



Klinisk nevrofysiologi ved mistanke om botulisme

KOMMENTAR

INGE PETTER KLEGGETVEIT

E-post: ingepetter@yahoo.com

Inge Petter Kleggetveit er lege i spesialisering ved Seksjon for klinisk nevrofysiologi, Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

SISSEL LØSETH

Sissel Løseth er seksjonsoverlege ved Klinisk nevrofysiologisk seksjon, Neuro-, hud- og revmatologisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

KRISTIN ØRSTAVIK

Kristin Ørstavik er seksjonsoverlege ved Seksjon for sjeldne nevromuskulære tilstander, Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

TOM EICHELE

Tom Eichele er spesialist i klinisk nevrofysiologi ved Klinisk nevrofysiologi, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vi takker Holmberg og medarbeidere for en interessant presentasjon av en kritisk syk pasient med botulisme (1).

Dette er en potensielt livstruende nevromuskulær sykdom hvor det er viktig å komme i gang med antitoksinbehandling tidligst mulig. Det kan imidlertid være vanskelig å skille botulisme klinisk fra andre tilstander med alvorlige, raskt progredierende slappe pareser, som for eksempel akutte immunbetingede nevropatier (Guillain-Barrés syndrom/Miller-Fishers syndrom) og myastene syndromer. Hos den beskrevne pasienten var man således i tvil om det var botulisme eller Guillain-Barrés syndrom.

Vi ønsker å påpeke at anbefalte nevrofysiologiske tilleggsundersøkelser som gir avgjørende diagnostisk informasjon ved nevromuskulære tilstander ikke er nevnt i artikkelen. EMG-neurografi, repetitiv nervestimulering (undersøkelse av dekrement/inkrement) og enkeltfiberelektromyografi er sentrale verktøy i diagnostikk av aktuelle differensialdiagnoser hos kritisk syke pasienter med uttalt svakhet (2), inkludert der det er mistanke om botulisme (3).

Disse undersøkelsene er imidlertid teknisk krevende og bør utføres av spesialist i klinisk

neurofysiologi, noe som ideelt sett bør finnes ved alle sykehus med neurologisk avdeling (4, 5). Det er dessverre mangel på slik kompetanse ved flere av landets sykehus, og det er dermed forståelig at man ikke hadde mulighet til å utføre slike undersøkelser i dette tilfellet. Det er likevel uheldig at anbefalte diagnostiske metoder (3) ikke nevnes i en spalte som heter «Noe å lære av».

LITTERATUR:

1. Holmberg M, Krogseth SB, Grude N et al. En mann med tungpustethet, magesmerter og oppkast. Tidsskr Nor Legeforen 2018. [CrossRef]
 2. Løseth S, Torbergsen T. Elektromyografi og neurografi ved alvorlig nevrologisk sykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 174 - 8. [PubMed][CrossRef]
 3. NevroNel. Botulisme.
<http://nevro.legehandboka.no/handboken/sykdommer/nevrologiske-sykdommer/sykdommer-og-symptomer/botulisme/> (10.4.2018).
 4. Generalplan for Norsk neurologisk forening 2014.
<http://legeforeningen.no/PageFiles/127861/Generalplan%20for%20NNF%202014.pdf> (10.4.2018).
 5. Strategisk plan for klinisk neurofysiologi (KNF) i Norge. Norsk forening for klinisk neurofysiologi, 2011. <https://legeforeningen.no/PageFiles/121165/Strategisk%20plan%20KNF%202011.PDF> (10.4.2018).
-

Publisert: 28. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0373

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no