

Σκλήρυνση κατά πλάκας. Ποιοι μπορούν να πάρουν το χάπι;

/ [Ειδήσεις και Ανακοινώσεις](#)



Πάσχω από σκλήρυνση κατά πλάκας και ο νευρολόγος μου πρότεινε να αλλάξω την φαρμακευτική μου αγωγή σε φάρμακο δεύτερης γραμμής αγωγής. Τι σημαίνει αυτό;

Όπως είναι γνωστό η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ), ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ) με την νεότερη ονομασία είναι μία χρόνια αυτοάνοση, φλεγμονώδης και εκφυλιστική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), δηλαδή του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Πλήττει κυρίως νέους ενήλικες, κυρίως γυναίκες και τα νεότερα δεδομένα στην χώρα μας αλλά και διεθνώς αποδεικνύουν την αυξητική τάση στην εμφάνιση της νόσου.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ολοκληρωτική ίαση στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, αφού δεν υπάρχει ακόμη πλήρης γνώση και διευκρίνιση των αιτιών και της παθοφυσιολογίας της έναρξής της. Ωστόσο η αύξηση των γενετικών, ανοσογενετικών και νευροανοσολογικών δεδομένων για την νόσο, ειδικά την τελευταία δεκαετία οδήγησε στην γνώση πολλών επιμέρους

μονοπατιών του παθοφυσιολογικού μηχανισμού, με αποτέλεσμα την εισαγωγή πολλών νέων θεραπευτικών φαρμακοθεραπειών, με διακριτή και στοχευμένη δράση.

Τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα

Τα λεγόμενα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα πρώτης γραμμής για την υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου, δηλαδή **οι ιντερφερόνες και η οξεική γκλατιραμέρη** αφορούν πρωτίστως τους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς, που τους χορηγούνται για την αναχαίτιση της εξέλιξης της νόσου τους, σε ό,τι αφορά τις υποτροπές, την αύξηση της αναπηρίας και την πρόοδο των βλαβών στην νευροαπεικόνιση (μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού). **Τα φάρμακα αυτά αναχαιτίζουν την νόσο κατά μέσο όρο 35%**, αλλά ο κάθε ασθενής μπορεί να βελτιωθεί σε άλλοτε άλλο ποσοστό, που είναι απόρροια του σταδίου της νόσου, της μορφής της (υποτροπιάζουσα, δευτεροπαθώς προϊούσα), αλλά και καθαρά εξατομικευμένων λόγων, που έχουν την βάση τους σε γενετικούς/επιγενετικούς παράγοντες.

Όταν ένας ασθενής με Σκλήρυνση κατά Πλάκας παρότι λαμβάνει την ανοσοτροποποιητική του αγωγή συνεχίζει να εμφανίζει υποτροπές είτε/και νέα νευροαπεικονιστικά ευρήματα (απομυελινωτικές εστίες, ενίσχυση των εστιών, ατροφία) και αυξάνεται ο βαθμός της αναπηρίας του, τότε χρειάζεται αλλαγή της αγωγής του είτε σε ένα άλλο ανοσοτροποποιητικό φάρμακο πρώτης γραμμής, είτε πλέον σε ένα φάρμακο δεύτερης γραμμής, που είναι είτε η ναταλιζουμάμπη, είτε η φινγκολιμόδη.

Η ναταλιζουμάμπη (natalizumab) είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα, που ο τρόπος δράσης του είναι η παρεμπόδιση της εισόδου διαμέσου του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, των διεγερμένων, αυτο-αντιδραστικών Τ-λεμφοκυττάρων, των ειδικών και υπεύθυνων για την καταστροφή της μυελίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Κατ'αυτόν τον τρόπο παρεμποδίζονται και μετριάζονται οι βλάβες της μυελίνης των νεύρων και τα συμπτώματα, αλλά και η εξέλιξη της νόσου. **Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου είναι υψηλή και φθάνει το 75%, αλλά δυνητικά υπάρχει και ο κίνδυνος κάποιων παρενεργειών, με σοβαρότερη και κυριότερη, αυτή της ανάπτυξης πρωτοπαθούς πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας (PML), σε ένα ποσοστό 1 στους 1000 ασθενείς που λαμβάνουν το φάρμακο.** Ειδικά μετά την διετία χορήγησης του φαρμάκου και ειδικά σε αυτούς που είναι θετικοί για τον ιό JC ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται, ανάλογα και με το ύψος του τίτλου των αντισωμάτων του ιού. Στην πράξη, δεν παρατηρήσαμε αυτή την παρενέργεια στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, στην

πενταετία χορήγησής του, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ο κίνδυνος είναι ανύπαρκτος, και συνολικά ενισχύεται η άποψη, της καλής επιλογής ασθενών και η πολλή και στενή παρακολούθησή τους. **Το φάρμακο δίδεται ενδοφλέβια, μία φορά τον μήνα, μετά είσοδο του ασθενούς στο Νοσοκομείο για 24 ώρες και συνήθως γίνεται καλά ανεκτό.** Τα αποτελέσματα των πρόσφατων διεθνών μελετών δείχνουν ότι η έγκαιρη αλλαγή θεραπείας στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας που είχαν τα κριτήρια, από πρώτης γραμμής θεραπείες, σε ναταλιζουμάμπη, βελτίωνε κατά πολύ την κλινική τους κατάσταση και αναχαίτιζε την εξέλιξη της αναπηρίας, βάσει και της κλίμακας EDSS.

Από του στόματος φάρμακο

Η φινγκολιμόδη (fingolimod) είναι το πρώτο, το από του στόματος (per os) χορηγούμενο φάρμακο, στην ιστορία της σκλήρυνσης κατά πλάκας και πολυαναμενόμενο από τους ασθενείς, δεδομένου ότι όλες οι άλλες χορηγούμενες θεραπείες είναι ενέσιμες. Ο τρόπος δράσης του φαρμάκου είναι η παρακράτηση και ο “εγκλωβισμός” των κυκλοφορούντων ενεργοποιημένων, αυτο-αντιδραστικών T-λεμφοκυττάρων στους λεμφαδένες, με αποτέλεσμα την δραστική μείωση της κυκλοφορίας τους, τόσο στην περιφέρεια και ως αποτέλεσμα και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Έτσι παρεμποδίζεται ο καταστροφικός τους ρόλος στην μυελίνη με συνέπεια την μείωση των υποτροπών, των ευρημάτων από την νευροαπεικόνιση και της εξέλιξης της αναπηρίας. Να τονιστεί ωστόσο ότι εγκλωβίζονται στους λεμφαδένες κυρίως τα T-λεμφοκύτταρα που έχουν σχέση με την νόσο και όχι τα T-λεμφοκύτταρα που είναι υπεύθυνα για την άμυνα στις λοιμώξεις και την επιτήρηση των καρκινογενέσεων.

Τα κριτήρια λήψης του χαπιού

Προκειμένου να δοθεί το φάρμακο σε κάποιον ασθενή θα πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια και θα πρέπει να υποβληθεί και σε κάποιον έλεγχο και όσο αφορά γυναίκες, θα πρέπει να μην κυοφορούν και ούτε να υπάρχει ενδεχόμενο κυοφορίας κατά την λήψη του φαρμάκου. **Το φάρμακο δεν είναι για όλους τους ασθενείς, αλλά για εκείνους που παρά την θεραπεία με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα πρώτης γραμμής, συνεχίζουν να υποτροπιάζουν, να έχουν νέα ευρήματα από την MRI εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, να έχουν αύξηση της βαθμολόγησής τους στην κλίμακα αναπηρίας EDSS, ή γενικότερα η νόσος τους να είναι επιθετική, στο διάστημα του τελευταίου έτους.**

Οι εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθούν οι ασθενείς είναι ο καρδιολογικός έλεγχος με ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρδιάς και ίσως και Holter ρυθμού, ο έλεγχος προηγηθείσας λοίμωξης ανεμευλογιάς και τα θετικά αντισώματα στο αίμα και ο οφθαλμολογικός

έλεγχος και με οπτικά πεδία. Τα ανωτέρω έχουν σχέση με τις δυνητικές παρενέργειες του φαρμάκου.

Το φάρμακο δίδεται σε καθημερινή βάση, ως ένα δισκίο, πράγμα που είναι ασφαλώς ευκολότερο για τους ασθενείς, αλλά απαιτεί και αυτό συμμόρφωση και τακτικότητα στην λήψη.

Η αρχική χορήγηση γίνεται με παρακολούθηση νευρολόγου και δυνατότητα καρδιολογικής υποστήριξης, για 6 ώρες, για το ενδεχόμενο βραδυκαρδίας. Μετά το χρονικό αυτό πλαίσιο των 6 ωρών οι καρδιολογικές παρενέργειες είναι σχεδόν μηδαμινές και ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει την λήψη αυτόνομα. Χρειάζεται πολλή και καλή παρακολούθηση στην συνέχεια, με περιοδική διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων και επανάληψη όλου του αρχικού ελέγχου, μετά τρίμηνο.

Η πείρα των δύο ετών χορήγησης σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, στην Ελλάδα, δείχνει καλή ανοχή, ελάχιστα προβλήματα και παρενέργειες και καλή αποτελεσματικότητα, που βάσει των διεθνών μελετών, σε 60.000 ασθενείς, για 6 χρόνια, φθάνει το 67% περίπου, με σταθερό ποσοστό ετήσιων υποτροπών, κάτω της μίας κατ'έτος.

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι πέραν των ανωτέρω πληροφοριών, ο μόνος αρμόδιος να κρίνει για την περαιτέρω θεραπευτική αγωγή ενός ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ο υπεύθυνος για εκείνον νευρολόγος, που ο ίδιος επέλεξε για την νόσο του και όχι το διαδίκτυο ή οι συμπάσχοντες, ή οι φίλοι και γνωστοί.

Υπάρχουν αρκετά εξειδικευμένα κέντρα στην Ελλάδα για την σκλήρυνση κατά πλάκας και ο ασθενής έχει δυνατότητα επιλογών. Αρκεί να μην ξεχνά ότι πάντοτε υπάρχουν και οι επιτήδριοι, που προσπαθούν να εκμεταλλευτούν τους ασθενείς όλων των κατηγοριών.

Γράφει η Μαρία Αναγνωστούλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας του Τμήματος Απομυελινωτικών Νοσημάτων & Υπεύθυνη Ανοσογενετικού Εργαστηρίου, Α' Παν/κή Νευρολογική Κλινική Αιγινήτειου Νοσοκομείου,
www.anagnostouli.gr

Πηγή:boro.gr