

tilkommet sykdom i sentralnervesystemet gjorde at mistanken om tilleggssykdom ble forsøkt. I ettertid kan man spekulere på om det likevel forelå spastisitet på undersøkelsestidspunktet. I noen tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom rigiditet og spastisitet ved klinisk undersøkelse, og man kan ikke utelukke at det kan ha foreligget et blandingsbilde. Pasienten hadde gangvansker og problemer med å reise seg fra sittende stilling ved undersøkelse hos nevrolog. Dette er vanlige symptomer i senere stadier av Parkinsons sykdom, og siden det heller ikke ble påvist nye nevrologiske utfall ved undersøkelsen, fattet man ikke mistanke om annen sykdom. Man kan i ettertid spørre seg om pareser likevel kan ha vært til stede som en medvirkende forklaring på pasientens svakhet.

«Akutt akinesi» ved Parkinsons sykdom definert som plutselig forverring av motoriske funksjoner vedvarende over 24 timer er assosiert med infeksjoner, traumer og sykdom i mage-tarm-systemet (4). En annen sjelden årsak til raskt innsettende parkinsonisme er bruk av medikamenter. Noen pasienter kan utvikle subakutt rigiditet etter å ha seponert eller redusert inntaket av dopaminerge medikamenter, såkalt parkinsonisme-hyperpyreksi-syndrom. Denne tilstanden har fellestrekk med malignt nevroleptikas syndrom som karakteriseres av rigiditet,

redusert bevissthet og autonom dysfunksjon samt feber og forhøyet kreatinkinaseverdi (CK) i tillegg til parkinsonistiske symptomer (5–7). Andre sjeldne årsaker til rask utvikling av parkinsonisme er vaskulære lesjoner i basale ganglier og intoksikasjon med blant annet karbonmonoksid og metanol. Serotoninergt syndrom som kan skyldes inntak av serotonin reopptakshemmere og MAO-B-hemmere (seligilin), kan gi uttalt rigiditet, autonom dysfunksjon og mental påvirkning (7, 8).

Konklusjon

Kasuistikken beskriver subakutt forverring av motoriske parkinsonsymptomer hos en pasient som før dette hadde en langsom symptomutvikling. Leger som behandler pasienter med Parkinsons sykdom, bør være oppmerksom på at akutt eller subakutt forverring av motoriske funksjoner, og kanskje spesielt rigiditet, kan være et tegn på tilleggssykdom som for eksempel svulst i sentralnervesystemet slik dette eksemplet viser.

Svein Ivar Bekkelund

svein.ivar.bekkelund@unn.no
 Nevrologisk avdeling
 Universitetssykehuset Nord-Norge
 9038 Tromsø
 og
 Institutt for klinisk medisin
 Universitetet i Tromsø

Hallvard Lilleng

Kjell Arne Arntzen
 Nevrologisk avdeling
 Universitetssykehuset Nord-Norge

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Tohgi H, Tomonaga M, Inoue K. Parkinsonism and dementia with acoustic neuromas. Report of three cases. *J Neurol* 1978; 217: 271–9.
- Adhiyaman V, Meara J. Meningioma presenting as bilateral parkinsonism. *Age Ageing* 2003; 32: 456–8.
- Wick W, Hochberg F, O'Sullivan J et al. L-dopa-resistant parkinsonism syndrome following cerebral radiation therapy for neoplasm. *Oncol Rep* 2000; 7: 1367–70.
- Onofrj M, Thomas A. Acute akinesia in Parkinson disease. *Neurology* 2005; 64: 1162–9.
- Friedman JH, Feinberg SS, Feldberg RG. A neuroleptic malignantlike syndrome due to levodopa therapy withdrawal. *JAMA* 1985; 19: 2792–5.
- Takubo H, Harada T, Hashimoto T et al. A collaborative study on the malignant syndrome in Parkinson's disease and related disorders. *Parkinsonism Relat Disord* 2003; 9 [suppl 1]: 31–41.
- Kipps CM, Fung VSC, Grattan-Smith P et al. Movement disorder emergencies. *Mov Disord* 2005; 20: 322–34.
- Dietrichs E. Parkinsonisme og bruk av selektive serotoninreopptakshemmere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 947–8.

Manuskriptet ble mottatt 16.5. 2008 og godkjent 18.8. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.

Kommentar

Når symptomene ikke passer

Parkinsons sykdom har et komplekst sykdomsbilde som kjennetegnes av ulike grader av asymmetrisk hviletremor, rigiditet og akinesi. De aller fleste typiske tilfellene svarer godt på behandling med levodopa. Etter hvert som årene går, vil symptomene progrediere samtidig som responsen på levodopa vil variere over døgnet. Med årene vil de fleste pasientene utvikle nedsatt balanse, og samtidig vil de kognitive funksjoner begynne å svikte. Det er ingen stor kunst å behandle disse pasientene de første årene, men etter hvert som komplikasjonene tilkommer, øker kravene til den enkelte lege.

Bekkelund og medarbeidere omtaler en eldre mann som har hatt såkalt stabil Parkinsons sykdom gjennom 12 år. Ved de fleste norske sykehus vil pasienten gjennom disse årene komme til ulike behandlere. Dette stiller store krav til systematisk beskrivelse av tilstanden. Man må benytte veldefinerte ord og vendinger som lett forstås av samtlige som gjennom årene kommer til å møte pasienten og som må forholde seg til den informasjonen som er nedtegnet i journalen. Man må dokumentere funksjonsnivået i de viktigste aktivitetene i dagliglivet (ADL-funk-

sjoner) samt beskrive kognitiv og motorisk status. De som er vant til å gjennomføre en undersøkelse i tråd med et vedtatt system, vil raskt oppdage avvikende utvikling dersom resultatene fra en test ikke harmonerer med det man finner ved neste kontroll. En slik metode er UPDRS, the Unified Parkinson's Disease Rating Scale, som brukes over hele verden. Ved systematisk bruk av denne eller tilsvarende metoder vil man lett oppdage en klinisk endring som ikke passer inn i bildet av en stabil parkinsonisme.

Et fokalt nevrologisk tegn som hemianopsi hører slett ikke inn i bildet av Parkinsons sykdom og bør umiddelbart lede til ytterligere utredning. Rask forverring av rigiditet er et like atypisk tegn. Ulike grader av motstand ved passiv bevegelse av ekstremitetene ses ved en rekke nevrologiske lidelser og kan være et lite spesifikt tegn. En rask økning av rigiditet på økt levodopadose er også et uvanlig tegn, likeså økt tretthet med bevart kognisjon.

I det aktuelle tilfellet utviklet en parkinsonspasient tegn på økt intrakranielt trykk på bakgrunn av en malign hjernesvulst. Parkinsons sykdom er den nest hyppigste neurodegenerative lidelsen, og mange av disse pa-

sientene må forventes å få andre sykdommer i tillegg til grunnsykdommen. Dette til tross for at parkinsonspasienter i utgangspunktet oftest tilhører den friskere del av befolkningen. Sykdommen ses gjerne hos introverte, ikke-røykende personer med lavere alkoholbruk enn gjennomsnittet.

Denne kasuistikken er ikke unik for Parkinsons sykdom, den kunne vært tatt fra hvilken som helst del av medisinen. Man må aldri slå seg til ro med en diagnose. En sykdom beskytter ikke mot en annen. Systematisk testing av pasienter med kroniske sykdommer vil derfor lettere avsløre tegn på ytterligere sykdom.

Jan O. Aasly

jan.aasly@ntnu.no
 Nevrologisk avdeling
 St. Olavs Hospital
 7006 Trondheim

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 22.8. 2008 og godkjent 22.8. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.