



Τεύχος 9^ο - Άρθρο 5^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΟΜΟ

Τσίντου Μαγδαληνή*

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

*Editor in Chief, reviewer, webmaster.



Περίληψη.

Ο τρόμος αποτελεί συχνό σύμπτωμα νευρολογικών και μη ασθενών, στην καθημερινή κλινική ιατρική πράξη. Η σωστή του κλινική αξιολόγηση μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες και να κατευθύνει σωστά την περαιτέρω διερεύνηση του ασθενούς. Στο παρόν άρθρο γίνεται μια ανασκόπηση των πλέον συχνών μορφών τρόμου που συναντώνται στην καθημερινή πράξη, υπό το πρίσμα των ιδιαίτερων κλινικών χαρακτηριστικών της κάθε μορφής.

1. Εισαγωγή.

Οι σύγχρονες ή εναλλασσόμενες συσπάσεις ανταγωνιστών μυών, παράγουν ρυθμική, ακούσια κίνηση ταλάντωσης που ορίζεται σαν τρόμος [1]. Μπορεί να αφορά οποιοδήποτε μέλος ή μέλη του σώματος και αδρά ταξινομείται σε τρόμο ηρεμίας ή δράσης [2]. Στην πρώτη περίπτωση η πληγείσα περιοχή ενεργοποιείται ακούσια ενώ υποστηρίζεται ενάντια



στη βαρύτητα και στη δεύτερη περίπτωση ο τρόμος παρατηρείται κατά τη διάρκεια μιας εκούσιας κίνησης.

Η αιτιολογία του τρόμου ποικίλλει και μπορεί να αφορά νευρολογικούς και όχι μόνο ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση, η προσεκτική λήψη του ιστορικού και τα ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά του τρόμου, βοηθούν στην ταξινόμηση και στην περαιτέρω διερεύνηση.

2. Είδη τρόμου.

2.1 Ιδιοπαθής τρόμος.

Πρόκειται για τη συχνότερη μορφή παθολογικού τρόμου. Απαντάται στο γενικό πληθυσμό σε συχνότητα 0,4-4% [3]. Η συχνότητά του είναι από 4 ως 10 Hz και παραμένει σχετικά σταθερή σε ένα συγκεκριμένο ασθενή. Εμφανίζεται συνήθως σαν μονοσυμπτωματική διαταραχή, είναι αμφίπλευρος, αφορά βραχίονες, κεφαλή και λιγότερο συχνά συμμετέχουν κάτω άκρα και κορμός [4]. Εκδηλώνεται σαν κινητικός τρόμος ενέργειας και σπάνια σαν τρόμος ηρεμίας. Η ανακάλυψή του σηματοδοτεί την προσεκτική μελέτη για τυχόν συνυπάρχοντα νευρολογικά συμπτώματα, καθώς μπορεί να εκδηλώνεται στο πλαίσιο μιας νευροεκφυλιστικής νόσου [5].

2.2 Παρκινσονικός τρόμος.

Στην κλασική του εκδήλωση εμφανίζεται σαν τρόμος ηρεμίας (pill rolling). Απουσιάζει στο 10-30% των ασθενών με νόσο Parkinson (PD) [6] ενώ στο 60-70% μπορεί να αποτελεί την κύρια εκδήλωση της νόσου για αρκετά χρόνια χωρίς την ανάπτυξη βραδυκινησίας ή διαταραχής της βάδισης (καλοήθους τρομώδης PD) [7].

Η εμφάνιση του τρόμου στην PD είναι μονόπλευρη τουλάχιστον κατά την έναρξη της



νόσου. Ο συνδυασμός τρόμου ηρεμίας και στάσης με τη μορφή του επανα-αναδυόμενου τρόμου στην PD, μπορεί να προκαλέσει σύγχυση με τον ιδιοπαθή τρόπο. Έτσι ενώ στον ασθενή με PD ο τρόμος υποχωρεί όταν διατηρηθούν τα χέρια τεντωμένα, μπορεί να επανεμφανιστεί σε διάστημα 8-10 δευτερολέπτων σαν τρόμος θέσης, όπως ο ιδιοπαθής, μόνο που ο δεύτερος εμφανίζεται άμεσα (σε χρόνο 0-2 δευτερολέπτων όταν ο ασθενής τεντώσει τα χέρια). Η παρουσία των λοιπών κλινικών σημείων της PD όπως βραδυκινησία ή ακαμψία βοηθούν στην αναγνώριση του Παρκινσονικού τρόμου.

2.3 Παρεγκεφαλιδικός τρόμος.

Οφείλεται σε βλάβη των εν τω βάθει παρεγκεφαλιδικών πυρήνων ή των διαβάσεων εκροής προς το ανώτερο παρεγκεφαλιδικό σκέλος. Βλάβη στο φλοιό της παρεγκεφαλίδας δεν προκαλεί τρόπο [8].

Πρόκειται για τρόπο δράσης, χαμηλής συχνότητας (3-5 Hz) και μεγάλου εύρους. Συνήθως αναφέρεται σαν τερματικός τρόμος αφού εμφανίζει αυξητική τάση καθώς ο στόχος προσεγγίζεται [1]. Συχνά συνοδεύεται από άλλα κλινικά σημεία παρεγκεφαλιδικής βλάβης όπως αταξία και δυσδιαδοχοκινησία [2].

Δομικές βλάβες (όγκος, μάζα, σκληρυντική πλάκα, έμφρακτο κλπ) προκαλούν μονόπλευρη εμφάνιση τρόμου ενώ εκφυλισμός της παρεγκεφαλίδας (κατάχρηση αλκοόλ, ναρκωτικών ή χρήση τοξικών φαρμάκων) οδηγεί σε αμφοτερόπλευρη εμφάνιση τρόμου. Η διαπίστωση της συνύπαρξης συναφών της παρεγκεφαλιδικής βλάβης συμπτωμάτων, θέτει με βεβαιότητα τη διάγνωση.

2.4 Νευροπαθητικός τρόμος.

Οφείλεται σε διαταραχές των περιφερικών νεύρων που μπορούν να προκαλέσουν μυϊκούς σπασμούς. Τυπικά έχει περιγραφεί στη νόσο Charcot-Marie-Tooth [9]. Επίσης



παρατηρείται σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια μορφή νωτιαίας μυϊκής ατροφίας καθώς και στη νόσο Kennedy [10].

2.5 Τρόμος Holmes.

Βλάβη δομών του μεσεγκεφάλου πλησίον του ερυθροειδούς πυρήνα, λόγω όγκων, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, πολλαπλής σκλήρυνσης κλπ, προκαλούν δυσλειτουργία της παρεγκεφαλιδικής οδού εκροής και προκαλούν τρόμο παρόμοιο του παρεγκεφαλιδικού. Πρόκειται για τραχύ τρόμο χαμηλής συχνότητας (3-5 Hz) θέσης ή δράσης [11]. Κλινικά σημεία δυσλειτουργίας των οφθαλμο-κινητικών νεύρων ή της οπτικής οδού, μπορεί να συνυπάρχουν. Χαρακτηριστική είναι η απουσία συμμετοχής των φλοιο-νωτιαίων οδών.

2.6 Μετα-τραυματικός τρόμος.

Μπορεί να εκδηλώνεται με οποιοδήποτε μορφή, μετά από τραυματισμό στο κεφάλι, στο διάστημα των 18 πρώτων μηνών. Οφείλεται σε κεντρική και όχι περιφερειακή βλάβη. Μετά από κρανιο-εγκεφαλική κάκωση, τρόμος θα εμφανιστεί στο ήμισυ περίπου των ασθενών σε χρονικό διάστημα που ποικίλλει και αυτός υποχωρεί αυτόματα στις μισές περίπου περιπτώσεις [12-13].

2.7 Ψυχογενής τρόμος.

Είναι η πιο συνηθισμένη κινητική διαταραχή ψυχογενούς αιτιολογίας. Συνήθως εκδηλώνεται με απότομη έναρξη, εμφανίζει κυκλική πορεία συνεχών υφέσεων και εξάρσεων, και σπάνια προσβάλλει τα δάκτυλα [14]. Μπορεί να εμφανίζεται με οποιαδήποτε μορφή ενώ το εύρος και η συχνότητα ποικίλλουν. Χαρακτηριστικά αυξάνεται με την ένταση της προσοχής και μειώνεται με την απόσπαση της προσοχής. Δεν ανταποκρίνεται στην κλασική φαρμακευτική αγωγή αλλά βελτιώνεται με αγωγή placebo ή ψυχοθεραπεία [15].

2.8 Δυστονικός τρόμος.



Είναι ο τρόμος που εμφανίζεται σε κάποιο μέλος του σώματος που έχει προσβληθεί από δυστονία [2]. Η δυστονία εκδηλώνεται σαν κινήσεις συστροφής ή και ανώμαλης στάσης, λόγω συνεχών ακούσιων συσπάσεων ανταγωνιστών μυών. Ο δυστονικός τρόμος είναι συνήθως τρόμος ηρεμίας, παρουσιάζει μία κορυφή στα 5 Hz και εμφανίζει ένα χαρακτηριστικό μηδενικό σημείο. Δηλαδή εάν ο ασθενής κινήσει το προσβεβλημένο μέλος σε θέση μέγιστης έλξης, ο τρόμος τροποποιείται και συχνά παύει. Μπορεί να αποτελεί το πρώτο κλινικό σημείο μιας εξελισσόμενης δυστονίας [16].

3. Συμπέρασμα.

Η διάγνωση του τρόμου στηρίζεται στην προσεκτική λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση. Η ηλικία έναρξης, ο τρόπος εμφάνισης, η περιοχή του σώματος που πρωτοεμφανίστηκε και ο ρυθμός εξέλιξης, αποτελούν σημαντικά στοιχεία που πρέπει να ληφθούν από το ιστορικό. Κλινικά το προσβεβλημένο μέλος πρέπει να εξετάζεται σε θέση πλήρους υποστήριξης, σε κατάσταση κίνησης αλλά και σε διάφορες θέσεις περιστροφής ή κλίσης. Η εξέταση δακτύλου-μύτης θα δείξει κινητικούς τερματικούς τρόμους. Τέλος νευρολογικά σημεία συνυπάρχουσας ή υποβόσκουσας νευρολογικής νόσου, πρέπει να αναζητούνται σε κάθε ασθενή με τρόμο.

Βιβλιογραφία.

1. Deuschl G, Bain P, Brin M. Consensus statement of the Movement Disorder Society on Tremor. Ad Hoc Scientific Committee. Mov Disord 1998;13(Suppl 3):2-23.



2. Bain PG. Parkinsonism and related disorders. Tremor. Parkinsonism Relat Disord 2007;13 (Suppl 3):S369-74.
3. Elble RJ. Report from a U.S. conference on essential tremor. Mov Disord 2006;21:2052-61.
4. Lou JS, Jankovic J. Essential tremor: clinical correlates in 350 patients. Neurology 1991;41:234-8.
5. Louis ED. Essential tremor: evolving clinicopathological concepts in an era of intensive post-mortem enquiry. Lancet Neurol 2010;9:613-22.
6. Hughes AJ, Daniel SE, Blankson S, et al. A clinicopathologic study of 100 cases of Parkinson's disease. Arch Neurol 1993;50:140-8.
7. Josephs KA, Matsumoto JY, Ahlskog JE. Benign tremulous parkinsonism. Arch Neurol 2006;63:354-7.
8. Elble RJ. Central mechanisms of tremor. J Clin Neurophysiol 1996;13:133-44.
9. Cardoso FE, Jankovic J. Hereditary motor-sensory neuropathy and movement disorders. Muscle Nerve 1993;16:904-10.
10. Meriggioli MN, Rowin J, Sanders DB. Distinguishing clinical and electrodiagnostic features of X-linked bulbospinal neuronopathy. Muscle Nerve 1999;22:1693-7.
11. Dalvi A. Holmes tremor. In: Lyons KE, Pahwa R, editors. Handbook of Essential Tremor and Other Tremor Disorders. Boca Raton, FL: Taylor & Francis, 2005. p. 243-50.
12. Johnson SL, Hall DM. Post-traumatic tremor in head injured children. Arch Dis Child 1992;67:227-8.
13. Krauss JK, Wakhloo AK, Nobbe F, et al. Lesion of dentatothalamic pathways in severe post-traumatic tremor. Neurol Res 1995;17:409-16.
14. Deuschl G, Koster B, Lucking CH, et al. Diagnostic and pathophysiological aspects of psychogenic tremors. Mov Disord 1998;13:294-302.
15. Koller W, Lang A, Vetere-Overfield B, et al. Psychogenic tremors. Neurology 1989;39:1094-9.
16. Jedynak CP, Bonnet AM, Agid Y. Tremor and idiopathic dystonia. Mov Disord 1991;6:230-6.