

A AMS (sigla em inglês) = Atrofia de Múltiplos Sistemas, é uma doença neurodegenerativa que afeta muitos dos sistemas que são tidos como vitais em nosso dia a dia, como: respiração, deglutição e fala; do ponto de vista fonoaudiológico.

Atrofia de múltiplos sistemas (MSA) é uma desordem neurodegenerativa rara, causada pela perda celular em certas áreas do cérebro e da medula espinal, provocando uma variedade de sintomas que afectam especialmente as funções do sistema nervoso autónomo e no sistema motor.

Pouco se sabe sobre a patogênese da MSA até os últimos 5 anos. Sabe-se agora a ser caracterizado por amplas gliais inclusões citoplasmáticas (GCIS), que são a marca registrada da doença. Mais recentemente, a misfolded, hiperfosforilada fibrilar α -sinucleína foi identificado como o principal componente de GCIS. A densidade de GCI contendo α -sinucleína correlaciona-se significativamente com a deterioração neuronal e duração da doença. Outra proteína importante, p25 α foi encontrado para estimular α -sinucleína in vitro. Pensa-se que pode haver dois processos genéticos e ambientais que contribuem para estes processos patológicos.

A presença de GCIS está associada à perda neuronal nos gânglios da base, cerebelo, ponte, núcleos olivar inferior e da medula espinal, por conseguinte, dando origem ao espectro de sintomas e resultados clínicos. A doença é muitas vezes definida no momento da manifestação inicial de qualquer motor ou recursos autonômicos, embora subclínica neuropatologia é provável que comece vários anos antes que a doença manifesta.

A fala tende a ficar mais lenta, mais baixa, menos precisa na articulação e há maior de esforço para comunicar-se, na AMS.

Normal

Também podemos

encontrar:

Face: hipomímica, com movimento simétrico, lento e de amplitude diminuída.

Mandíbula: movimentação lenta, de amplitude diminuída no sentido vertical e horizontal.

Língua: presença de tremor em repouso e posturas sustentadas, movimento lentificado e de amplitude reduzida em movimento.

Velofarínge: sem escape nasal na emissão.

As características vocais mais encontradas e com mais necessidades de se trabalhar nestes pacientes são:audiologicamente chamada de monopitch e monoloudness), flutuação de intensidade, ressonância laríngea com compensação nasal, jatos de fala, pausas inadequadas, imprecisão articulatória e diadococinesia da fala alterada em ritmo e precisão.

Os sintomas de fala e voz aparecem por volta de 1 ano após o início dos sintomas motores; a disartrofia apresentada é do tipo mista, mesclando os componentes hipocinético, atáxico e espástico, com predomínio do componente hipocinético; e deste modo diferenciando-se da disartrofia parkinsoniana, principalmente quanto à gravidade em relação ao tempo de doença e o tipo de disartrofia.

Disfagia causada por atrasos nas fases oral e faríngea da deglutição, em combinação com distúrbios do esfíncter laringe (via aérea e sensorial) e esofágica pode levar tanto pneumonia por aspiração e aspiração aguda, caso não tratada, por ofnoaudiólogo ,podendo levar a óbito.

Como percebemos, muito há oque se trabalhar em múltiplos sistemas. O paciente necessita ser avaliado e uma conduta/ planejamento individual e contínua deve ser aplicado em cada caso , para uma boa evolução de caso/ qualidade de vida e evitarmos ao máximo uma progressão negativa de caso a curto prazo.

Consute seu fonoaudiólogo, marque um horário, aguardamos por você e temos sempre o melhor pelo seu caso!!!

