη Behcet (Male, 2000).

ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ

- ✓ Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου Ι.
- ✓ Θυρεοειδίτιδα του Hashimoto.
- ✓ Αυτοάνοση ωοθηκίτιδα και ορχίτιδα.
- ✓ Αυτοάνοση νόσος των επινεφριδίων αδένων (Male, 2000).

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ✓ Νόσος του Crohn.
- ✓ Ελκώδης Κολίτιδα.
- ✓ Πρωτοπαθής Χολική Κίρρωση.
- ✓ Αυτοάνοση Ηπατίτιδα (Male, 2000).

ΔΕΡΜΑ

- ✓ Λεύκη.
- ✓ Ψωρίαση.
- ✓ Ερπητοειδής Δερματίτιδα.
- ✓ Πέμφιγα και πεμφιγοειδές (Male, 2000).

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΟΡΓΑΝΑ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- ✓ Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα.
- ✓ Ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- ✓ Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος.
- ✓ Σκληρόδερμα.
- ✓ Πολυμυοσίτιδα.
- ✓ Δερματομυοσίτιδα.
- ✓ Σύνδρομο Sjogren (Male, 2000).

2.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΩΝ

Η διάγνωση των αυτοάνοσων παθήσεων αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία, καθώς απαιτεί τη διαφορική τους διάγνωση από ασθένειες του νευρικού και ορισμένες φορές του μυοσκελετικού συστήματος. Για να πραγματοποιηθεί η διαγνωστική προσέγγιση χρειάζεται η εκτίμηση και η παρακολούθηση συνδυαστικών εξετάσεων, όπως αιματολογικού και εργαστηριακού ελέγχου, ανίχνευσης αντισωμάτων, δεικτών φλεγμονής, απεικονιστικού ελέγχου και δραστηριότητας ζωτικών οργάνων. Πολλές φορές για να εκτιμηθεί ένα περιστατικό ως αυτοάνοσο θα πρέπει πρώτα να ανιχνευθεί εάν αναγνωρίζεται και συνυπάρχουσα νόσος στον οργανισμό του ασθενή.

Σήμερα, οι εκπρόσωποι του ιατρικού τομέα, έχουν ανιχνεύσει περισσότερες από 80 διαφορετικές μορφές αυτοάνοσων παθήσεων, με τη πλειοψηφία των νοσημάτων να μοιράζονται κοινή συμπτωματολογία. Αυτό λοιπόν, συνεπάγεται την αύξηση επικινδυνότητας για «σύγχυση» διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Άλλωστε, το επιστημονικό κοινό δεν αποκλείει τη προσβολή ενός οργανισμού από παραπάνω από ένα αυτοάνοσα νοσήματα.

Τις περισσότερες φορές, ο οργανισμός που παρουσιάζει μια αυτοάνοση νόσος, παρουσιάζει περιόδους ύφεσης, κατά τις οποίες εξαλείφονται τα κλινικά συμπτώματα ή να εμφανίζονται σε πολύ ήπια κλινική εικόνα. Μετά την περίοδο ύφεσης, ακολουθεί περίοδος έξαρσης, με τα συμπτώματα να επιδεινώνονται και να καθιστούν μη εφικτή τη καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενή. σε αυτό το σημείο, ο θεράπων ιατρός επεμβαίνει με υποστηρικτική θεραπεία, προκειμένου να επικεντρωθεί στην καταστολή ή στη μερική εξάλειψη της συμπτωματολογίας (Saunders, 2005).

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με το νόσημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως εκδηλώνεται έντονη κόπωση και πυρετός λόγω της δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού. Τα όργανα και οι ιστοί που πάσχουν συχνότερα είναι:

- Οι αρθρώσεις και οι συνδετικοί ιστοί (ιδίως των άνω άκρων).
- Το μυϊκό σύστημα.
- Η επιδερμίδα (σε σπάνιες περιπτώσεις).
- Τα ερυθρά αιμοσφαίρια.
- Τα αιμοφόρα αγγεία.
- Ο θύμος αδένας (Saunders, 2005).

2.1.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Η πλήρη θεραπευτική αντιμετώπιση των αυτοάνοσων παθήσεων αποτελεί ένα δυσχερές κομμάτι προσέγγισης του ιατρικού κλάδου, καθώς δεν υπάρχει σαφής κατευθυντήρια γραμμή για την αντιμετώπιση τους. Σε πολύ σπάνια περιστατικά ασθενών, η κλινική συμπτωματολογία υποχώρησε από μόνη της, χωρίς κάποια παρέμβαση. Η πλειονότητα των ατόμων που νοσούν από αυτοάνοσες ασθένειες παρουσιάζουν εξάρσεις στη συμπτωματολογία, με σταδιακές – μικρής διάρκειας – υφέσεις και με τη πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα εγκαθίστανται χρόνια, με ορισμένες φορές προοδευτική επιδείνωση (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).

Ο ιατρικός τομέας στοχεύει στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση των αυτοάνοσων νοσημάτων, μέσα από το σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχήματος. Οι τροποποιήσεις μπορεί να είναι αναγκαίες καθώς ελαχιστοποιούνται ή επιδεινώνονται τα συμπτώματα, με απώτερο σκοπό την ανακούφιση του ασθενή από τη κλινική εικόνα και τον περιορισμό των διαταραχών/βλαβών τόσο των οργάνων όσο και του μυϊκού συστήματος. Σήμερα, το θεραπευτικό πλάνο στηρίζεται κατά βάση στη συστηματική χορήγηση φαρμάκων, που προκαλούν μεταβολή του διεγερμένου ανοσολογικού συστήματος και σε επιμέρους υποστηρικτικούς παράγοντες, όπως αναλύονται στη συνέχεια (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013):

- ✓ Αντικατάσταση λειτουργίας πάσχοντος οργάνου: σε αυτή τη φάση κύριο μέλημα του θεράποντα ιατρού είναι η αντιμετώπιση της υπολειμματικής ή ολικής δυσλειτουργίας του οργάνου, που έχει προσβληθεί από το αυτοάνοσο νόσημα. Συνήθως αυτή η

προσέγγιση εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ασθενών με βλάβη στους ενδοκρινείς αδένες, όπως για παράδειγμα στην αυτοάνοση Θυρεοειδίτιδα. Σε αυτή τη μορφή αυτοάνοσου ο θυρεοειδής αδένας δεν μπορεί να επιτελέσει ομαλή λειτουργία, με αποτέλεσμα να απαιτείται η λήψη θυροξίνης, με σκοπό να αντικαταστήσει την υπάρχουσα δυσλειτουργία του πάσχοντος οργάνου (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).

- ✓ Μείωση ή εξάλειψη διέγερσης ανοσολογικού συστήματος: η διέγερση του ανοσιακού συστήματος εντοπίζεται σε μεγάλο βαθμό στα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα, στα οποία υπολειτουργούν περισσότερα από ένα όργανα. Σε τέτοιες καταστάσεις, η θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται με την χορήγηση ανοσοκατασταλτικών δραστικών ουσιών. Η λήψη αυτής της κατηγορίας φαρμάκων προσφέρει δύο θετικά αποτελέσματα. Αρχικά μειώνει τη διέγερση του ανοσιακού συστήματος και σε δεύτερη φάση προστατεύει την λειτουργία των υπόλοιπων οργάνων καθώς την διατηρεί ανέπαφη από τις επιπτώσεις του αυτοάνοσου νοσήματος. Με αυτό τον τρόπο, δεν επιτρέπει στο ανοσοποιητικό σύστημα να αναπτύσσει λοιμώξεις από πιθανή έκθεση του ασθενή σε λοιμογόνους παράγοντες (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).
- ✓ Σημαντική παράμετρος σε άτομα που παρουσιάζουν αυτοάνοσες παθήσεις αποτελεί ο ετήσιος εμβολιασμός τους, στην αρχή της χειμερινής περιόδου είτε με το αντιγριππικό είτε με αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο (το οποίο πραγματοποιείται ανά 5 έτη).
- ✓ Η θεραπευτική προσέγγιση ατόμων με αυτοάνοση νόσο, που λαμβάνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα κορτικοστεροειδή απαιτεί την παράλληλη προφύλαξη τους από τυχόν εκδήλωση οστεοπόρωσης και την φαρμακευτική τους κάλυψη έναντι της φυματίωσης (σε κρούσματα ασθενών με θετική την δερματική αντίδραση της φυματίνης).
- ✓ Επιμέρους υποστηρικτικά θεραπευτικά μέσα θεωρούνται η αποφυγή αγχώδους συμπεριφοράς με την εγκατάσταση του stress στην καθημερινότητα του ασθενή, η τακτική σωματική άσκηση (με στόχο την ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος) και η τήρηση ενός υγιεινού διατροφικού τρόπου ζωής (ιδιαίτερα με την αύξηση ω-3 λιπαρών οξέων που φαίνεται να μειώνουν σημεία φλεγμονής σε περιστατικά ασθενών με αρθρίτιδα) (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ): στη κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται δραστικές φαρμακευτικές ουσίες, όπως η ασπιρίνη, η ναπροξένη, η δικλοφενάκη, η ινδομεθακίνη και πολλά άλλα. Η επιλογή τους από το ιατρικό προσωπικό βασίζεται στη χρησιμότητα που προσφέρουν για την υποστηρικτική αντιμετώπιση πολυάριθμων αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως του ερυθηματώδη λύκο, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στη παιδική ηλικία, καθώς και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας των ενηλίκων. Με τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών ουσιών παρουσιάζεται μείωση του οιδήματος, του άλγους και της ερυθρότητας, σε σημείο που εκδηλώνει σημεία φλεγμονής. Πλέον στα ΜΣΑΦ συγκαταλέγονται και δυο νέες δραστικές ουσίες, η ροφεκοξίμη και η σελεκοξίμη.
- Βραδέως δρώντα φάρμακα: η αποτελεσματικότητα αυτών των φαρμάκων ξεκινά να παρουσιάζεται στη συμπτωματολογία του ασθενή, με το πέραςμα τριών μηνών από την ημέρα έναρξης του φαρμακευτικού πλάνου. Στα βραδέως δρώντα φάρμακα περιλαμβάνονται τα ανθελονοσιακά, τα άλατα χρυσού, η Δ-πενικιλλαμίνη και η σουλφασαλαζίνη. Όπως όλα τα φάρμακα, έτσι και αυτή η κατηγορία ουσιών συνοδεύεται από πιθανές παρενέργειες, ωστόσο είναι δυνατόν να εκδηλωθούν στο πρώτο εξάμηνο της θεραπείας του αυτοάνοσου νοσήματος. Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος που άτομα που βρίσκονται υπό φαρμακευτική κάλυψη βραδέως φαρμάκων, οφείλουν να πραγματοποιούν κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, αρχικά κάθε 3 με 4 εβδομάδες και στη συνέχεια της θεραπείας τους ανά 2 με 3 μήνες.
- Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα: αναφέρονται σε ουσίες που η δράση τους εστιάζει στη καταστολή του ανοσολογικού συστήματος. Σε αυτή τη κατηγορία συγκαταλέγονται τα κορτικοστεροειδή, όπως η κορτιζόνη, η πρεδνιζόνη και η μεθυλπρεδνιζολόνη, η μεθοτρεξάτη, η κυκλοσπορίνη Α, η κυκλοφωσφαμίδη, η αζαθειοπρίνη, η χλωραμβουκίλη και πολλά άλλα. Ο θεράπων ιατρός έχει τη δυνατότητα είτε να τα επιλέγει ως αποκλειστικό φαρμακευτικό σχήμα είτε να τα συνδυάζει με άλλες δραστικές ουσίες. Ένα σύνηθες παράδειγμα είναι η μεθοτρεξάτη συνδυαστικά με τη χορήγηση κυκλοσπορίνης -Α και κορτικοστεροειδή. Ένας σοβαρός επιβαρυντικός παράγοντας αυτής της κατηγορίας φαρμάκων είναι ότι ενώ προκαλεί καταστολή του ανοσολογικού συστήματος που βρίσκεται υπό συνθήκες διέγερσης, παράλληλα μειώνει σημαντικά το ανοσοποιητικό προφίλ του οργανισμού, με αποτέλεσμα το άτομο που παρουσιάζει αυτοάνοσο νόσημα να είναι ταυτοχρόνως ευάλωτο σε λοιμώξεις (λόγω μειωμένης αντίστασης της άμυνας). Έτσι, ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, χρήζουν ιδιαίτερης παρακολούθησης. Κλινική εικόνα

ατόμου εμπύρετου, με ρίγος, κεφαλαλγία, παραγωγικό βήχα, αναπνευστική δυσχέρεια και κοιλιακό άλγος, συνεπάγεται άμεση αξιολόγηση από θεράπων ιατρό. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι σήμερα, δύο ουσίες από αυτή τη κατηγορία φαρμάκων, όταν χορηγούνται συστηματικά για μεγάλο χρονικό πλαίσιο, θεωρούνται υπεύθυνες για την εκδήλωση νεοπλασμάτων κακοήθους μορφής, η κυκλοφωσφαμίδη και η χλωραμβουκίλη.

- Βιολογικού τύπου ουσίες: καλούνται και βιολογικοί παράγοντες και απευθύνονται σε ουσίες που διαθέτει είτε ο ίδιος ο οργανισμός είτε λαμβάνουν οι επιστήμονες την αυτούσια μορφή και ύστερα από μοριακή ή γενετική τροποποίηση την χορηγούν στον ασθενή, με σκοπό να πραγματοποιηθεί μεταβολή της ανοσολογικής «συμπεριφοράς». Σε αυτή τη μορφή φαρμακευτικής κάλυψης αυτοάνοσων παθήσεων, περιλαμβάνονται τα αντισώματα, η ιντερφερόνη Β και οι αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης των όγκων.

2.2 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS

Ο όρος «Μυασθένεια Gravis (M.G)» αναφέρεται σε ένα χρόνιο, αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο κύριο χαρακτηριστικό είναι η δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος, του ανθρώπινου οργανισμού. Για την ακρίβεια ο ασθενής εμφανίζει αυξημένη αδυναμία των σκελετικών μυών (Καπότης, 2002).

Σε βιβλιογραφικές παραπομπές, οι οποίες εστιάζουν περισσότερο στην νευρολογία του σώματος, αναφέρεται ως μια -χρόνιου τύπου- νευρομυϊκή δυσλειτουργία, η οποία ακολουθείται από μυϊκή αδυναμία που συντελεί στην επιταχυνόμενη εξουθένωση των εκούσιων σκελετικών μυών (Καπότης, 2002).

Περιλαμβάνεται στα αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί αντιδραστικά και επιθετικά στον ίδιο τον οργανισμό, με επίκεντρο τους υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, ουσίας που δρα ως νευροδιαβιβαστής στις νευρομυϊκές συνάψεις (στις περιοχές δηλαδή που αναγνωρίζεται η «επικοινωνία» νEURων και μυών μεταξύ τους).

Ο μηχανισμός της ακετυλοχολίνης εμφανίζεται κυρίως κατά την συγκέντρωση της σε μικρά κυστίδια των νευρικών απολήξεων, η οποία όταν αναγνωρίζει τον νευρικό παλμό απελευθερώνεται. Σε αυτή τη φάση αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στους υποδοχείς της και των μυών και έτσι αρχίζει μια περαιτέρω χημική διεργασία, η οποία καταλήγει στη μυϊκή συστολή (Καπότης, 2002).

Όταν όμως ο οργανισμός νοσεί από τη Μυασθένεια Gravis, παρατηρείται παραγωγή αντισωμάτων από τον ίδιο τον οργανισμό, που δρουν αρνητικά καθώς επιτίθενται στους υποδοχείς και ελαχιστοποιούν τον αριθμό τους, μειώνοντας αυτόματα και την δυνατότητα να προκληθεί μυϊκή συστολή (Καπότης, 2002).

Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα αναφέρει πως στην παραγωγή αυτών των αντισωμάτων αποδεικνύεται πως συμβάλλει η δράση του θύμου αδένος. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, η λειτουργία του θύμου αδένος είναι η έκκριση ορμονών που συμμετέχουν στη μεταφορά των μηνυμάτων των νευρομυϊκών συνάψεων. Επιπλέον, αναγνωρίζεται ως σημαντικό στοιχείο στην ομαλή και ισορροπημένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Σε ασθενείς όμως, που παρουσιάζουν διαταραχή M.G, ο θύμος αδένος εμφανίζεται με εξαιρετικά μεγαλύτερο μέγεθος και στη πλειονότητα των περιστατικών εκδηλώνει δυσλειτουργίες, με αποτέλεσμα την παραγωγή καλοήθων συνήθως όγκων, τα λεγόμενα «θυμώματα» (Μπούρα, 2012).

Απόρροια των αναφερομένων προβλημάτων αποτελεί η σταδιακή αποδυνάμωση του μυϊκού συστήματος. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η Μυασθένεια Gravis καταλήγει θανατηφόρα παρόλο που μπορεί να καταλήξει μέχρι σε αδυναμία μυών που συμμετέχουν στην αναπνευστική λειτουργία του ασθενή. Σε παγκόσμιο επίπεδο καταγράφεται ότι απευθύνεται σε περίπου 1.000.000 άτομα (Μπούρα, 2012).

2.3 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

Οι εκούσιοι μύς του μυοσκελετικού συστήματος δέχονται δράση ελέγχου από νευρικά σήματα, τα οποία έχουν ως αφετηρία τον ανθρώπινο εγκέφαλο. Τα νευρικά σήματα μεταδίδονται κατά μήκος των νευρών και φτάνουν στη περιοχή σύνδεσης τους με τις μυϊκές ίνες. Ωστόσο, οι νευρικές ίνες δεν διαθέτουν απευθείας επικοινωνία με τις ίνες των μυών. Διακρίνεται ένα σημείο ανάμεσα σε αυτά τα δύο στοιχεία, δηλαδή της απόληξης του νεύρου και των μυϊκών ινών που καλείται «νευρομυϊκή σύναψη» (Παρασκευάς, 2014).

Όταν λοιπόν, ο οργανισμός εκδηλώνει συμπτώματα της MG, έχει αποδειχθεί ότι ανευρίσκεται μια σημαντική διαταραχή στη μεταφορά των νευρικών σημάτων προς το μυϊκό σύστημα. Η διαταραχή αυτή στηρίζεται στην ουσία «ακετυλοχολίνη». Σε φυσιολογικές συνθήκες, όταν ένα σήμα μεταφέρεται κατά μήκος του νεύρου, στο σημείο απόληξης του νεύρου πραγματοποιείται η απελευθέρωση μιας νευρομυϊκής ουσίας, της λεγόμενης ακετυλοχολίνης. Η λειτουργία της στηρίζεται στην μεταφορά της εντός της νευρομυϊκής

σύναψης και στη δέσμευση της από τους υποδοχείς της. Με αυτό τον τρόπο γίνεται η ενεργοποίηση των μυών και στη συνέχεια η σύσπαση τους (Παρασκευάς, 2014).

Ένα δεύτερο σκέλος αιτιολογίας απευθύνεται στα αντισώματα, τα οποία συμμετέχουν σε σημαντικό βαθμό στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Η λειτουργία τους εστιάζει στην απομάκρυνση και καταστροφή ορισμένων ξένων πρωτεϊνών, τα λεγόμενα αντιγόνα, που μπορεί να είναι είτε βακτήρια είτε ιοί. Με αυτόν τον τρόπο απαλλάσσουν τον άνθρωπο από πιθανή εκδήλωση πάθησης (Παρασκευάς, 2014).

Ωστόσο, για λόγους που δεν έχουν αποδειχτεί ακόμη με απόλυτα τεκμηριωμένα επιστημονικό τρόπο, στη μυασθένεια Gravis τα αντισώματα δεν επιτρέπουν ή αλλοιώνουν ή καταστρέφουν τους υποδοχείς ακετυλοχολίνης κατά τη νευρομυϊκή σύναψη, με αποτέλεσμα να εξουδετερώνουν την αναμενόμενη σύσπαση των μυών. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι αυτά τα «ανασταλτικά» αντισώματα, είναι προϊόν παραγωγής του ίδιου του οργανισμού και δεν εντοπίζονται από άλλους μεταβλητούς παράγοντες (π.χ. εμβόλια) (Παρασκευάς, 2014).

Για τους αναφερόμενους λοιπόν λόγους, η μυασθένεια Gravis αναγνωρίζεται από το επιστημονικό κοινό ως μια αυτοάνοση διαταραχή, διότι ενώ το ανοσοποιητικό σύστημα προφυλάσσει τον οργανισμό από ξένους – καταστρεπτικούς οργανισμούς, στη συγκεκριμένη περίπτωση επιτίθεται στον ίδιο τον οργανισμό και τον νοσεί (Παυλάτου, 2005).

Τέλος, σε αυτή την βιβλιογραφική αναφορά θα πρέπει να συμπεριληφθεί η πληροφορία ότι η MG συνδέεται «αιτιολογικά» πολλές φορές με ανωμαλίες, προερχόμενες από τον θύμο αδέν. Αυτές οι διαταραχές παράγονται κατά βάση σε ασθενείς που φέρουν υψηλές τιμές αντισωμάτων στον ορό και διακρίνονται σε δυο σημαντικές κατηγορίες:

- ❖ Υπερπλασία του θύμου αδέν: η οποία για να εμφανιστεί στον άνθρωπο προϋποθέτει την παράλληλη υψηλή αύξηση (ή μη ατροφία) του θύμου αδέν. Απαντάται σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 50 έως 60% και προδιαθέτει κατά κύριο λόγο άτομα νεαρής ηλικίας, με τις γυναίκες να υπερτερούν στο συνολικό ποσοστό (Παυλάτου, 2005).
- ❖ Το θύμωμα (όγκος του θύμου αδέν), το οποίο ανευρίσκεται σε μικρότερο ποσοστό στον πληθυσμό, περίπου 10 με 20% και απευθύνεται συνήθως σε ηλικίες μεγαλύτερες των 40 ετών (Παυλάτου, 2005).

2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

Η ανάπτυξη και εξέλιξη της συμπτωματολογίας ξεκινά με την αρχή δυσλειτουργίας της νευρομυϊκής σύναψης. Όταν η ποσότητα της ακετυλοχολίνης που εκκρίνει ο οργανισμός απαντά λιγότερο επίπεδο υποδοχέων, τότε θεωρητικά αρχίζουν τα πρώτα σημεία στην κλινική εικόνα του ατόμου. Ένα ποσοστό μεταξύ 12% και 17% απευθύνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν γενικευμένη μυασθένεια και δεν αναγνωρίζονται σε αυτή τη φάση αντισώματα έναντι των υποδοχέων ακετυλοχολίνης.

Παρόλο που η Μυασθένεια Gravis δεν εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο σημείο του μυϊκού συστήματος, εντούτοις στην πλειονότητα των περιστατικών το πρώτο εμφανές κλινικό σημείο είναι η αδυναμία των μυών του οφθαλμού, που συνεπάγεται στη συνέχεια την πτώση του αντίστοιχου βλεφάρου. Πολλές φορές μπορεί να προσβληθούν ταυτόχρονα και οι δυο οφθαλμοί με ακολουθία την βλεφαρόπτωση. Αυτό λοιπόν, ως κύριο χαρακτηριστικό της MG επιφέρει στον ασθενή την αλλοίωση της οπτικής του ικανότητας, με αποτέλεσμα την παραμόρφωση του οπτικού του πεδίου (Barrett, 2002).

Σε μικρότερο ποσοστό του πληθυσμού που νοσεί από τη Μυασθένεια Gravis, η έναρξη της συμπτωματολογίας απευθύνεται σε αρχικό στάδιο στη δυσκολία κατάποσης ή στην διαταραχή του προφορικού λόγου. Επιπλέον, η σταδιακή εξέλιξη της νόσου αναγνωρίζεται από την επιρροή και των υπόλοιπων μυών του προσώπου, που αρχίζουν να αλλοιώνουν τις εκφράσεις του προσώπου.

Η σοβαρότητα της κλινικής εικόνας δεν παρουσιάζει σταθερά «κατευθυντήρια» στάδια αλλά διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Μπορεί να επικεντρώνεται αποκλειστικά στους μύες περιμετρικά των οφθαλμών, μπορεί όμως να εκδηλώνεται και με μια πιο γενικευμένη συμπτωματολογία. Περιστατικά υψηλού κινδύνου, θεωρούνται τα άτομα που φέρουν μυϊκή αδυναμία στους καρπούς, στα δάκτυλα των άνω και κάτω άκρων και στη συνέχεια στους μύς που περικλείουν τη σπονδυλική στήλη. Σε αυτούς τους ασθενείς, η σοβαρή μυϊκή αδυναμία των μυών ενδέχεται να μεταφερθεί και στο αναπνευστικό σύστημα, προκαλώντας αναπνευστική ανεπάρκεια (Barrett, 2002).

Σε καταστάσεις που η Μυασθένεια Gravis επηρεάζει την αναπνοή του ασθενή παρουσιάζεται μια μη αναστρέψιμη κλινική εικόνα, κατά την οποία οι μύες που συμμετέχουν στην αναπνευστική λειτουργία, αδυνατούν να παράγουν έργο αναπνοής, με αποτέλεσμα την έντονη δύσπνοια που χρήζει τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του ασθενή. Η έναρξη αυτής της οξείας εικόνας συνήθως είναι αιφνίδια και εντοπίζεται κυρίως σε ηλικίες άνω των 40 ετών. Η υπόλοιπη συμπτωματολογία, προέρχεται από τη μυϊκή ατονία των εκούσιων μυών, οι οποίοι νευρώνονται από τα 10 εγκεφαλικά νεύρα του εγκεφαλικού στελέχους (Barrett, 2002).

Συνοψίζοντας τη κλινική εικόνα ασθενούς με Μυασθένεια Gravis, παρατηρούνται τα ακόλουθα συμπτώματα:

- ✓ Μυϊκή ατονία οφθαλμικών μυών.
- ✓ Βλεφαρόπτωση, είτε στο ένα βλέφαρο είτε και στα δύο.
- ✓ Εκδήλωση διπλωπίας.
- ✓ Δυσκαταποσία.
- ✓ Αδυναμία μάσησης τροφής.
- ✓ Διαταγμένος προφορικός λόγος ή αδυναμία ομιλίας.
- ✓ Αναπνευστική ανεπάρκεια.
- ✓ Καταβολή μυών προσώπου – αλλοίωση έκφρασης προσώπου.
- ✓ Μειωμένη κινητικότητα άνω ή κάτω άκρων.
- ✓ Εύκολη σωματική κόπωση.
- ✓ Αδυναμία ισορροπίας - μη φυσιολογικό βάδισμα.
- ✓ Ακινησία των δακτύλων άνω ή κάτω άκρων.
- ✓ Ποσοστό μεταξύ 10%-20% των πασχόντων από τη MG, παρουσιάζει όγκο του θύμου αδένος (Συλλογικό έργο, 2007).



Η μυϊκή ατονία, το κυριότερο χαρακτηριστικό σημείο της Μυασθένειας Gravis, παρουσιάζει έναρξη σε διάστημα λίγων ημερών ή εβδομάδων και μπορεί να διατηρηθεί σε σταθερό σημείο, χωρίς να επιδεινώνεται ακόμη και για διάστημα 2 ετών. Ωστόσο, η επικινδυνότητα της εξέλιξης κρίνεται εξατομικευμένα καθώς ο κάθε ασθενής φέρει διαφορετικό ιστορικό υγείας (Συλλογικό έργο, 2007).

Ο ιατρικός τομέας αναφέρει ότι στη πλειονότητα των περιπτώσεων φαίνεται πως η μυϊκή αδυναμία επιδεινώνεται κατά τη σωματική άσκηση ή όταν αναγνωρίζονται στον οργανισμό συνυπάρχουσες νόσοι. Μάλιστα, το σύμπτωμα γίνεται πιο έντονο τις βραδινές ώρες, με τη πάροδο της καθημερινής δραστηριότητας ή στις γυναίκες τις ημέρες που εμφανίζουν έμμηνο ρύση.

Αντιθέτως, η κατάπτωση των οφθαλμικών μυών και η βλεφαρόπτωση απαιτεί την αποφυγή έντονου διαβάσματος (μικρές γραμματοσειρές με χαμηλό φωτισμό), την πολύωρη παρακολούθηση υπολογιστή – κινητού ή τηλεόρασης και την οδήγηση σε υψηλό ηλιακό περιβάλλον (ιδίως τις μεσημεριανές ώρες των καλοκαιρινών μηνών) (Συλλογικό έργο, 2007).

2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η Μυασθένεια Gravis αποτελεί ένα αυτοάνοσο νόσημα που δεν παρουσιάζει διακρίσεις στον πληθυσμό, μπορεί να επηρεάσει τόσο το ανδρικό όσο και το γυναικείο φύλο. Συνήθως απευθύνεται σε άτομα ηλικιακού επιπέδου μεταξύ 40 με 60 ετών. Τα επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν ότι το ποσοστό εκδήλωσης του αυτοάνοσου νοσήματος υπολογίζεται ότι καταφθάνει τους 20 στους 100.000 του συνολικού πληθυσμού (Συλλογικό έργο, 2010, Μπούρα, 2012).

Ως μη διαγνωστικά προσεγγίσιμη πάθηση, η επιστημονική κοινότητα διχάζει για το ακριβές επιδημιολογικό αντίκτυπο της Μυασθένειας Gravis στο πληθυσμό και τονίζει ότι το ποσοστό εκδήλωσης ίσως να είναι μεγαλύτερο. Δεν μεταφέρεται από γενιά σε γενιά καθώς έχει αποκλειστεί η κληρονομική της μεταβίβαση αλλά ενδέχεται σποραδικά να παρουσιαστεί σε περισσότερα από ένα άτομα της ίδιας οικογένειας. Ωστόσο, άτομο που προέρχεται από οικογένεια με μέλος που νοσεί από τη Μ.Γ., παρουσιάζει περίπου 1000 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει το αυτοάνοσο νόσημα, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Συλλογικό έργο, 2010, Μπούρα, 2012).

Σε διεθνή κλίμακα, τα επιδημιολογικά αποτελέσματα της Μυασθένειας Gravis, εμφανίζουν σημαντική διακύμανση σε ότι αφορά τα στοιχεία των επιπτώσεων ετησίως. Υπολογίζονται 1 μέχρι 15 άτομα ανά εκατομμύριο και ο επιπολασμός απευθύνεται από 3,05 έως 175 ανά εκατομμύριο. Ωστόσο, οι αποκλίσεις στις τιμές αιτιολογούνται, λόγω του περιορισμένου αριθμού δειγμάτων (Συλλογικό έργο, 2010, Μπούρα, 2012).

Βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν ότι από τη δεκαετία του 1950 μέχρι και σήμερα, ο αριθμός των ατόμων που νοσούν από τη Μυασθένεια Gravis παρουσιάζει καθοδική πορεία. Σε αυτή τη διαπίστωση έχει συμβάλει σε σημαντικό βαθμό η εξέλιξη των διαγνωστικών

μεθόδων και η ελαχιστοποίηση της θνησιμότητας, λόγω των καινούργιων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Στον Ελλαδικό χώρο, η μεγαλύτερη μελέτη επιδημιολογικού χαρακτήρα, έχει λάβει χώρα μεταξύ του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur και της Νευρολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών. Σε αυτή τη μελέτη αναφέρεται ότι το μέσο ηλικιακό επίπεδο εκδήλωσης της M.G για τον ελληνικό πληθυσμό απευθύνεται στο 46^ο έτος με 40,16 για το γυναικείο φύλο και 54,46 για τον ανδρικό πληθυσμό (Συλλογικό έργο, 2010, Μπούρα, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΚΑΙ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ

3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

Η διάγνωση της Μυασθένειας Gravis δεν αποτελεί μια εύκολη διαδικασία για τους θεράποντες ιατρούς καθώς η μυϊκή αδυναμία, κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της νόσου, αποτελεί κλινική εικόνα ίδιας αξίας και σε άλλες αυτοάνοσες παθήσεις. Αυτό συνεπάγεται την καθυστερημένη πολλές φορές διαγνωστική προσέγγιση για 2 ή και περισσότερα έτη, καθώς η συμπτωματολογία αργεί να εκδηλωθεί συστηματικά σε όλα τα διαγνωστικά κριτήρια όπως θα αναφερθεί και στη συνέχεια του κεφαλαίου (Καπότης, 2002)

Η διάγνωση της MG, όπως και του συνόλου των παθήσεων που πλήττουν τον ανθρώπινο οργανισμό, στηρίζεται σαν πρώτη εικόνα στην εκτέλεση αιματολογικών εξετάσεων που παρουσιάζουν το γενικότερο επίπεδο υγείας του ατόμου και στην αναθεώρηση του ιατρικού ιστορικού είτε με την κλινική εκτίμηση είτε με την νευρολογική αξιολόγηση. Η εστία της διάγνωσης στηρίζεται κατά βάθος στην ανεύρεση σημείων όπως διαταραχές κινητικότητας οφθαλμών και μυϊκής αδυναμίας, με σημαντική προϋπόθεση την αντίληψη αισθητικότητας. Σε δεύτερη φάση περιλαμβάνονται πιο ειδικές τεχνικές που μπορούν να επιβεβαιώσουν την διάγνωση όπως για παράδειγμα μια εξειδικευμένη ανάλυση αίματος αντισωμάτων έναντι των υποδοχέων ακετυλοχολίνης ή η ανάγκη ηλεκτρομυογραφήματος για νευρολογική τοποθέτηση (Καπότης, 2002).

Η διαγνωστική διερεύνηση της Μυασθένειας Gravis στηρίζεται στις ακόλουθες πρακτικές:

- ✓ Λήψη ατομικού ιστορικού (κληρονομική διάθεση, προϋπάρχων νόσημα, ιστορικό υγείας).
- ✓ Αιματολογικός έλεγχος.
- ✓ Κλινική και νευρολογική εκτίμηση (ηλεκτρομυογραφία).
- ✓ Απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφία – αξονική τομογραφία).
- ✓ Ενδοφλέβια αντιχολινεστεράση ή δοκιμασία Tensilon.

Ο αιματολογικός έλεγχος στηρίζεται στον προσδιορισμό των επιπέδων ορού σε σχέση με την ύπαρξη συγκεκριμένων επιπέδων αντισωμάτων. Για την ακρίβεια ελέγχονται και αξιολογούνται αντισώματα που παρουσιάζουν δέσμευση με την AChR, αντισώματα που

ρυθμίζουν την AChR και τέλος αντιστασιακά αντισώματα. Όταν τα επίπεδα αυτών των αντισωμάτων βρίσκονται σε υψηλές συγκεντρώσεις τότε πιθανολογείται εκδήλωση Μυασθένειας Gravis (Καπότης, 2002, Barrett, 2002).

Η νευρολογική εκτίμηση εστιάζει στην ανταπόκριση των μυϊκών τόνων έναντι των ερεθισμάτων και των δοκιμών που υπόκεινται ο ασθενής. Ο νευρολόγος αξιολογεί την μυϊκή ένταση, την αδυναμία μυϊκής σύσπασης και την αντανάκλαστικότητα εικόνα των μυών. Επιπλέον, προσπαθεί να αναγνωρίσει συμπτώματα που συνδέονται στενά με τη MG, όπως μη φυσιολογική ακολουθία των οφθαλμών, αδυναμία εκτέλεσης συγκεκριμένων εντολών με την οπτική κινητικότητα και σε ορισμένες περιπτώσεις οίδημα περιμετρικά των βλεφάρων. Στη νευρολογική διερεύνηση σημαντική θέση κατέχει και η έννοια της κόπωσης, δηλαδή του αποτελέσματος που προκύπτει από την ανάγκη διατήρησης μιας συγκεκριμένης θέσης έναντι πιθανής αντίστασης, σε συνάρτηση πάντα με το χρονικό περιορισμό που δίνεται στο άτομο (Καπότης, 2002, Barrett, 2002).

Σημαντικό σκέλος της διαγνωστικής εκτίμησης στην Μυασθένεια Gravis θεωρείται και η ανάκτηση πληροφοριών από τον απεικονιστικό έλεγχο. Στις απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνεται η ακτινογραφία θώρακος και η υπολογιστική τομογραφία (αξονική τομογραφία), που σκοπό έχουν την ανεύρεση τυχόν του μεγεθυμένου θύμου αδένος (Καπότης, 2002, Barrett, 2002).

3.1.1 ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΗΜΑ (E.M.G)

Το ηλεκτρομυογράφημα (EMG) αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα διαγνωστικά εργαλεία, που διαθέτει αυτή τη στιγμή ο χώρος της Ιατρικής Επιστήμης, στην αναγνώριση ενδείξεων ή συμπτωμάτων της Μυασθένειας Gravis. Κύριος ρόλος της εξέτασης είναι η αποσαφήνιση της λειτουργίας του μυϊκού συστήματος και των νευρικών κυττάρων. Κατά την εκτέλεση αυτής της απεικονιστικής εξέτασης, μυϊκές ίνες διεγείρονται με ηλεκτρικούς παλμούς, αναδεικνύοντας τις δυσλειτουργικές μεταδόσεις σημάτων ανάμεσα στα νεύρα και τους μύες. Το ηλεκτρομυογράφημα, σε ένα άτομο που νοσεί από τη M.G., θα υποδείξει απεικονιστικά ότι οι νευρικές ίνες δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις επαναλαμβανόμενες ηλεκτρικές διεγέρσεις, συγκριτικά με το μυϊκό σύστημα ατόμων που δεν έχουν προσβληθεί από τη Μυασθένεια Gravis. Η εξέταση περιλαμβάνει δύο φάσεις (Γερμενής, 2000):

- Τον νευροφυσιολογικό έλεγχο, δηλαδή την παρακολούθηση των ταχυτήτων αγωγής των νεύρων.
- Το μυογράφημα. Την εκτίμηση, μέσα από τον έλεγχο, της λειτουργίας του μυϊκού συστήματος.

Η πραγματοποίηση του ηλεκτρομυογραφήματος επιτυγχάνεται με την εφαρμογή ηλεκτροδίων στη δερματική επιφάνεια του ατόμου, τα οποία θα εκπέμπουν ηλεκτρικό ρεύμα στα εξεταζόμενα σημεία, για ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, ή και με βελονοειδή ηλεκτρόδια, δηλαδή αμελητέου πάχους αποστειρωμένες βελόνες). Η διάρκεια της διαγνωστικής πράξης δεν υπερβαίνει τα 40 λεπτά και απαιτεί χρήση του μηχανήματος και αξιολόγηση αποκλειστικά από νευρολόγο, ειδικής κατάρτισης. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το ΗΜΓ αποτελείται από ένα σύνολο επιμέρους εξετάσεων ή σταδίων:

- Τη κύρια φάση ηλεκτρομυογραφήματος.
- Τη ρύθμιση κινήσεων και ταχύτητας κατά την αγωγή των νεύρων.
- Τη ταχύτητα στα αισθητικά ερεθίσματα κατά την αγωγή των νεύρων.
- Το F-κύμα.
- Το H-reflex.
- Τη δοκιμασία Desmedt, μια σειρά από επαναλήψεις διαφορετικών ή ίδιων ερεθισμών (Γερμενής, 2000).

Οι φάσεις αυτές, κατά την εκτέλεση του μυογραφήματος, προσφέρουν τη δυνατότητα στο νευρολόγο να διακρίνει εάν μια δυσλειτουργία παθολογικού χαρακτήρα, προέρχεται είτε από διαταραχή των περιφερικών νεύρων και της νευρομυϊκής σύναψης είτε από το μυϊκό σύστημα. Επιπλέον, δίνονται πληροφορίες για την έκταση της βλάβης, εάν θεωρείται επεκταμένη διαταραχή ή περιορισμένης έκτασης, το ακριβές σημείο ανίχνευσης, τη χρονική προέλευση της βλάβης, εάν οι κλινικές ενδείξεις της Μυασθένειας Gravis είναι πρόσφατες ή παλαιότερης αιτιολογίας, το βαθμό βαρύτητας και μάλιστα ο νευρολόγος με τη καταγραφή αυτών των στοιχείων, μπορεί να υπολογίσει με γνώμονα τον χρόνο πόσο ενδέχεται να διαρκέσει το σχήμα υποστηρικτικής θεραπείας ή αποκατάστασης της Μ.Γ. (Γερμενής, 2000).

3.1.2 ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ TENSILON

Συγκαταλέγεται στο φάσμα των εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων της Μυασθένειας Gravis. Καλείται και «Ενδοφλέβια Χορήγηση Tensilon – Tensilon test». Πρόκειται για χορήγηση μιας ουσίας – μέσω της ενδοφλέβιας οδού – η οποία παρεμποδίζει την αποσύνθεση της ακετυλοχολίνης και με σταδιακό ρυθμό πολλαπλασιάζει τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης, στο στάδιο της νευρομυϊκής σύναψης. Αυτό επιτρέπει στα άτομα που παρουσιάζουν ενδεικτικά σημεία Μυασθένειας Gravis να διαθέτουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα καλύτερη μυϊκή σύσπαση (ελαχιστοποιείται η μυϊκή αδυναμία) (Καπότης, 2002).

Ωστόσο, ο ρόλος της καταλαμβάνει σπουδαίο μέρος και στην ανάγκη της διαφορικής διάγνωσης, καθώς η δοκιμασία Tensilon αποτελεί φαρμακολογική εξακρίβωση επιμέρους νευρικών παθήσεων, όπως τη διαφορά μιας μυασθενικής κρίσης από μια χολινεργική κρίση, σε ασθενείς που ακολουθούν φαρμακευτική θεραπεία για τη Μυασθένεια Gravis (Καπότης, 2002).

Ως προς την διεξαγωγή αυτή της διαγνωστικής μεθόδου, θα πρέπει να αναφερθεί ότι αρχικά πραγματοποιείται λήψη ζωτικών σημείων και στη συνέχεια ετοιμάζονται δυο σύριγγες, η μια με 10 mg υδροχλωριούχου αργινίου και η δεύτερη με 2 mg ατροπίνη (σε περίπτωση έναρξης χολινεργικής κρίσης). Ο εξειδικευμένος νευρολόγος αφού εκτιμήσει τη παρούσα κλινική εικόνα του περιστατικού, εγχύνει αρχικά τα 2 mg edrophonium, μέσω της ενδοφλέβιας οδού και αφού διανύσει το χρονικό πλαίσιο των 30 δευτερολέπτων, συνεχίζει με τη έγχυση των υπόλοιπων 8 mg edrophonium. Αυτή η χρονική αναμονή εξασφαλίζει την ασφάλεια τυχόν ανεπιθύμητων παρενεργειών στον ασθενή (Καπότης, 2002).

Σε αυτή τη φάση, ο νευρολόγος αναμένει να δει το ακόλουθο ενδεικτικό σημείο. Ο ασθενής που νοσεί από τη Μυασθένεια Gravis αρχίζει να εμφανίζει αυξημένο μυϊκό τόνο, με επαναλαμβανόμενες επαναλήψεις μυϊκής αντοχής, σε αντίθεση με τα άτομα που δεν φέρουν νευρολογικές αλλοιώσεις ή δεν νοσούν από τη M.G. και δεν αισθάνονται καμία διαφορά. Η εκτίμηση θα πρέπει να είναι γρήγορη καθώς η δράση του edrophonium διαρκεί περίπου 10 λεπτά.

Επιλέγεται το edrophonium, διότι καθιστά δυνατή τη συσσώρευση ακετυλοχολίνης (Ach) στις νευρομυϊκές ενώσεις και με αυτό τον τρόπο παραμένει μεγαλύτερη ποσότητα Ach διαθέσιμη στους μυϊκούς υποδοχείς, μεγιστοποιώντας την μυϊκή αντοχή σε αυτούς που νοσούν από τη Μυασθένεια Gravis (Καπότης, 2002)

Εντούτοις, σε κάθε περίπτωση οι προφυλάξεις διαδραματίζουν το σπουδαιότερο ρόλο. Η καταγραφή του ατομικού ιστορικού και η φυσική – κλινική εκτίμηση θα πρέπει να εξασφαλίζονται πριν την εξέταση, προκειμένου να αποκλειστούν οι πιθανότητες τυχόν υπερευαισθησίας, κύησης, θηλασμού ή ακόμη και εντερικής απόφραξης. Επιπλέον, κατά τη

διεξαγωγή της διαγνωστικής μεθόδου, λαμβάνεται μέριμνα για ασθενείς ηλικιακού επιπέδου μεγαλύτερο των 50 ετών και ιδίως αν η φαρμακευτική τους αγωγή περιλαμβάνει κορτικοστεροειδή ή προχολινεργικά φάρμακα (Καπότης, 2002).

3.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

Τα θεραπευτικά σχήματα της Μυασθένειας Gravis εστιάζουν αρχικά στην ενδυνάμωση ή βελτίωση του μυϊκού συστήματος, στοχεύοντας μακροπρόθεσμα στην καλυτέρευση της συμπτωματολογίας της MG. Ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και το ιστορικό υγείας του ασθενή, σχεδιάζεται μια εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση, με σκοπό να περιοριστεί στο μέγιστο βαθμό το σύνολο των επιπτώσεων της νόσου στις καθημερινές λειτουργίες του πάσχοντα. Σπουδαίο ρόλο βέβαια, διαδραματίζει και η συμμόρφωση - συνεργασία του ασθενή στο πλάνο θεραπείας (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).

Σε περιστατικά ατόμων, που νοσούν από τη M.G., αλλά δεν έχουν παρουσιάσει κάποιον όγκο ή έκδηλη υπερπλασία του θύμου αδένος, τότε η απόφαση του θεράποντα ιατρού για θυμεκτομή χρήζει διερεύνηση. Σύμφωνα με την American Academy of Neurology, η πράξη της θυμεκτομής, ως θεραπευτική παρέμβαση στη Μυασθένεια Gravis, αλλά σε πάσχοντες χωρίς θύμωμα, επιλέγεται ως μέθοδος αντιμετώπισης στοχεύοντας στην μεγιστοποίηση της πιθανότητας της ολικής εξάλειψης της συμπτωματολογίας.

Η φαρμακευτική αγωγή, ως συνιστώσα του θεραπευτικού σχήματος, εστιάζει στην προαγωγή της νευρομυϊκής μετάδοσης των ερεθισμάτων και παράλληλα στην βελτίωση των μυών, που αδυνατούν να παράγουν σύσπαση. Σε δεύτερη φάση, η χορήγηση κατάλληλων δραστικών ουσιών (όπως τα ανοσοκατασταλτικά) θα καταστείλουν τη διέγερση του ανοσολογικού συστήματος και θα επιφέρουν καταστολή της παραγωγής των αυτοαντισωμάτων (των αντισωμάτων δηλαδή που στρέφονται στην καταστροφή των ίδιων των ιστών του οργανισμού) (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).

Σε περιστατικά ασθενών, ιδίως όταν διανύουν την 2^η με 3^η δεκαετία της ηλικίας τους, που τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων αποδεικνύουν ότι έχουν προσβληθεί προ διετίας από τη M.G. και φέρουν θετικό τεστ αντισωμάτων, τότε η χειρουργική παρέμβαση με αφαίρεση του θύμου αδένος, συμβάλλει στη μελλοντική διατήρηση της συμπτωματολογίας σε ικανοποιητικά επίπεδα (Συλλογικό έργο, 2010, Συλλογικό έργο, 2013).

3.2.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ENANTI ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

Το φαρμακευτικό πλάνο που ακολουθεί ένας ασθενής με Μυασθένεια Gravis είναι παρόμοιο με τη φαρμακευτική κάλυψη των αυτοάνοσων παθήσεων, καθώς δεν έχει αναγνωριστεί μέχρι σήμερα ένα σαφές φαρμακευτικό πλαίσιο για την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η φαρμακευτική αγωγή λοιπόν, επικεντρώνεται στην λήψη αντι-χολινεστεράσης ή αναστολέων χολινεστεράσης, που ενισχύουν τη μετάδοση των νευρομυϊκών ώσεων και συμμετέχουν στην ομαλή φυσιολογία του μυϊκού συστήματος. Βελτιώνουν ή συντηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα τη μυϊκή εξάντληση των μυών, προσφέροντας στον ασθενή την δυνατότητα εφαρμογής και κάποιου φυσιοθεραπευτικού σχήματος, προκειμένου να μην τεθούν σε «έκτατη ανάγκη» ιδίως οι μυς του αναπνευστικού συστήματος (Roitt, 2000).

Κύριο χαρακτηριστικό φάρμακο της M.G αποτελεί η πυριδοστυγμίνη, με την εμπορική ονομασία Mestinon. Πολλές φορές χορηγείται παράλληλα με κάποια ανοσοκατασταλτική δραστική ουσία, όπως η Azathioprine (Imuran) και κυρίως στεροειδή, με πρώτο στην επιλογή των ιατρών την πρεδνιζόνη. Η πυριδοστυγμίνη επιλέγεται κατά βάση λόγω της ισχυρής δράσης της στην ενίσχυση της μετάδοσης των ώσεων, ανάμεσα στα νεύρα και τους μυς. Λαμβάνεται συνήθως πριν τη λήψη τροφής, καθώς βοηθάει άμεσα την υποχώρηση των συμπτωμάτων αδυναμίας μάσησης και δυσκαταποσίας (Roitt, 2000).

Σε ορισμένα περιστατικά, όταν κρίνεται αναγκαίο από τον θεράπων ιατρό χορηγούνται δραστικές ουσίες που καταστέλλουν το ανοσιακό σύστημα, προκειμένου να μην βρίσκεται σε διέγερση (ουσίες ίδιες με την πρεδνιζόνη), όπως η αζαθειοπρίνη, η κυκλοσπορίνη, η μυκοφеноλάτη και η ανοσοσφαιρίνη (Roitt, 2000).

3.2.2 ΘΥΜΕΚΤΟΜΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Με τον όρο «θυμεκτομή» καλείται η διαδικασία της χειρουργικής αφαίρεσης του θύμου αδένος, σε περιστατικά ασθενών που εμφανίζουν γενικευμένη Μυασθένεια, βαριάς μορφής. Για να χαρακτηριστεί από επιτυχία μια τέτοια προσπάθεια, ο ιατρικός κλάδος συνήθως αναζητά ορισμένους άτυπους προγνωστικούς παράγοντες, όπως το ηλικιακό επίπεδο και το μέγεθος της υπερπλασίας του θύμου αδένος. Φαίνεται λοιπόν, ότι ασθενείς κάτω των 50 ετών και ειδικότερα μικρότεροι των 35 ετών, που παρουσιάζουν Μυασθένεια για χρόνο μικρότερο των 5 ετών, εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα θυμεκτομής, καθώς ποσοστό αυτών περίπου 40% ακολουθεί πλήρη ύφεση.

Μάλιστα, τα αποτελέσματα διευρύνουν τις δράσεις τους αφού είναι αποδεκτό ότι το μεγαλύτερο μέρος των χειρουργημένων ασθενών δεν χρειάζεται να ακολουθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, φαρμακευτική κάλυψη έναντι της νόσου. Συγκεκριμένα, βιβλιογραφικές

πηγές αναφέρουν ότι ένα άτομο που φέρει M.G. και έχει υποβληθεί σε χειρουργική αφαίρεση του θύμου αδένου, παρουσιάζει δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει ύφεση, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων. Επιπλέον, παρουσιάζει περίπου μιάμιση φορές περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσει τη νόσο με υποχώρηση της πλειοψηφίας της συμπτωματολογίας και περίπου 1,7 φορές να βελτιώσει τη συνολική κλινική εικόνα.

Η θυμεκτομή ποικίλλει ως προς τις χειρουργικές τεχνικές, διότι σήμερα αναγνωρίζονται τέσσερις διαφορετικές προσπελάσεις, που επιτυγχάνουν την απομάκρυνση του θύμου αδένου. Η πρώτη χειρουργική τεχνική πραγματοποιείται δια στερνοτομής (ολική διατομή στη περιοχή του στέρνου), η δεύτερη μέσω της τραχηλικής προσπέλασης, η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τη θωρακοσκοπική προσπέλαση (όπου σε αυτή τη περίπτωση γίνεται χρήση θωρακοσκοπίου, δηλαδή βιντεοκάμερας) και η τέταρτη τεχνική είναι η ρομποτική μέθοδος, η οποία όμως λόγω του υψηλού κόστους διεξαγωγής της είναι λιγότερο γνωστή μέθοδος.

Εντούτοις, η επιστημονική κοινότητα απαγορεύει την επιλογή θυμεκτομής, ως ένα αναγκαίο θεραπευτικό μέσο της Μυασθένειας Gravis καθώς αντενδείκνυται σε πάσχοντες που είναι αρνητικοί για αντισώματα έναντι των υποδοχέων ακετυλοχολίνης και παράλληλα δεν εμφανίζουν ογκίδιο στον θύμο αδένου. Επιπλέον, αντενδείκνυται σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν μεγάλης έκτασης υπερπλασία του θύμου αδένου ή σε πάσχοντες που η έκταση της διήθησης του όγκου είναι μεταστατική.

Τον Απρίλιο του έτους 2015, δημοσιεύτηκαν στοιχεία από μια μελέτη του Νοσοκομειακού Ιδρύματος Mount Sinai, της Νέας Υόρκης, τα οποία δόθηκαν προς συζήτηση στο κοινό στο Αμερικάνικο Ετήσιο Συνέδριο της Θωρακοχειρουργικής. Με δείγμα ασθενείς που κατέφθαναν τα 1.000 άτομα, εκτιμήθηκε και αξιολογήθηκε ότι ποσοστό περίπου 19% εμφάνιζε ολική ύφεση της συμπτωματολογίας, για διάρκεια τουλάχιστον ενός έτους μετά την χειρουργική αφαίρεση του θύμου αδένου. Ποσοστό 58% παρουσίαζε σταθερή κλινική εικόνα, σε αντίθεση με το ποσοστό του 7% που εκδήλωσε επιδείνωση των συμπτωμάτων της M.G.

Σύμφωνα λοιπόν, με τα διεθνή στοιχεία περί χειρουργικής παρέμβασης σε ασθενείς με Μυασθένεια Gravis, λαμβάνεται υπόψη ότι πάσχοντες χωρίς θύμωμα, ή με θύμωμα που υπολογίζεται έως και 3,5 εκ. χρειάζονται τη μέθοδο της διατραχηλικής προσπέλασης και σε δεύτερη επιλογή οι υπόλοιπες τεχνικές. Αντιθέτως, όταν ο ασθενής παρουσιάζει θύμωμα μεγαλύτερο των 3,5 εκ. και μικρότερο των 5 εκ. τότε ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να προτείνει τη ρομποτική ή τη θωρακοσκοπική προσπέλαση, για καλύτερα αποτελέσματα. Τέλος, σε βαριά περιστατικά, με βαριά υπερπλασία ή θυμικό καρκίνωμα, το οποίο έχει πραγματοποιήσει διήθηση και σε παρακείμενους ιστούς, επιλέγεται η διαστερνική προσπέλαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS

4.1 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εκδήλωση της Μυασθένειας Gravis κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα θέματα στην ευρύτερη έννοια της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Το επιστημονικό κοινό έναντι της κλινικής εικόνας του αυτοάνοσου αυτού νοσήματος, αναφέρει ότι οι πιθανότητες να βελτιωθεί ή επιδεινωθεί ή ακόμη και να παραμείνει σταθερή η εξέλιξη της M.G., κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μη υπολογίσιμες (Μπούρα, 2012).

Η τακτική παρακολούθηση της εγκύου κρίνεται απαραίτητη και απαιτεί τη συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων, που θα σχηματίζουν τη θεραπευτική ομάδα (γυναικολόγος, νευρολόγος, ενδοκρινολόγος, νευροαναπτυξιολόγος, παιδίατρος και ψυχολόγος) (Μπούρα, 2012).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα συνηγορούν ότι η εξέλιξη της Μυασθένειας Gravis, κατά τους μήνες κύησης του εμβρύου, είναι απρόβλεπτη. Ποσοστό που υπολογίζεται στο 11% των συνολικών κρουσμάτων της νόσου απευθύνεται στο γυναικείο πληθυσμό που εμφανίζουν ύφεση της συμπτωματολογίας, ενώ το 39% εκδηλώνει έξαρση της κλινικής εικόνας, ιδιαίτερα μετά την πάροδο του πρώτου τριμήνου κύησης. Αντιθέτως το υπόλοιπο 50% του συνολικού ποσοστού παρουσιάζει αμετάβλητα συμπτώματα. Μάλιστα αναφέρεται ότι από τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες που πάσχουν από Μυασθένεια Gravis, το 21% του ποσοστού παρουσιάζει παροδική μυασθένεια (Μπούρα, 2012).

Ένα από τα συνηθέστερα ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με την κύηση ενός εμβρύου από μητέρα προσβεβλημένη από M.G., είναι η ασφάλεια που «παρέχει» η φαρμακευτική αγωγή, τόσο για τη γυναίκα όσο και για το έμβρυο. Το ιατρικό κοινό επικεντρώνεται στα κορτικοστεροειδή, τα οποία από τη χορήγηση τους στις εγκύους, δεν εκδηλώνουν παρενέργειες, παρά μόνο σε υπερβολική δοσολογία που ενδέχεται να εκδηλώσουν σοβαρή επιβράδυνση της εμβρυϊκής ανάπτυξης. Σε περιστατικά με βαριά κλινικά συμπτώματα η χορήγηση κορτικοστεροειδών επιταχύνει τη κατακράτηση υγρών της εγκύου, προκαλώντας δυσλειτουργία ακόμη και στην έκβαση του τοκετού (Συλλογικό έργο, 2013).

Οι επιστήμονες αναφέρουν πως η αζαθειοπρίνη, είναι μια δραστική ουσία εκλογής, που πολλές φορές επιλέγεται συνδυαστικά με τη φαρμακευτική κάλυψη από κορτικοστεροειδή. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφική διερεύνηση, η αζαθειοπρίνη δεν αποδεικνύεται ότι μπορεί να είναι υπεύθυνη για τυχόν τερατογέννηση εμβρύου, ωστόσο πολλά περιστατικά

γυναικών με M.G., εκδήλωσαν πρόωρο τοκετό με αποτέλεσμα τα νεογνά να είναι λιποβαρές και να κινδυνεύουν από την μη ομαλή αύξηση του σωματικού τους βάρους (Συλλογικό έργο, 2013).

Μάλιστα, οι γυναίκες αυτές παρουσίαζαν έναν κοινό παράγοντα, το φαρμακευτικό πλάνο είχε την παράλληλη χορήγηση αζαθειοπρίνης με κορτικοστεροειδή. Η καταλληλότερη δοσολογία αυτών των δύο ουσιών είναι η χαμηλότερη δυνατή δόση που επιβάλλει η αγωγή της εγκυμονούσης, με ιδιαίτερη προσοχή στην αποφυγή της, είτε σταδιακής είτε απότομης διακοπής των φαρμάκων, καθώς αυξάνονται δραματικά οι πιθανότητες επιδείνωσης της συμπτωματολογίας στην έγκυο (Συλλογικό έργο, 2013).

Ως προς την φαρμακευτική κάλυψη της εγκύου με Μυασθένεια Gravis, παρουσιάζει μικρότερη πιθανότητα επιλογής η χορήγηση κυκλοσπορίνης, παρόλο που τα αποτελέσματα της χρήσης της δεν αποδεικνύουν υψηλότερο κίνδυνο παρενεργειών, συγκριτικά με την επιλογή και χορήγηση της αζαθειοπρίνης. Τέλος η πυριδοστιγμίνη, αποτελεί δραστική ουσία μη συμβατή με τη κύηση και θα πρέπει να χορηγείται μόνο και εφόσον το κρίνει αναγκαίο και αναπόφευκτο ο θεράπων ιατρός (Συλλογικό έργο, 2013).

Ανεξάρτητα το φαρμακευτικό πλάνο που ακολουθεί η έγκυος, η κυοφορία γυναικών με Μυασθένεια Gravis, τις αποτρέπει από τη διαδικασία του μητρικού θηλασμού. Ο ιατρικός τομέας υποστηρίζει πως ο θηλασμός πρέπει να αποφεύγεται καθώς η δραστηριότητα των φαρμάκων είναι τέτοια που μεταφέρεται στο νεογνό και επιδεινώνει την υγεία του. Εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα αποτελεί η περίπτωση εγκύου που λαμβάνει δόση κορτικοστεροειδών μικρότερη των 40 mg και κρίνεται ασφαλής η θρέψη του νεογνού με μητρικό γάλα (Barrett, 2002).

Η επιστημονική κοινότητα επισημαίνει ότι 1 στα 8 νεογνά, που προήλθαν από εγκυμοσύνη προσβεβλημένη από M.G., ενδέχεται να εκδηλώσει για κάποιο χρονικό διάστημα την κλινική εικόνα της νόσου, ως απάντηση στην δυσλειτουργική μεταφορά αντισωμάτων από τη μητέρα στο έμβρυο κατά την φάση της κύησης. Αυτή η παθητική και παροδική συμπτωματολογία του νεογνού χαρακτηρίζεται ως «παροδική νεογνική μυασθένεια» (Barrett, 2002).

Η παροδική νεογνική μυασθένεια αναγνωρίζεται από χαρακτηριστικά για τη φάση αυτή συμπτώματα, τα κυριότερα των οποίων είναι το ασθενικό κλάμα, η αδυναμία κατάποσης ανά διαστήματα ωρών και σε σοβαρά περιστατικά η εκδήλωση μυϊκής υποτονίας και η έναρξη αναπνευστικής δυσχέρειας. Η κλινική εικόνα αναμένεται συνήθως από τους ιατρούς να εκδηλώνεται το πρώτο ή δεύτερο 24ωρο, ενώ η εξάλειψη τους επιτυγχάνεται ολιστικά μετά από περίπου 3 εβδομάδες. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, ένα νεογνό μπορεί να συνεχίζει

ενδείξεις νεογνικής μυασθένειας μέχρι και 12 εβδομάδες μετά τη γέννηση του. Τέλος, η θεραπευτική προσέγγιση της παροδικής αυτής κατάστασης είναι συμπτωματική, κυρίως με την χορήγηση αντιχολινεστερασικών δραστικών ουσιών, ενώ εξαιρετικά σπάνιο θεωρείται η θεραπεία μέσω πλασμαφαίρεσης (Barrett, 2002).

4.2 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Η πρόληψη των αυτοάνοσων παθήσεων αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα θέματα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και της Δημόσιας Υγείας καθώς τόσο η Μυασθένεια Gravis, ως ειδική περίπτωση, όσο και το σύνολο των παθήσεων που συγκαταλέγονται στο φάσμα των αυτοάνοσων εκφυλιστικών νόσων, δεν βασίζονται σε ένα σαφή και εξακριβωμένο πεδίο αιτιολογικών παραμέτρων. Η δυσκολία διάγνωσης και αντιμετώπισης μιας νόσου (ή ακόμη και μερικής ίασης) «προάγει» ακόμη περισσότερο τη δυσκολία εγκατάστασης προληπτικών κατευθυντήριων γραμμών (Γερμενής, 2000).

Η επιστημονική κοινότητα υποστηρίζει πως σε θέματα αυτοάνοσων παθήσεων, η πρόληψη είναι μία και δεν μπορεί να είναι σε μεγάλη έκταση εξατομικευμένη. Επειδή η Μυασθένεια Gravis, επηρεάζει ταυτόχρονα πολλά συστήματα με την πυροδότηση της συμπτωματολογίας, οι εκπρόσωποι του ιατρικού κλάδου αναφέρουν πως κύριο μέλημα τους είναι η ρύθμιση του ψυχο-νευρο-ενδοκρino-ανοσολογικού άξονα. Με μια ειδικότερη περιγραφή αυτής της διαδικασίας, το άτομο προσπαθεί να εξομαλύνει την ψυχική και σωματική του υπόσταση, μέσω της ανάλυσης βιολογικών δεικτών που στην ουσία ρυθμίζουν και ελέγχουν όλο τον άξονα της εγκεφαλικής δραστηριότητας, του υποσυνείδητου, του συστήματος των ορμονών, του θυρεοειδή αδένος και τέλος του ανοσολογικού συστήματος (Γερμενής, 2000).

Ένα τέτοιο προληπτικό μέτρο θεωρείται η εφαρμογή της Νευροανάδρασης. Αποτελεί τόσο προληπτικό όσο και θεραπευτικό εργαλείο, αυτοάνοσων και νευροληπτικών παθήσεων, που μέσω της εφαρμογής ηλεκτροδίων στο κρανίο του ασθενή, ελέγχεται η εγκεφαλική δραστηριότητα και η παραγωγή εντολών που συσχετίζονται εκτός των άλλων και με ψυχικές παραμέτρους. Ρυθμίζοντας τις νευρολογικές λειτουργίες του οργανισμού και λαμβάνοντας υπόψιν τη συμβολή του ορμονικού συστήματος φαίνεται να αποτρέπεται ως ένα βαθμό η πυροδότηση των αυτοάνοσων νόσων ή ως προς τη Μυασθένεια Gravis να ελαχιστοποιείται σημαντικά η επιδείνωση της συμπτωματολογίας (Γερμενής, 2000).

Ένα μέτρο προληπτικής αγωγής σε μη αναστρέψιμες παθήσεις, όπως είναι η Μυασθένεια Gravis, που δεν είναι ευρύτερο γνωστό στον Ελλαδικό χώρο είναι η

«φαρμακολογική αποτοξίνωση». Πρόκειται για μια στοχευμένη στρατηγική που κύριο στόχο έχει την αποβολή της τοξικής δράσης των φαρμάκων από τον οργανισμό. Η δράση αυτή στηρίζεται σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία του οργανισμού, που αντικατοπτρίζουν τη τοξικότητα που φέρει ο ασθενής από τη μακροχρόνια λήψη φαρμάκων ή προϊόντων που περιείχαν χημικά συντηρητικά (Γερμενής, 2000, Καπότης, 2002).

Η αντιμετώπιση της τοξικότητας του οργανισμού συμβάλλει στην καλύτερη αποδοτικότητα και απορρόφηση του φαρμακευτικού πλάνου. Για να επιτευχθεί η εξάλειψη της τοξικότητας του οργανισμού, ο ασθενής ακολουθεί ένα εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο, το οποίο σχεδιάζεται σύμφωνα με το ιστορικό υγείας, την κληρονομική προδιάθεση, την συμβολή τυχόν συνυπάρχουσας νόσου, την «εικόνα» δυσανεξίας σε τροφές και την μακροχρόνια αποχή από ουσίες που περιέχουν αλκοόλη. Με αυτό τον τρόπο το άτομο έχει επιτύχει το μέγιστο δυνατό επίπεδο ομαλής φυσιολογίας των ζωτικών οργάνων και η ανοσολογική του απόκριση λειτουργεί ως «αμυντικός παράγοντας» έναρξης αυτοάνοσου νοσήματος (Γερμενής, 2000, Καπότης, 2002).

Το νευρικό και ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου, που είναι υπεύθυνο για την εξέλιξη της Μυασθένειας Gravis, φαίνεται να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό και από την υπερβολική συσσώρευση στο οργανισμό βαρέων μετάλλων. Τα βαρέα μέταλλα εισέρχονται στον οργανισμό κυρίως από ζωικές τροφές, όπως θαλασσινά και μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου. Έχει τεκμηριωθεί ότι η συσσώρευση τους στον ανθρώπινο οργανισμό συμβάλλει στη δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και στους ενδοκρινείς αδένες, πλήττοντας παράλληλα το ανοσοποιητικό σύστημα. Μάλιστα, η μακροχρόνια συσσώρευση βαρέων μετάλλων στον οργανισμό του ατόμου, είναι υπεύθυνη για σημεία χρόνιας φλεγμονής και παρατεταμένης διέγερσης του ανοσολογικού συστήματος (Γερμενής 2000, Καπότης, 2002).

Βαρέα μέταλλα με επικίνδυνη δράση στη λειτουργία της εγκεφαλικής περιοχής και στις νευρικές οδούς, είναι ο υδράργυρος, το κάδμιο και το παλλάδιο. Ακόμη και χαμηλές τιμές ανεύρεσης αυτών των στοιχείων στον οργανισμό, επιφέρουν τοξικές διαταραχές. Η σημαντικότερη επιπλοκή, που συσχετίζεται με την έναρξη των αυτοάνοσων παθήσεων, θεωρείται η αναστολή του μεταβολικού μηχανισμού των κυττάρων. Επιπλέον, τα βαρέα μέταλλα ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για εκδήλωση αλλεργικής ευαισθητοποίησης του ατόμου, που διεγείρει το ανοσολογικό σύστημα και αυξάνει τις πιθανότητες για «επιθετική» συμπεριφορά των κυττάρων στον ίδιο τον οργανισμό (Γρηγοράκης, 2006).

Η πρόληψη από τις τοξικές επιδράσεις των βαρέων μετάλλων επιτυγχάνεται με την ανάλυση τριχών από τη κεφαλή του ατόμου. Αποτελεί μια προληπτική αρχή, η οποία

αποδεικνύει την ανεπάρκεια ή την πληρότητα των βιταμινών και των μικροθρεπτικών στοιχείων στον οργανισμό του ατόμου. Οι τρίχες στο ανθρώπινο σώμα ενώ δεν έχουν κάποια λειτουργία φυσιολογίας στον οργανισμό, εντούτοις αποτελούν ένα μεταβολικά ενεργό ιστό καθώς λειτουργούν ως σημείο αναφοράς απέκκρισης βαρέων μετάλλων. Ο ιστός της τρίχας δομικά συσχετίζεται με λειτουργίες που αφορούν το αίμα, τους αδένες που παράγουν ιδρώτα, την έκθεση στο φυσικό περιβάλλον, το ορμονικό σύστημα και τη δράση των ενζύμων. Κατά μια έννοια, η ανάπτυξη της τρίχας αντικατοπτρίζει τις φυσιολογικές κυτταρικές λειτουργίες ή την έναρξη δυσλειτουργίας των κυττάρων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η ανεύρεση υδραργύρου στον οργανισμό, όπου αποφαινεται ότι οι υψηλότερες τιμές συγκέντρωσης του ξεκινούν από το τριχωτό της κεφαλής και ύστερα ανιχνεύονται σε άλλα όργανα, όπως το ήπαρ και οι νεφρόνες (Γρηγοράκης, 2006).

Τελευταία σημαντική προληπτική αρχή κατά των αυτοάνοσων παθήσεων, αποτελεί η προαγωγή της ψυχικής ευημερίας και η εξάλειψη της αγχώδους συμπεριφοράς. Η εγκατάσταση αγχώδους συμπεριφοράς και οι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από μετατραυματικό στρες, συνηγορούν υπέρ των αυτοάνοσων νόσων. Αποτέλεσμα επιστημονικής έρευνας, που διεξήχθη στη Σουηδία, αναφέρει ότι το μετατραυματικό στρες και δυσλειτουργίες ψυχωτικού χαρακτήρα, εμπλέκονται με τη πυροδότηση αυτοάνοσης διαταραχής. Εκπρόσωποι του ερευνητικού προγράμματος, από το ιατρικό Ινστιτούτο Καρολίνσκα, του Πανεπιστημίου της Στοκχόλμης, δημοσίευσαν στο αμερικανικό ιατρικό περιοδικό «JAMA» (Journal of American Medical Association), τις επιπτώσεις του στρες από την διερεύνηση που πραγματοποιήθηκε σε 106.464 άτομα. Τα άτομα αυτά παρουσίαζαν στρεσογόνο συμπεριφορά, σε αντίθεση με 126.652 άτομα, τα οποία ήταν αδελφια τους, που δεν χαρακτηρίζονταν από διαταραχές του στρες. Επιπλέον, δείγμα που ξεπερνούσε το ένα εκατομμύριο απευθυνόταν σε ανθρώπους, χωρίς συγγενικούς δεσμούς μεταξύ τους. Ποσοστό περίπου 50% του δείγματος, βρίσκονταν υπό παρακολούθηση για διάστημα το λιγότερο 10 ετών.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι τα άτομα που είχαν διαγνωσθεί ότι πάσχουν από μετατραυματικό στρες, είχαν 46% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μια συνυπάρχουσα πάθηση αυτοάνοσου τύπου, σε αντίθεση με το δείγμα των ατόμων, των οποίων δεν αναγνωριζόταν διαταραχή του στρες. Μάλιστα, τα άτομα που νοσούσαν από μετατραυματικό στρες αλλά βρίσκονταν υπό αντικαταθλιπτική αγωγή, στη διάρκεια του πρώτου έτους της φαρμακευτικής τους θεραπείας, μείωναν τις πιθανότητες πυροδότησης αυτοάνοσης διαταραχής.

Η έρευνα κατέληξε στο γεγονός, ότι οι πιθανότητες για εμφάνιση αυτοάνοσης πάθησης, υπολογίζονταν περίπου 36% αυξημένες για τα άτομα με κλινική εικόνα διαταραχής του στρες. Διαπιστώθηκε επιπλέον, ότι περίπου ένα άτομο στα 100, με διαγνωσμένη διαταραχή του στρες, εκδηλώνει ετησίως κάποια μορφή αυτοάνοσης πάθησης, έναντι ποσοστού 0,6% στο γενικό πληθυσμό.

Το μετατραυματικό στρες, ως μια σημαντική συναισθηματική στρεσογόνο διαδικασία, επιφέρει μεταβολές σε πολυάριθμες λειτουργίες του σώματος καθώς απορρυθμίζει το ορμονικό σύστημα του ασθενή. Αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση συναισθηματικού στρες θεωρούνται η απώλεια κάποιου σημαντικού ατόμου (θάνατος συγγενούς ή αγαπημένου ατόμου), η εμπειρία από μια φυσική καταστροφή ή η έκθεση του ατόμου σε καταστάσεις σωματικής / ψυχικής / λεκτικής βίας, όπως κ.ά.

Σύμφωνα με την έρευνα, τα άτομα που δεν μπορούν να διαχειριστούν τις επιπτώσεις του μετατραυματικού στρες, τείνουν να εμφανίζουν ψυχωτικές δυσλειτουργίες, μέσω των οποίων μεγιστοποιούνται οι πιθανότητες ανάπτυξης αυτοάνοσης πάθησης. Στις παθήσεις αυτές, η ανοσολογική συμπεριφορά του οργανισμού παρουσιάζει επιθετική αντίδραση στον ίδιο τον οργανισμό, οδηγώντας κυρίως σε νόσους όπως ο ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η πολλαπλή σκλήρυνση, η ελκώδης κολίτιδα, ο διαβήτης τύπου 1 κ.ά. (Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ)

4.2.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ M.G

Η Μυασθένεια Gravis, ως μια γνωστή αυτοάνοση πάθηση του ανθρώπινου οργανισμού, δεν προσδιορίζεται από ένα συγκεκριμένο διατροφικό πλαίσιο, στο οποίο θα βασιστεί ο ασθενής για να επιτύχει καλύτερευση της κλινικής του εικόνας. Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα δεν έχει αναρτήσει ένα εξειδικευμένο διαιτολόγιο έναντι της νόσου, ούτε αναγνωρίζονται ειδικές δίαιτες που να «αποδυναμώνουν» την εξέλιξη της νόσου (Male, 2000).

Σε γενικές γραμμές, όφελος του ασθενή είναι η αποφυγή της παχυσαρκίας, καθώς το μυϊκό σύστημα επιβαρύνεται από την υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να πυροδοτήσει κάποια συνυπάρχουσα νόσος, όπως Σακχαρώδη Διαβήτη (Male, 2000).

Με βάση την υπάρχουσα συμπτωματολογία του κάθε περιστατικού και το επίπεδο υγείας, σε περιπτώσεις με δυσκαταποσία ή αδυναμία μάσησης, ο διατροφολόγος συνιστά την αποφυγή σκληρών τροφών και την έναρξη μαλακών ή πολτοποιημένων γευμάτων, προκειμένου να καλύπτεται το ενεργειακό απόθεμα του οργανισμού και να μην υποσιτίζεται ο ασθενής (Male, 2000).

Η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής, αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της καθορισμένης διατροφής του καθώς άτομα που λαμβάνουν στεροειδή δραστικές ουσίες, οφείλουν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες καλίου και βιταμίνης D. Το κάλιο σε συνδυασμό με τη βιταμίνη D βοηθούν στην οστική διατήρηση του σκελετικού συστήματος και αποτελούν μέτρο πρόληψης στη μείωση της οστικής μάζας. Σε αντίθεση με τη βιταμίνη B12, το μαγνήσιο και το φυλλικό οξύ που πρέπει να διατηρούνται σε σταθερές τιμές διότι η περίσσεια αυτών των στοιχείων αποβάλλεται από τα ούρα, ως απάντηση του οργανισμού στη μη χρησιμότητα τους (Συλλογικό έργο, 2010).

Σημαντική παράμετρος στη Μυασθένεια Gravis διαδραματίζει και η αποφυγή της καφεΐνης και ενός μεταλλικού στοιχείου, ονομαζόμενο «κινίνο». Το κινίνο είναι μεταλλικό στοιχείο που απαντάται κυρίως στην εμφιάλωση του νερού και η συγκέντρωση του στον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή αδυναμία μέχρι και ατροφία (Συλλογικό έργο, 2010).

Ως προς την ουσία της καφεΐνης, οι διατροφολόγοι υποστηρίζουν πως σε περιστατικά με αυτοάνοσα νοσήματα, η καφεΐνη θα πρέπει να αποφεύγεται εντελώς καθώς αυξάνει τα επίπεδα άγχους και στρες, οδηγώντας σε συστηματική ταχυπαλμία και εκδήλωση σπασμών στα άνω άκρα. Επιπλέον, συνιστάται η αποφυγή αλκοολούχων - αναψυκτικών ποτών καθώς και αλατιού διότι εκτός του ότι επιβαρύνουν τη λειτουργία των ζωτικών οργάνων, παράλληλα προκαλούν και κατακράτηση υγρών (Συλλογικό έργο, 2010).

Σήμερα, ο τομέας των κλινικών διαιτολόγων – διατροφολόγων, έχουν προσδιορίσει τα αυτοάνοσα νοσήματα ως μια «απάντηση» ή «αντίδραση» του οργανισμού στην μειωμένη ανοσολογική του δραστηριότητα. Με αυτή την διατύπωση εστιάζουν κυρίως στα οφέλη μιας ανοσοπροστατευτικής διατροφής, η οποία θα αποτελείται από τρεις συνιστώσες: την ανοσοποιητική, αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση (Συλλογικό έργο, 2010).

Ένα διαιτολόγιο βασισμένο στις προαναφερθείσες έννοιες, προσφέρει σε έναν ασθενή με M.G., αύξηση της φυσικής άμυνας του οργανισμού, αποδυνάμωση της εντάσεως της συμπτωματολογίας και μεγιστοποίηση της φαρμακευτικής του κάλυψης (καθώς το ήπαρ και η εντερική χλωρίδα του οργανισμού αυξάνουν τη ποιότητα της λειτουργίας τους) (Γρηγοράκης, 2006).

- **ΑΝΟΣΟΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ:** Η διατροφή του ασθενή με Μυασθένεια Gravis προάγει την έννοια της Ανοσοπροστασίας, όταν οι τροφές που λαμβάνει ο ασθενής είναι πλούσιες σε βιταμίνη D, με σκοπό να αυξηθούν οι ανάγκες του μεταβολισμού και να ενδυναμώνει το μυϊκό σύστημα χωρίς την παρουσία λιπώδους μάζας. Οι τροφές θα πρέπει επιπλέον να καλύπτονται από επαρκή ποσότητα προβιοτικών ουσιών, όπως γιαούρτι και κεφίρ, τα οποία προστατεύουν την εντερική χλωρίδα από τις παρενέργειες των φαρμακευτικών ουσιών που λαμβάνει ο ασθενής (Γρηγοράκης, 2006).
- **ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ:** Με τον όρο «αντιοξειδωση» σε ένα διαιτολόγιο ασθενούς με M.G., τονίζεται η εστίαση του κλινικού διαιτολόγου στο σχεδιασμό γευμάτων με κύριο μέλημα την αποφυγή τροφών με οξειδωτικές παρενέργειες στα ζωικά όργανα (κυρίως στη καρδιακή λειτουργία). Αυτό επιτυγχάνεται με την εξάλειψη προ-οξειδωτικών παραγόντων, όπου ανευρίσκονται συνήθως στα λιπαρά ζωικής προέλευσης, στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος, στα συντηρητικά συσκευασμένων τροφίμων (τα λεγόμενα χημικά πρόσθετα) και στην συσσώρευση στον οργανισμό ουσιών από φυτοφάρμακα που απαντώνται σε φρούτα και λαχανικά που καταναλώνονται εκτός της εποχής τους (Γρηγοράκης, 2006).
- **ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ:** Ασθενής με μυασθένεια Gravis, οφείλει να έχει ένα διαιτολόγιο που να στοχεύει στην πρόληψη ή εξουδετέρωση της συστηματικής φλεγμονής, κυρίως με τροφές που παρουσιάζουν υψηλή αντιφλεγμονώδη δράση. Αντιφλεγμονώδη προστασία προσφέρουν τροφές με «καλά» λιπαρά, τα λεγόμενα «μονοακόρεστα λιπαρά και ω-3 λιπαρά οξέα». Τροφές πλούσιες σε μονοακόρεστα λιπαρά είναι το ελαιόλαδο, οι ξηροί καρποί, χωρίς την προσθήκη αλατιού, το αβοκάντο, τα αυγά, τα ψάρια κ.ά. Τα οφέλη της αντιφλεγμονώδους διατροφής στην Μυασθένεια Gravis είναι πολυάριθμα, καθώς με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται και μεγιστοποιείται η μεταβολική δραστηριότητα του οργανισμού, ρυθμίζοντας ταυτόχρονα την ινσουλινοευαισθησία του οργανισμού. και αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά ένα πιθανό πρόβλημα ινσουλινοαντίστασης. Η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στο πλαίσιο του μοντέλου της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής, με βάση την κλίμακα ORAC, μπορεί να καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες σε αντιοξειδωτικές ουσίες. Επιπλέον, με δεδομένο ότι τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικές φαινολικές ενώσεις, όταν καταναλώνονται μαζί με γεύματα που περιέχουν κορεσμένα ή τρανς λιπαρά και ζάχαρη, μπορούν να εξουδετερώνουν τις

«προ-οξειδωτικές» και «προ-φλεγμονώδεις» ιδιότητές τους, μετριάζοντας τις αρνητικές τους επιπτώσεις (Γρηγοράκης, 2006).

Σήμερα, ο τομέας της Κλινικής Διαιτολογίας πραγματοποιεί προσπάθειες να καλύψει τις ανάγκες ενός προσβεβλημένου οργανισμού από αυτοάνοσο νόσημα, μέσω της ολιστικής Ανοσοπροστατευτικής διατροφής. Θεωρείται ως ένα ισχυρό και ισορροπημένο μοντέλο διατροφής καθώς περιλαμβάνει την επαρκή πρόσληψη τροφών, με αντιοξειδωτικές ουσίες και την παράλληλη κατανάλωση μακροθρεπτικών ουσιών. Με την έννοια της «μακροθρεπτικής δράσης» ορίζεται το σύνολο των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών που η δράση τους διαθέτει ενεργειακή διάρκεια. Σε αντίθεση με τα μικροθρεπτικά συστατικά, τα οποία είναι οι ουσίες που χρειάζεται σε μικρή κατανάλωση ο οργανισμός, δηλαδή βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία (Γρηγοράκης, 2006).

ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ – Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΒΙΩΣΗΣ

Η διεθνή βιβλιογραφία έχει ταυτίσει τις αυτοάνοσες παθήσεις με ένα προφίλ εξειδικευμένου πλάνου. Η κύρια αιτία αυτής της συσχέτισης είναι ότι πολλές Ευρωπαϊκές χώρες προάγουν μελέτες που έχουν ως βάση τους θέματα Διατροφής και Διαιτολογίας, σε σύγκριση ή παράλληλη διερεύνηση με αριθμητικά δεδομένα της Ανοσολογίας και της Επιδημιολογίας (Παυλάτου, 2005).

Στον Ελλαδικό χώρο, η παραπάνω δραστηριότητα δεν έχει αποδοθεί μέσω κάποιων ερευνητικών προγραμμάτων ή μελετών αλλά επικρατεί η ιδεολογία αντιμετώπισης αυτοάνοσων παθήσεων με φυσικούς τρόπους διατροφικών κανόνων. Ένας λόγος ελλιπούς ερευνητικού πεδίου θεωρείται η μικρής διάστασης τεκμηριωμένων πληροφοριών συγκριτικά με τα σπάνια νοσήματα (Παυλάτου, 2005).

Σήμερα, η Μυασθένεια Gravis συγκαταλέγεται σε ένα ευρύτερο διατροφικό πλάνο σπάνιων και αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto/Graves, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn, ο ερυθματώδης λύκος και η κοιλιοκάκη. Αυτές οι παθήσεις έχουν μεταξύ τους έναν κοινό παράγοντα. Η αιτιολογία πυροδότησης κάθε μιας πάθησης στηρίζεται ως ένα βαθμό στην λειτουργία της εντερικής χλωρίδας. Ενώ τεκμηριώνεται ότι το γονιδιακό προφίλ του οργανισμού, το περιβάλλον διαβίωσης, το ιστορικό υγείας ή η κληρονομική προδιάθεση ενός ατόμου αποτελούν παράγοντες εκδήλωσης ενός αυτοάνοσου, εντούτοις βιβλιογραφικές παραπομπές εστιάζουν ως ένα βαθμό και στο μικροβίωμα του εντέρου (Παυλάτου, 2005).

Το μικροβιακό φορτίο της εντερικής χλωρίδας συσχετίζεται τα τελευταία χρόνια με την έναρξη μεταβολικών νόσων, με πολύπλοκες γαστρεντερικές δυσλειτουργίες και με την ανάπτυξη αυτοάνοσων παθήσεων. Συγκεκριμένα, ασθενείς που φέρουν κλινική εικόνα Μυασθένειας Gravis, παρουσιάζουν «δυσβίωση της εντερικής λειτουργίας». Με τον όρο «Δυσβίωση» προσδιορίζεται το σύνολο των αλλοιώσεων που απαντάται στη σύσταση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου. Ασθενείς λοιπόν με M.G., παρουσιάζουν υπερβολική ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών στο έντερο, που συνοδεύεται από υψηλό αριθμό φλεγμονωδών εστιών (Συλλογικό έργο, 2013).

Για να προκληθεί δυσβίωση στην εντερική χλωρίδα, ο άνθρωπος είτε πριν νοσήσει είτε μετά την εκδήλωση του αυτοάνοσου, καταναλώνει σημαντική ποσότητα επεξεργασμένων τροφών, με υψηλό θερμιδικό δείκτη και προσθήκη συντηρητικών. Κύριο επιβλαβές στοιχείο στο διατροφικό πλάνο των ασθενών θεωρείται η κατανάλωση γλουτένης. Μάλιστα, ασθενείς με αυτοάνοσο νόσημα που παρουσίαζαν μικροβίωμα του εντέρου και ακολούθησαν διατροφικές οδηγίες που αφορούσαν την ολική απουσία της ουσίας αυτής, χρειάστηκαν περισσότερο από 2 χρόνια για να μειώσουν την παθογένεια της εντερικής χλωρίδας (Συλλογικό έργο, 2013).

Κλινικοί Διαιτολόγοι – Διατροφολόγοι με ειδίκευση στη λειτουργία του εντέρου και του γαστρεντερικού συστήματος, υποστηρίζουν πως ανεξάρτητα το είδος του αυτοάνοσου νοσήματος, ο ασθενής οφείλει να ακολουθεί ένα εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο, το οποίο θα βασίζεται στην επαρκή κατανάλωση αντιοξειδωτικών, βιταμινών Α, Ε και C και προβιοτικών προϊόντων. Ιδιαίτερη παρακολούθηση ως προς την Μυασθένεια Gravis, χρειάζεται στις τιμές του ψευδάργυρου (καθώς τα μειωμένα επίπεδα του στον οργανισμό εμπλέκονται με παράλληλη ελαχιστοποίηση των T-λεμφοκυττάρων) και της ιντερλευκίνης-4 (αντι-φλεγμονώδους πρωτεΐνης που συμμετέχει στην ανοσοπροστασία του οργανισμού και στην μείωση των λοιμογόνων εστιών) (Συλλογικό έργο, 2013).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΕ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS ΥΠΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΡΤΙΖΟΝΗΣ

Ασθενείς που νοσούν από τη νόσο M.G., παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης οστεοπόρωσης και καρδιαγγειακών παθήσεων, λόγω της μακροχρόνιας λήψης κορτικοειδών από το στόμα. Επιπλέον, δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που εμφάνισαν Μεταβολικό Σύνδρομο, ως επίπτωση της παρατεταμένης λήψης κορτιζόνης. Οι διαιτολόγοι υποστηρίζουν και ενημερώνουν το κοινό, ότι τα άτομα αυτής της κατηγορίας οφείλουν να ακολουθούν

συγκεκριμένες οδηγίες κατά το χρονικό διάστημα που το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει και κορτικοειδή φάρμακα.

Η κορτιζόνη, αποτελεί μέρος του ορμονικού συστήματος, η οποία εκκρίνεται από τα επινεφρίδια του οργανισμού και συμμετέχει σε πολυάριθμες λειτουργικές διαδικασίες, μερικές των οποίων είναι η ανταπόκριση του οργανισμού έναντι σε στρεσογόνα ερεθίσματα, ο μεταβολισμός των υδατανθράκων, η κατανομή των πρωτεϊνών σε ολόκληρο τον οργανισμό, η ρύθμιση των ηλεκτρολυτών, η ομαλή λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος και η απάντηση σε φλεγμονές.

Η λήψη λοιπόν, για μεγάλη χρονική περίοδο κορτικοειδών, είτε ως υδροκορτιζόνη, είτε ως πρεδνιζολόνη ή δεξαμεθαζόνη, επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στον μεταβολισμό και η συσσώρευση της δραστικής ουσίας στον οργανισμό μπορεί να αποτελέσει την αιτία για εκδήλωση του συνδρόμου Cushing. Η συμπτωματολογία των επιπτώσεων συσχετίζεται με τη μορφή και την χορηγούμενη δόση της στεροειδούς δραστικής ουσίας, καθώς και με την ευαισθησία του οργανισμού στην κορτιζόνη.

Έτσι οι κατευθυντήριες γραμμές για τις διατροφικές ανάγκες αυτών των ασθενών περιλαμβάνουν τις ακόλουθες αρχές:

- ✓ Κάθε ασθενής με Μυασθένεια Gravis, που το θεραπευτικό πλάνο στηρίζεται στη μακροχρόνια λήψη κορτιζόνης, οφείλει να αναζητά τη παρέμβαση διαιτολόγου για το σχεδιασμό του διατροφικού πλάνου του.
- ✓ Η τήρηση των διατροφικών οδηγιών έγκειται στην ελαχιστοποίηση όσο το δυνατό περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών που απορρέουν από τη μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοειδή φάρμακα.
- ✓ Σημαντική είναι η ισορροπία του ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου, το οποίο αποτελείται από τις τιμές νατρίου, καλίου, σιδήρου και ασβεστίου. Με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται η εκδήλωση Μεταβολικού Συνδρόμου.
- ✓ Οι τροφές που θα περιλαμβάνει το διατροφικό πρόγραμμα θα πρέπει να είναι πλούσιας πρωτεϊνικής αξίας, ώστε ο ασθενής να λαμβάνει περίπου 1.5 gr. ανά κιλό σωματικού βάρους, ημερησίως.
- ✓ Τα λιπαρά οξέα που εμπεριέχουν οι τροφές θα πρέπει να είναι λιγότερα των 30% των συνολικών θερμίδων, με επικέντρωση στους σύνθετους υδατάνθρακες, οι οποίοι θα πρέπει να καταλαμβάνουν το 80% του συνολικού διαιτολογίου.

- ✓ Επίσης, οι τροφές οφείλουν να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε νάτριο, ώστε να αποδίδει καλύτερη ενυδάτωση και όχι κατακράτηση υγρών στον ασθενή και πλούσιες σε ασβέστιο, μαγνήσιο και κάλιο.
- ✓ Ως προς την αποδοτικότητα που παρουσιάζουν τα συμπληρώματα διατροφής με αντιοξειδωτικές βιταμίνες (βιταμίνη C και E) αλλά και σελήνιο βρίσκονται ακόμη υπό ερευνητική διαδικασία.
- ✓ Σε ασθενείς με Μυασθένεια Gravis και συνυπάρχουσα νόσο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, η διατροφή θα πρέπει να είναι συνυφασμένη με τη πρόληψη τυχόν υπεργλυκαιμίας. Η ζάχαρη να αναγνωρίζεται με τη φυσική της μορφή σε φρούτα και λαχανικά (π.χ. φρουκτόζη) και να αποτρέπονται γλυκά και ζαχαρούχα - αλκοολούχα ποτά. Επιπλέον, τα δημητριακά και το ψωμί να είναι ολικής άλεσης και όχι με συστατικά επεξεργασμένων υδατανθράκων.
- ✓ Για τα άτομα που παρουσιάζουν αυξημένες τιμές λιπιδίων στο αίμα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μακροχρόνια λήψη κορτιζόνης συμβάλλει στην αύξηση των λιπαρών οξέων στο αίμα και στην παράλληλη «αποθήκευση» λιπώδους μάζας στους περιφερικούς ιστούς. Το διατροφολόγιο συνιστάται σε τροφές με χαμηλή περιεκτικότητα σε ζωικό λίπος και κατά προτίμηση σε άπαχες πρωτεΐνες που εντοπίζονται στο λευκό κρέας (κοτόπουλο) και στα θαλασσινά. Για την ακρίβεια οι διαιτολόγοι αναφέρουν ότι τα κορεσμένα λίπη οφείλουν να καταλαμβάνουν λιγότερο από το 7% των συνολικών θερμίδων που λαμβάνει ο ασθενής ημερησίως.
- ✓ Η πρόληψη των ηλεκτρολυτικών διαταραχών στηρίζεται εν μέρει και στην ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου, η οποία υπολογίζεται περίπου σε 1200mg, συνδυαστικά με τη βιταμίνη D, η οποία συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη απορρόφηση του ασβεστίου από τον οργανισμό. Ειδικότερα, αυτή η διατροφική σύσταση απευθύνεται σε ασθενείς με Μυασθένεια Gravis που η θεραπεία τους με κορτιζόνη ξεπερνά τους 3 μήνες.

4.2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ «ΕΙΚΟΝΑ»

Οι αυτοάνοσες παθήσεις αποτελούν μια περίπλοκη παθολογική και ψυχωτική κατάσταση, κατά την οποία διακρίνεται μια έντονη «διαμάχη» του ίδιου του οργανισμού. Αυτός ο προσδιορισμός αφήνει περιθώρια να εννοηθεί πόσο ιδιαίτερη διαδικασία είναι για τον ίδιο τον άνθρωπο, όταν αποφαίνεται ότι η δυσλειτουργία ξεκινά από μέσα του, ως «αντίδραση». Αυτή λοιπόν την αντίδραση, οι ψυχολόγοι αλλά και άλλες παράλληλες

ειδικότητες, όπως οι κοινωνιολόγοι, προσπαθούν να την ομαλοποιήσουν στη σκέψη του ασθενή προκειμένου να εξωτερικευτεί το συναίσθημα (Saunders, 2005).

Η Ανοσολογία του ανθρώπινου οργανισμού αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς μηχανισμούς όλων των συστημάτων, καθώς έχει άμεση συσχέτιση με την άμυνα και με την ομαλή λειτουργία του. Όταν ο οργανισμός νοσεί από αυτοάνοσου τύπου πάθηση, παρατηρείται υπερδραστηριότητα, που οδηγεί στην μη αναγνώριση των δικών του στοιχείων και επομένως στην επιθετική αντιμετώπιση των υγιών ιστών (Saunders, 2005).

Οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και οι νευρολόγοι, ως οι άμεσοι επαγγελματίες υγείας, που εμπλέκονται με το ψυχολογικό προφίλ του ασθενή, εστιάζουν στην πολυπαραγοντική αιτιολογία της πάθησης, όπως συμβαίνει με τη Μυασθένεια Gravis, προσπαθώντας να κατανοήσουν σε ποιον αιτιολογικό ή προδιαθεσικό παράγοντα στηρίχθηκε στο μεγαλύτερο μέρος η πυροδότηση του αυτοάνοσου νοσήματος. Το γεγονός ότι η M.G., δεν αιτιολογείται αποκλειστικά από κάποιου είδους βακτήριο, ιό, δραστική ουσία, χημική έκθεση, διατροφική παράμετρο ή ψυχολογικό και περιβαντολλογικό παράγοντα, δυσκολεύει την προσέγγιση των ψυχολογικών επιπτώσεων στον ασθενή (Saunders, 2005).

Σήμερα, ο κλάδος της ψυχολογίας αναφέρει, ότι η πυροδότηση και η εξέλιξη των αυτοάνοσων παθήσεων, δεν προέρχεται αποκλειστικά από τη ψυχοσύνθεση του ατόμου ούτε από μια αγχώδη συμπεριφορά και στάση ζωής. Εντούτοις, διακρίνονται σημαντικές ενδείξεις για τη θέση της ψυχολογικής καταπόνησης του ανθρώπινου οργανισμού. Ερευνητικές διερευνήσεις αναδεικνύουν πως ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών πυροδότησαν αυτοάνοσο νόσημα, ύστερα από ένα εξαιρετικά έντονο ψυχολογικό στρες. Πρόκειται για μια κατάσταση ή ένα γεγονός, που συνοδευόταν από έντονο ψυχικό πόνο και παράλληλα αδυναμία εξωτέρικευσης των αρνητικών συναισθημάτων. Ο ασθενής διένυε για μεγάλο χρονικό διάστημα θλίψη, μελαγχολία, φόβο ή ακόμη και αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Αυτή η κατάσταση, αποτελεί δυνητικά την εν μέρει αιτιολόγηση ανάπτυξης νευρολογικών και εκφυλιστικών δυσλειτουργιών που αναπτύσσουν αυτοάνοση νόσο ή επιδεινώνουν την υπάρχουσα πάθηση, αυτοάνοσου χαρακτήρα (Roitt, 2000).

Ο ασθενής που νοσεί από Μυασθένεια Gravis, τόσο τη περίοδο της διαγνωστικής ανακοίνωσης όσο και κατά το διάστημα που ακολουθεί η θεραπευτική υποστήριξη, βιώνει έντονα συναισθήματα πόνου, θλίψης, απογοήτευσης και απαισιοδοξίας. Η αδυναμία αναγνώρισης μιας ειδικότερης αιτίας που εκδήλωσε αυτός και όχι κάποιος άλλος αυτή τη πάθηση, του προξενεί ανηδονία και το αίσθημα μη συνέχισης της καθημερινότητας του. Ο αυτοκαταστροφικός ιδεασμός συνδέεται σε σημαντικό βαθμό και με την ανικανότητα πλήρους ίασης της νόσου. Η εικόνα δηλαδή ότι τα συμπτώματα μπορεί να παραμείνουν σε σταθερή

βάση ή να επιδεινωθούν αλλά δεν θα εξαλειφτούν πλήρως, αποτελούν ένα από τα πιο ανασταλτικά ψυχωτικά ερεθίσματα του ασθενή (Roitt, 2000).

Η Μυασθένεια Gravis, όπως και πλήθος άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων, επιφέρουν ψυχολογικές μεταπτώσεις που είναι ικανές να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντική έναρξη καταθλιπτικής διαταραχής. Τη χρονική περίοδο που ρυθμίζεται η φαρμακευτική αγωγή του ασθενή, διακρίνονται έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις με έξαρση ή ύφεση των συμπτωμάτων. Γεγονός που αιτιολογεί τη πυροδότηση εκρήξεων θυμού και εγκατάστασης έντονου ψυχολογικού στρες. Βέβαια, αυτό δεν συνεπάγεται ότι κάθε άτομο που θα εκδηλώσει αυτοάνοσο νόσημα, θα εμφανίσει και καταθλιπτική διάθεση ή κάποια άλλη μορφή ψυχωτικής διαταραχής (Roitt, 2000).

Προδιαθεσικοί παράγοντες στο σχεδιασμό του ψυχολογικού προφίλ του ασθενή διαδραματίζει η προσωπικότητα, η ύπαρξη τραυματικής εμπειρίας, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η κοινωνική συμμετοχή του ατόμου καθώς και η παρουσία συνυπάρχουσας νόσου. Εντούτοις, οι ψυχολόγοι – ψυχοθεραπευτές, συνοψίζουν την «ψυχολογική εικόνα» του ασθενή στα ακόλουθα κλινικά σημεία (Συλλογικό έργο, 2013):

- ❖ Διαταραχή αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης.
- ❖ Αγχώδης κρίση και συμπεριφορά, που διαχέεται στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή.
- ❖ Αδικαιολόγητη έκρηξη θυμού, χωρίς κάποιο ιδιαίτερο ή αιτιολογικό εξωτερικό ερέθισμα.
- ❖ Ανάπτυξη φοβίας (γενικευμένες φοβίες που δυσκολεύουν τον ασθενή να βιώνει και να εξωτερικεύει το εκάστοτε συναίσθημα).
- ❖ Πυροδότηση καταθλιπτικής διαταραχής.
- ❖ Αίσθημα χρόνιου σωματικού άλγους (αναγνωρίζεται κυρίως ως ψυχοσωματική επίπτωση).
- ❖ Σεξουαλική ανικανότητα και υποβίβαση της σεξουαλικής ταυτότητας.
- ❖ Διαταραγμένες οικογενειακές και φιλικές σχέσεις.
- ❖ Κοινωνική απόσυρση - απομάκρυνση από κοινωνικά δρώμενα.
- ❖ Επιλογή επαγγελματικής απόσυρσης – αργία.
- ❖ Αίσθημα άρνησης και αδυναμία συνεργασίας και εκτέλεσης του θεραπευτικού πλάνου (συνήθως αναγνωρίζεται μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή).
- ❖ Γενικευμένη ανηδονία και αδυναμία συνέχισης της καθημερινότητας (Συλλογικό έργο, 2013).

4.3 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η Μυασθένεια Gravis, στο πλαίσιο της νομικής κάλυψης ενός ατόμου, συμπεριλαμβάνεται στις σπάνιες παθήσεις, όπως όλα τα αυτοάνοσα νοσήματα και οι συγγενείς – γενετικές δυσπλασίες. Ο κρατικός φορέας για να χαρακτηρίσει μια πάθηση, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση τη M.G., σπάνια νόσο στηρίζεται στον επιδημιολογικό χαρακτήρα της πάθησης. Σύμφωνα με το Πρωτόκολλο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μια πάθηση προσδιορίζεται ως σπάνια, όταν προσβάλει 5 άτομα – από τα 10.000 – που σχηματίζουν την Κοινότητα.

Η Μυασθένεια Gravis δεν μπορεί να «απομονωθεί» από τις υπόλοιπες σπάνιες παθήσεις και να κατέχει ένα δικό της νομικό κανονισμό – διάταξη, όπως συμβαίνει και με τη πλειονότητα των επιμέρους νοσημάτων, καθώς οι πληροφορίες της κάθε πάθησης είναι ελάχιστες. Οι μελέτες και τα ερευνητικά προγράμματα δεν αποδίδουν πληθώρα γνώσεων, λόγω της σπανιότητας εμφάνισης της νόσου.

Στην Ελλάδα, το έτος 2008, έλαβε χώρα στην Αθήνα το πρόγραμμα EUROPLAN, το οποίο στηριζόταν σε μια διαδικασία - προσπάθεια ανάπτυξης ενός προγράμματος που θα κατοχύρωνε όλο το φάσμα των σπάνιων νοσημάτων. Το πρόγραμμα αυτό είχε ευρωπαϊκό χαρακτήρα και στόχευε στο σχεδιασμό και στην εγκατάσταση κατευθυντήριων γραμμών που θα ακολουθούσε ο κρατικός φορέας. Εκπονήθηκε λοιπόν, το λεγόμενο «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις (2008 – 2012)». Σύμφωνα με αυτές τις αρχές λαμβάνεται υπόψη ότι κάθε μια σπάνια πάθηση και ολιστικά μαζί οφείλουν να:

- Αναγνωρίζονται από το Κράτος λόγω της ιδιαίτερης εξέλιξης και επιδείνωσης της συμπτωματολογίας τους.
- Προσδιορίζονται μέσω ερευνητικών προγραμμάτων και μελετών, υπό επιδημιολογικής εστίασης και τα αριθμητικά δεδομένα να κατοχυρώνονται στο Μητρώο Σπάνιων Παθήσεων (προώθηση έρευνας και καινοτομίας).
- Είναι γνωστές στους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα λόγω της πολυπλοκότητάς τους.
- Αντιμετωπίζονται σε κοινή πλατφόρμα δράσης και τα αποτελέσματα να ανάγονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ώστε να καλυτερεύει η αποδοτική προσέγγιση των σπάνιων νοσημάτων.

Στις 6 Φεβρουαρίου 2018, τροποποιήθηκε ο Πίνακας Μη Αναστρέψιμων Παθήσεων, που περιλαμβάνει τις σπάνιες παθήσεις και η Μυασθένεια Gravis συγκαταλέγεται σε αυτή την κατάταξη. Σύμφωνα με αυτή τη διάταξη προσδιορίζεται το ποσοστό αναπηρίας ενός ατόμου που εκδηλώνει κάποιο σπάνιο νόσημα, όπως M.G., και κατοχυρώνεται ο χρόνος ασφάλισης του.

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση που εκπονήθηκε από την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, αναφέρεται ότι μετά την αντικατάσταση του Πίνακα παθήσεων που χαρακτηρίζονται ως μη αναστρέψιμες, ο χρόνος αναπηρίας των ασφαλισμένων χαρακτηρίζεται και αναγνωρίζεται ως «επ' αόριστον» της Φ.80000/οικ.2/1 (Φ.Ε.Κ.Β' 7/2018, ΑΔΑ: ΩΣΑΦ465Θ1Ω-ΧΟΕ) υπουργικής απόφασης».

Με αυτή τη τροποποίηση προκύπτει και ένα καινούργιο αριθμητικό δεδομένο, το οποίο μεγιστοποιεί τον αριθμό μη αναστρέψιμων παθήσεων με επ' αόριστον διάρκεια αναπηρίας και ασφάλισης, από 43 που υπολογίζονταν το έτος 2017, σε αριθμό μεγαλύτερο από 140 παθήσεις.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

Η Μυασθένεια Gravis, αποτελεί μια εξελισσόμενη αυτοάνοση πάθηση, χρονίας μορφής, η οποία οδηγεί τον ανθρώπινο οργανισμό σε μυοσκελετική ανεπάρκεια, μέχρι και ανικανότητα αναπνευστικής λειτουργίας. Η σταδιακή δυσλειτουργία των εκούσιων γραμμωτών μυών επιφέρει μη αναστρέψιμα συμπτώματα στον ασθενή, με περιόδους που χαρακτηρίζονται από ύφεση και έξαρση της κλινικής εικόνας (Μπούρα, 2012).

Η εκδήλωση και οι επιπτώσεις της συμπτωματολογίας ανάμεσα στον ανδρικό και γυναικείο πληθυσμό διαφέρει, καθώς η νόσος επιβαρύνει λειτουργικά το γυναικείο φύλο κατά το 20^ο με 30^ο έτος της ηλικίας τους, ενώ στους άνδρες τα συμπτώματα επιφέρουν τις κυριότερες επιπτώσεις κατά το 60^ο έτος της ηλικίας τους. Ωστόσο, η εξέλιξη της Μυασθένειας Gravis στα δύο φύλα καθορίζεται από την μυϊκή ομάδα που θα προσβάλλει σε αρχικό στάδιο και από την ένταση των συμπτωμάτων στον ανθρώπινο οργανισμό (Μπούρα, 2012).

Ο ρόλος του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται πολυπαραγοντικός καθώς η αυτοάνοση νόσος του μυοσκελετικού συστήματος παρουσιάζει μη σταθερούς αιτιολογικούς παράγοντες και η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην εξατομικευμένη κλινική και υποστηρικτική προσέγγιση του εκάστοτε ασθενή. Σημαντική παράμετρος στην εφαρμογή των νοσηλευτικών αρχών αποτελεί η συσχέτιση - εμπλοκή της Μυασθένειας Gravis με άλλες μορφές αυτοάνοσων παθήσεων, οι σημαντικότερες των οποίων είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθρεματοειδής λύκος, η θυρεοτοξίκωση, η ελκώδης κολίτιδα και η κακοήγη αναιμία (Παυλάτου, 2005).

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ M.G.

Ο νοσηλευτής και το ιατρικό προσωπικό που θα δεχτούν ένα περιστατικό ασθενούς που παρουσιάζει Μυασθένεια Gravis, δεν μπορούν να έχουν μια σαφή εικόνα της νοσηρότητας του ατόμου εάν αρχικά δεν έχουν στη διάθεση τους τα αποτελέσματα ορισμένων κύριων διαγνωστικών εξετάσεων του ασθενή. Ωστόσο, η εκδήλωση της πάθησης εμφανίζει ορισμένα σημεία που προδιαθέτουν M.G., σε δύο φάσεις: αφενός στην κλινική εικόνα του ασθενή και αφετέρου στην εξέλιξη των συμπτωμάτων (Παυλάτου, 2005).

Ο νοσηλευτής, ως επαγγελματίας υγείας, δεχόμενος το περιστατικό νοσηλείας, για να αποδεχτεί ή να απορρίψει από τη μεριά του ότι ο ασθενής νοσεί από Μυασθένεια Gravis, οφείλει να επικεντρωθεί στα ακόλουθα τεκμήρια αξιολόγησης:

- Αναγνώριση κλινικής εικόνας M.G.: με κύριο χαρακτηριστικό σημείο την μυϊκή αδυναμία του σώματος και την εξάντληση του μυών που στελεχώνουν το σκελετικό σύστημα του ατόμου (Baird, 2010).
- Αξιολόγηση οφθαλμικών μυών: Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές παραπομπές, η μυϊκή ομάδα των οφθαλμών είναι η πρώτη περιοχή νοσηρότητας από τη Μυασθένεια Gravis, καθώς το ποσοστό ανίχνευσης βλαβών καταφθάνει το 65% των ασθενών. Η συμπτωματολογία που θα προϋδεάσει τον νοσηλευτή για M.G., απευθύνεται σε πτώση των βλεφάρων, αναφορά για διπλωπία και ανικανότητα ασθενούς να διατηρήσει το βλέμμα του με κατεύθυνση προς τα πάνω (Baird, 2010).
- Εκτίμηση μυϊκού συστήματος σε πρόσωπο και λαιμό: ο νοσηλευτής από αυτά τα σημεία αναγνωρίζει τα συμπτώματα που προέρχονται από το προμήκη και πρέπει να είναι γνώστης ότι οι μύες του προσώπου με επέκταση στο λαιμό αποτελούν τη δεύτερη περιοχή εκδήλωσης των κλινικών σημείων της Μυασθένειας Gravis. Τα πιο γνώριμα κλινικά συμπτώματα που εκδηλώνει ο ασθενής και αναγνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η αδυναμία κατάποσης (που πολλές φορές ευθύνεται για επεισόδιο εισρόφησης του ασθενή), η δυσφαγία, η δυσαρθρία, η αδυναμία κατά την εντολή σύγκλεισης της στοματικής κοιλότητας, η αναγωγή υγρών από τη ρινική κοιλότητα, η διαταραγμένη – ρινική – χροιά της φωνής κατά την ομιλία του ασθενή, η ανικανότητα επαρκούς συγκράτησης της κεφαλής από τους μύες του λαιμού, η αδυναμία κινητικότητας (και ιδιαίτερα ανύψωσης) της κάτω γνάθου και τέλος η απουσία εκφραστικών κινήσεων των μυών του προσώπου (Baird, 2010).
- Αξιολόγηση μυϊκής δύναμης και έντασης των άνω και κάτω άκρων και της σπονδυλικής στήλης: ο νοσηλευτής παρατηρεί τη κινησιολογία του ασθενή και ιδιαίτερα την ένταση και την μυϊκή ισχύ των κινήσεων. Ασθενής με Μυασθένεια Gravis αδυνατεί να επιτελέσει έργο με τους μύες των άνω άκρων και να διατηρήσει όρθια στάση της σπονδυλικής στήλης, χωρίς τη παρέμβαση κάποιου υποστηρικτικού ατόμου ή βοηθήματος. Η μυϊκή αδυναμία είναι ισχυρότερη στους κεντρικούς παρά στους περιφερικούς μύες και συνεχίζεται με αδυναμία των μυών που στελεχώνουν το διαφραγματική και μεσοπλεύρια περιοχή του κορμού. Τα συμπτώματα που θα προκαλέσουν υποψία για M.G. στο νοσηλευτή είναι η εκδήλωση δύσπνοιας (και

μάλιστα χωρίς να έχει προηγηθεί μυϊκό έργο από τον ασθενή) και ο παραγωγικό βήχας με αδυναμία αποβολής των εκκρίσεων από το αναπνευστικό σύστημα. Η συσσώρευση εκκρίσεων στους βρόγχους των πνευμόνων λόγω ανικανότητας αποβολής των πτυέλων, θεωρείται υπεύθυνη για εκδήλωση αναπνευστικής παύσης.

- Αναγνώριση και παρέμβαση σε μυασθενική ή χολινεργική κρίση: Ένα επεισόδιο μυασθενικής ή χολινεργικής κρίσης αποτελεί το πιο επικίνδυνο σημείο αναγνώρισης της Μυασθένειας Gravis καθώς μπορεί να εκδηλωθεί αιφνίδια και να θέσει τη ζωή του ασθενή σε κίνδυνο, λόγω της αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή η τραχειοστομία, λόγω αναγκαιότητας για μηχανική υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας του ατόμου. Σημεία που αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για μυασθενική κρίση είναι η εγκατάσταση αγγώδους συμπεριφοράς σε συνδυασμό με αϋπνίες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμήσει έγκαιρα την παρουσία δυσαρθρίας, δυσφαγίας και δυσφωνίας σε συνάρτηση με την αδυναμία αποβολής ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων, ώστε να προλάβει πιθανό επεισόδιο εισρόφησης του ασθενή. Κατά την εκτίμηση ενός περιστατικού με Μυασθένεια Gravis, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το οικογενειακό περιβάλλον του, εάν ο ασθενής έχει παρουσιάσει ξανά στο παρελθόν μυασθενική ή χολινεργική κρίση και το χρονικό διάστημα της φαρμακευτικής του αγωγής, καθώς τα παραπάνω επεισόδια πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της αναγκαιότητας αύξησης ή αλλαγής της φαρμακευτικής του θεραπείας λόγω ανάπτυξης αντοχής του οργανισμού στις συγκεκριμένες δραστικές ουσίες. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για παραμέτρους που σηματοδοτούν μια χολινεργική ή μυασθενική κρίση, όπως είναι οι λοιμογόνοι παράγοντες, η έκθεση του ασθενή σε ακραίες θερμοκρασίες, μεταβολές του ορμονικού συστήματος ή ενδοκρινολογικές δυσλειτουργίες, η χειρουργική επέμβαση και ιδιαίτερα τα φαρμακευτικά σκευάσματα που παρουσιάζουν νευρομυϊκό αποκλεισμό (αντιβιοτικά, υπνωτικά, ηρεμιστικά και οπιοειδή). Ο νοσηλευτής κατά την αξιολόγηση ενός περιστατικού, εάν έρθει αντιμέτωπος με συμπτώματα όπως ανήσυχη και αδικαιολόγητα αντιδραστική συμπεριφορά, έντονη εφίδρωση, μυϊκές συσπάσεις περιμετρικά των οφθαλμών, στοματικές συσπάσεις και έντονη δυσαρθρία, διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακές κράμπες, μύση (δηλαδή συστολή της κόρης των οφθαλμών), αυξημένη έκκριση σιέλου και αναπνευστική δυσχέρεια, οφείλει να καλέσει άμεσα το ιατρικό προσωπικό για παρέμβαση σε μυασθενική κρίση (Baird, 2010).

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ GRAVIS

Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται ως μια οντότητα, που διέπεται από σωματικές, ψυχικές και πνευματικές ανάγκες. Αυτές οι ανάγκες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους και σε κάθε περίπτωση που παρουσιάζεται μια δυσλειτουργία σε μια από αυτές τις πτυχές, σταδιακά η δυσλειτουργία αυτή φέρει επιπτώσεις και στις υπόλοιπες δομές του οργανισμού (Συλλογικό έργο, 2013).

Σύμφωνα λοιπόν με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν και να κατανοούν ότι η έναρξη μιας ασθένειας στον ανθρώπινο οργανισμό, προσβάλλει τη λειτουργία της σκέψης, του συναισθήματος και κατά επέκταση ολόκληρης της συμπεριφοράς του πάσχοντα (Συλλογικό έργο, 2013).

Η Μυασθένεια Gravis, αποτελεί μια αυτοάνοση νόσο, που συνοδεύεται από συμπτωματολογία ικανή να καταστήσει τον ασθενή ανίκανο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του ανάγκες και σταδιακά να τον αποξενώσει από το κοινωνικό περίγυρο. Οι επιπτώσεις της πάθησης αυτής, πολλές φορές αποτελούν την αιτία της αεργίας του ασθενή και της ψυχοκοινωνικής του διατάραξης ή απόσυρσης (Συλλογικό έργο, 2013).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου που φέρει τη πάθηση M.G., θα πρέπει με γνώμονα το θεραπευτικό μοντέλο και τη διανοητική – ψυχική υγεία του ασθενή, να σχεδιάσει ένα πλάνο νοσηλευτικών διεργασιών/ενεργειών, με το οποίο θα στοχεύει στη πνευματική και συναισθηματική ετοιμότητα του ασθενή έναντι στις επιπτώσεις της νόσου (Συλλογικό έργο, 2013).

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη που απορρέει από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, δεν επικεντρώνεται μόνο στην εκπαίδευση και ψυχική ενδυνάμωση του ασθενή με Μυασθένεια Gravis, αλλά και στην προετοιμασία και εκπαίδευση των οικογενειακών προσώπων που περιβάλλουν τον ασθενή. Κατά αυτό τον τρόπο, ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας, επιτυγχάνει τη παροχή υπηρεσιών υγείας με ολιστική προσέγγιση και προάγει την εξέλιξη του θεραπευτικού σχήματος. Οι ενέργειες του νοσηλευτή ψυχικής υγείας θα πρέπει να στηρίζονται (Baird, 2010):

- ✓ Στην αποδοχή του διαγνωστικού αποτελέσματος για Μυασθένεια Gravis και στη παραδοχή της αναγκαίας «ευελιξίας» του ασθενή σε κάθε πιθανό και μη αποτρεπτικό σενάριο (Baird, 2010).

- ✓ Στη μεταβολή του τρόπου σκέψης, από αρνητικές σε θετικές και αποτελεσματικές πεποιθήσεις (Baird, 2010).
- ✓ Στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων που τον αποδυναμώνουν και τον καθιστούν ευάλωτο σε ενδεχόμενο πυροδότησης ψυχωτικής διαταραχής (εγκατάσταση αγχώδους συμπεριφοράς, πνευματική και γνωστική σύγχυση, καταθλιπτική διάθεση) (Baird, 2010).
- ✓ Στην ανάπτυξη και την υλοποίηση βραχυπρόθεσμων στόχων και μακροχρόνιων σκοπών, που θα εμψυχώσουν το ρόλο του ασθενή στο σχεδιασμό αρχικά της καθημερινότητάς του και μετέπειτα στο μέλλον του, εξαλείφοντας σημεία μαιταιοδοξίας και ανικανότητας (Baird, 2010).
- ✓ Στο σχεδιασμό προσωπικών αμυντικών στρατηγικών που θα ακολουθεί ο ασθενής κάθε φορά που εμφανίζεται ένα καινούργιο σύμπτωμα της νόσου ή που επιδεινώνεται ένα υπάρχων πρόβλημα (Baird, 2010).
- ✓ Στην ενθάρρυνση μιας ανοικτής επικοινωνίας τόσο με το προσωπικό υγείας όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον. Ο διάλογος και η συζήτηση για κάθε σκέψη που του προκαλεί φόβο, σύγχυση ή ανασφάλεια του προσφέρει την αποδιοργάνωση και την αφαίρεση αυτής της αρνητικής σκέψης (Συλλογικό έργο, 2013).
- ✓ Στην εκπαίδευση και εκμάθηση του ασθενή και της οικογένειας σε θέματα συμμόρφωσης και τήρησης των ιατρικών οδηγιών, της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και στην ανάγκη τυχόν μεταβολής του θεραπευτικού πλάνου (Συλλογικό έργο, 2013).
- ✓ Στην ψυχολογική ενδυνάμωση και εκπαίδευση των οικογενειακών ατόμων, με σκοπό να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις που φέρει η Μ.Γ. στο αγαπημένο τους πρόσωπο (Συλλογικό έργο, 2013).

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑΣ GRAVIS

- Αναπνευστική ανεπάρκεια και διαταραχές ανταλλαγής αερίων: σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια με χαμηλή τιμή κορεσμού οξυγόνου και αερίων στο αρτηριακό αίμα, ο νοσηλευτής παρακολουθεί την οξυγονοθεραπεία, τον αναπνευστικό ρυθμό και τη μορφή της αναπνοής (εύπνοια ή δύσπνοια από θωρακική ή κοιλιακή αναπνοή). Ανησυχητικά σημεία που υποδηλώνουν αναπνευστική δυσχέρεια είναι οι ελαττωμένοι και παθολογικοί αναπνευστικοί ρυθμοί, με μεταβολή στη ταχύτητα και

στο ρυθμό των αναπνοών, σε συνδυασμό με συμπτώματα όπως ανησυχία, ευερεθιστότητα, σύγχυση ασθενούς και μη προσανατολισμός σε χώρο ή χρόνο και υπνηλική διάθεση. Το νοσηλευτικό προσωπικό ελέγχει για τη σωστή εφαρμογή των μασκών οξυγονοθεραπείας και νεφελοποίησης των βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων καθώς και για τη λειτουργία των μηχανημάτων παροχής οξυγόνου. Εκτιμά τις τιμές της παλμικής οξυμετρίας και εφαρμόζει αναπνευστική φυσικοθεραπεία με συχνές αλλαγές της θέσεως του ασθενούς, με σκοπό να προληφθεί το ενδεχόμενο στερεοποίησης των βρογχικών εκκρίσεων από το αναπνευστικό σύστημα του οργανισμού (Baird, 2010).

- Μη αποδοτική απελευθέρωση των εκκρίσεων από τους αεραγωγούς: ο ασθενής αδυνατεί να αποβάλλει τις εκκρίσεις μέσω του βήχα από τους πνεύμονες διότι έχει αποδυναμωθεί το μυϊκό σύστημα που συμμετέχει στην αναπνευστική λειτουργία (διαφραγματικοί – μεσοπλεύριοι – φαρυγγικοί και επικουρικοί μύες). Ο νοσηλευτής θα πρέπει αφού πρώτα έχει ασκήσει υπεροξυγόνωση στον ασθενή, να προβαίνει σε αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων από τη ρινική και στοματική κοιλότητα και να παρακολουθεί την εξέλιξη του βήχα (παραγωγικός βήχας και αποτελεσματικός ή ξηρός βήχας και μη αποδοτικός). Σημαντική παράμετρος αποτελεί η αξιολόγηση των πτυέλων και των βρογχικών εκκρίσεων, διευκρινίζοντας τη ποσότητα, το χρώμα και τυχόν οσμή (δυσοσμία πτυέλων – βρογχικών εκκρίσεων) καθώς και τη περιγραφή σε κολλώδεις, ογκώδεις ή παχύρευστες εκκρίσεις – πτύελα. Επιπλέον, απαιτείται η συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενή στη κλίνη σε θέση ημι- Fowler έως και υψηλή Fowler, με σκοπό την διευκόλυνση έκπτυξης της θωρακικής περιοχής και την αποτροπή εκδήλωσης εισρόφησης (Baird, 2010).
- Ευαισθησία του οργανισμού σε λοιμογόνους παράγοντες: ο ασθενής με Μυασθένεια Gravis παρουσιάζει ανεπαρκείς μηχανισμούς αυτοπροστασίας και ανοσολογικής ανταπόκρισης σε λοιμώξεις και μικροβιακούς παράγοντες επομένως ο νοσηλευτής οφείλει να παρατηρεί σημεία που υποδηλώνουν λοίμωξη, όπως αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, έντονη εφίδρωση, ευερεθιστότητα, αύξηση της καρδιακής συχνότητας, παραγωγή δύσσομων και κολλωδών βρογχικών εκκρίσεων και αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων. Πραγματοποιεί συχνές αναρροφήσεις, εφαρμόζει άσηπτη τεχνική, προστατεύει τον ασθενή από έκθεση σε μικροβιακό – μολυσματικό υλικό, περιβάλλον και προσωπικό (όπως επισκέπτες, φιλικά πρόσωπα και άτομα της οικογενείας) και ακολουθεί με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες περί αντιβιοτικής «κάλυψης» του ασθενούς (Baird, 2010).

- Δυσκαταποσία: η αδυναμία κατάποσης σε άτομο που νοσεί από Μυασθένεια Gravis, οφείλεται στην μείωση ή την εξάλειψη του φαρυγγικού αντανακλαστικού, στην αποδυνάμωση των μυών που συμμετέχουν στη διαδικασία της μάζησης καθώς και στην παράλυση των μυών του προσώπου. Ο νοσηλευτής σε αυτή τη φάση θα πρέπει πριν την έναρξη σίτισης από το στόμα, να ελέγχει την μυϊκή ισχύ των κινήσεων μάζησης και κατάποσης, να ανυψώνει το προσκέφαλο της κλίνης ώστε ο ασθενής να βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση και να προλαμβάνεται τυχόν αναγωγή τροφής ή εισρόφηση. Επιπλέον, η νοσηλευτική επιθυμητή έκβαση εστιάζει στην συχνή σίτιση του ασθενή με μικρά – μαλακά σε υφή γεύματα και στην ενημέρωση του πάσχοντα για αποφυγή τροφών και αναγνωστικών που είναι υπεύθυνα για πρόκληση μετεωρισμού της κοιλιακής χώρας και πίεσης της διαφραγματικής περιοχής. Ο νοσηλευτής, σε συνεννόηση με το λογοθεραπευτή της νοσοκομειακής μονάδας, οφείλει να ενημερώσει το ιατρικό προσωπικό σε περίπτωση που η σίτιση από το στόμα κρίνεται αναποτελεσματική και επικίνδυνη, να εφαρμοστεί εναλλακτική τεχνική σίτισης (εντερική ή παρεντερική σίτιση) (Baird, 2010).
- Διπλωπία και βλεφαρόπτωση: αποτελούν απόρροια των αισθητηριακών δυσλειτουργιών που επιφέρει η M.G. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρακολουθεί την εξέλιξη της οπτικής ικανότητας του ασθενούς, με συχνές ερωτήσεις οπτικής δυνατότητας αντικειμένων. Περιποιείται τους οφθαλμούς με εφαρμογή τεχνητών δακρύων, με σκοπό τη λίπανση και τη προστασία του κερατοειδούς και σε ορισμένες περιπτώσεις εφαρμόζει ειδικά επιθέματα ή ταινίες συγκράτησης των βλεφάρων, σε σοβαρής μορφής βλεφαρόπτωση (Baird, 2010).
- Μυασθενική και χολινεργική κρίση: αποτελεί επικίνδυνη επιπλοκή της Μυασθένειας Gravis και απαιτεί την ενημέρωση και εκπαίδευση τόσο του ασθενή όσο και των οικογενειακών προσώπων για αναγνώριση των ενδεικτικών σημείων πυροδότησης μιας κρίσης. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή πως η μυασθενική κρίση είναι στην ουσία η αιφνίδια επιδείνωση των συνήθως υπάρχων μυασθενικών συμπτωμάτων του ασθενή, λόγω έκθεσης του σε λοιμογόνους παράγοντες (επιπλοκή της λοίμωξης του οργανισμού), σε αντίθεση με τη χολινεργική κρίση, η οποία εκδηλώνεται ύστερα από τοξικότητα των αντιχολινεστερασικών δραστικών ουσιών. Η συμπτωματολογία και των δύο κατηγοριών χαρακτηρίζεται συνήθως από όμοια σημεία/ ενδείξεις. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για εμφάνιση κραμπών στη κοιλιακή περιοχή, εκδήλωση διαρροϊκών κενώσεων, μυϊκή κόπωση, αύξηση βρογχικών εκκρίσεων, διαταραγμένη αναπνευστική ικανότητα, δυσκαταποσία, πτώση

των βλεφάρων, διπλωπία και αδυναμία προφορικής έκφρασης. Τέλος, οφείλει να έχει προνοήσει να υπάρχει στη διαθεσιμότητα τόσο της δικής του παρέμβασης όσο και του ιατρικού προσωπικού συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης, φαρμακευτική κάλυψη με Tensilon – νεοστιγμίνη – ατροπίνη – πραλιδοξίμη, συσκευές οξυγονοθεραπείας, αναρρόφησης και αναζωογόνησης καθώς και αποστειρωμένα σετ διασωλήνωσης του ασθενούς (Baird, 2010).

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η χορήγηση των φαρμάκων σε άτομα με παθήσεις είτε σωματικού είτε ψυχικού χαρακτήρα, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ενέργειες των νοσηλευτών, ως επαγγελματίες υγείας που στοχεύουν αρχικά στη πρόληψη της νόσου και στη συνέχεια στον περιορισμό ή στην εξάλειψη της (Roitt, 2000).

Ωστόσο, οποιαδήποτε χημική – δραστική ουσία και αν χορηγείται στον ασθενή με σκοπό τη καλύτερευση της κλινικής εικόνας του, δεν καταργεί το ενδεχόμενο επιδείνωσης της συμπτωματολογίας λόγω εκδήλωσης ανεπιθύμητων παρενεργειών στον οργανισμό του ασθενή (Roitt, 2000).

Ο νοσηλευτής οφείλει να χορηγεί φάρμακα στη σωστή δοσολογία, με τον σωστό τρόπο χορήγησης και με συνεχή επαγρύπνηση για τυχόν εκδήλωση ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται καταγραφή των σημαντικότερων ανεπιθύμητων παρενεργειών που προκύπτουν από τη χορήγηση φαρμάκων στη Μυασθένεια Gravis (Roitt, 2000).

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στη χορήγηση κορτικοειδών φαρμάκων ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει, ότι αποτελούν μια κατηγορία σημαντική στη θεραπευτική αντιμετώπιση της Μυασθένειας Gravis, όπου η χορήγηση τους είναι μακροχρόνια και αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης σοβαρών επιπλοκών. Τα κορτικοειδή, όπως και όλες οι κατηγορίες φαρμάκων, συμπεριλαμβάνονται στο θεραπευτικό σχήμα του ασθενή λαμβάνοντας και υπολογίζοντας ότι το όφελος θα είναι μεγαλύτερο από τις επιπτώσεις που θα προκύψουν από τη χορήγηση τους (Συλλογικό έργο, 2010).

Η μακροχρόνια λήψη κορτικοειδών παρουσιάζει μεγάλο εύρος επιπτώσεων στην υγεία του ασθενή καθώς οι δυσλειτουργίες που ενδέχεται να προκύψουν εμφανίζονται σε όλα τα

συστήματα του οργανισμού, πάντα με την αρχή ότι ο άνθρωπος ως μοναδική και εξατομικευμένη οντότητα στο γενικό πληθυσμό ανταποκρίνεται διαφορετικά στη χορήγηση ενός φαρμάκου.

Ο νοσηλευτής λοιπόν, είτε σε βραχυχρόνια είτε σε μακροχρόνια χορήγηση κορτικοειδών στον ασθενή του, θα πρέπει να γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες σε κάθε σύστημα. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες ακολουθούν στη συνέχεια και είναι (Συλλογικό έργο, 2010):

- ❖ Από το Γαστρεντερικό Σύστημα: Έλκος στομάχου, μετεωρισμός κοιλιακής περιοχής, ελκωτική οισοφαγίτιδα, φλεγμονή στο πάγκρεας και αίσθημα ναυτίας (Γερμενής, 2000).
- ❖ Από το Μυοσκελετικό Σύστημα: Στεροειδική μυοπάθεια, αδυναμία μυϊκού συστήματος συνοδευόμενη από μυϊκή ατροφία, οστεοπόρωση, συμπιεστικά κατάγματα σπονδύλων ή αυτόματα κατάγματα, πυροδότηση άλγους σε μυς και αρθρώσεις, γοναταλγία ή ποδοκνημικό άλγος και ρήξη τενόντων (Γερμενής, 2000).
- ❖ Από τους Οφθαλμούς: Οπίσθιο υποκάψιο καταρράκτη, γλαύκωμα, αύξηση ενδοφθάλμιας πίεσης και Εξώφθαλμο.
- ❖ Από το Ενδοκρινολογικό – Ορμονικό σύστημα: διαταραγμένη έμμηο ρύση, καταστολή ή μειωμένη ανάπτυξη στη παιδική ηλικία, εκδήλωση συνδρόμου Cushing, πυροδότηση ακμής ή παράταση συμπτωματολογίας της, αυξημένη τριχοφυΐα, δυσανεξία σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, δευτεροπαθής ανεπάρκεια επινεφριδίων, ανάπτυξη λανθάνοντα διαβήτη ή μεταβολή των αναγκών σε εξωτερική χορήγηση ινσουλinoθεραπείας, διαβητική κετοξέωση, υπερωσμωτικό μη κετωσικό διαβητικό κώμα, νεφρολιθίαση, συσσώρευση λιπώδους μάζας στην υπερκλείδια χώρα, κατακράτηση οργανισμού σε νάτριο ή υποκαλιαιμία, διαταραχή ηλεκτρολυτών και κατακράτηση υγρών στο σώμα του ασθενή με εμφανή οιδήματα (Γερμενής, 2000).
- ❖ Από το Δέρμα και τους Βλεννογόνους: καθυστερημένη επούλωση τραύματος, παρουσία ερυθήματος στο πρόσωπο, λέπτυνση δερματικής επιφάνειας ή εύκολη λύση του δέρματος, έντονη εφίδρωση, εκδήλωση εκχυμώσεων, αναστολή ή επιβράδυνση ερεθισμάτων – δοκιμασιών στο δέρμα και ιώδεις ραβδώσεις.
- ❖ Από το Νευρικό Σύστημα: συχνές κεφαλαλγίες, μεγιστοποίηση ενδοκράνιας πίεσης συνοδευόμενο από οίδημα της οπτικής θηλής, εμφάνιση σπασμών ή τρόμων, ψυχωτικές διαταραχές όπως καταθλιπτική διάθεση.

- ❖ Από τους ηπατικούς δείκτες: αύξηση τιμών σε τρανσαμινάσες (SGPT, SGOT) και στην αλκαλική φωσφατάση.
- ❖ Από τη Καρδιά: Ρήξη μυοκαρδίου, επεισόδιο θρομβοεμβολής, εκδήλωση υπέρτασης και εμφάνιση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (σε ασθενείς με συνυπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο).
- ❖ Επιπλέον: αύξηση σωματικού βάρους και όρεξης, σάρκωμα Carosi, υπερευαισθησία, ευαισθησία σε λοιμογόνους παράγοντες και αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις (Γερμενής, 2000).

Για να γίνει έγκαιρη η διάγνωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών κατά τη χορήγηση των κορτικοειδών και να προληφθούν οι περαιτέρω δυσλειτουργίες, ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

- ❖ Επισημάνει στο ιατρικό προσωπικό για ελαχιστοποίηση της δοσολογίας μόλις επιτευχθεί το αναμενόμενο θεραπευτικό όφελος και αν κρίνεται αναγκαίο ή έναρξη διαλείπουσας θεραπείας (δοσολογία ανά δευτέρα μέρα). Συνήθως σε περιπτώσεις που πραγματοποιείται διαλείπουσα χορήγηση κορτικοειδών ουσιών προτιμάται η υποκατηγορία των γλυκοκορτικοστεροειδών (Baird, 2010).
- ❖ Λαμβάνει συχνές μετρήσεις της αρτηριακής πίεσως και να προβαίνει σε τακτικό ζύγισμα του ασθενούς για έλεγχο του σωματικού βάρους (παρακολούθηση για πιθανή κατακράτηση υγρών) (Baird, 2010).
- ❖ Παρακολουθεί τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων για εκτίμηση της τιμής του σακχάρου στο αίμα καθώς και των ηλεκτρολυτών (Baird, 2010).
- ❖ Ενημερώνει για διατροφή προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς, με τροφές πρωτεϊνούχες και πλούσιες σε ασβέστιο (Baird, 2010).
- ❖ Αναγνωρίζει ότι σε ενδείξεις υποκαλιαμίας με μακροχρόνια λήψη κορτικοειδών, απαιτείται η λήψη χλωριούχου καλίου εξίσου για μακροχρόνιο διάστημα και πάντα υπό τον επανέλεγχο των τιμών καλίου.
- ❖ Γνωρίζει ότι η διακοπή των κορτικοειδών φαρμάκων πραγματοποιείται σταδιακά, μέσω διαλείπουσας και μειωμένης δοσολογίας, με σκοπό την πρόληψη εκδήλωσης επινεφριδικής ανεπάρκειας (Baird, 2010)

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σήμερα, τόσο τα αντινεοπλασματικά όσο και τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται ευρέως για το περιορισμό της αυτοάνοσης νόσου Μυασθένειας Gravis. Η χρήση τους έχει αυξηθεί σημαντικά καθώς η αποτελεσματικότητά τους στα θεραπευτικά σχήματα κρίνεται αναγκαία. Είναι δραστικές ουσίες που χορηγούνται είτε *per os* είτε ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια.

Ωστόσο, οι ανεπιθύμητες παρενέργειες και των δύο κατηγοριών είναι πολλαπλές και ανιχνεύονται σχεδόν σε όλα τα συστήματα και όργανα του οργανισμού. Χαρακτηριστική παρενέργεια των κατηγοριών αυτών είναι η μυελοτοξικότητα. Η εκδήλωση της πραγματοποιείται με την παράλληλη εμφάνιση της λευκοπενίας, της θρομβοπενίας και της αναιμίας.

Επειδή ο κίνδυνος για ανάπτυξη μυελοτοξικότητας, λογχεύει σε όλο το διάστημα που περιλαμβάνει το θεραπευτικό σχήμα, ο νοσηλευτής υποχρεούται να γνωρίζει και να επισημαίνει την αξία των τακτικών αιματολογικών εξετάσεων και να παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα όπως εμπύρετο, κυνάγχη ή παρουσία μικρών αιμορραγικών εστιών.

Η χορήγηση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη πυροδότηση λευκοπενίας, η οποία επιφέρει επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς τον καθιστά ευάλωτο στους λοιμογόνους παράγοντες (συχνές λοιμώξεις του οργανισμού) και σε αιμορραγική διάθεση (πρόκληση αιμορραγιών). Σήμερα, ως προληπτικό μέτρο για την μείωση της τοξικότητας των φαρμάκων αυτών, οι θεράπων ιατροί προβαίνουν στον συνδυασμό των αντινεοπλασματικών φαρμάκων μεταξύ τους, με σκοπό να επιβραδύνουν την εκδήλωση αντοχής από τα νεοπλασματικά κύτταρα και παράλληλα να έχουν ένα αποδοτικότερο και ολιστικό αποτέλεσμα από την αθροιστική/συνεργική τους δράση.

5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Ανδρας ασθενής Β.Κ., άγαμος και άνεργος, ηλικίας 32 ετών, εισήχθη στη ορθοπεδική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, που εδρεύει στο Δήμο Ρίου, ύστερα από εκδήλωση Μυασθένειας Gravis, με συνωδά συμπτώματα ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία των μυών του προσώπου, πτώση βλεφάρων, δυσαρθρία, περιοδική ιπλωπία, αδυναμία άνω άκρων, γενικευμένη μυϊκή κόπωση, δυσκαταποσία, αρθραλγία, δυσκαμψία αρθρώσεων, οίδημα και ερυθρότητα αρθρώσεων και περιοδική γοναταλγία.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 11/07/2019 και ώρα 09:45 πμ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Ονοματεπώνυμο: Β.Κ.

Φύλλο: άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.: 22/03/1987

Ηλικία: 32

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Μυασθένεια Gravis, με συνωδά συμπτώματα ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Οικ. Κατάσταση: άγαμος

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ο ασθενής κατά τη λήψη του ατομικού ιστορικού αναφέρει ότι προ διετίας απεβίωσαν λόγω τροχαίου αυτοκινητιστικού ατυχήματος οι γονείς του και αυτό αποτέλεσε το βαθύτερο αίτιο εγκατάστασης αγχώδους συμπεριφοράς με αδυναμία διαχείρισης των ψυχικών επιπτώσεων του πένθους. Είναι επί 4 χρόνια άνεργος και η οικονομική υποστήριξη του ίδιου προέρχεται από το συγγενικό περιβάλλον των γονέων του. Χαρακτηρίζεται από αίσθημα απελπισίας και απογοήτευσης.

Το Σεπτέμβριο του προηγούμενου έτους ξεκίνησε να εμφανίζει πρωινή δυσκαμψία στις αρθρώσεις των άνω άκρων και γενικευμένη μυϊκή κόπωση, χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική δραστηριότητα. Επισκέφτηκε ιδιώτη παθολόγο ιατρό, ο οποίος τον ενημέρωσε ότι πρέπει να προβεί σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, ώστε να έχει μια σαφή εικόνα της δυσλειτουργίας που παρουσιάζεται στον οργανισμό του ασθενή αλλά ο ίδιος λόγω άρνησης

και αντιδραστικής συμπεριφοράς (την οποία δικαιολόγησε ως «απάντηση» στο πένθος) δεν τήρησε τις ιατρικές οδηγίες.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η συμπτωματολογία που παρουσιάζει ο ασθενής πυροδοτείτε προ διετίας με την έναρξη της φάσης του πένθους. Η μυϊκή κόπωση και η αρθραλγία αντιμετωπιζόταν υποστηρικτικά με τη χορήγηση παυσίπονων και συγκεκριμένα τη λήψη παρακεταμόλης. Τα συμπτώματα δεν υποχωρούσαν και με το πέρασμα του χρόνου αυξάνονταν. Ο ασθενής δήλωσε ότι ο πατέρας του νοσούσε από το αυτοάνοσο νόσημα του Ερυθρηματώδη Λύκο και πως από το συγγενικό περιβάλλον της μητέρας οι παππούδες του γνώριζε ότι νοσούσαν από αρθρίτιδα.

Το τελευταίο τρίμηνο ο ασθενής αναφέρει ότι η κλινική εικόνα ενώ εστιαζόταν στο μυϊκό σύστημα, ξεκίνησε να εκδηλώνει συμπτώματα που του προκάλεσαν φόβο καθώς ανέπτυξε βλεφαρόπτωση και αδυναμία εκτέλεσης του προφορικού λόγου.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά την εισαγωγή του ασθενή στη νοσοκομειακή μονάδα, ο ορθοπαιδικός ζήτησε από τον 32χρονο να προβεί σε μια σειρά αιματολογικών και απεικονιστικών εξετάσεων και τον ενημέρωσε ότι η κλινική εικόνα «δίνει» σημεία ρευματολογικού και νευρολογικού χαρακτήρα και θα πρέπει να προβεί σε αξιολόγηση από δύο διαφορετικές ειδικότητες, από νευρολόγο και από ρευματολόγο.

Ο ασθενής μετά τη λήψη του ατομικού ιστορικού ακολούθησε αιματολογικές και ανοσολογικές εξετάσεις, διεξοδική νευρολογική εξέταση, ηλεκτρομυογραφία (ΕΜΦ), ενδοφλέβια δοκιμασία με Tensilon (χλωριούχο εδροφώνιο) καθώς και μαγνητική και αξονική απεικόνιση του θυρεοειδή αδένος και της εγκεφαλικής περιοχής. Οι θεράπων ιατροί τον ενημέρωσαν ως προς τη διαγνωστική προσέγγιση ότι επιζητούν σημεία που συνηγορούν για ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οποία σπάνια πυροδοτεί ως αυτοάνοση «απάντηση» του ανοσολογικού συστήματος τη Μυασθένεια Gravis.

Ωστόσο, τον καθησύχασαν ότι ενώ δεν υπάρχει βιβλιογραφική αναφορά που να υποστηρίζει ότι το ένα αυτοάνοσο νόσημα πυροδοτεί το δεύτερο αυτοάνοσο, εντούτοις πιστεύουν από την εμπειρία τους ότι ενδέχεται η ρευματοειδής αρθρίτιδα να αποτελέσει τον ανασταλτικό παράγοντα περιορισμού της συμπτωματολογίας της M.G.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Με βάση τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, οι θεράπων ιατροί του ασθενή σχεδίασαν το ακόλουθο θεραπευτικό πλάνο:

- ✓ Λήψη αντιχολινεστεράσες και ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες (χορήγηση πυριδοστιγμίνης και πρεδνιζολόνης).
- ✓ Λήψη αναλγητικών και αντιφλεγμονωδών ουσιών για την υποστηρικτική ανακούφιση από την αρθραλγία και τη γοναταλγία με τη χορήγηση επί πόνου παρακεταμόλης και ιβουπροφαίνης.
- ✓ Χορήγηση τροποποιητικών ουσιών έναντι της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, τα αναφερόμενα αντιρευματικά φάρμακα, με εστίαση στα συμβατικά και αποκλεισμό των βιολογικών θεραπειών στη κατηγορία αυτή (λήψη Υδροξυχλωροκίνης και Μεθοτρεξάτης).
- ✓ Λήψη Στεροειδών ουσιών (κορτιζόνης) που προσφέρει φαρμακευτική «κάλυψη» και για τις δύο παθήσεις.

Ο ρευματολόγος, μετά από συνεννόηση με τον νευρολόγο, ενημέρωσαν τον ασθενή για το θεραπευτικό πλάνο και τις επιπτώσεις – παρενέργειες από τη μη ορθολογική τήρηση της θεραπείας του ή από τις αναμενόμενες επιδράσεις των φαρμακευτικών ουσιών. Ανέφεραν ότι η πολυπλοκότητα των δραστικών ουσιών έγκειται στο γεγονός ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα απαιτεί την «επιθετική» μείωση της εξέλιξης της με τη χορήγηση παραπάνω από ένα φαρμάκων (καθώς η κάθε δραστική ουσία δρα με διαφορετικό μηχανισμό και προσφέρει ολιστική προσέγγιση και για τις δύο συνυπάρχων νόσους) και συνέχισαν το σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγιση με τα ακόλουθα επιπλέον μέτρα:

- ✓ Εφαρμογή Φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας. Ο συνδυασμός αυτών των μεθόδων θα συντελέσει στη βελτίωση και στην ενίσχυση του μυϊκού συστήματος. Θα επιβραδύνει την αδυναμία των μυών έναντι της M.G. και θα ανακουφίσει τον ασθενή από το άλγος των αρθρώσεων. Επιπλέον, μέσα από το καθημερινό πρόγραμμα ασκήσεων θα βελτιωθεί το εύρος της κινησιολογίας του ασθενή και θα ενισχυθεί το ψυχολογικό του προφίλ (για πρόληψη καταθλιπτικής συμπεριφοράς).

- ✓ Πρόγραμμα ισορροπημένης διατροφής με δίαιτα άναλος και επικέντρωση στο περιορισμό των κορεσμένων λιπαρών οξέων, στην αύξηση σε ακόρεστα λιπαρά (ιδίως ιχθυέλαια) και μεγιστοποίηση της συγκέντρωσης βιταμίνης C.

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
• Αδυναμία μυών προσώπου. • Πτώση βλεφάρων. • Δυσαρθρία. • Περιοδική διπλωπία. • Αδυναμία άνω άκρων. • Γενεικευμένη μυϊκή κόπωση. • δυσκαταποσία. • Αρθραλγία με δυσκαμψία, οίδημα και ερυθρότητα. • Περιοδική γοναταλγία. • Μυασθένεια Gravis με συνωδή Ρευματοειδή αρθρίτιδα.	• Ανακούφιση από το άγχος • Μείωση ή εξάλειψη συμπτωμάτων • Πρόληψη εξέλιξης της M.G. (αναπνευστική ή δυσχέρεια/ανεπάρκεια) • Πρόληψη παρενεργειών από την δράση των φαρμάκων	• Ενημέρωση ασθενούς & Ψυχολογική υποστήριξη. • Λήψη ζωτικών σημείων. • Σωστή δοσολογία φαρμάκων. • Πρόληψη τοξικότητας & παρενεργειών (παρακολούθηση για ναυτία, γαστρεντερικές & ηλεκτρολυτικές διαταραχές, κεφαλαλγία, αύξηση σωματικού βάρους, οστεοπόρωση). • Πρόληψη σε έκθεση	• Αντιχολινεστεράσες & ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες (πυριδοστιγμίνη - πρεδνιζολόνη). • Λήψη αναλγητικών & αντιφλεγμονωδών ουσιών με παρακαταμόλη, ιβουπροφαίνης • Χορήγηση τροποποιητικών ουσιών (Υδροξυχλωροκίνη - Μεθοτρεξάτη). • Στεροειδή (κορτιζόνη). • Εφαρμογή Φυσικοθεραπείας & Εργοθεραπείας. • Δίαιτα άναλος.	• Μερική ίαση αυτοάνοσων νόσων. • Περιορισμός εξέλιξης σημείων M.G. • Εξάλειψη γοναταλγίας. • Καλύτερη προφορικού λόγου (περιορισμός δυσαρθρίας) • Πρόληψη λοιμώξεων λόγω μειωμένης ανοσολογικής

		λοιμογόνων παραγόντων. • Παρακολούθηση αιματολογικών αποτελεσμάτων (TKE, CRP, επιπλοκών της φλεγμονής για αναιμία, ρευματοειδής παράγοντας /Rafest και αντι-CCP)	• Επαρκής ανάπαυση	ανταπόκρισης) • Διαχείριση άγχους/ στρες – πρόληψη καταθλιπτικής ψύχωσης. • Πρόληψη τοξικότητας φαρμάκων. • Τακτικός επανέλεγχος.
--	--	---	--	--

5.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Γυναίκα ασθενής Α.Δ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 55 ετών, εισήχθη στη ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, που εδρεύει στο Δήμο Ρίου, ύστερα από εκδήλωση Μυασθένειας Gravis.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσιάζει πτώση των βλεφάρων, αδυναμία άνω άκρων, θύμωμα, συνοδευόμενο από ψυχωσική συμπτωματολογία. Η κλινική εικόνα της ψυχωτικής δυσλειτουργίας επικεντρώνεται στην παραγωγή παραληρητικών ιδεών, στην ιδέα δίωξης από το οικογενειακό περιβάλλον και στην αναγνώριση οπτικών και ακουστικών ψευδαισθήσεων. Επιπλέον, ανιχνεύεται διαταραχή στο συναίσθημα με την εμφανή εικόνα του θυμού, σε συνάρτηση με την υπερδιέγερση και την απελπισία.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 03/08/2019 και ώρα 15:53 πμ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Ονοματεπώνυμο: Α.Δ.

Φύλλο: ΘΥΛΗ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 05/11/1964

Ηλικία: 55

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Μυασθένεια Gravis, με ψυχωσική συμπεριφορά.

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής είναι το δεύτερο παιδί από τα συνολικά πέντε αδέρφια της οικογενείας. Σύμφωνα με τα λεγόμενα της ίδιας κατά τη λήψη του ατομικού ιστορικού, δηλώνει πως η παιδική της ηλικία περιγράφεται από έντονο άγχος και ενδοοικογενειακή βία. Η σχέση της με τους γονείς ήταν διαταραγμένη και βασιζόμενη στο συναίσθημα του φόβου και της υποβίβασης προς τις ικανότητες της και τον τρόπο σκέψης της. Είναι απόφοιτος δημοτικού και από ηλικία 12 ετών εργαζόταν σε γεωργικές και κτηνοτροφικές δραστηριότητες, υπό την επίβλεψη των γονέων της. Παντρεύτηκε σε ηλικία 20 ετών και παρέμεινε παντρεμένη για είκοσι χρόνια οπότε πήρε διαζύγιο. Σήμερα έχει ένα γιο, για τον οποίο η σύγχυση την δεδομένη στιγμή, δεν της επιτρέπει να δώσει περαιτέρω πληροφορίες.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής Α.Δ., ηλικίας 55 ετών, εισήχθη για πρώτη φορά στη ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών προ τετραετίας. Αναγνωρίστηκε τότε, η αρχική συνδρομή ψυχωτικών συμπτωμάτων, ως συνυπάρχων σημεία στη συμπτωματολογία της Μυασθένειας Gravis. Προ διμήνου εκδήλωσε για πρώτη φορά παρανοϊκές ιδέες και σκέψεις δίωξης από το οικογενειακό της περιβάλλον. Με διαφορά είκοσι ημερών πυροδοτείται και η παρουσία ψευδαισθήσεων, οπτικού και ακουστικού χαρακτήρα. Η ασθενής ωστόσο, έλαβε εξιτήριο από τη νοσοκομειακή μονάδα, με σκοπό να διενεργηθούν νευρολογικές και ψυχιατρικές διαγνωστικές εξετάσεις σε ιδιωτικό νοσοκομείο, όπως επιθυμούσε η ίδια και το περιβάλλον της, πράγμα το οποίο όπως δηλώνεται δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ και η ασθενής είχε επιστρέψει στο σπίτι της.

Η ασθενής δεν φέρει κανέναν εργαστηριακό ή απεικονιστικό έλεγχο πρόσφατων ή παλαιότερων εξετάσεων και δεν μπορεί να προσδιορίσει σε πιο χρονικό διάστημα παρουσίασε πτώση των βλεφάρων και μυϊκή αδυναμία στα άνω άκρα. Φέρει μόνο ένα ιδιόχειρο χαρτί κατά το οποίο αναφέρει ότι νοσηλεύτηκε σε νευρολογική κλινική, άγνωστης νοσοκομειακής μονάδας, όπου διαγνώστηκε Μυασθένεια Gravis και ετέθη σε φαρμακευτική αγωγή με αντιχολινεστεράση και με προσθήκη κορτιζόνης στη φαρμακευτική αγωγή. Την ίδια περίοδο αναγνωρίστηκε η παρουσία θυμώματος, όπου δεν ακολουθήθηκε απάντηση με θυμεκτομή για αυτό και παραμένει έως και σήμερα.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στο Νοσοκομείο αναγνωρίστηκαν στη συμπτωματολογία πτώση των βλεφάρων, μυϊκή αδυναμία άνω άκρων, θύμωμα, παραληρητικές ιδέες, ιδέες δίωξης από τα οικογενειακά άτομα, ψευδαισθήσεις οπτικού και ακουστικού χαρακτήρα και διαταραχή του συναισθήματος με επικέντρωση στην εκδήλωση έντονου θυμού, υπερδιέγερσης και απελπισίας.

Η νοσηλεία του συνέχισε με τον πλήρη εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο όπως, ΗΕΓ/γράφημα, ΗΜΓ/γράφημα, υπέρηχο θυρεοειδούς αδένα, αιματολογικές εξετάσεις για δείκτες φλεγμονής και ανοσολογικού συστήματος, νευρολογικά - προκλητά δυναμικά και εκτίμηση ψυχωτικής εικόνας με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-III.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο ψυχίατρος σε συνεργασία με το νευρολόγο του νοσοκομειακού ιδρύματος ενημέρωσαν την ασθενή και το οικογενειακό της περιβάλλον ότι η κλινική εικόνα συνηγορεί υπέρ της Μυασθένειας Gravis με συνυπάρχουσα καταθλιπτική διαταραχή. Σύμφωνα με την εξέλιξη των συμπτωμάτων, όπως δηλώνεται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III, η συμπτωματολογία εστιάζει αρχικά σε διαταραχή προσαρμογής (στο συγκεκριμένο περιστατικό με αδυναμία προσαρμογής στα συμπτώματα της αυτοάνοσης νόσου Μυασθένειας Gravis), στη συνέχεια με πυροδότηση καταθλιπτικής συμπεριφοράς συνοδευόμενη από διαταραγμένο συναισθηματικό προφίλ (συναισθηματικές διαταραχές) και τέλος με διαταραχές προσωπικότητας (όπου στο συγκεκριμένο περιστατικό νοσηλείας απουσιάζει). Πρόσθεσαν επιπλέον, ότι η εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενή με M.G., οφείλεται πιθανώς σε κεντρική χολινεργική δυσλειτουργία, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη πως ένα χρόνιο και μη προβλέψιμο αυτοάνοσο νόσημα επιφέρει διαταραχές και επιπτώσεις ακόμη και στη ψυχική «πλευρά» ενός ατόμου.

Στη συνέχεια περιγράφεται το θεραπευτικό πλάνο:

- Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων: αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης - SSRI (με λήψη σιταλοπράμης και φλουοξετίνης).
- Χορήγηση αναστολέων χολινεστεράσης (λήψη πυριδοστυγμίνης).
- Λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και στεροειδών (χορήγηση αζαθειοπρίνης και πρεδνιζόνης)
- Χειρουργική επέμβαση – Θυμεκτομή (με διατραχηλική προσπέλαση καθώς το θύμωμα είναι 3.5 εκ)
- Δίαιτα άναλος.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
• Πτώση βλεφάρων. • Αδυναμία άνω άκρων. • Θύμωμα 3.5 εκ. • Παραληρητικές ιδέες. • Ιδέες δίωξης. • Οπτικές & ακουστικές ψευδαισθήσεις. • Θυμός. • Γενικευμένη υπερδιέγερση. • Αίσθημα απελπισίας. • M.G με καταθλιπτική διαταραχή.	• Ανακούφιση από τα συμπτώματα. • Εξάλειψη ή περιορισμός σημείων M.G. • Πρόληψη επιπλοκών από θυμεκτομή. • Πρόληψη μεταστατικής συμπεριφοράς θύμου αδένος. • Πρόληψη μυασθενικής κρίσης.	• Ενημέρωση της ασθενούς. • Ψυχολογική υποστήριξη. • Λήψη ζωτικών σημείων. • Παρακολούθηση για παρενέργειες δραστικών ουσιών (διέγερση ή καταστολή Κ.Ν.Σ., ανορεξία, ξηροστομία, απώλεια βάρους, αυτοκτονικός ιδεασμός). • Προεγχειρητική & μετεγχειρητική φροντίδα διατραχηλικής προσπέλασης.	• Αντικαταθλιπτικά: αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης - SSRI (με λήψη σιταλοπράμης & φλουοξετίνης). • Χορήγηση αναστολέων χολινεστεράσης (λήψη πυριδοστυγμίνης). • Λήψη ανοσοκατασταλτικών & στεροειδών (αζαθειοπρίνη και πρεδνιζόνη). • Θυμεκτομή (με διατραχηλική προσπέλαση). • Δίαιτα άναλος.	• Ύφεση συμπτωμάτων M.G. • Εξάλειψη καταθλιπτικών σημείων. • Πρόληψη μεταστατικής «εικόνας». • Αποφυγή πλάσμαφαίρεσης. • Επανάλεγχος ασθενούς για τήρηση ή αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Το ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου, διαδραματίζει τον σπουδαιότερο ρόλο στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας του, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.
- Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες διακρίνεται ένα φαινόμενο, κατά το οποίο ο οργανισμός παρουσιάζει σύγχυση στις κυτταρικές λειτουργίες του και αναγνωρίζει ως «εχθρό», στοιχεία του ίδιου του οργανισμού.
- Απόρροια αυτής της δυσλειτουργίας είναι η πυροδότηση αυτοάνοσων παθήσεων.
- Με τον όρο «αυτοάνοσα νοσήματα» εκφράζεται το σύνολο των παθήσεων που εκδηλώνονται λόγω μιας μη φυσιολογικής ανοσιακής απάντησης.
- Η αιτιολογία της πυροδότησης αυτοάνοσων νοσημάτων παραμένει μέχρι σήμερα από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα άγνωστη.
- Ανάλογα με την έκταση της βλάβης και τον εντοπισμό της, τα αυτοάνοσα νοσήματα διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα και τα οργανοειδικά αυτοάνοσα νοσήματα.
- Σήμερα, οι εκπρόσωποι του ιατρικού τομέα, έχουν ανιχνεύσει περισσότερες από 80 διαφορετικές μορφές αυτοάνοσων παθήσεων, με τη πλειοψηφία των νοσημάτων να μοιράζονται κοινή συμπτωματολογία.
- Αυτό λοιπόν, συνεπάγεται την αύξηση επικινδυνότητας για «σύγχυση» διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Άλλωστε, το επιστημονικό κοινό δεν αποκλείει τη προσβολή ενός οργανισμού από παραπάνω από ένα αυτοάνοσα νοσήματα.
- Ο όρος «Μυασθένεια Gravis (M.G)» αναφέρεται σε ένα χρόνιο, αυτοάνοσο νόσημα, στο οποίο κύριο χαρακτηριστικό είναι η δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος, του ανθρώπινου οργανισμού.
- Σε βιβλιογραφικές παραπομπές, οι οποίες εστιάζουν περισσότερο στην νευρολογία του σώματος, αναφέρεται ως μια -χρόνιου τύπου- νευρομυϊκή δυσλειτουργία, η οποία ακολουθείται από μυϊκή αδυναμία που συντελεί στην επιταχυνόμενη εξουθένωση των εκούσιων σκελετικών μυών.
- Τα επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν ότι το ποσοστό εκδήλωσης του αυτοάνοσου νοσήματος υπολογίζεται ότι καταφθάνει τους 20 στους 100.000 του συνολικού πληθυσμού.
- Στον Ελλαδικό χώρο, η μεγαλύτερη μελέτη επιδημιολογικού χαρακτήρα, έχει λάβει χώρα μεταξύ του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur και της Νευρολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών. Σε αυτή τη μελέτη αναφέρεται ότι το

μέσο ηλικιακό επίπεδο εκδήλωσης της M.G για τον ελληνικό πληθυσμό απευθύνεται στο 46^ο έτος με 40,16 για το γυναικείο φύλο και 54,46 για τον ανδρικό πληθυσμό.

- Στις 6 Φεβρουαρίου 2018, τροποποιήθηκε ο Πίνακας Μη Αναστρέψιμων Παθήσεων που περιλαμβάνει τις σπάνιες παθήσεις και η Μυασθένεια Gravis συγκαταλέγεται πλέον σε αυτή την κατάταξη.
- Περιστατικά υψηλού κινδύνου, θεωρούνται τα άτομα με έναρξη της συμπτωματολογίας εντοπισμένη στη δυσκολία κατάποσης και στη γρήγορη ατροφία των μυών της σπονδυλικής στήλης, καθώς η εξελισσόμενη μυϊκή αδυναμία ενδέχεται να μεταφερθεί και στο αναπνευστικό σύστημα, προκαλώντας αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Τα θεραπευτικά σχήματα της Μυασθένειας Gravis εστιάζουν στην ενδυνάμωση ή βελτίωση του μυϊκού συστήματος.
- Η φαρμακευτική αγωγή, ως συνιστώσα του θεραπευτικού σχήματος, εστιάζει στην προαγωγή της νευρομυϊκής μετάδοσης των ερεθισμάτων και παράλληλα στην βελτίωση των μυών, που αδυνατούν να παράγουν σύσπαση.
- Η πρόληψη των αυτοάνοσων παθήσεων αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα θέματα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και της Δημόσιας Υγείας.
- Επειδή η Μυασθένεια Gravis, επηρεάζει ταυτόχρονα πολλά συστήματα, οι εκπρόσωποι του ιατρικού κλάδου αναφέρουν πως κύριο μέλημα τους είναι η ρύθμιση του ψυχο-νευρο-ενδοκρino-ανοσολογικού άξονα.
- Ο ρόλος του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται πολυπαραγοντικός καθώς η αυτοάνοση νόσος του μυοσκελετικού συστήματος παρουσιάζει μη σταθερούς αιτιολογικούς παράγοντες και η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην εξατομικευμένη κλινική και υποστηρικτική προσέγγιση του εκάστοτε ασθενή.
- Σημαντική παράμετρος στην εφαρμογή των νοσηλευτικών αρχών αποτελεί η συσχέτιση - εμπλοκή της Μυασθένειας Gravis με άλλες μορφές αυτοάνοσων παθήσεων, οι σημαντικότερες των οποίων είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθρεματοειδής λύκος, η θυρεοτοξίκωση, η ελκώδης κολίτιδα και η κακοήγη αναιμία.
- Ο νοσηλευτής, λαμβάνοντας υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου που φέρει τη πάθηση M.G., θα πρέπει με γνώμονα το θεραπευτικό μοντέλο και τη διανοητική – ψυχική υγεία του ασθενή, να σχεδιάσει ένα πλάνο νοσηλευτικών διεργασιών/ενεργειών, με το οποίο θα στοχεύει στη πνευματική και συναισθηματική ετοιμότητα του ασθενή έναντι στις επιπτώσεις της νόσου

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γερμενής, Αναστάσιος, (2000), Ιατρική Ανοσολογία, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα
- Γιγής, Παναγιώτης, (2003), Το Περιφερικό και το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Γκίμπα – Τζιαμπίρη, Ολυμπία, (2004), Η Φυσιολογία του Ανθρώπου, Εκδόσεις: Ζυγός, Θεσσαλονίκη
- Γρηγοράκης, Δημήτριος, (2006), Αυτοάνοσα, Ανοσοποιητικό & Διατροφή, Εκδόσεις: Μίνωας, Αθήνα
- Καγιάβης, Ιωάννης, (1998), Γενική και Κλινική Ανοσολογία για τις παθήσεις του στόματος, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Καπότης, Χρήστος, (2002), Κλινικοεργαστηριακή προσέγγιση των αυτοάνοσων νοσημάτων, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Μπαλτάς, Ιωάννης, (2000), Οξείες Παθήσεις του Νευρικού Συστήματος, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Μπούρα, Παναγιώτα, (2012), Κλινική Ανοσολογία, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Ορφανού – Ταλιαδούρου, Αναστασία, (2004), Ανοσολογία, Εκδότης: Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
- Παρασκευάς, Γεώργιος, (2014), Νευροανατομία, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Παυλάτου, Μαρία, (2005), Ανοσολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Σισμάνης, Αριστείδης, (2004), Εμβοές: Πρόοδος στη διάγνωση και στη θεραπεία. Αυτοάνοσα ωτολογικά νοσήματα, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Συγκούνας, Ευάγγελος, (1997), Κλινική και Ακτινολογική Μελέτη των Νοσημάτων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Εκδόσεις: Παρισιάνου Μαρία, Αθήνα

Συλλογικό έργο, (2007), Ανοσολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Συλλογικό έργο, (2010), Ανοσολογία, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Συλλογικό έργο, (2013), Ανοσολογία, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Abbas K. Abul, (2004), Βασική Ανοσολογία – Λειτουργίες και δυσλειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Barrett, James, (2002), Μικροβιολογία και Ανοσολογία, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Baird, Keen, Swearingen, (2010), Επείγουσα Νοσηλευτική ΜΕΘ, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Brostoff, Jonathan, (1996), Κλινική Ανοσολογία, Εκδόσεις: Παρισιάνου Μαρία, Αθήνα

Male, David, (2000), Ανοσολογία, Εκδόσεις: Παρισιάνου Μαρία, Αθήνα

Roitt, Ivan, (2000), Ανοσολογία, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Saunders, While, (2005), Βοήθημα για την Εξέταση του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Weir, Donald, (1993), Ανοσολογία, Εκδόσεις: Ζεβελεκάκη, Αθήνα

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<https://www.onmed.gr/ygeia/story/318131/aftoanosa-nosimata-aitia-kai-symptomata>

(Ανάκτηση υλικού 12/01/19)

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=474> (Ανάκτηση υλικού 24/ 02/19)

<https://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/ilektromyografia.html> (Ανάκτηση υλικού 24/02/19)

<http://www.mdahellas.gr/myastheneia-gravis> (Ανάκτηση υλικού 04/03/19)

<https://www.medlook.net/%CE%9A%CE%BF%CF%8D%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7/2014-02-19-08-08-38-3180.html>(Ανάκτηση υλικού 04/03/19)

https://www.iatrikionline.gr/revmatol_1_07/02.pdf (Ανάκτηση υλικού 16/04/19)

<https://www.news-medical.net/health/Myasthenia-Gravis-Diagnosis.aspx> (Ανάκτηση υλικού 20/05/19)

<https://www.news-medical.net/health/Myasthenia-Gravis-Symptoms.aspx> (Ανάκτηση υλικού 21/05/19)

<https://www.news-medical.net/health/Myasthenia-Gravis.aspx>(Ανάκτηση υλικού 21/05/19)

Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ: [Το στρες αυξάνει τον κίνδυνο για αυτοάνοσα νοσήματα | iefimerida.gr](http://iefimerida.gr)
(Ανάκτηση υλικού 21/05/19)

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/upourgike-apophase-ph-80000-oik-2-1-2018.html>(Ανάκτηση υλικού 21/05/19)

<http://www.odigostoupoliti.eu/pathiseis-pou-diarkeia-tis-anapirias-kathorizetai-ep-aoriston/>(Ανάκτηση υλικού 21/05/19)

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=474> (Ανάκτηση υλικού 30/06/19)

<https://www.galinos.gr/web/drugs/main/nomcodes/08> (Ανάκτηση υλικού
30/06/19)

<https://www.galinos.gr/web/drugs/main/nomcodes/06.04>(Ανάκτηση υλικού
30/06/19)