



Nytt hopp – nya möjligheter

7:e nordiska mötet om avancerad Parkinsons sjukdom med motoriska fluktuationer

Behandlingen av patienter med Parkinsons sjukdom har utvecklats starkt under senare år: förståelsen för sjukdomens bakomliggande mekanismer har ökat, kunskapen om de olika symtomen har förbättrats och behandlingsalternativen har blivit fler. Detta tydliggjordes under årets nordiska möte, med rubriken "Nordic Meeting on advanced Parkinson's disease with motor fluctuations" som hölls i Sigtuna den 23-24 april, 2009". Under mötet, som lockade mer än 150 deltagare, delade såväl kliniker och forskare som patienter och patientorganisationer med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Programmet hade sammanställts av Scandinavian Movement Disorder Society i samarbete med de nordiska parkinsonförbunden.

TEXT: HELENA NORDLUND

PARKINSONS SJUKDOM UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Mötet inleddes med att *Boris Skapin* från Slovenien berättade om sitt liv med Parkinsons sjukdom. Vid sin sida hade han hustrun Vida och deras vuxna dotter Nina. Boris, som är 61 år, har bland annat arbetat som biträdande finansminister i forna Jugoslavien och på Världsbanken. Han deltog även i uppbyggnaden av bankväsendet i Slovenien efter Jugoslaviens delning – således en stimulerande men också krävande arbetssituation. Han levde i övrigt ett aktivt liv med mycket sport och var sällan sjuk.

Vid 44-årsålder upptäckte Boris att hans högra hand inte lydde honom riktigt. Två år senare fick han sin diagnos. Beskedet var chockartat och Boris undvek att ta reda på mer om sjukdomen – han ville helt enkelt inte veta. De första åren berättade paret heller inte för barnen om sjukdomen.

Situationen blev emellertid allt svårare. Boris blev med tiden allt sämre och drabbades av en svår depression. Han tillbringade en allt större del av sin tid sängliggande.

– Livet var som en berg- och dalbana under den perioden, berättade Vida. Familjen höll på att falla sönder och jag kunde inte se någon utväg för oss.

Vändpunkten kom då Boris övergick till kontinuerlig behandling med Duodopa (levodopa/karbidopa). Förändringen var dramatisk.

– Vi fick tillbaka våra liv, sade Boris. Idag kan jag både spela golf och åka skidor igen, och vi lever ett gott liv tillsammans trots sjukdomen. Min historia visar hur viktigt det är att hitta rätt behandling för varje enskild patient.

ANHÖRIGVÅRDARENS SITUATION

Docent *Johan Lökk* från Geriatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge redogjorde för en undersökning av anhörigvårdarnas situation som initierats av ParkinsonFörbundet. Resultaten bygger på intervjuer med över 450 anhörigvårdare.

Undersökningen visar att världen tenderar att krympa för anhörigvårdaren: allt cirklar runt den sjuke, man blir alltmer isolerad, och möjligheterna att delta i sociala aktiviteter minskar i takt med sjukdomsdurationen. Många drabbas av nedstämdhet och sömnstörningar, ännu fler känner sig trötta och stressade. Mer än hälften av de tillfrågade anhörigvårdarna anger att de inte möter någon förståelse från omgivningen för sin situation. Deras största rädsla är ofta att själva bli sjuka så att de inte kan ta hand om den parkinsonsjuke.

En viktig slutsats av studien är att anhörigvårdarnas situation bör uppmärksammas i större utsträckning vid planeringen av vården av parkinsonsjuka.

– Glöm inte bort anhörigvårdarna, uppmanade dr Lökk. Följ upp deras praktiska och känslomässiga behov kontinuerligt och försök att avlasta dem så mycket som möjligt.

VAD EN PATIENTORGANISATION KAN BIDRA MED

Susanna Lindvall från Svenska ParkinsonFörbundet berättade att ParkinsonFörbundets mål är att förbättra livskvaliteten för personer med Parkinsons sjukdom, öka medvetenheten om sjukdomen hos våra beslutsfattare och bidra till att varje individ får rätt behandling och tillgång till rehabilitering. Dessutom verkar man för att besluten ska vara geografiskt oberoende.

– Detta försöker vi åstadkomma på många olika sätt, berättade Susanna Lindvall. Ett exempel är boken *Liv med Parkinson*, som nyligen har delats ut till 1 500 beslutsfattare. Dessutom bidrar ParkinsonFörbundet årligen med 5 miljoner kr till forskningen genom ParkinsonFonden.

STAMCELLSTRANSPLANTATION

– BLIR DET FRAMTIDENS PARKINSONBEHANDLING?

Dr *Roger Barker*, stamcellsforskare från Cambridge, England redogjorde för utvecklingen inom stamcellsområdet och beskrev de motgångar man stött på.

Långt ifrån alla transplanterade patienter har nytta av stamcellstransplantation och själva behandlingen kan i sig orsaka dyskinesier. Det förefaller också som om sjukdomen med tiden sprids även till transplanterade celler. Förklaringen till detta ligger i att patologiskt sett är Parkinson en så komplicerad sjukdom. Dessutom är det vi kallar Parkinsons sjukdom troligen flera olika tillstånd som vi behöver definiera. En lämplig uppdelning är mellan å ena sidan tidig sjukdom utan postural instabilitet och gångstörning (PIGD) och å andra sidan sent insjuknande med PIGD.

– Vid tidig sjukdom utan PIGD är sjukdomen i hög grad begränsad till substantia nigra. Hos dessa patienter kan stamceller användas för att ersätta förlorade dopaminproducerande celler. För patienter som insjuknar vid högre ålder och med PIGD är sjukdomen mer spridd och bildningen av Lewy-kroppar går snabbare. Denna grupp löper också 88 gånger högre risk för att utveckla demens. För dessa patienter tror vi att vi kan modulera sjukdomsutvecklingen med hjälp av stamceller.

Ett stort genombrott i stamcellsforskningen är att man lyckats programmera om hudceller så att de blir i stort sett omöjliga att skilja från embryonala stamceller. Dessa så kallade inducerade pluripotenta stamceller (iPS) kan utvecklas till alla olika typer av celler i kroppen.

DEMENS OCH SÖMNSTÖRNINGAR, VANLIGA OCH ALLVARLIGA SYMTOM PÅ PARKINSON SJUKDOM

Professor *Dag Aarsland* från Stavanger Universitetssjukhus i Norge talade om kognitiv svikt och demens vid Parkinsons sjukdom.

– De allra flesta parkinsonpatienter drabbas förr eller senare av demens, berättade professor Aarsland, men det finns mycket stora skillnader i när det händer; en del patienter lider av demens redan vid diagnosen, för andra kan det dröja 30 år.

De viktigaste riskfaktorerna för demens vid Parkinsons sjukdom är mild kognitiv svikt, motorisk nedsättning, hög ålder, störd REM-sömn, hallucinationer och sannolikt också vissa genetiska faktorer. Även rökning medför enligt vissa studier ökad risk för demens. Mängden Lewy-kroppar i hjärnbarken är ett mått på hur snabbt demensen kommer att utvecklas.

Kolinerg brist anses vara den viktigaste underliggande mekanismen vid såväl parkinsondemens som alzheimerdemens, och läkemedel med antikolinerg effekt kan påskynda demensutvecklingen. Bland de antikolinerga läkemedlen finns bl.a. inkontinensmedel, hydroxizin och tricykliska antidepressiva.

Professor *David Burn* från Newcastle University, England berättade om olika behandlingsalternativ vid parkinsonrelaterad demens. Han började med att konstatera att Mini Mental Test (MMT) är ett grovt och relativt okänsligt mått på kognitiv nedsättning, och att en rättvisande bedömning kräver andra instrument. Alternativa eller kompletterande bedömningsinstrument är bland annat NeuroPsychiatric Inventory (NPI) och Mayo Fluctuations Questionnaire (MFQ). Professor Burn diskuterade även svårigheterna för en person med demens att bedöma risk kontra nytta vid val av behandling.

– Flera studier påvisar god effekt av kolinesterashämmare vid mild till måttlig parkinsonrelaterad demens, men en svaghet i studierna är att de använder alzheimerbaserade effektmått, inte parkinsonbaserade, konstaterade professor Burn. Därför planeras nu en studie, MUSTARDD-PD, som kommer att undersöka effekterna av kolinesterashämmaren donepezil (Aricept) på 500 personer med Parkinsons sjukdom och tidig demenssjukdom. Studien kommer att pågå i fem år och ett flertal olika bedömningsverktyg kommer att användas.

En annan behandlingsmöjlighet är memantin (Ebixa), som är indicerat för behandling av Alzheimers sjukdom. Medlet har nyligen prövats med positivt resultat på personer med Lewy-kroppsdemens, även om fler studier krävs för att säkerställa denna effekt. Ett par studier har också visat positiva effekter av fysisk aktivitet på exekutiva funktioner vid Parkinsons sjukdom.

Enligt professor *Ray Chaudhuri* från King's College, London är sömnproblem en av de svåraste biverkningarna av Parkinsons sjukdom, och upp till 98 % av parkinsonpatienter lider av sömnstörningar. Vissa av dessa orsakas av medicineringen.

– Dopaminagonister har olika effekter på sömn och vakenhet beroende på vilken dos man tar eftersom det stimulerar olika typer av dopaminreceptorer, berättade professor Chaudhuri. Låga doser stimulerar D_2 -receptorer, vilket ger ökad djupsömn, ökad REM-sömn och minskad vakenhet. Höga doser däremot stimulerar D_1 -receptorer, vilket ger minskad djupsömn, minskad REM-sömn och ökad vakenhet.

För att minska insomningsbesvären bör man undvika behandling med dopaminagonister i högdos och försöka åstadkomma en så jämn tillförsel av dopamin som möjligt. God sömnhygien är också viktigt, dvs. att försöka hålla en regelbunden dygnsrytm, undvika att sova på dagen och undvika stimulantia före sänggåendet. Vid behov kan hypnotiska eller lugnande medel i låg dos användas.

Dagtrötthet och episoder med plötsliga sömnattacker är ett stort problem för många patienter som i många fall visats ha samband med medicinering med dopaminagonist. Enligt en teori är dagtrötthet vid Parkinsons sjukdom en form av narkolepsi som sammanhänger med brist på neuropeptiden hypokretin, även kallad orexin, som gör individen särskilt känslig för dopaminagonister. Allra störst risk för dagtrötthet föreligger under titreringsfasen vid insättning av non-ergot dopaminagonist.

Nattätande är ett annat problem som kan drabba parkinsonpatienter vid behandling med dopaminagonister och som sammanhänger med störning av den cirkadiska klocka som styr dygnsrytmen.

SYMPTOM FRÅN AUTONOMA NERVSYSTEMET

Dr *Kristian Winge* från Bispebjerg Hospital i Köpenhamn, Danmark berättade om olika effekter av Parkinsons sjukdom på rösten och talet, s.k. dysartri. Förändringarna drabbar bland annat hastighet, rytm, ljudstyrka, kontrastering och artikulation. Hastigheten är ofta högre än normalt, men med stor variation och omotiverade tysta perioder. Det är svårt att hålla ut en ton och rösten ger intryck av att "läcka" luft. Den nedsatta artikulationsförmågan ger talet ett sludrigt intryck.

– Orsakerna till dysartri är flera, berättade dr Winge, bland annat försämrad andningsfunktion, nedsatt rörelseförmåga i struphuvudet och oförmåga att sluta stämbanden helt.

När det gäller behandling finns endast ett fåtal studier. För levodopa har resultaten varit motstridiga, men många kan vittna om att talet försämras under perioder utan levodopa-behandling. Hjärnstimulering orsakar oftast en försämring totalt sett, men vissa aspekter av talet kan förbättras. Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) är en metod som främst är inriktad på att öka talets volym och som visats ha god effekt i vissa studier, men fler oberoende studier behövs.

Sväljningssvårigheter, eller dysfagi, beror i flertalet fall på att det är svårt att föra maten bakåt i munnen och svårt att svälja ned den. Det kan ofta leda till viktnedgång hos parkinsonpatienter, inte minst i kombination med behandlingsrelaterat illamående. Dopaminerga läkemedel kan ha god effekt, likaså sväljträning.

Professor *Jan Aasly* från St. Olavs Hospital i Trondheim, Norge redogjorde för de olika störningar i mag-tarmkanalens funktioner som kan drabba patienter med Parkinsons sjukdom.

– Förstoppning är något många märker av flera år innan de motoriska symtomen uppträder, berättade professor Aasly. Förklaringen är att Parkinsons sjukdom startar med nedbrytning av de dopaminproducerande cellerna i de undre delarna av hjärnstammen, som reglerar det autonoma nervsystemet.

Diet och fysisk aktivitet är viktigt för att motverka förstoppning. Även osmotiska laxermedel kan användas. Behandling med antikolinergika bör avbrytas om besvären är svåra. Även dopaminagonister kan förvärra besvären, likaså levodopa enligt vissa studier.

Gastropares, eller fördröjd magsäckstömning, är ett annat besvärande symptom. Förutom att man känner sig uppsvälld och illamående leder det till fördröjt upptag av levodopa, minskat upptag i duodenum och fördröjd ON-fas. Prokinetiska läkemedel finns att tillgå, men användningen begränsas av biverkningarna. En annan möjlighet är att kringgå fördröjningen med hjälp av Duodopa, apomorfinjektioner eller rotigotin-plåster.

Diarré vid Parkinsons sjukdom kan vara en biverkning av läkemedelsbehandlingen, men kan även ha andra orsaker. Tjocktarmssjukdom måste uteslutas!

Dr *Björn Holmberg* från Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg beskrev autonom hjärt-kärl dysfunktion vid Parkinsons sjukdom.

Symtom och tecken på parkinsonrelaterad hjärt-kärlsjukdom inkluderar blodtrycksfall i upprättstående ställning (ortostatism) med svimning, yrsel, muskelsmärta, illamående, intolerans mot värme, ödem och polyuri nattetid. Kliniskt definieras autonom svikt som ortostatisk hypotension (30 mmHg systoliskt/15 mmHg diastoliskt) inom tre minuters stående från liggande ställning och urininkontinens eller ofullständig blåstömning.

Farmakologiskt bör anti-parkinsonbehandlingen minimeras, och läkemedel som ökar blodvolymen kan vara till god hjälp. Hjärnstimulering förefaller däremot inte ha någon effekt på autonom svikt.

– Som patient kan man höja sängens huvudända och tänka på att resa sig upp långsamt, avslutade dr Holmberg. Ett ökat intag av salt och vätska kan vara till hjälp, liksom en stunds vila efter maten. Det kan också vara bra att äta lite mindre vid varje måltid och istället äta flera gånger. Även sjukgymnastik kan vara en god hjälp. Det viktigaste målet för alla insatser är att patienten ska må bättre!

DEEP BRAIN STIMULATION – NYA INDIKATIONER OCH NYA MÅL

Dr *Jens Volkmann* från Christian-Albrechts-Universität i Kiel, Tyskland talade om olika indikationer för Deep Brain Stimulation (DBS). Han berättade att neurokirurgisk behandling i form av DBS vid Parkinsons sjukdom utvecklades redan under 1940–50-talen men att metoden föll i glömska då effektiv läkemedelsbehandling infördes. Under senare år har neurokirurgin emellertid åter kommit att få en viktig roll vid behandling av såväl Parkinsons sjukdom som en rad andra tillstånd.

De idag godkända indikationerna för DBS är parkinsontremor, essentiell tremor, avancerad Parkinsons sjukdom samt idiopatisk och sekundär dystoni. DBS har även visats ha effekt på många andra typer av tremor, bl.a. vid MS och efter stroke. Dessutom pågår studier med DBS för behandling av depression och Tourettes syndrom, och några studier har genomförts på tvångssyndrom. Man har även prövat DBS på patienter med svår fetma; tyvärr såg man ingen skillnad i patienternas vikt, men däremot förbättrades deras kognitiva förmåga!

– Men vi får aldrig glömma hjärnstimuleringens mörka historia, då DBS användes för att ”bota” homosexualitet och minska aggressivt beteende hos psykiskt sjuka. Vi måste se till att skilja mellan medicinska och sociala intressen, avslutade Jens Volkmann.

Dr *Patric Blomstedt* från Neurocentrum vid Universitetssjukhuset i Umeå redogjorde för de viktigaste biverkningarna av DBS. Han konstaterade att allvarliga komplikationer är ovanliga. Det är dock av

största vikt att de biverkningar som trots allt förekommer uppmärksammas så att de kan minimeras.

– De flesta biverkningar av DBS är reversibla men inte alla, konstaterade dr Blomstedt. Det kan t.ex. inträffa komplikationer i samband med operationen, och det har funnits fall då graden av demens försämrats betydligt efter ingreppet. Även infektioner och intracerebrala blödningar förekommer. Felaktigt placerade elektroder kan ge upphov till både biverkningar och utebliven effekt av stimuleringen och orsakas inte sällan av bristande precision i utrustningen.

Det är emellertid svårt att få någon verklig överblick över biverkningsfrekvensen, eftersom olika grupper använder olika definitioner, standarder och terminologier. Dessutom varierar typen av ingrepp.

– Den viktigaste åtgärden för att minimera biverkningar är att vara noggrann vid patienturvalet, betonade dr Blomstedt. Ett annat sätt är att begränsa ingreppet: stimulering av bara en sida eller stegvisa ingrepp kan vara säkrare än dubbelsidig stimulering. Dessutom bör i vissa fall andra målområden väljas än den subthalamiska kärnan (STN).

NYHETER INOM KONTINUERLIG DOPAMINERG STIMULERING

Denna session inleddes av professor *Espen Dietrichs* från Rikshospitalet i Oslo, Norge, som berättade att kontinuerlig dopaminerg stimulering troligen inte efterliknar den fysiologiska frisättningen av dopamin. Hos friska personer samverkar troligen kontinuerlig och fasisk frisättning utifrån varierande behov.

Dosglapp, eller "wearing off", beror på en successivt försämrad förmåga hos nervcellerna att lagra levodopa när dessa minskar i antal, så att allt dopamin frisätts på en enda gång. Härmed blir det terapeutiska fönstret allt smalare och risken för ON/OFF-problematik allt större.

Vid avancerad Parkinsons sjukdom kan fluktuationerna reduceras med hjälp av långverkande dopaminstimulering i form av t.ex. Duodopa, levodopa + COMT-hämmare (Stalevo), långverkande dopaminagonister eller MAO-B-hämmare. I tidigare sjukdomsstadier kan detta ha samma effekt som kontinuerlig dopaminerg stimulering och därmed fördröja uppkomsten av dyskinesier och dosglapp.

Professor *Per Odin* från Klinikum Bremerhaven i Tyskland berättade att icke-motoriska symtom på Parkinsons sjukdom ofta glöms bort, trots att de ofta orsakar stort lidande och medför ökat vårdbehov.

– Det är inte ens säkert att patienten förstår att de icke-motoriska symtomen har samband med Parkinsons sjukdom, berättade professor Odin. Det gäller bland annat depression, ångest, trötthet och sömnstörningar. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonal aktivt efterfrågar dessa symtom.

En stor andel av de icke-motoriska symtomen sammanhänger med dopaminerga mekanismer; utöver de ovan nämnda bland annat kognitiva funktioner, apati, trög mage, urologiska symtom, sexuell dysfunktion och smärta.

Dr *Merete Karlsborg* från Bispebjerg Hospital i Köpenhamn, Danmark berättade om klinikens erfarenheter av pumpbehandling med Duodopa och apomorfin.

– Hittills har vi behandlat 72 patienter med apomorfinpump, berättade dr Karlsborg. Av dessa har 31 avbrutit behandlingen av olika skäl, varav nio på grund av biverkningar och åtta för att de inte var nöjda med behandlingen. Compliance har varit relativt god; endast tre patienter har haft dålig följsamhet. Apomorfinpumpen har en fördel i att den är mindre än Duodopa-pumpen och att ingen operation behövs. Däremot måste man vara uppmärksam på den ökade risken för psykosjukdom.

Duodopa har mycket god effekt på patienter som svarar bra på levodopa i tablettform. Hittills har 14 patienter fått Duodopa-pump på sjukhuset; två av dessa har avbrutit behandlingen, båda efter endast en veckas testbehandling. Vissa tekniska problem har uppstått med pump och sond, i synnerhet under de första åren. Samtliga patienter har dock förbättrats och fått ökad livskvalitet. Behandlingen är mycket stabil men sjukdomen progredierar – om än möjligen i något långsammare takt.

Den största fördelen med både apomorfinpump och Duodopa är den förbättring av livskvaliteten som behandlingen medför för både patient och anhöriga, konstaterade dr Karlsborg. Den största nackdelen är kostnaden – även om den kompenseras av avsevärda besparingar i form av minskat behov av omhändertagande och sjukhusinläggningar.

INDIKATIONER FÖR KONTINUERLIG DOPAMINERG STIMULERING OCH DBS

Professor *Angelo Antonini* från Parkinson Institute i Milano, Italien fastslog att Duodopa vanligen kan ersätta all annan Parkinson-behandling. Vissa patienter kan dock behöva en dopaminagonist till natten. En annan fördel med Duodopa är att behandlingen kan behållas under många år.

Med Duodopa reduceras dyskinesier utan att levodopa-dosen ökas – tack vare jämnare tillförsel. Livskvaliteten förbättras inte sällan dramatiskt, och toleransutveckling är vanligen inget problem.

Alla patienter stabiliseras dock inte på Duodopa. Själva proceduren kan medföra problem med bland annat infektioner och felaktig placering av sonden, och det kan ta tid innan patienten hittar rätt sätt att använda pumpen.

Huruvida Duodopa ska erbjudas till patienter med långt framskriden sjukdom är idag en öppen fråga, konstaterade professor Antonini. Detta har gjorts framgångsrikt av en fransk grupp, men naturligtvis måste man också väga in de kostnader som en mer liberal tillämpning till behandlingen medför.

Professor Antonini presenterade en algoritm för val av behandling med kontinuerlig dopaminerg stimulering. För patienter under 65–70-årsålder med dosglapp och milda dyskinesier kan apomorfinpump eller Duodopa vara lämpliga behandlingsalternativ. Även STN-DBS kan prövas. För samma åldersgrupp men med måttliga–svåra dyskinesier rekommenderas Duodopa eller STN-DBS, men vid måttligt nedsatt kognitiv funktion eller psykiatrisk störning rekommenderas istället GPi-DBS (stimulering av globus pallidus interna). För patienter över 70-årsålder med dyskinesier är Duodopa det bästa alternativet.

PATIENTFALL FRÅN OLIKA LÄNDER

Norge

Dr *Christoffer Lundquist* från Akershus Universitetssykehus i Lørenskog beskrev en kvinnlig patient med svåra psykiatriska problem och förvärrad Parkinsons sjukdom med behov av ökande doser levodopa. Hon utvecklade även svåra balansproblem med fall, plötsliga OFF-perioder och ökad spasticitet. Man konstaterade att hon led av Fahr's sjukdom, en ärftlig degenerativ neurologisk sjukdom som karakteriseras av onormal kalkinlagring i de delar av hjärnan som styr rörelser, inklusive basala ganglierna och cerebrala kortex.

Neurokirurgisk intervention uteslöts mot bakgrund av de psykiatriska problemen och kalkinlagringen. Istället ökades levodopa-dosen, och COMT-hämmare lades till behandlingen. Patienten försämrades dock drastiskt och drabbades av våldsamma dyskinesier. Även dopaminagonist som plåster prövades utan framgång. Till slut testade man Duodopa med nasoduodenal sond.

– Till slut bestämde vi oss ändå för att inte sätta in pumpbehandling med Duodopa, kanske främst för att patienten hade svårt för att hantera pumpen. Testperioden med Duodopa förde emellertid med sig en god sak – den visade att dosen av levodopa kunde mer än halveras.

Finland

Dr *Anne-Maria Kuopio* från Jyväskylä Central Hospital beskrev en man som fick sina första symtom på Parkinsons sjukdom 1981, vid 38-årsålder. Året därefter fick han sin diagnos. Han klarade sig bra med tablettbehandling fram till 2003, då han drabbades av svåra sömnrubbingar och attacker av ångest, tremor och huvudvärk under OFF-perioder. Dessa attacker kom flera gånger per dygn och ledde till mängder av sjukhusbesök och inläggningar. I övrigt var de motoriska symtomen relativt lindriga.

I mars 2007 beslutades att patienten skulle få behandling med Duodopa. Detta har fungerat mycket bra, och de attacker som uppträdde i OFF har helt upphört. Patienten själv är mycket nöjd; till och med bastubaden går bra. Det enda han möjligen upplever som negativt är att pumpen är i vägen när han klär sig.

Danmark

Dr *Tove Henriksen* från Bispebjerg Hospital i Köpenhamn, Danmark beskrev en man som vid 56-årsålder fick problem med att vänster ben började släpa efter och svårigheter att lyfta vänster arm över huvudet. Efter ett par år drabbades han även av stelhet och gradvis ökande muskelsmärter, framför allt i benen. Han fick också svårt att skriva. Efter sju år hade han börjat gå med korta steg och utan armpendling. Ytterligare ett år senare hade både smärtan och stelheten förvärrats och en lätt asymmetrisk vilotremor tillkommit.

En neuropsykiatrisk undersökning påvisade lätt nedsatt exekutiv funktion. Antikroppstest mot GAD-65 var negativt, likaså tilt-test. DAT-Scan påvisade asymmetriska förändringar strax under cut-off-värdet. Behandling med levodopa gav ingen respons. En rad andra behandlingsalternativ har också prövats, men utan effekt.

Patienten försämras alltmer, och fortfarande vet man inte vad orsaken är.

Sverige

Dr *Dag Nyholm* från Institutionen för neurovetenskap vid Akademiska sjukhuset i Uppsala berättade om en 59-årig kvinna som fick sin parkinsonsdiagnos 1996 och behandling med Duodopa 2005. Problemet har varit svårigheterna att hitta rätt dos. Patienten inkluderades därför i en pågående dyskinesi-studie där olika doseringar utvärderades genom mätning av plasmakoncentrationer av levodopa, videoinspelning och PLM-test, ett datoriserat opto-elektroniskt system för att mäta rörelse-sekvenser.

Även på individuellt optimerad dos har patienten emellertid besvärliga dyskinesier och problem med freezing. Högre doser ger mycket svåra dyskinesier, medan lägre doser medför smärta och parkinsonism.

– Vi har inte vetat hur vi skulle gå vidare, men behandling med MAO-B-hämmare har nu lagts till Duodopa-behandlingen, och patienten står på väntelista för att diskutera DBS.



Sammanfattningsvis var 7:e nordiska mötet om avancerad Parkinsons sjukdom med motoriska fluktuationer mycket uppskattat, och många deltagare uppgav att de varmt kan rekommendera det till sina kollegor. I publiken fanns såväl sjuksköterskor som geriatriker och neurologer samt representanter från patientföreningar i Sverige, Norge och Danmark. Mötet genomfördes med ekonomiskt stöd av GSK, Lundbeck, Medtronic, Nordic InfuCare, Orion Pharma, Solvay Pharma och UCB Pharma.