

# A Parkinson-kór epidemiológiájának hatása a háziorvosi ellátásra

[Dr. Kucséra Mária]

## Bevezetés

James Parkinson 1817-ben elsőként írta le a róla elnevezett kórképet jellemző tünet együttest. Az elmúlt 200 év alatt számos tudományos kutatás célpontja lett a Parkinson-kór alaposabb megismerése, ám a betegség etiológiája mind a mai napig nem teljesen tisztázott (1). Több tudományos közlemény is beszámolt a genetikai és környezeti tényezők együtthatásának domináns szerepéről a Parkinson-kór kialakulásában (2–6). Az életmódi tényezők mellett, számos esetben vizsgálták a munkahelyi körülményeket is. Az utóbbi kapcsán vált ismertté, hogy bizonyos peszticidek fokozzák a Parkinson-kór előfordulásának gyakoriságát. Richardson és munkatársai a növényvédő szerek közül a p,p'-DDE-t (dichlorodiphenyldichloroethylene), illetve a  $\beta$ -HCH-t (hexa-kloro-ciklohexán izomer) mutatták ki nagyobb gyakorisággal a Parkinson-kóros betegek körében: a betegek 76%-ánál, míg a kontroll csoport 40%-ánál észlelték a  $\beta$ -HCH jelenlétét (2). Coon és munkatársai a magas ólom expozíció és a Parkinson kór előfordulása között találtak kapcsolatot: az exponáltak körében kétszer akkora volt a betegség esélye, mint a nem exponáltaknál (3). Genetikai vizsgálatok alapján hat génről jelenthető ki az egyértelmű kapcsolat a Parkinson-kór monogénis formáival (4). Familiáris halmozódás azonban csak az esetek 10%-ában igazolható, dominánsan a 40. életévüket be nem töltöttek körében (5). Idiopáthiás Parkinson-kórrol abban az esetben beszélhetünk, ha a klinikai vizsgálatok során, a substantia nigrában, illetve más agytörzsi magvakban Lewy-testek mutathatók ki (6).

A Parkinson-kór diagnózisa a három alap tünet – a rigor, a nyugalmi tremor és a bradykinesis – kimutatásán alapszik. A motoros tünetek mellett többen észlelték depressziós zavarok, illetve kognitív diszfunkciók megjelenését is. A Parkinson-kór kezdeti szakaszában a felidézési nehézségek, illetve a környezeti változásokra adott késleltetett és helytelen válaszok dominálnak. Depresszió a betegek mintegy 40%-ánál áll fenn. Bouwmans és munkatársai 104 Parkinson-kóros beteget vizsgáltak depresszió és kognitív zavarok tekintetében; a minta 33,3%-ánál volt igazolható a depresszió jelenléte (7). Az anyagcsere rendellenességek és a Parkinson-kór kapcsolatát többen is elemezték. Egy dániai vizsgálat a diabétesz és a Parkinson-kór kapcsolatát tárta fel (8). A populációs alapú eset-kontroll vizsgálat ered-

ménye szerint a diabétesz 36%-os növekedést eredményezett a betegség kialakulásában. Nemek szerint a nők esélye (OR=1,50) a betegség kialakulására nagyobb volt, mint a férfiaké (1,29). Egy az Egyesült Államokban végzett epidemiológiai felmérés szerint 65 év felett a Parkinson-kór 100 000 főre vonatkoztatott prevalenciája 1588 volt a vizsgált időszakban, azaz az idősök körülbelül 1,6%-át érintette a megbetegedés. Az átlagos prevalencia a korral folyamatosan nőtt, akárcsak az incidencia, amely a 65–69 éves korosztályban 124,22, a 85 év felettiekénél pedig 970,19 (9). Egy holland kutatásban a vizsgált 684 Parkinson-kóros beteg 18%-ának volt évente legalább egyszer szüksége fekvőbeteg ellátásra (10). A leggyakrabban traumás sérülések (24%), urológiai panaszok (15%), emésztőrendszeri problémák (15%) és kardiológiai ellátás (12%) kapcsán kerültek a betegek a kórházba.

Ismereteink szerint Magyarországon még nem készült hasonló felmérés, ezért nem ismert a Parkinson-kóros betegek pontos száma, és az sem, hogy az ellátásuk kapcsán milyen teher nehezedik a családorvosokra és a szakellátásra. Tekintettel a hazai adatok hiányos voltára, vizsgálatunk célja a Parkinson-kór, mint a második leggyakrabban előforduló hazai neurodegeneratív betegség előfordulási gyakoriságának felmérése, valamint háziorvosi vonatkozásainak megállapítása volt.

## Vizsgált személyek és módszer

A vizsgálati csoportot a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Neurológiai Klinikáján 2000. január 1. és 2011. november 1. között Parkinson-kórral kezelt betegek alkották (BNO kód: G20H0). A felmérés az említett időszakban teljes körű volt, a fenti intervallumban 554 beteget láttak el a klinika fekvőbeteg osztályán.

Az adatgyűjtést a MedSolution integrált kórházi informatikai rendszer segítségével végeztük. A dokumentumok (kórlap, zárójelentés) elemzése során a betegek alapvető demográfiai, valamint az egyes kísérő kórképekre vonatkozó adatai kerültek rögzítésre. Az adatok feldolgozásához SPSS 19.0 szoftvert alkalmaztunk.

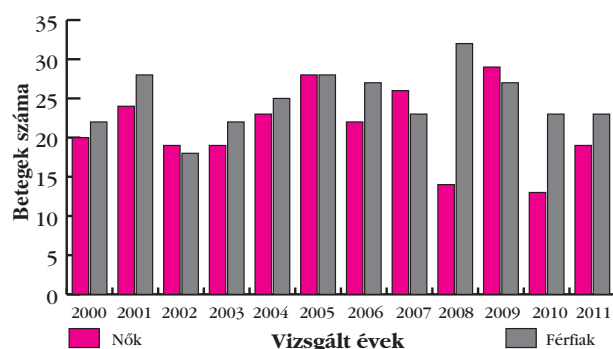
A vizsgálat elvégzését a Regionális és Intézményi Humán Orvosbiológiai Kutatás-Értékelési Bizottság engedélyezte (Etikai engedély száma: 130/2011).

## Eredmények

A tíz éves intervallum népességszámának középértékével számolva (2005) a betegség 10 éves tartamprevalenciája Csongrád megyében 1,3‰ volt. Nemek szerint jellemző volt a férfi dominancia – 297 férfinál, illetve 257 nőnél jelentkezett a kórkép.

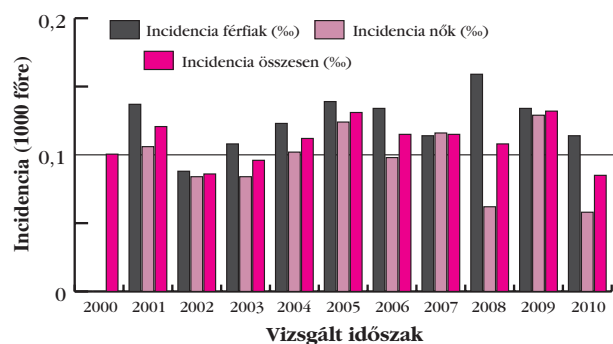
A diagnosztizált új betegek száma évenként igen eltérő értékeket mutatott (1. ábra); a férfi túlsúly azonban folyamatosan kimutatható volt.

1. ábra: 2000-2011 között diagnosztizált Parkinson-kóros esetek nemenkénti eloszlása (n=554)



Az évek szerinti bontásban a Parkinson-kór incidenciája 2009-ben volt a legmagasabb (0,132‰), a legalacsonyabb (0,085‰) pedig 2010-ben (2. ábra). Az incidenciát nemenként lebontva is hasonló tendenciát figyelhetünk meg; a férfiak esetében a legmagasabb értéket 2008-ban (0,159‰), a nőknel pedig 2009-ben (0,129‰) találtuk.

2. ábra: A Parkinson-kór incidenciája 2000-2010 között Csongrád megye népességére vonatkoztatva



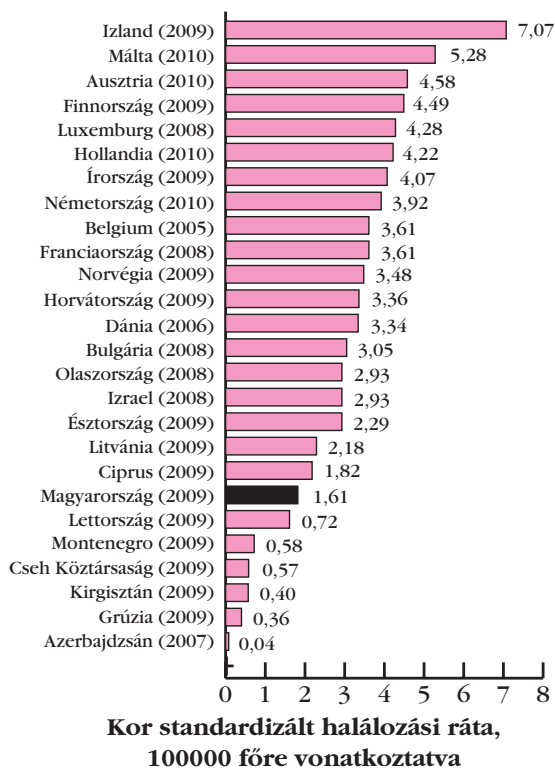
A betegek átlagéletkora 70 év volt, a nemenkénti lebontásnál szignifikáns eltérést nem találtunk (férfiak: 70,34 év, nők: 70,53 év). A diagnózis megállapításakor a legfiatalabb beteg csupán 25, a legidősebb pedig 89 éves volt.

Lakóhely szerint a Neurológiai Klinikán kezelt betegek többsége Csongrád megyéből érkezett, de az ellátás vonzáskörzetébe tartozott Bács-Kiskun és Békés megye is. A minta 76%-a (421 fő) városban, 24%-a (131 fő) községben élt, két beteg pedig külföldi lakcímmel rendelkezett.

## Megbeszélés

Az Egészségügyi Világszervezet által közzétett adatok szerint jelentős különbség figyelhető meg országokként a Parkinson-kór halálozási mutatóiban (3. ábra). A legmagasabb arányban Máltán fordul elő a Parkinson-kór, de a szomszédos Ausztriában is igen magas ez a szám. Hazánk ezen összehasonlítás szerint a halálokként való előfordulás tekintetében az alacsony szinttel rendelkező országok között szerepel – 2009-ben a halálozások száma 260 volt, így a standardizált halálozási arányszám 1,6059‰.

3. ábra: Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Parkinson-kórra vonatkoztatott európai halálozási adatai. [Forrás: European Detailed Mortality Database (13)]



Az általunk vizsgált tíz éves idő intervallumban 554 beteg állt Parkinson-kór miatt kezelés alatt a szegedi Neurológiai Klinikán, eszerint a betegség Csongrád megyére vonatkoztatott prevalencia értéke 1,3 ezrelék volt. Hasonlóan hosszú időtartamot vizsgáló kutatók egészen eltérő előfordulási gyakoriságot állapítottak meg; például az Amerikai Egyesült Államokban (11). 1992 és 2006 között a Washingtoni Neurológiai Klinikán 450 beteget diagnosztizáltak ezen kórral, ami lényegesen kedvezőbb, mint a saját eredményünk, főként, ha figyelembe vesszük azt is, hogy az időszak 4 évvel hosszabb volt. Washington népessége pedig meghaladja az öt milliót, míg a teljes dél-alföldi régió lakosságszáma alig több, mint 1,3 millió (12).

A Parkinson-kór jelenleg is a második leggyakrabban elő-

forduló neurodegeneratív megbetegedés, s egyes számítások szerint 2040-re a betegek száma megduplázódhat. A European Brain Council felmérése alapján 1,2 millió embert érint a Parkinson kór a vizsgált területen (az Európai Unió 28 országa, valamint Izland, Norvégia és Svájc), ahol együttesen a betegség éves kezelési költsége 35 milliárd euró (14).

A magyar népesség elöregedése és a Parkinson-kór életkorfüggő számszerű növekedése jelentős kihívás elé állítja a beteget, a családját és az egészségügyi szereplőket is. A betegségteher jövőbeli növekedése és a folyamatos orvosi kontroll szükségessége miatt az alapellátásban tevékenkedő orvosokat is közvetlenül érinti a Parkinson-kór problematikája. A terápia célja a tünetek enyhítése mellett a betegség progressziójának lassítása. A levodopa kezelés késői mellékhatásaiként a legtöbb esetben megjelenik a motoros fluktuáció, valamint a diszkinéziák. A kór előrehaladtával nem csak a motoros funkció zavarokkal kell megküzdnie a betegnek és kezelőorvosának, de a gondolkodási funkciók is kifejezett romlásnak indulnak. Elsősorban azon exekutív funkciók leépülése figyelhető meg, amelyek felelősek a cselekvés tervezéséért és irányításáért, és az akarati elemek vezérléséért is. Csökken a memória, a problémamegoldó- és a beszédképesség is. Ha ezen állapotromlások mellé hozzátevődnek azon kutatási eredmények, amelyek szerint a Parkinson-kóros betegek körében gyakrabban fordulnak elő a diabétesz és más anyagcsere rendellenességek, továbbá jellemző a depresszió megjelenése, egyértelművé válik, hogy az alapellátást nagy kihívás elé állíthatja, ha a Parkinson-kóros betegek száma olyan drámai mértékben fog emelkedni, mint ahogy azt az előrejelzések mutatják. Ebben az esetben a családorvosokra nehezedik majd a betegek halmazódó társbetegségeinek kezelése és az esetlegesen kialakuló járásképtelenség utáni gondozás menedzselése is. A késői Parkinson-kórra jellemzőek a gyógyszerhatások megjelenése, a mozgásteljesítmény jelentős romlása, a túlmozgások és a fájdalmas izomgörcsökkel járó tartási kényszerek is. A betegség előrehaladt stádiumában tehát komoly fogyatékokhoz, rokkantsághoz vezet a kórfolyamat, melynek eredményeképpen drasztikus életminőség romlás áll be a beteg és családja életében.

Fontos, hogy a háziorvos ismerje a praxisába tartozó személyek körében a számukat, az aktuális állapotukat és annak romlását, a terápia hatékonyságát, a mindennapi életvitellel, életminőséggel kapcsolatos problémáikat, s azt hogy milyen egészségügyi segítségre, támogatásra van szükségük. Az előrejelzések szerint a betegek száma várhatóan nőni fog, emiatt a háziorvosok Parkinson-kórral kapcsolatos feladatai bővíülhetnek, s erre az alapellátásnak is fel kell készülnie.

## Összefoglalás

A Parkinson-kór a második leggyakrabban előforduló neurodegeneratív betegség, amelynek hazai epidemiológiai helyzete kevésbé ismert. Vizsgálatunk célja a Parkinson-kór

előfordulási gyakoriságának és a kórfolyamat sajátosságainak megismerése volt a szegedi Neurológiai Klinika osztályain – 2000. január 1. és 2011. november 1. között – kezelt betegek adatai alapján. A tízéves intervallumban 554 főt (298 férfi és 256 nő) regisztráltak ezzel a kórképpel.

Eredményeink szerint a Parkinson-kór 10 éves tartam-prevalenciája Csongrád megyében 1,3‰ volt a vizsgált időszakban. A betegség előfordulása enyhe férfi túlsúlyt mutatott. Az átlag életkor 70 év volt, nemenkénti lebontásnál szignifikáns eltérés nem volt igazolható (férfiak: 70,34 év, nők: 70,53 év). A betegek 76%-a városban, 18%-a községben élt.

A krónikus és progresszív kórképek, így a Parkinson-kór is elsősorban az idősebb korosztályokat érintik. Az általunk mért prevalencia érték nemzetközi összehasonlításban magasnak mondható, valamint ismeretes az is, hogy egyes kórképek (pl. diabétes mellitus) lényegesen gyakrabban fordulnak elő a Parkinson-kóros betegek körében. Nem elhanyagolható tény az sem, hogy a romló állapot mind az egyén, mind pedig a családja, környezete számára kifejezett életminőségbeli romlást eredményez, amely mellett a beteg folyamatos orvosi kontrollra szorul. Ezen szakmai tevékenység egy része a háziorvosi ellátás részét képezi, s a növekvő számú eset következtében az alapellátás részéről is fokozott odafigyelést igényel.

## Irodalom

1. Komody S., Palkovits M.: Gyakorlati neurológia és neuroanatómia. Medicina, Budapest, 2010.
2. Richardson J.E., Shalat S.L., Buckley B., Winnik B., O'Suilleabhain P., Diaz-Arrastia R., Reisch J., German D.C.: Elevated serum pesticide levels and risk of Parkinson disease. *Arch. Neurol.* 2009;66(7):870-875.
3. Coon S., Stark A., Peterson E., Gloi A., Kortsha G., Pounds J., Chettle D., Gorell J.: Whole-body lifetime occupational lead exposure and risk of Parkinson's disease. *Environ. Health Perspect.* 2006;114(12):1872-1876.
4. Berezna B., Molnár M.J.: A Parkinson-kór genetikája és aktuális terápiás lehetőségei. *Ideggyógyászati Szemle* 2009;62(5-6):155-163.
5. Hidasi E.: A Parkinson-kór modern szemlétele. *LAM* 2010;20(12):825-829.
6. Takács A.: A Parkinson-kór diagnosztikai kritériumai és differenciáldiagnosztikája. *Ideggyógyászati Szemle* 2003;56(5-6):144-154.
7. Bouwmans A.E., Weber W.E.: Neurologists' diagnostic accuracy of depression and cognitive problems in patients with Parkinsoni. *BMC Neurol.* 2012 Jun 15;12(1):37.
8. Schernhammer E., Hansen J., Rugbjerg K., Wermuth L., Ritz B.: Diabetes and the risk of developing Parkinson's disease in Denmark. *Diabetes Care* 2011;34(5):1102-1108.
9. Willis A.W., Evanoff B.A., Lian M., Criswell S.R., Racette B.A.: Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries. *Neuroepidemiology* 2010;34(3):143-151.
10. Gerlach O.H., Broen M.P., van Domburg P.H., Vermeij A.J., Weber W.E.: Deterioration of Parkinson's disease during hospitalization: survey of 684 patients. *BMC Neurol.* 2012 Mar 8;12:13.
11. Powers K.M., Smith-Weller T., Franklin G.M., Longstreth W.T., Swanson P.D., Checkoway H.: Dietary fats, cholesterol and iron as risk factors for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2009;15(1):47-52.
12. <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp> (Szeged, 2011.12.10.)
13. [\(http://data.euro.who.int/dmdb/cb.php?cd=ICD-10&diags=G20&cys=AT%20\(2009\),AZ%20\(2007\),BE%20\(2005\),BG%20\(2008\),HR%20\(2009\),CY%20\(2008\),CZ%20\(2009\),DK%20\(2006\),EE%20\(2009\),FI%20\(2009\),FR%20\(2008\),GE%20\(2009\),DE%20\(2006\),HU%20\(2009\),IS%20\(2009\),IE%20\(2009\),IL%20\(2008\),IT%20\(2007\),KG%20\(2009\),LV%20\(2009\),LT%20\(2009\),LU%20\(2008\),MT%20\(2008\),ME%20\(2008\),NL%20\(2009\),NO%20\(2009\),PL%20\(2008\),PT%20\(2009\),MD%20\(2009\),RO%20\(2009\),RS%20\(2009\),SK%20\(2009\),SI%20\(2009\),ES%20\(2008\),SE%20\(2008\),UK%20\(2009\),UZ%20\(2005\)\)](http://data.euro.who.int/dmdb/cb.php?cd=ICD-10&diags=G20&cys=AT%20(2009),AZ%20(2007),BE%20(2005),BG%20(2008),HR%20(2009),CY%20(2008),CZ%20(2009),DK%20(2006),EE%20(2009),FI%20(2009),FR%20(2008),GE%20(2009),DE%20(2006),HU%20(2009),IS%20(2009),IE%20(2009),IL%20(2008),IT%20(2007),KG%20(2009),LV%20(2009),LT%20(2009),LU%20(2008),MT%20(2008),ME%20(2008),NL%20(2009),NO%20(2009),PL%20(2008),PT%20(2009),MD%20(2009),RO%20(2009),RS%20(2009),SK%20(2009),SI%20(2009),ES%20(2008),SE%20(2008),UK%20(2009),UZ%20(2005)) (Szeged, 2011.12.10.)
14. Olesen J., Baker M.G., Freund T., di Luca M., Mendlewicz J., Ragan I. et al.: Consensus document on European brain research. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2006;77(Suppl 1).