

Reseberättelse från ²³ Nordiska mötet i Klinisk Neurofysiologi, Helsingör, Danmark, maj 2004

Carolina Johansson, Biomedicinsk analytiker
Neurofysiologiska Klinken
Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, Stockholm

2004-08-17

Måndag morgon ringer väckarklockan alldeles ohyggligt tidigt. Vi har en lång dag framför oss. Planet avgår mot Kastrup, Köpenhamn klockan 07:00 och vi har en timme framför oss i planet. Från Kastrup flygplats tar vi oss vidare med pendeltåg till Helsingör, restiden är längre än väntat och vi dyker upp något försenade till Hotel Marienlyst, Helsingör. Vi missar precis kaffe och välkomsttal.

Vid vår första träff tillsammans med övriga nordiska BMA-kollegor tar man upp utformning av utbildningsprogram från respektive land. Sonja Myrin ger oss en kort presentation av utbildningsläget i Sverige. Därefter serveras dagens lunchbuffé. Efter lunch och en stunds avkoppling vid närbeläget hav ges 2 föreläsningar för mötets alla deltagare, BMA, läkare och ingenjörer.

På kvällen serveras en mycket god galamiddag med tillhörande dryck. Alla kursdeltagare tilldelades ett bordsnummer, och på så sätt fick man förhoppningsvis en helt okänd bordskavaljer/bordsdam bredvid sig. Ett uppskattat initiativ, i vanliga fall brukar man ju sätta sig tillsammans med sina arbetskollegor. Kvällen avrundas med dans till levande musik och dryck från bar till självkostnadspris. Efter midnatt kommer sömnen verkligen till sin rätt efter en mycket lång och aktiv dag.

Efter en god nattsömn och frukost väntar två föreläsningar. Därefter serveras en delikat lunchbuffé. Svensk förening för Neurofysiologianalytiker håller därefter årsmöte. Hit infinner sig ungefär 30 av föreningens 110 betalande medlemmar. Vid mötet berättar jag och Sonja lite kort om vår resa till Holland och deltagande vid OSET- kongressen i Holland under juni 2003. Efter mötet bjuds det på fika med nygräddade winerbröd. Efteråt beger vi oss tillbaka mot Kastrup flygplats och hemfärd till Stockholm. Dagarna är intensiva men mycket trevliga med intressanta föreläsningar och samvaro.

Här följer sammanfattningar av ett antal intressanta föreläsningar från mötet:

Peter Wolf, Epilepsi: en sak för skraddarsytt EEG – undersökning.

Vad gör vi för att finna "spikar" i EEG? Gör ett standard-EEG, vilket innebär en vilokurva följt av hyperventilation 2,3 eller 5 minuter, ser till att patienten eventuellt somnar in lätt, sömndepriverar eventuellt patienten innan undersökning och fotostimulerar framför ögonen.

Sömnen är den viktigaste aktiveringen för att finna epileptiforma avvikelser. Sömnen kan delas in i olika stadier. Lätt sömn: Kan erhållas hos de flesta patienter vid standardundersökning. Eventuellt sömn-EEG under 24 h, om vi fortfarande inte funnit något vid standard-EEG och anser att vi bör gå vidare.

Sömn-deprivering, är det betydelsefullt? Man anser att det bör avhållas främst efter 1:a anfallet.

Den främsta utvärderingen av EEG fås när man kopplar videoövervakning till registreringen.

Intermittent ljusstimulering bör alltid ingå i rutinundersökning vid misstanke om epilepsi. Det är inte alltid nämnt i anamnesen att patienten är känslig för starkt ljus. Mörka glasögon förhindrar Spike and Wave-komplex till upp med 30 % vid en rutinundersökning. Solglasögon är också väldigt användbart vid terapi/behandling. Ögonstängningskänslighet, uppträder cirka 2 (-3) sekunder efter att ögonen stängs, vilket då ger mest occipital dominans.

Hett vatten-anfall, kan inträffa hos små barn som badar i för kallt vatten, under 37° C. Läsepilepsi, inträffar troligast när man läser någonting på ett främmande språk.

Eva Svanborg, Sömn och rörelserelaterade sjukdomar – Parkinson, PLM-syndrom och restless legs.

"Trötthet" är en subjektiv upplevelse, kan bara mätas genom strukturerande frågor.

"Sömn" är ett beteende, vilket går att mäta. Hjärnan är det enda organ i kroppen som egentligen sover.

Hur kan man då mäta sömn och sömnighet?

- Sömndagbok, frågeformulär
- Actigrafi (dygnsrytmbestämning)
- Polysomnografi (minst EEG, EOG, EMG)
- MSLT (multi sleep latency test)

Parkinsons sjukdom och sömnrelaterade störningar:

- Insomni: (Svårigheter att somna, täta uppvaknanden, tidiga morgonuppvaknanden).

- Hypersomni: (Påtaglig sömnighet dagtid, onormalt lätt att falla i sömn el. onormalt svårt att vakna upp ur sovande tillstånd).

- Hypnogoga hallucinationer, eller förändrat beteende nattetid (REM-sömnsjukan?).

Parkinson – Mekanismer för sömnstörning

1. Sjukdomen i sig
2. Samtidig annan sjukdom
3. Läkemedelsutlöst
4. Depression

Mekanismer för insomni, sjukdomen i sig kan ge sömnsvårigheter:

- Vi vänder oss normalt 2-3 ggr/h. Parkinsons patienter kanske inte är kapabla till detta, utan vaknar i stället upp.
- Drabbas av tremor
- Early morning dystonia, vilket innebär kramp i foten.

Cirka 20 % av Parkinson patienterna drabbas även av Restless legs och periodiska benrörelser.

Restless Legs Syndrom, (RLS):

Diagnostiska kriterier:

1. Obehagliga, ibland smärtsamma parestesier i extremiteterna, oftast i benen.
2. Symtomen uppträder i vila och lindras av aktivitet.
3. Symtomen medför ett behov av motorisk aktivitet.
4. Symtomen förvärras kvälls- och nattetid.

Vilket neurofysiologiskt test kan vara lämpligt för att diagnostisera RLS?
Inget alls, det är bara en upplevelse som endast kan besvaras vid frågor.

PLM-symtom:

Patienten är inte medveten om benrörelserna, det är i stället partnern som berättar hur patienten betar sig under natten. Man finner täta uppvaknanden och en uttalad dagtrötthet. Vid EMG-registrering från tibialis anterior kan man upptäcka täta rörelser vid analys av nattens sömn.

Det krävs minst 5 uppvaknanden/h.

PLM-differentialdiagnoser:

1. Insomningsmyoklonier
2. Epilepsi
3. Spinala sjukdomar, benkramper.
4. OSAS (obstruktivt sömnapné syndrom)

RLS \neq PLM

- | | |
|--|---|
| • Finns i vakenhet | • Finns under sömn |
| • Medvetna rörelser | • Omedvetna rörelser |
| • Oregelbundna rörelser | • Rytmsiska rörelser |
| • Sannolik CNS-sjukdom (basala ganglier) | • Kan vara perifert (spinalt utlöst) |
| • Insomningssvårigheter | • Täta uppvaknanden |
| • 85% av RLS-pat har också PLM | • Bara 25% av pat med primär PLM-diagnos, har samtidigt RLS |

Andra orsaker till insomni hos Parkinsonspatients:

- Farmakautlöst: Alla anti-Parkinson mediciner är vakenhetshöjande.
- Depression
- Hallucinationer eller andra beteenden, så som hypnagogna hallucinationer eller hypnapompa hallucinationer, mardrömmar. Behandling: prova att minska doser av Parkinsonfarmaka. I andra hand psykofarmaka.
- REM-sleep behaviour disorder: Bizarra, ofta komplexa beteenden. Inte sömnambulism. Uppkommer hos 15-40% av Parkinsonspatients, ofta korrelerad till mer avancerad sjukdom.

Gitte Moos Knudsen, Parkinsons sjukdom:

Idiopatisk Parkinson (IPD) drabbar 0,5-1,5 % äldre än 50åå, p.g.a. minskad dopaminkoncentration. Substantia nigra är sjuk, påverkas vid sjukdomen. Den familjära formen avgår linjärt uppåt men den idiopatiska formen stiger vid 50 åå.

Faktorer som inducerar Parkinsons sjukdom:

- Neurala toxiner
- hereditet
- skada från fria radikaler
- mitokondriell dysfunktion
- inflammatorisk skada

Miljömässiga faktorer ?

Risikfaktorer:

- "Urban living"
- "Well water"
- Wood Mills

Skyddande faktorer:

- Rökning
- Kaffe (koffein)

Kliniska faktorer: Bradykinesi, Rigiditet, Tremor och Postural instabilitet.

Parkinsons sjukdom kan likna:

- Multipel system atrofi
- Progressiv supranukleär pares
- Cortico-basal degeneration
- Lewy Body demens (uppmärksamhetsförstörelse)
- Essentiell tremor

Evoked potential ger en minskad amplitud av N30 vid VEP-mätning.

Parkinsonpatienter lider av dopaminerg synaps, vilket innebär att dopamin upptaget är nästan helt borta, eller totalt borta.

Behandling:

Den bästa behandlingen är L-dopa (Levo-dopa), men komplikationer kan uppstå så som Onoff fenomen, hypokinesier och det kan vara giftigt.

Begränsningar: biverkningar (chorea, dystoni), svimningar, psykiska problem och psykoser.

Många symtom hjälps ej av L-dopa:

- "freezing" episoder
- balansproblem
- depression, demens
- talproblem

Fördelen med dopamin-agonister: kan användas tidigt i förloppet som symtombehandling.