

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Νόσος Πάρκινσον Διάγνωση – Συμπτωματολογία – Εξέλιξη

Εισαγωγικά Σχόλια

Η νόσος του Πάρκινσον ή Παρκινσονισμός, όπως συνηθίζεται να λέγεται, είναι μια εξωπυραμιδική δυσκινησία, θε μπορούσα απλά να πω ότι είναι μια διαταραχή της κίνησης. Ο όρος εξωπυραμιδικός αναφέρεται στα ανατομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά (βλέπε, ενότητα για λειτουργική και νευροχημική ανατομία των βασικών γαγγλίων, σσ. 51-55) που διακρίνουν το κινητικό σύστημα του εγκεφάλου - ρυθμιζόμενο από τα βασικά γάγγλια (basal ganglia), από εκείνο του πυραμιδικού (φλοιονωτιαίου) και παρεγκεφαλιδικού συστήματος. Οι διαταραχές κίνησης οφειλόμενες σε δυσλειτουργία του εξωπυραμιδικού συστήματος κατηγοροποιούνται περιγραφικά, σε (α) υποκινησίες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αδυναμία και βραδύτητα των κινήσεων, (β) υπερκινησίες, οι οποίες με τη σειρά τους εκδηλώνονται με παθολογικές ακούσιες κινήσεις, και (γ) σε άλλες ετερόκλητες διαταράξεις της κίνησης. Η νόσος Πάρκινσον (ν.Π.) είναι ένα κλινικό σύνδρομο, εξ αυτών του εξωπυραμιδικού συστήματος, και εντάσσεται στην (α) ομάδα διαταραχών κίνησης. Χαρακτηρίζεται από τέσσερα κυρίαρχα σημεία: το κινητικό τρέμουλο εν αναπαύσει ή εν ηρεμία (απαντάται συχνά και με τον όρο: τρόμος ηρεμίας), τη μυϊκή δυσκαμψία ή ακαμψία, τη βραδυκινησία ή ακινησία και την ορθοστατική αστάθεια (αστάθεια κατά την ορθή θέση του σώματος).

Μολονότι, στόχος του παρόντος εγχειριδίου δεν είναι η επιμέρους ανάλυση καθεμιάς εξωπυραμιδικής διαταραχής της κίνησης, θεωρείται όμως χρήσιμη η σύντομη παρουσίαση τους, καθώς μερικές από αυτές τις διαταραχές κίνησης χαρακτηρίζουν εν μέρει κάποια από τα Παρκινσονικά συμπτώματα. Θα παραθέσω σύντομα τις διαταραχές κίνησης που ανήκουν σε κάθε μια από τις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες. Στην πρώτη (α) κατηγορία των εξωπυραμιδικών διαταραχών κίνησης, εκτός του Παρκινσονισμού, εντάσσονται η υπομιμία, η δυσαρθρία, η σιελόρροια, η μικρογραφία, το ανάκατο βάδισμα, τα συμπτώματα βραδικινησίας και δυσκαμψίας (βλ. ενότητα για αρνητικά Παρκινσονικά συμπτώματα σσ. 21-23). Από τη άλλη, στη δεύτερη (β) κατηγορία, ανήκουν το τρέμουλο¹, η δυστονία², η χορεία³, η αθέτωση⁴, τα τικς, η μυοκλονία, η στερεοτυπία, η ακαθισία, η κινητική ανησυχία στα πόδια, και οι παροξυσμικές δυσκινησίες. Υπάρχει και μια τρίτη (γ) κατηγορία, στην οποία ανήκουν οι διαταραχές βαδίσματος, η αταξία, οι σπασμοί στο ήμισυ του προσώπου, η μυοκυμία, η υπερεκπληξία και άλλοι ψυχογενείς παράγοντες.

Ο πρωτοπαθής Παρκινσονισμός – ονομαζόμενος και *τρομώδης παράλυση* (paralysis agitans, Parkinson, 1817), είναι μια διαταραχή της μέσης ή όψιμης ηλικίας. Ο μέσος όρος έναρξης της νόσου βρίσκεται γύρω στα 50 με 55 έτη της ηλικίας με φθίνουσα τάση τα τελευταία χρόνια, παρόλο που περίπου στο 2% του πληθυσμού η νόσος εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 50-55 ετών ή μεγαλύτερη αυτής. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, με μια αναλογία της τάξης του 3 προς 2.

Συμπτωματολογία και διαγνωστικά κριτήρια

Στις επόμενες παραγράφους θα παρουσιάσω περιγραφικά τους δύο κεντρικούς τύπους της νόσου Πάρκινσον, και θα ακολουθήσει αναλυτική περιγραφή των χαρακτηριστικών και της συμπτωματολογίας της νόσου. Τόσο η αρχική διάγνωση, όσο και η συνεχής παρακολούθηση της εξέλιξης των συμπτωμάτων του ασθενή θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές διαφορογνωστικά (βλ. διαφορική διάγνωση σσ. 33-36), αλλά και γιατί βοηθούν το νευρολόγο, νευροψυχολόγο στην αποτελεσματικότερη κατανόηση και αντιμετώπιση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων και πορείας της νόσου. Ο λόγος που είναι επιβεβλημένη η συνεχής παρακολούθηση του Παρκινσονικού ασθενή, οφείλεται στο γεγονός, πώς σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα έδειξαν, ότι τόσο τα κυρίαρχα όσο και τα δευτερογενή χαρακτηριστικά – μο-

λονότι λιγότερο κυρίαρχα (βλ. ενότητα για μη-κυρίαρχα χαρακτηριστικά – σσ. 23-32), αποτελούν ουσιώδη στοιχεία είτε της διάγνωσης και διαφορικής διάγνωσης είτε της θεραπευτικής παρέμβασης με στόχο την ενδυνάμωση της λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες της οικογενειακής ζωής, του κοινωνικού και επαγγελματικού τομέα.

Τύποι συμπτωματολογίας της νόσου Πάρκινσον

Δύο τουλάχιστον είναι οι κεντρικοί τύποι συμπτωματολογίας της νόσου που έχουν αναγνωριστεί διεθνώς. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό του πρώτου τύπου είναι το τρέμουλο (τρόμος) εν ηρεμία ή τρέμουλο εν αναπαύσει, ενώ το χαρακτηριστικό του δεύτερου τύπου είναι η ορθοστατική αστάθεια, δηλαδή η αστάθεια κατά την ορθή θέση του σώματος, και η δυσκολία στο βάδισμα. Ο πρώτος τύπος της νόσου σχετίζεται συνήθως με μια σχετικά φυσιολογική νοητική κατάσταση του ασθενή, τη χρονολογικά νωρίτερη έναρξη – πρώιμη εμφάνιση της νόσου και βραδύτερη εξέλιξη της, συγκριτικά με τον δεύτερο τύπο, ο οποίος εκδηλώνεται με οξεία (έντονη) βραδυκίνησια και άνοια, καθώς και ξαφνική εμφάνιση, και επιτάχυνση της εξέλιξης, της νόσου.

Χαρακτηριστικά συμπτωματολογίας: σημεία και συμπτώματα

Τα τέσσερα κυρίαρχα συμπτώματα εμφάνισης της νόσου, το τρέμουλο εν αναπαύσει, η μυϊκή δυσκαμψία, η βραδυκίνησια (ή ακίνησια), και οι διαταραχές ορθής στάσης του σώματος, καθένα από τα οποία εκδηλώνονται σε διαφορετικά μέλη του σώματος και με διάφορους συνδυασμούς, αποτελούν τη βάση της διάγνωσης του Παρκινσονισμού (Kumar κ.α., 2003; Marsden 1994; Olanow κ.α., 2000). Τα συμπτώματα και χαρακτηριστικά της νόσου θα παρουσιαστούν ευθύς στη συνέχεια το καθένα χωριστά, ενταγμένα όμως σε δύο μεγάλες κατηγορίες – όχι αυτές που προαναφέρθηκαν εισαγωγικά, αλλά εκείνες, που διαχωρίζουν τη συμπτωματολογία σε θετική και αρνητική, καθώς στη μεν πρώτη – θετική, οι συμπεριφορές και τα συμπτώματα εκδηλώνονται ως κάτι το επιπρόσθετο του μέσου «φυσιολογικού» και μερικές φορές ως νέο επιπλέον παθολογικό στοιχείο, ενώ στη δεύτερη – αρνητική συμπτωματολογία, ο χαρακτηρισμός γίνεται είτε βάσει της απουσίας και έλλειψης συγκεκριμένων συμπεριφορών είτε λόγω της αδυναμίας για ενεργητική ενασχόληση σε δραστηριότητα. Κατόπιν αυ-

τών, θα παραθέσω δεδομένα από σύγχρονες έρευνες για τα μη-κυρίαρχα συμπτώματα της νόσου – όπως νευροσυμπεριφορικές εκδηλώσεις, μη-κινητικές δυσλειτουργίες (βλ. σ.σ. 23-33) και γνωστικές αλλαγές.

1. Θετικά Παρκινσονικά συμπτώματα

- *Τρέμουλο (τρόμος) εν ηρεμία ή τρέμουλο εν αναπαύσει* (tremor at rest). Χαρακτηρίζεται από ρυθμικές παλίνδρομες εναλλασσόμενες κινήσεις των άκρων του σώματος, ενόσο ο ασθενής βρίσκεται εν ηρεμία. Οι κινήσεις αυτές σταματούν, αν ο/η πάσχων κοιμάται ή ενεργεί με εκούσιες ή προγραμματισμένες κινήσεις. Το τρέμουλο στα άκρα των χεριών παίρνει συχνά τη μορφή μιας «κυκλικής κίνησης» (pill-rolling), παρατηρείται δηλαδή σαν μια κίνηση στριψίματος χαπιού με τον αντίχειρα και δείκτη του χεριού. Χρησιμοποιώ τον όρο τρέμουλο και όχι τρόμο, καθώς ο όρος τρόμος, όπως ενίοτε ευρύτατα χρησιμοποιείται, απαντάται και σε άλλες διαταραχές.
- *Μυϊκή δυσκαμψία* (muscular rigidity). Συνίσταται στην παράλληλη αύξηση του μυϊκού τόνου στους εκτεινόντες και καμπτήρες μύες, αύξηση η οποία γίνεται εύκολα εμφανής όταν τα άκρα κινούνται παθητικά γύρω από την άρθρωση. Το φαινόμενο της μυϊκής δυσκαμψίας εξηγείται ως εξής. Ενώ δηλαδή αρχικά μια κίνηση είναι υπό αναστολή, παρόλα αυτά οι μύες αποδίδουν τελικά με επαρκή ισχύ μια στοιχειώδη κίνηση, αν και για μικρή απόσταση, και κατόπιν ξανά αντιστέκονται στην παραγωγή κίνησης. Για το λόγο αυτό, η πλήρης (παθητική) έκταση ή κάμψη μιας άρθρωσης γίνεται σε διαδοχικά βήματα ή κινήσεις. Η μυϊκή δυσκαμψία, συχνά παραλληλίζεται με τη δυσκαμψία γυρίσματος ενός γραναζιού ή ενός οδοντωτού τροχού, για αυτό είναι γνωστή και ως κίνηση δυσκαμψίας γραναζιού. Η μυϊκή δυσκαμψία μπορεί να είναι τόσο σοβαρή, ώστε να καθιστά όλες τις κινήσεις δύσκολες, πράγμα που είναι εν γνώσει του πάσχοντα ασθενή. Ο/Η ασθενής αντιλαμβάνεται τη δυσκαμψία ως ένα αίσθημα σκληρότητας των μυών και δυσκαμψίας (σφιγτότητας) των αρθρώσεων. Για παράδειγμα, ένας ασθενής αναφέρει χαρακτηριστικά: «η επιβράδυνση των κινήσεων μου είναι συνειδητή αλλά όχι ηθελημένη» (εννοώντας μη προγραμματισμένη από τον ίδιο του τον εαυτό), και συνέχισε λέγοντας: “όταν θέλω να ξεβιδώσω το πόμολο ενός μπουκαλιού ηθελημένα προσπαθώ να θέσω τους μύες μου σε κίνηση έχοντας συνείδηση της αργής τους ανταπόκρισης, χωρίς παράλλ-

ληλα να μπορώ να επιταχύνω τη διαδικασία της κίνησης. Τελικά όμως πάντα ανοίγω το μπουκάλι”.

- *Ακούσιες κινήσεις* (involuntary movements). Αναφέρονται στις συνεχείς εναλλαγές της θέσης του σώματος του ασθενή, που μερικές φορές προσδίδουν μια απαλοιφή της δυσκαμψίας ή του τρέμουλου των άνω ή κάτω άκρων, γίνονται όμως από τον ασθενή χωρίς εμφανή λόγο. Τις συχνές αυτές εναλλαγές των κινήσεων, συναντούνται στη βιβλιογραφία και με τον όρο *ακαθησία* (akathisia) ή «βάνουση ανησυχία». Κλινικά στους ασθενείς μπορεί συνήθως να παρουσιάζονται με ταυτόχρονη γενική αδράνεια. Τέτοιες ακούσιες κινήσεις αποτελούν διαταραχές της κίνησης, οι οποίες εκδηλώνονται συχνά με κρίσεις οφθαλμοπεριστροφής, στρίψιμο-γύρισμα του κεφαλιού και των οφθαλμών, που διαρκούν για αρκετά λεπτά έως και ώρες.

2. Αρνητικά Παρκινσονικά συμπτώματα

Η αρνητική συμπτωματολογία χαρακτηρίζει ασθενείς που έχει επιδεινωθεί η υγεία τους σοβαρά από τη νόσο, και χωρίζεται σε πέντε κατηγορίες, τις οποίες περιγράφω στις επόμενες παραγράφους.

- *Διαταραχές (ορθής) στάσης του σώματος* (disorders of posture). Σε αυτές περιλαμβάνονται οι διαταραχές ορθοστατικής αστάθειας, διαταραχές καθήλωσης και ισορροπίας. Η διαταραχή *ορθοστατικής αστάθειας*, κλινικά εκδηλώνεται με μη-ηθελημένο προωστικό ή και ανωθητικό βήδισμα, δηλαδή βήδισμα προς τα εμπρός και προς τα όπισθεν. Ο συγκεκριμένος τύπος διαταραχής σχετίζεται με τη *διαταραχή καθήλωσης*, η οποία περιλαμβάνει αδυναμία διατήρησης ή δυσκολία συντήρησης μέρους του σώματος (κεφάλι, μέλη-άκρα) στη σωστή θέση σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη του σώματος. Για παράδειγμα, το κεφάλι ενός ασθενή μπορεί να γέρνει προς τα εμπρός. Έτσι μπορεί να παρατηρούμε τον παρκινσονικό ασθενή, ενώ έχει το σώμα του σε όρθια στάση, να γέρνει το κεφάλι προς τα εμπρός και μετά σταδιακά και όλο του το σώμα, ώσπου τελικά να πέσει στα γόνατα. Όσον αφορά τις *διαταραχές ισορροπίας*, συνίστανται στη δυσχέρεια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς να τηρήσουν την όρθια στάση του σώματός τους χωρίς επιπρόσθετη υποβοήθηση ή ακόμα και της ικανότητας να κάθονται χωρίς υποβοήθηση ή υποστήριξη. Σε ήπια μορφή της νόσου, οι πάσχοντες δεν μπορούν να στηριχθούν στο ένα πόδι. Επίσης, αν στρώσουμε έναν ασθενή απαλά

- στην ωμοπλάτη, θα πέσει χωρίς να καταβάλλει προσπάθεια να στηρίξει τον εαυτό του όρθιο κάνοντας μικρά διορθωτικά βηματάκια ή προσπαθώντας να παρακρατηθεί από κάπου.
- *Διαταραχές ορθότητας* (disorders of righting). Συνίστανται στη δυσκολία που έχει ο/η ασθενής να ανακτήσει την όρθια στάση του σώματος του από την οριζόντια στάση ανάπαυσης ή ξαπλώματος.
 - *Διαταραχές κίνησης* (disorders of locomotion). Κατά τη φυσιολογική κίνηση απαιτείται η στήριξη του σώματος ενάντια στη βαρύτητα, στο βηματισμό, και στην εξισορρόπηση του βάρους του σώματος, καθώς το βάρος του σώματος μετατοπίζεται από το ένα πόδι στο άλλο, ενόσω ο άνθρωπος περπατά και επιταχύνει προς τα εμπρός. Αντίθετα, ασθενείς με Παρκινσονισμό δυσκολεύονται να ξεκινήσουν το βηματισμό, και όταν τελικά ξεκινούν, ακολουθούν ένα ανάκατο βάδισμα με μικρά βηματάκια (παρότι μπορεί να τους δίδεται ευρύτητα χώρου). Ο λόγος του ανάκατου βηματισμού έγκειται στη δυσκολία που έχουν οι Παρκινσονικοί να εξισορροπούν το βάρος του σώματός τους, όπως αυτό μετατοπίζεται από το ένα πόδι στο άλλο. Συχνή είναι επίσης η εκδήλωση του χαρακτηριστικού του “τρεξίματος”, όταν δηλαδή ο ασθενής, ενώ ξεκινά να περπατά, επιταχύνει το βηματισμό του με αυξάνοντα ρυθμό και εναλλαγή βημάτων καταλήγοντας τελικά να τρέχει προς τα εμπρός.
 - *Διαταραχές ομιλίας* (disorders of speech). Αυτές οι διαταραχές αφορούν κυρίως δυσκολίες στην παραγωγή του ήχου και αλλαγής τόνου στη φωνή. Τέτοιες δυσκολίες είναι παρατηρήσιμες από τους συγγενείς των ασθενών, καθώς γίνεται εμφανής η εξολοκλήρου απουσία τόνου στη φωνή του ομιλούντα ασθενή.
 - *Ακίνησια και βραδυκίνησια* (akinesia, bradykinesia). Η ακίνησια και η βραδυκίνησια εξηγούν τα περισσότερα συμπτώματα και σημεία της νόσου, τα οποία απαριθμούνται ως εξής. α). Γενική επιβράδυνση των κινήσεων, με αδυναμία επιτέλεσης γρήγορης αλληλουχίας κινήσεων (βλ. Stelmach, 1986) και πολλών λαθών κατά την αλληλουχία κινήσεων και του βαδίσματος του ασθενή στις καθημερινές του κινητικές δραστηριότητες. Πιθανά οφείλονται σε βλάβη του μηχανισμού προγραμματισμού κινήσεων αλληλουχίας. β). Έλλειψη εκφράσεων προσώπου (για παράδειγμα, υπομιμία ή ανέκφραστο πρόσωπο - πρόσωπο σα μάσκα). γ). Έκφραση επίμονου βλέμματος λόγω της μειωμένης συχνότητας ανοιγοκλεισίματος των βλεφάρων. δ). Διαταραγμένη κατάποση (του σιέλου)

που προκαλεί έκδηλη σιελόρροια στον ασθενή. ε). Υποκινητική και υποφωνική δυσαρθρία, στ). Μονοτονική ομιλία. ζ). Μικρογραφία, γραφικός χαρακτήρας μικρού μεγέθους (διαπιστώνεται και στο τεστ Bender). η). Δυσκολία στις επαναλαμβανόμενες κινήσεις, για παράδειγμα ο ασθενής δυσκολεύεται ή αδυνατεί να εκτελέσει επαναλαμβανόμενα ελαφρά χτυπηματάκια του δαχτύλου ή του χεριού του επάνω στο τραπέζι – παρουσιάζοντας εμφανές χρονικό διαχωρισμό του πρώτου από τα επόμενα χτυπήματα βλ. Stelmach, 1986. Επιπλέον, παρατηρείται δυσκολία στην εκτέλεση παράλληλων κινήσεων ακόμα και από ασθενείς όπου το σύμπτωμα της δυσκαμψίας δεν είναι εμφανές. θ). Δυσκολία του ασθενή να εγερθεί (σηκωθεί) από καθιστική θέση ή δυσκολία να γυρίσει στο πλάι όταν ξαπλώνει ή κοιμάται στο κρεβάτι. ι). Σύρσιμο ποδιών και ανάκατο βάδισμα με μικρά βηματάκια. ια). Μειωμένη αιωρούμενη κίνηση ή παλινδρομηση του βραχίονα του χεριού και των άλλων αυτόματων κινήσεων κουνήματος των άκρων. ιβ). Αναποφασιστικότητα κατά την έναρξη βαδίσματος. ιγ). Πάγωμα βαδίσματος. Το πάγωμα βαδίσματος συχνά εκδηλώνεται με ξαφνική και απρόβλεπτη ανικανότητα του ασθενούς να κινηθεί, αποτελεί το κύριο γνώρισμα της ασθένειας. ιδ). Ακινησία, ασθενείς να κάθονται επί ώρες ακίνητοι (Kolb και Wishaw, 1996; Wyngaarden, Smith και Bennett, 1992).

Τί συμβαίνει όμως με τα μη-κυρίαρχα συμπτώματα, τα οποία προσβάλλουν ασθενείς με Πάρκινσον; Ποιά είναι αυτά, ποιές πλευρές της προσωπικότητας του ασθενή επηρεάζουν, και ποιός ο ρόλος τους στη διάγνωση και καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών; Μερικές απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα ακολουθούν στις επόμενες ενότητες.

3. Μη-έκδηλα ή μη-κυρίαρχα Παρκινσονικά συμπτώματα

Τα λιγότερο κυρίαρχα ή μη-έκδηλα χαρακτηριστικά της νόσου Πάρκινσον σχετίζονται με τη συναισθηματική διάθεση, τη νοημοσύνη, τον οφθαλμοκινητικό έλεγχο, τη συνολική λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, των γνωστικών λειτουργιών (μνήμης και γλώσσας), του αισθητηριακού και αντιληπτικού συστήματος (Georgiades, 1998 και 2005, Katsarou κ.α., 2001; Wyngaarden, Smith και Bennett, 1992). Τα μη-έκδηλα ή μη κυρίαρχα Παρκινσονικά συμπτώματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Οι επιστήμες που ερευνούν το κύριο μέρος των μη-έκδηλων χαρακτηριστικών είναι η ψυχολογία (κλάδοι πειραματικής, γνωστικής, ψυχοφυσικής) και νευρο-

Πίνακας 1. Μη-έκδηλα (μη-κυρίαρχα) χαρακτηριστικά της νόσου Πάρκινσον.

A. Νευροσυμπεριφορικές εκδηλώσεις

Αλλαγές στην προσωπικότητα: απαθές προσωπείο, έλλειψη εμπιστοσύνης και αυτοπεποίθησης, φοβοπάθεια, άγχος, συναισθηματική αδυναμία και ακαμψία, κοινωνική απόσυρση, εξάρτηση.

Άνοια: το φαινόμενο της δυσκολίας θύμησης «στην κορυφή-άκρη της γλώσσας»⁵ (μερική ανομία), κωροταξικός αποπροσανατολισμός, παράνοια, ψύχωση, ψευδαισθήσεις.

Βραδυφρένεια: επιβράδυνση επεξεργασίας στις νοητικές λειτουργίες, απώλεια συγκέντρωσης, δυσκολία σχηματισμού εννοιών.

Κατάθλιψη

Διαταραχές ύπνου

Σεξουαλική δυσλειτουργία

Ψυχιατρικές παρενέργειες λόγω θεραπείας

B. Μη-Κινητικές διαταραχές στην εκδήλωση της Νόσου

Δυσλειτουργία αυτόνομου νευρικού συστήματος: Ορθοστατική υπόταση, αναπνευστικές δυσαρρυθμίες, έκπλυση (ερυθηματισμός), εφίδρωση, δυσκοιλιότητα, δυσλειτουργία σφιγκτήρα και σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Αισθητηριακά συμπτώματα: Παραισθησίες, πόνοι, ακαθής όραση, οπτικές – οσφρητικές δυσλειτουργίες και δυσλειτουργία του αισθησιακού συστήματος.

Γνωστικές δυσλειτουργίες: διαταραχές σε μνήμη, γλώσσα.

Οπτικο-αντιληπτικές δυσλειτουργίες: διαταραχές στην οπτική αντίληψη, αντίληψη βάθους, έκπτωση στην περιφερική όραση, πρώιμη αντιληπτικο-οπτική επεξεργασία, ευαισθησία (φωτεινής) αντίθεσης, κινήσεις οφθαλμών.

Σμηγματόρροια⁶

Εξάντληση (ψυχική, σωματική)

Ποδικό οίδημα

Απώλεια βάρους

ψυχολογία. Τα τελευταία χρόνια δίδεται μεγαλύτερη αξία στην ανεύρεση των μη κυρίαρχων συμπτωμάτων του Παρκινσονικού ασθενή. Η ιδιαίτερη σημασία τους έγκειται σε πολλούς λόγους. Μερικοί από αυτούς είναι, η αρχική διάγνωση, η παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου, καθώς σύγχρονα δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι τα μη-έκδηλα χαρακτηριστικά της νόσου, μολονότι λιγότερο κυρίαρχα, έχουν ειδική βαρύτητα στη διάγνωση, διαφορική διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση για τη λειτουργικότητα του ασθενή στο χωροταξικό περιβάλλον, και τέλος στην αντιμετώπιση των συνοδών διαταραχών της νόσου, για παράδειγμα κατάθλιψη και διαταραχές μνήμης.