

Parkinson og demens eller demens med parkinsonisme?

Lene Wermuth, neurolog, lektor, Demensklinikken OUH, Neurologis afd. OUH

Lene Wermuth indleder med at fortælle, at hendes oplæg vil forsøge at svare på spørgsmålene:

- Hvordan stiller man diagnosen Parkinson/parkinsonisme?
- Hvordan behandler vi bedst patienter med parkinson-symptomer såvel farmakologisk som non-farmakologisk?
- Er der bestemte hensyn man skal tage til patienten som bliver ældre og sygdommen forværres?
- Samarbejdsmodellen og demenskoordinatorernes rolle i samarbejdet.

Fakta om Parkinson sygdom

Lene Wermuth orienterer om fakta om parkinsonisme, hvor ca. 5-6.000 personer diagnosticeres årligt i Danmark. Parkinson sygdom blev første gang beskrevet af den engelske læge James Parkinson i 1817. Det er en af de mest almindelige sygdomme i nervesystemet blandt ældre mennesker. Sygdommen er en kronisk nervesygdom, der nedbryder nervecellerne. Parkinson sygdom er måske ikke fuldt ud det, som vi i daglig tale mener med en sygdom, men måske snarere en samling tilstande, som ligner hinanden. Disse tilstande har det til fælles, at en række symptomer lige så stille sniger sig ind hos den, der rammes. Det gælder hovedsageligt bevægelsesevnen. Man får problemer med at bevæge sig normalt, alt går langsomt og trægt, og der kan forekomme rystelser i arme eller ben og sommetider smertefulde muskelkrampe. Til at begynde med optræder disse tre forskellige symptomer normalt ikke sammen eller samtidig, men med tiden kan de komme til at gøre det. Når lægen observerer de tre hovedsymptomer samtidig, er diagnosen let at stille.

Hovedsymptomerne er muskelstivhed, rysten, som er rysten i hvile og langsomme bevægelser. Symptomerne vil ofte starte i den ene side af kroppen for derefter på et senere tidspunkt at inddrage begge sider. Sygdommen kan desuden give følgende symptomer: nedsat mimik i ansigtet, nedsat stemmekraft, problemer med spytlåd på grund af langsomme synkebevægelser, langsom og mere gnidret skrift, problemer ved at knappe knapper, dårlig balance, besvær med at vende sig i sengen og almen træthed. Lene Wermuth siger, at dette er symptomer, vi kan holde øje med i vores arbejde, samt at mange af symptomerne i høj grad ligner symptomer ved demens, hvilket selvfølgelig gør vurderingen temmelig vanskelig. Lene Wermuth fortsætter med at sætte ord på fire andre typer, som er grupperet under atypisk Parkinson:

[Læs her om lægemidler til behandling af parkinson](#)

Multi System atrofi (MSA)

MSA opstår ved at nerveceller i særlige områder af hjernen degenererer. Denne celledegeneration giver problemer med bevægelsen, med balancen og med automatiske funktioner i kroppen som f. eks. kontrol med blæren. Rammer både mænd og kvinder.

Progressiv supranuclear Pal-sy (PSP)

PSP viser sig ved at øjenbevægelser er indskrænket, og ofte har personen en meget rank/stiv/næsten bagoverbøjet holdning. Desuden har personen let til gråd. Sygdommen debuter ofte ved 60-års alderen, både for mænd og kvinder.

Corticobasal Degeneration (CBD)

Her ses symptomerne ofte i den ene arm. For den sygdomsramte kan armen føles fremmed, og ofte kan man opleve, at man ikke kan få den til det, den skal. Derfor vil der ofte tidligt i sygdommen være besvær med at udføre praktiske handlinger - eksempelvis problemer med at binde snørebånd, tandbørstning, barbering og påklædning.

Lewy Body demens (LBD)

Rammer specielt ældre mennesker. Ved Lewy Body demens optræder demenssymptomerne før eller samtidig med eventuelle parkinsonsymptomer som for eksempel langsomme bevægelser, muskelstivhed eller rysten. Opmærksomhed og retningsans bliver ofte påvirket. Symptomerne ligner symptomer på Alzheimers Sygdom, men det specielle ved Lewy Body demens er, at opmærksomheden kan være meget svingende, hvilket betyder, at symptomernes sværhedsgrad kan svinge ikke bare over dage, men også inden for minutter. Desuden er personens evne til planlægning, overblik og orientering påvirket, og ofte har den sygdomsramte tendens til at se syner.

Hvorfor får man Parkinson sygdom?

Lene Wermuth forklarer, at sygdommen skyldes mangel på signalstoffet dopamin i hjernen. Dette stof dannes i nogle dybtliggende centre i hjernen kaldet



basale ganglier. Hjernen skal hele tiden bruge dette stof til kontrol af bevægelse - det dannes og nedbrydes derfor konstant. Ved Parkinson sygdom nedsættes produktionen, mens nedbrydningen fortsætter som normalt, hvorfor man efter et stykke tid kommer i underskud af signalstoffet. Hvad der udløser Parkinson sygdom, ved man ikke med sikkerhed. Man mener, at det, der øger risikoen for at få sygdommen, er en kombination af genetisk skrøbelighed, det vil sige arv og udefrakommende faktorer som miljø, opvækst og giftpåvirkninger. Årsagerne kan være opvækst på landet, om man har drukket brøndvand, påvirkning af pesticider og tungmetaller. Der er også faktorer, der ser ud til at reducere risikoen for udvikling af Parkinson sygdom. Det er indtagelse af kaffe, udendørs arbejde og fysisk aktivitet. Sygdommen begynder oftest i 50- til 70-års alderen, og hyppigheden stiger med alderen. Det er sjældent, at sygdommen debuterer før 40-års alderen. Mænd angribes lidt hyppigere end kvinder.

Hvordan stiller vi disse diagnoser?

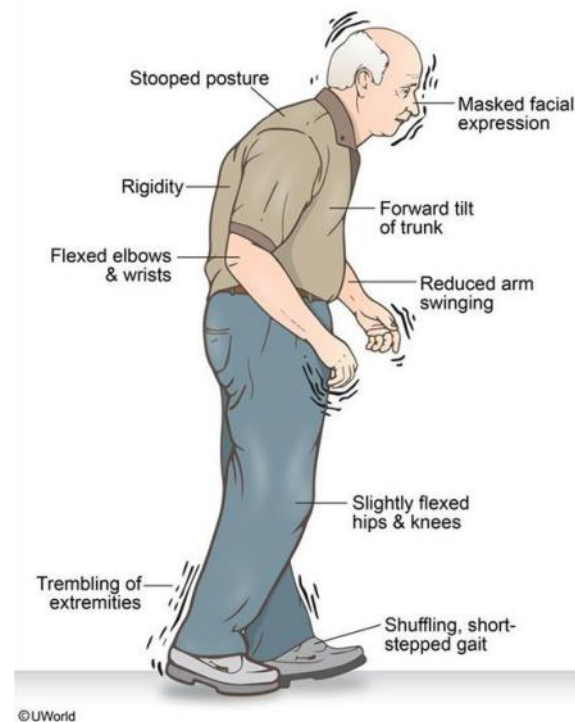
Lene Wermuth siger, at sygdommen kan være vanskelig at stille, da sygdomsdefinitionen bygger på patientens sygehistorie og den neurologiske undersøgelse, som er en undersøgelse af nervecellerne i hjernen. Man laver ofte også en række andre undersøgelser, som for eksempel blodprøver, CT- og/eller MR-scanning. Scanningerne bruges ved tvivlstilfælde for at udelukke, at der kan være en anden årsag til symptomerne. Hvis man har Parkinsons sygdom, vil ens blodprøver og scanninger være normale. Hvis der er mistanke om, at det kan være Parkinson sygdom, bør den endelige diagnose stilles af en neurolog eller på en neurologisk afdeling, inden man sætter behandlingen i gang. På den neurologiske afdeling beskæftiger man sig med nervesygdomme. Hvis neurologen er i tvivl om diagnosen eller finder et atypisk symptommønster, kan man vælge en anden type scanning kaldet en DAT-scanning. Denne type scanning kan synliggøre, om der er reduceret dopamin i de basale kerner i hjernen. Scanningen kan således være med til at klarlægge, om der er tale om Parkinson sygdom.

Hvordan behandler vi patienterne bedst, såvel farmakologisk som non-farmakologisk?

Lene Wermuth siger, at den medicinske behandling afhænger af den parkinsonramte alder, erhverv, sygdomsvarighed, og symptomdominans. Det anbefales, at man som parkinsonramt besøger sin neurolog minimum hvert halve år - ved medicinændring dog oftere, for løbende at være optimalt medicineret.

Lene Wermuth siger, at parkinsonisme med demens og omvendt ofte forveksles. Mange personer har dog begge sygdomme, og dette har naturligvis betydning for behandlingen. I sit arbejde, mener Lene Wermuth, at dagbog-skema til medicinregistreringer er meget vigtig for at kunne se om medicinen er dosseret rigtig. Det terapeutiske vindue ændre sig meget hurtigt og kan desværre blive meget snævert. Af andre faktorer, der har stor betydning nævner Lene; kost,

Typical appearance of Parkinson's disease



fysioterapi, talepædagog, ergoterapeut og tilpasning til livsomstændighederne. Formålet med behandling er naturligvis, at personen er velfungerende så længe som muligt, har så høj livskvalitet som mulig og har viden og indsigt i sygdom. Hvis man er i arbejde, så fasthold dette, samt sikre størst mulig grad af selvhjulpenhed. Som patient har man ofte tendens til at isolere sig, og en del har også i perioder tendens til depression. Lene Wermuth fremhæver derfor, at den psykosociale støtte, -pleje og -omsorg er en væsentlig del af den samlede behandling til såvel patient som pårørende.

Derfor er den kommunale demenskoordinator også vigtig. Med sit overblik over mulighederne i den pågældende kommune, kan demenskoordinatoren iværksættelse psykosociale støtteforanstaltninger som f.eks.: hjemmehjælp, aflastning i eget hjem, dagcenter, madordning, aflastningsophold på plejehjem, indflytning på plejehjem/bolig og skærmet enhed. Desuden har demenskoordinatoren ofte et tæt samarbejde med kommunens praktiserende læger, demens-klinikker og gerontopsykiatrisk team. Lene Wermuth mener, at demenskoordinatorerne altid bør inddrages også selvom der på nuværende tidspunkt ikke er behov for hjælp, for det bliver der.