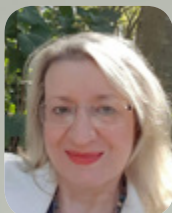


Γράφει η:



MARIA ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥΛΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας, Τμήμα
Απομυελινωτικών Νοσημάτων & Υπεύθυνη
Ερευνητικού Εργαστηρίου Ανοσογενετικής,
1η Παν/κή Νευρολογική Κλινική, ΕΚΠΑ
(Αιγινήτειο Νοσοκομείο)

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ & ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ Ι Η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΠΑΙΤΕΙ ΠΡΟΣΟΧΗ!



Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και ανοσολογία των δυο νοσημάτων

Η παθογένεση των αυτοάνοσων νοσημάτων είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική. Αυτό σημαίνει ότι γενετικοί, ανοσογενετικοί, επιγενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν ρόλο στην έναρξη, στην πορεία και στην εξέλιξη των νοσημάτων αυτών. Ωστόσο, όλο και περισσότερα αναδεικνύονται τελευταία οι κοινοί παθογενετικοί μηχανισμοί και οι κοινοί αιτιολογικοί παράγοντες, όπως το στρες, οι ιοί, η έλλειψη βιταμίνης D, οι διαταραχές στο μικροβίωμα, η δυσλιπιδαιμία κ.λπ. Στο ΣΔ υποθετικά, η όλη έναρξη της νόσου θα μπορούσε να οφείλεται στα τοξικά παράγωγα μετά από μία λοίμωξη με εντεροϊό, ενώ στην

ΠΣ σε λοίμωξη από έναν ερπητοϊό, όπως ο Epstein-Barr. Κοινός τόπος των δύο νοσημάτων είναι τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης D, όπως και στα περισσότερα αυτοάνοσα νοσήματα.

Ομοιότητες και διαφορές

Το ανοσογενετικό υπόστρωμα των δύο νόσων αναδεικνύεται εκ διαμέτρου αντίθετο, από την στιγμή που το HLA-DRB1*1501 αλληλίο του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας, στη μεν ΠΣ είναι παράγοντας κινδύνου για νόσηση, ενώ στο ΣΔ αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για τους φορείς.

... ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΟΝΤΟΤΗΤΕΣ Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΣΠΙΔΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥΣ, ΟΠΩΣ ΚΑΙ Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ Ή ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΥ ΣΤΡΕΣ, ΠΟΥ ΠΥΡΟΔΟΤΕΙ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ Ή ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΥΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.



Το φαινόμενο συνύπαρξης αυτοάνοσων νοσημάτων, είτε στην οικογένεια, είτε στο ίδιο άτομο είναι συχνό. Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ), η συχνότερη απομυελινωτική νόσος σε νεαρούς ενήλικες, φλεγμονώδους και αυτοάνοσης αρχής, συχνά συνυπάρχει με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα Hashimoto και ψωρίαση. Ωστόσο, υπάρχουν και περιστατικά συνύπαρξης ΠΣ και σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), που χρήζουν προσοχής από πλευράς διάγνωσης, παρακολούθησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.



Η δυσλιπιδαιμία είναι κοινό πρόβλημα και στα δύο νοσήματα και οι καρδιαγγειακές διαταραχές, επίσης. Η διαβητική πολυνευροπάθεια είναι το αποτέλεσμα των χρονίως πασχόντων από ΣΔ, ενώ στην ΠΣ η χρόνια απομυελινωτική πολυνευροπάθεια, που μοιάζει σε κάποια σημεία με τη διαβητική, σπάνια συνυπάρχει ως παθολογική οντότητα.

Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto σε πρόσφατη μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό φαίνεται να συνυπάρχει σε μεγάλο ποσοστό στο ΣΔ, όπως και στην ΠΣ. Η περιοδοντίτιδα είναι κοινό πρόβλημα και στα δύο νοσήματα, όπως και η παχυσαρκία και οι ορμονικές διαταραχές και οι ψυχιατρικές διαταραχές, όπως οι αγχώδεις εκδηλώσεις και η κατάθλιψη.

Ο κυρίαρχος μηχανισμός της παθοφυσιολογίας της ΠΣ για πολλά χρόνια θεωρείται η είσοδος ενεργοποιημένων Τ-λεμφοκυττάρων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), τα τελευταία χρόνια ωστόσο διευκρινίσθηκε και ο ρόλος των Β-λεμφοκυττάρων. Το αποτέλεσμα είναι αυτά να εισέρχονται (με τη συμμετοχή και άλλων παραγόντων) και να πλήττουν τη μυελίνη των νευρών στο ΚΝΣ, το εξωτερικό τους δηλαδή περίβλημα. Στη συνέχεια, οι απομυελινωτικές πλάκες που δημιουργούνται έχουν ως αποτέλεσμα τα διάφορα συμπτώματα της νόσου, ανάλογα με την τοπογραφία των πλακών, στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό. Οι πλάκες αυτές αναδεικνύονται πολύ καλά, πλέον, με τη μαγνητική τομογραφία (MRI).

Στον ΣΔ πλήττονται, με φλεγμονώδεις και αυτοάνοσους μηχανισμούς, τα β-κύτταρα στα νησίδια του Langerhans στο πάγκρεας,

Θεραπευτική αντιμετώπιση & ποιότητα ζωής

Στην ΠΣ οι γνώσεις μας στο πεδίο της ανοσολογίας/νευροανοσολογίας και ως εκ τούτου της παθοφυσιολογίας της νόσου, έχουν εξαιρετικά αυξηθεί και διευρυνθεί, με αποτέλεσμα την αύξηση και τη διεύρυνση των νέων φαρμάκων, με εντελώς διαφορετικούς μηχανισμούς και στόχευση, όπως για παράδειγμα τα Τ και Β λεμφοκύτταρα.

Πρόσφατα, έχουν αναγνωρισθεί και καλά χαρακτηρισθεί στην ΠΣ οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος και οι καρδιαγγειακές διαταραχές, που στο ΣΔ είναι σύμφυτες με τη νόσο.

Η συνήθης θεραπεία στο ΣΔ είναι η εξωγενής χορήγηση ινσουλίνης, είτε με ενέσεις είτε με αντλία, ενώ στην ΠΣ υπάρχουν, πλέον, εκτός των ενέσιμων σκευασμάτων και φάρμακα από του στόματος, γεγονός που έχει εξαιρετικά βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών και τη συμμόρφωση στη θεραπεία, ειδικά εκείνων που χρησιμοποιούν ήδη ενέσιμες θεραπείες, λόγω του συνυπάρχοντος ΣΔ.

Ως κατακλείδα, αξίζει να αναφερθεί, ότι μετά από πολλές μελέτες διεθνώς αλλά και στη χώρα μας, ότι και στις δύο νοσολογικές οντότητες η Μεσογειακή Διατροφή αποτελεί ασπίδα προστασίας για την περαιτέρω εξέλιξή τους, όπως και ο έλεγχος του οξέος ή και χρόνιου στρες, που πυροδοτεί υποτροπές ή επιδείνωση και στα δύο νοσήματα.

Επιπλέον, οι ασθενείς είναι σημαντικό να επισκέπτονται ειδικά Κέντρα και για τα δύο νοσήματα για τη βέλτιστη δυνατή αντιμετώπισή τους!

με αποτέλεσμα την καταστροφή τους και την αδυναμία παραγωγής ινσουλίνης στον οργανισμό, που χρειάζεται να δίδεται πλέον εξωγενώς.

