

Neurologi

- Neurologisk Speciallægepraksis

Opgaver

- Diagnostik og medicinsk behandling af sygdomme i det centrale og perifere nervesystem

Hovedgrupper

- 1. Neurologisk syg – ikke syg
- 2. Fælles patienter
- 3. Behandling af kerneneurologiske pt.
- 4. Visitator

Neurologisk undersøgelse

- Anamnese
- Funktion – gang, af- og påklædning
- Øjne og kraniennerver
- Kraft, tonus og trofik
- Reflekser
- Koordination
- Sensibilitet

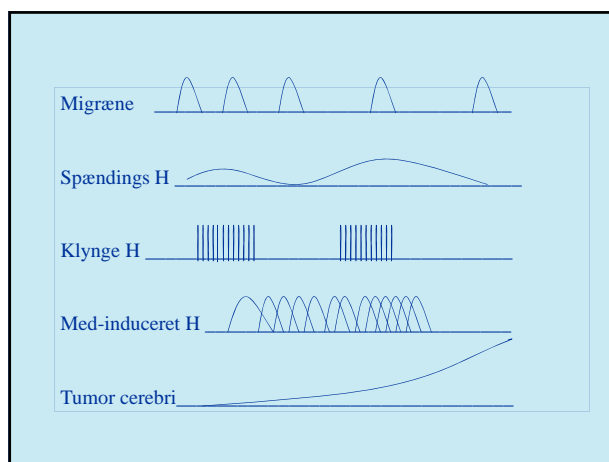
Fælles patienter

- Demens
- Ryg/nakke patienter
- Hovedpine
- Svimmelhed
- Anfald

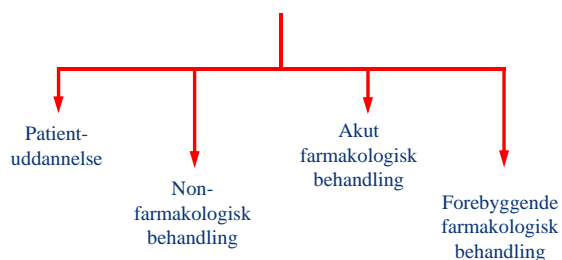
Klassifikation

- IHS (International Headache Society), 2004
- Primære hovedpine former
 - Migræne
 - Spændingshovedpine
 - Hortons hovedpine
- Sekundære hovedpine former
 - Medicin-overforbrugshovedpine
 - Hovedpine udløst fra columna cervicalis, tyggeapparat, sinus, øjne
 - Hovedpine udløst af cerebrovaskulær patologi, tumor, infektion, arteritis temporalis m.v.

2009	JAN.	FEB.	MARTS	APRIL	MAJ	JUNI	JULI	AUG.	SEPT.	OKT.	NOV.	DEC.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												



Behandlingsprincipper for migræne



Akut behandling af migræne

- **Triptaner**
 - Almotriptan (Almogran®), eletriptan (Relpax®), naratriptan (Naragran®), rizatriptan (Maxalt®), sumatriptan (Imigran®) og zolmitriptan (Zomig®)
- **Fordele**
 - Effektive (virker på 60-80% af anfald)
 - Få bivirkninger
- **Ulemper**
 - Recidiv hovedpine (20-40%)
 - Vasokonstriktion
 - Høj pris

Triptaner

- **Virkningsmekanisme**
 - Hæmning af peptidfrigørelse fra perivaskulære smerteførende nerver
 - Vasokonstriktion
 - Modvirkning af central sensibilisering
- **Kontraindikationer**
 - Iskæmisk hjertesygdom, cerebral og perifer vaskulær sygdom, svær hypertension, hemiplegisk- og basilaris migræne, MAO-hæmmere (forsigtighed ved SSRI og graviditet)
- **Bivirkninger**
 - Paræstesier, pressende fornemmelse i brystet, sedation

Triptaner

- **Hvad hvis hovedpinen vender tilbage**
 - Triptan kan bruges igen
- **Hvis 1. dosis ikke virker, når der normalt er effekt**
 - Brug ikke triptaner igen til dette anfald
- **Manglende effekt**
 - Behandling af 3 anfald, herefter andet triptan, anden administrationsform eller anden type behandling
- **Hvor hyppigt må triptaner benyttes**
 - Højest triptan 9 dage per måned

Andre produkter med dokumenteret effekt

- Svage analgetika
 - NSAID, acetylsalicylsyre, paracetamol
- Antiemetika (f.eks. metoclopramid) i kombination med svage analgetika og evt. benzodiazepin (London-kuren)
- Ergotaminer

Hvornår profylakse?

- Migræne påvirker livskvalitet, arbejde og uddannelse i svær grad
- Der er hyppige anfald (> 2/måned)
- Der er langvarige anfald eller auraen er ubehagelig og langvarig
- Anfaldsbehandling er ikke effektiv

Profylakse hvordan?

- Anvendelse af medikamenter med den højeste evidens først. Monoterapi.
- Hensyn til komorbiditet ved præparatvalg.
- Start med lav dosis, langsom optrapning til effekt indtræffer eller bivirkninger opstår.
- Observation af tilstrækkelig længde (≥ 3 måneder). Brug af hovedpinedagbog til evaluering.
- Nedtrapning til ophør overvejes efter 6-12 måneders effektiv behandling.
- Skift til andet præparat efter 3 måneders ineffektiv behandling

Migræne profylakse

- Betablokker
- Valproat
- Topiramat
- Flunarizin
- Øvrige antihypertensiva (Candesartan, Lisinopril)
- Riboflavin (CoenzymQ 10, Mablet)
- Clonidin (Catapresan)

Hormoner og migræne

- P-piller kan enten forværre eller bedre migræne
- Migræne uden aura bedres ofte under graviditet
- Migræne med aura influeres sjældent af menstruation eller graviditet
- Migræne under graviditet bør behandles non-farmakologisk eller med paracetamol eller andre svage analgetika
- Postmenopausal hormonbehandling kan forværre migræne

- Risiko for cerebralt infarkt hos yngre kvinder med migræne er i forhold til normalbefolkningen øget med:
 - Migræne generelt 3
 - Migræne uden aura 2 + OC = 3-5
 - Migræne med aura 6 + OC = 9-15 + rygning = 30
- Anbefaling
 - Patienter med migræne med aura bør ikke tage østrogenholdige p-piller eller ryge
- Der er ikke bevis for at kvinder over 45 år med migræne har øget risiko for cerebralt infarkt
- Hormonel substitutionsbehandling kan benyttes

Medicin-overforbrugs hovedpine

Diagnose

- Hovedpine i ≥ 15 dage/måned i ≥ 3 måneder
- Regelmæssigt medicinindtag (se senere)
- Hovedpinen er udviklet eller markant forværret under medicinoverforbruget
- Ophør af hovedpine eller bedring til tidligere mønster efter medicinophør

Medicin-overforbrugs hovedpine

Medikamenter

- Simple analgetika ≥ 15 dage/måned
- Kombinationspræparater ≥ 10 dage/måned
- Triptaner ≥ 10 dage/måned
- Opioider ≥ 10 dage/måned
- Ergotamin ≥ 10 dage/måned

Medicin-overforbrugs hovedpine

Behandling

- Seponering af alle analgetika, ergotamin præparater, triptaner og opioider
- Foretages
 - Ambulant med sygemelding, tæt støtte, levomepromazin
 - Under indlæggelse, typisk 2 uger
 - Ved opioid indtag kan der blive behov for metadon

Klyngehovedpine

Hortons hovedpine

- Anfaldsvis hovedpine (15-180 min)
- Borende, pressende stærk smerte bag det *ene øje* e.v.t. temporalt
- *Lindring* ved bevægelse
- Ofte *natlige* anfald
- Rammer oftest *mænd*
- 1-8 anfald/døgn. Kommer i *klynger* (2-8 uger)
- Ledsaget af rødme af øjet, tåreflod, tilstoppet næse, løbende næse, sved i pande og ansigt, miosis, ptose, øjenlågs ødem
- Ikke migrænelignende ledsagesymptomer

Sekundær hovedpine

- Ekstrakranielle lidelser
 - Columna cervicalis, tænder, øjne, ører, sinus
- Cerebrovaskulær patologi
 - Infarkt, hæmorrhagi, SAH, carotis dissektion, venøs trombose
- Infektioner
 - Meningitis (inkl. borrelia), encephalitis
- Tumores
- Hovedtraumer
 - Akut, subduralt hæmatom, kronisk posttraumatisk hovedpine
- Ændret cerebrospinalvæske tryk
- Medikamina og toksiske substanser
 - Bivirkning til lægemidler, alkohol
- Andet
 - Vasculitis, hypertensio arterialis, anæmi, hypoglykæmi, febrilia

Faresignaler

Symptomer på alvorlig sekundær hovedpine

- Akut eller subakut hovedpine (obs. SAH)
- Hovedpine ledsaget af neurologiske symptomer (udover typisk aura)
- Progredierende hovedpine over uger til måneder
- Ændret karakter af hovedpinen
- Alder over 40 år ved hovedpinedebut
- Personlighedsforandring
- Ømhed og hævelse over arteria temporalis
- Vanskelig klassificerbar hovedpine

Sygehistorie 1

- 39-årig kvinde, gennem 15 år hyppig hovedpine (6 år daglig), kan være både bilateral og unilateral, pressende/bankende, let til svær intensitet, +/- forværring ved fysisk aktivitet, tit kvalme, daglig let foto- og fonofobi. Ingen effekt af talrige behandlingstiltag
- Anamnesen kan ikke uddybes væsentligt, dagbog viser ukarakteristisk daglig hovedpine. Dagligt indtag af 4 Treo og 4 Ibuprofen
- Ambulant seponering af analgetika mislykkes
- Overtales til indlæggelse. Voldsom rebound hvp. Behandles med levomepromazin 25 mg x 3 i 4 dage herefter gradvis sep. Herefter betydelig bedring, ved fysioterapi yderligere bedring. Fortsat spændingshovedpine 21 dage/mdr, men mindre intensitet og svind af svien i maven

Sygehistorie 2

- 31 årig kvinde med hovedpine i forbindelse med menstruation siden 19 års alder fraset under 2 graviditeter. Anfald med svær dobbeltsidig konstant hovedpine, let kvalme, men udtalt lysskyhed.
- Paracetamol og Kodimagnyl ingen effekt. Gennem de sidste 3 år 3 dage under hver menstruation. Diagnoseovervejelser?
- Der var forværring under fysisk aktivitet.
- Migræne uden aura. Behandling?
- Kunne overveje anfaldsbehandling med triptan.
- Kunne forsøge
 - Naproxen 500 mg x 2 dagligt fra 2 dage før menstruation til slut
 - Undlade p-pille pause, ved p-pille indtag
 - Cyklisk behandling med estradiolgel
 - Mablet 1 tablet dagligt fra menstruationens 15. dag indtil næste menstruations 1. dag
- **Hormonelt betinget Migræne uden aura (menstruationsmigræne)**

Sygehistorie 3

- 57 årig mand med formodet migræne uden aura gennem 12 år, oprindelig hyppighed 1 gang om måneden, starter med let hovedpine i nakke eller pande tiltager til middel intensitet, hvorfor han tager Imigran. Hvis han ikke tager Imigran tiltager smerten til svær intensitet. Husker ikke om der tilkom andre følgesymptomer. Hyppigheden tiltager nu omkring 20 gange per måned, altid effekt af anfaldsbehandlingen. Diagnoseovervejelser?
- Migræne uden aura, spændingshovedpine, medicinforbrugshovedpine, tumor cerebri. Behandling?
- I første omgang informeres om medicinoverforbrugshovedpine og at han ophører med forbrug af triptaner og andre analgetika.
- 2 uger efter har han overholdt aftale, fraset 2 dage med migræneanfald med halvsidig konstant hovedpine, svær intensitet, forværring ved fysisk aktivitet og kvalme. Der var effekt af Imigran. Efter endnu en måned endnu to anfald.
- Diagnose: Medicinoverforbrugshovedpine og migræne uden aura.

Sygehistorie 4

- 38 årig kvinde, indvandret for 16 år siden fra Libanon, periodevist rengøringsjob, i 10 år hovedpine tolket som migræne. Har nu konstant hovedpine, tager Ibuprofen 4 stk. dagligt og Panodil 4-6 stk. 3-4 dage om ugen uden effekt. Har prøvet Migea uden effekt, også periode med Inderal op til 40 mg x 2 i gennem ½ år uden effekt.
- Objektiv neurologisk undersøgelse er helt normal, men svær muskelømhed i nakke og skulderåg. Yderligere anamnese? Diagnose? Behandling?
- Dyrker ikke motion, symptomerne startede under arbejdsperiode med flyrengøring med ekstreme arbejdsstillinger, nu sygemeldt i 1½ år, klarer ikke at gå i sprogskole eller aktivering. I hjemmet 4 børn, ægtefælle i hjemlandet.
- Medicinoverforbrugshovedpine / Spændingshovedpine
- Motivere for motion, motivere for at stoppe medicin der alligevel ikke har effekt, vurdere hovedpinedagbog efter medicinstop. Herefter stillingtagen til profylakse afh. af hovedpinetype og frekvens.
- **Diagnose: Spændingshovedpine**

Sygehistorie 5

- 53-årig kvinde med hyppig hovedpine igennem 12 år, enten spænding i den ene halvdel af pande eller som pres i vertex eller konstant højresidig hovedpine.
- Igennem 5-6 år Imigran 50 mg 1-2 stk. dagligt + Kodamid 3-4 stk. dagligt.
- Objektiv neurologisk undersøgelse normal. Behandling?
- Informere om medicinoverforbrugshovedpine og motivere for medicinophør. Hun mener ikke, at hun vil kunne klare dette. Indlægges på neurologisk afdeling på centralsygehus.
- 1 år efter genhenvist med dagligt bilateral tindingehovedpine. Indlæggelse medførte medicinophør, men ingen opfølgning, langsom recidiv af daglig hovedpine. Tager dagligt Imigran 50 mg 1 stk. og Kodamid 3-4 stk. Forsøger Migea Retard dagligt hvilket medfører forbigående reduktion af Imigranforbrug til 10,5 stk per måned, men efter endnu 2 måneder igen Imigran næsten hver dag og Kodamid 3-4 stk dagligt. Henvises til Hovedpinecentret i Glostrup.
- **Medicinoverforbrugshovedpine** – Ikke succesfuld behandling før henvisning til specialafdeling

Svimmelhed

- Otogen/perifer
- 1. Neuritis vestibularis
- 2. Otolit
- 3. Mb. Menière
- "Central"

Svimmelhed

- Vestibulær
- 1. Opstået akut
- 2. Anfaldsvis forværring
- 3. Gyratorisk/nautisk
- 4. Kvalme + opkastn.
- 5. Ofte positionsudløst
- Non-vestibulær
- 1. Snigende debut
- 2. Konstant
- 3. Ubestemt karakter
- 4. Ikke ledsage sympt.
- 5. Aldrig positionsudløst

5 hyppigste årsager til svimmelhed

- Godartet paroxysmal positionssvimmelhed
- Neuritis vestibularis
- Psykogen svimmelhed
- Mb.Menière
- Svimmelhed og balanceproblemer hos ældre

Patient nr 5

- 32 årig mand
- Akut debuterende svimmelhed
- Opkastninger ved aktivitet
- Siden svimmelhedsepisoder
- Neurologisk undersøgelse normal

Anfald

- Hjerterytmie
- Ortostatisme
- Epilepsi
- Migræneaura
- Kontroltab – pause bilkørsel

Epilepsi eller syncope

- Vågner med tungebid +2
- Déjà vu eller jamais vu +1
- Emotionelt stress før anfald +1
- Hoveddrejning under anfald +1
- Reaktionsløs/rykninger/abnorm stilling +1
- Konfus efter anfaldet +1

Epilepsi eller syncope

- Lightheaded før anfald -2
- Svedende før anfald -2
- Siddet eller stået længe før anfald -2
- >1= epilepsi
- < 1= syncope

Epileptiske anfald

- Tonisk klonisk anfald tonisk klonisk anfald WMV
- Komplekst partielt anfald komplekst partielt anfald WMV

Epilepsi

- P-piller
- Graviditet
- Kørekort
- Erhvervsvalg

Polyneuropati

- Udredning
- 1. DM
- 2. Cobalamin
- 3. Alkohol
- 4. CIDP
- Obj.us., blodprøver, ENG
- Smertebehandling ?

Neuropatiske smerter

- TCA
- Gabapentin/Lyrica
- Cymbalta
- Carbamazepin/Oxcarbazepin

DS

- Diagnostik
- Henviſning videre
- Enkelte følger:
Spasticitet, vandladning, smerter, depression etc.

Andre

- Cerebrovaskulære sygdomme
- Tremor
- Dystoni
- Tumor cerebri
- Restless legs

Tremor

- Effekt af alkohol
- Familiær disposition
- Betablokker- propranolol
- Primidon
- Gabapentin/topiramet og andre
- Clonazepam

Restless legs

- Dopaminagonister (Sifrol, Requip og Neupro)
- Gabapentin

Parkinsons sygdom

- Diagnostik
- Behandling
- 1. Sygdomskorrigerende
- 2. Søvn
- 3. Depression
- 4. Demens
- 5. Vandladning etc

Parkinson fortsat

- Patient + pårørende
- Vederlagsfri fysioterapi
- Arbejde
- Sociale myndigheder

Ikke neurologi

- Ledsmerter
- Hævede ekstremiteter
- Raynauds fænomener
- Unge dårligt begavede/adfærdsforstyrrede

Visitator

- Neurofysiologisk undersøgelse
- Neuroradiologi spec. MR
- Neurokirurgi
- Hovedpineklinikken Glostrup