

A perifériás idegrendszer betegségei bevezetés

Dr. Komoly Sámuel

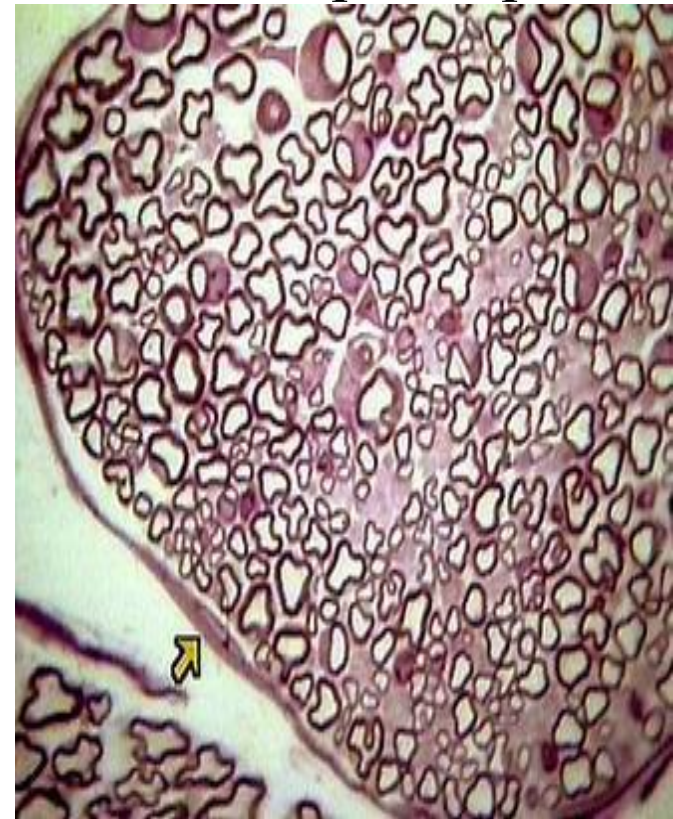
Egyetemi tanár

PTE AOK Neurológiai Klinika

A környéki ideg szerkezete és működése

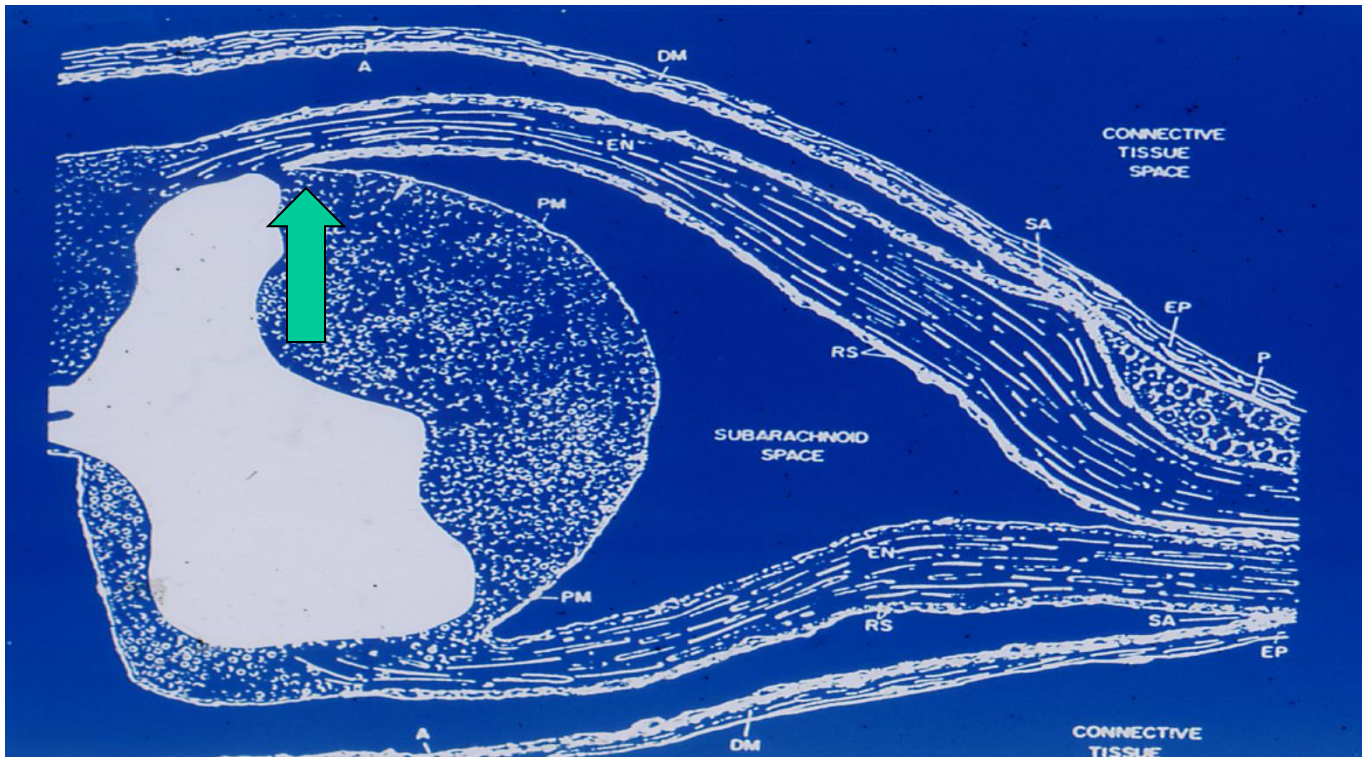
- A perifériás idegekben szorosan egymás mellett, keverten futnak vastag szomatikus érző és mozgató, autonóm motoros, fájdalom-érzést szállító vékony mielinizált és nem-mielinizált axonok
- Ez az anatómiai helyzet magyarázhatja, hogy a neuropátiákban az esetek döntő többségében egyszerre alakulnak ki érző, motoros és vegetatív tüneteket, neuropátiás fájdalmak.
- Csak ritkán fordul elő, hogy izoláltan csak motoros, vegetatív, vékony, vagy vastag rostok károsodnak, megfelelő izolált tüneteket hozva létre

Perifériás ideg
áttekintő
kisnagyítású
mikroszkópos képe

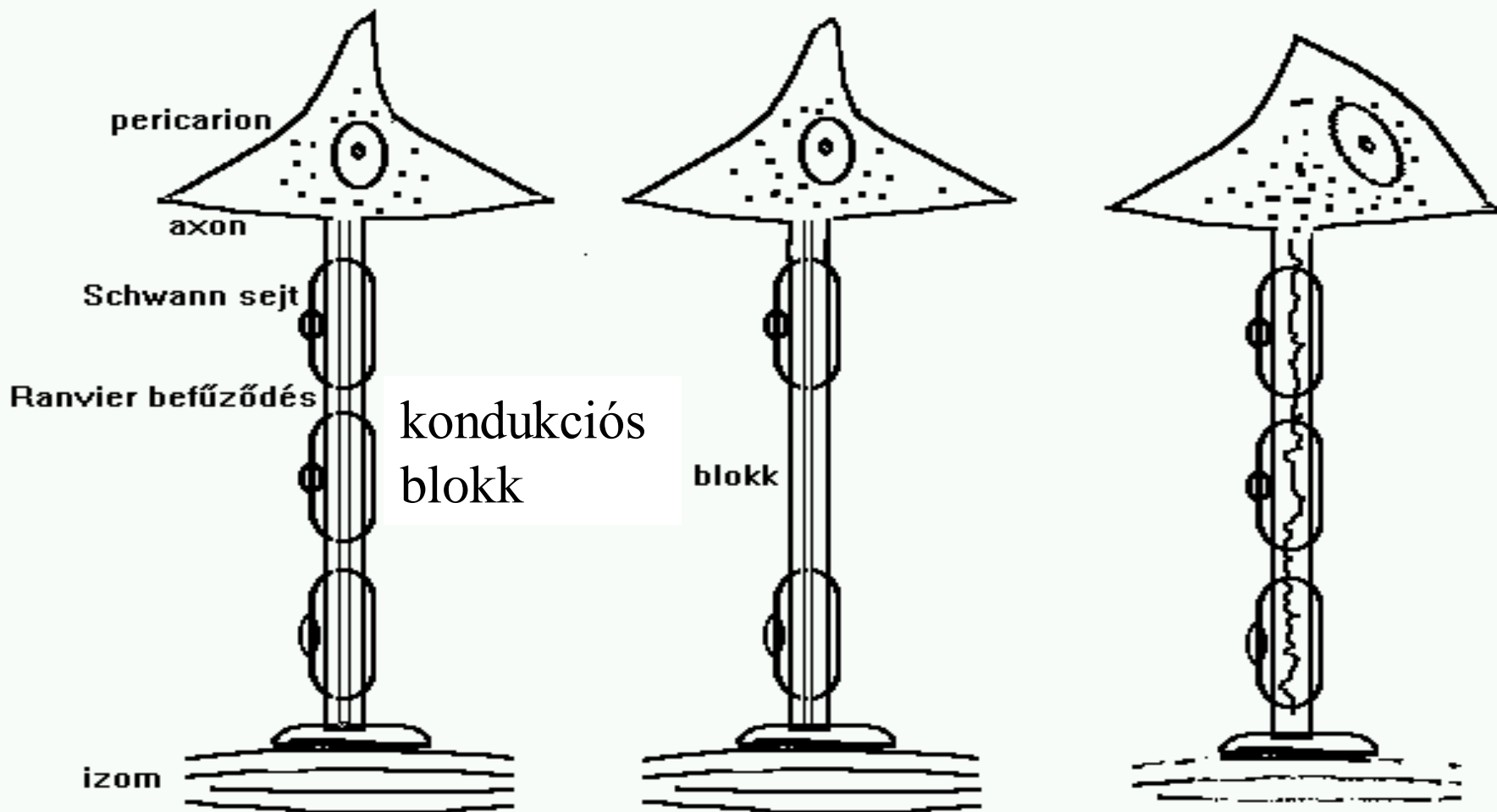


.....egy kis anatómia

A központi és perifériás idegrendszer **határa**
demyelinistios betegségek szempontjából az a pont,
ahol az **oligodendroglia** sejteket **Schwann sejtek** váltják
fel



Neuropathiák felosztása strukturális károsodás jellege szerint



fiziológias
állapot

demyelinisatio

axonalis

Demyelinisatio neuropathia

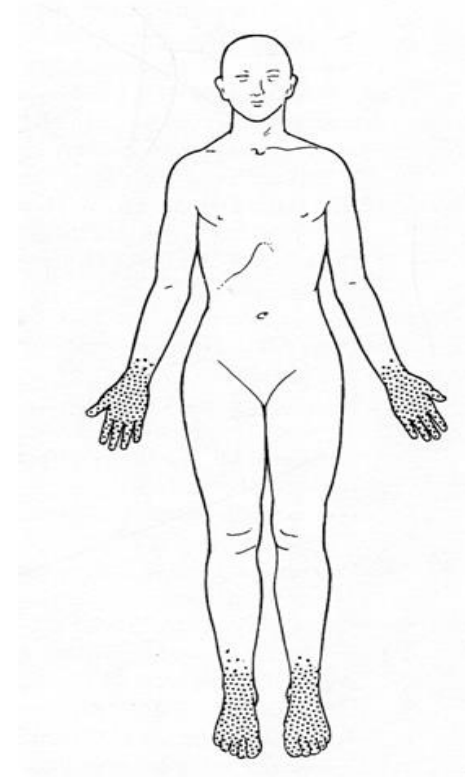
- Axon és kötőszöveti elemek épek
- csak myelin károsodás
- tünetek oka: vezetési-blokk
- regenerációra, klinikai remisszióra jó az esély (kivéve genetikai eredet)
- A Schwann sejtek egyetlen internodalis szegmentumot látnak el, és jó a proliferációs készségük (sok precursor)
- etiológia: dysimmun (Guillain-Barre sy, CIDP (diabetes), IVIG, plazmaferezis szteroid

Axonális neuropathia

- lehet morfológiailag minden ép
- ilyenkor a funkciózavar oka az axonáramlás gátlása, meglassulása
- anterograd és retrograd axonáramlás
- axonális neuropathia is lehet reverzibilis
- ok: anyagcsere (diabetes), paraneoplasia, genetika, ismeretlen
- Th: alapbetegség kezelése, benfotiamin stb

Neuropathiák felosztása klinikai megjelenés szerint

- Disztális szimmetrikus, szenzomotoros (de lehet tisztán szenzoros vagy motoros is)
- Proximális, aszimmetrikus (CIDP)
- Fokális (Schwerpunk) (agyidegek...)
- Autonóm (diabetes)
- „Mononeuritis multiplex” (vasculitis)
- Vékony-rost neuropathia (small fibre neuropathy - bőrbopszia)
- Neuropathiák ritkán okoznak vizeletürítési zavart (Kempler et al: 5% had problems with bladder control)



Neuropathiák felosztása etiológia szerint

- „másodlagos” vagy „tüneti”: diabetes, alkohol, autoimmun betegségekhez társuló (pl. Sjögren szindróma, RA), cryoglobulin (hepatitis C) , *malignoma*, uraemia, felszívódási zavar, B12 hiány, gyógyszerek (**statinok**)
- kompresziós– „alagút szindrómák”(carpal tunnel sy. prevalence: 99/100 000,
- TOS prevalencia 1/1 Millió!!)
- genetikai (Charco-Marie-Tooth) prevalencia ~ 40/100 000
- dysimmun (Guillain-Barre szindróma) incidencia 1-2/100 000), CIDP 2-9/100 000
- infekció herpes zooster (post zosteres neuralgia), lepra (!)
- Idiopathias

Kezelési elvek

- Etiológia, alapbetegség, ennek kezelése
- Dysimmun-demyelinisatio: IVIG, plasmapheresis, szteroid,
- Axonális: benfotiamin, B12
- **Neuropátiás fájdalom kezelése** (pl. pregabalin, gabapentin, amitriptilin, duloxetin, tramadol, capsaicin (8%) tapasz)
- Szelektív ingeráram, gyógytorna, rehabilitáció

Összefoglalás

- Nem neurológiai betegségeekben gyakran fordul elő tüneti polyneuropathia, ha az típusos, az alapbetegséget kell kezelni (esetleg terápiát módosítani, lsd. **sztatínok**–) *nem neurológiai kompetencia* (de... diabetes asszociált CIDP)
- Ha keresni kell az etiológiát, jellemezni a polyneuropathiát – *neurológiai (elektrofiziológus) kompetencia*
- *Neuropátiás fájdalom megfelelő kezelése alapvető fontosságú*