

Bevegelsesforstyrrelser forekommer særlig hyppig blant eldre. Antall pasienter vil derfor øke i tiden fremover

Bevegelsesforstyrrelser – et samfunnsproblem

Vi beveger oss gjennom livet. Ja, bevegelse er faktisk én av åtte egenskaper som har vært knyttet til definisjonen av liv (1). Selv de enkleste aktiviteter forutsetter presist styrte bevegelser i armer og/eller bein, enten vi står opp fra senga, spiser, trykker på fjernkontrollen eller går opp en trapp. Derfor er det åpenbart at sykdommer som helt eller delvis frarøver mennesker evnen til å bevege seg, representerer betydelige handikap. Først og fremst er det selvfølgelig et problem for hver enkelt person som rammes. Redusert bevegelsesevne begrenser livsutfoldelse og livskvalitet og kan lett virke sosialt isolerende. Men fordi mange med bevegelsesvansker ikke klarer å utføre nødvendige, daglige aktiviteter, kreves til dels også betydelig hjelp fra pårørende, omsorgspersoner, helse- og sosialtjeneste.

Mange neurologiske sykdommer kan gi redusert bevegelsesevne, slik som slag, multipel sklerose, polyneuropati og ryggmargsskade. Men selve begrepet bevegelsesforstyrrelser er likevel en samlebetegnelse på en spesiell gruppe neurologiske sykdommer som særlig rammer hjernen utenom pyramidebanesystemet. Felles for disse er at de gir redusert motorisk funksjon, for eksempel i form av redusert finmotorikk, ufrivillige bevegelser, gangvansker og endret muskeltonus. Noen av de vanligste diagnosene er essensiell tremor, parkinsonisme, dystoni og lillehjerneataksi, men også sjeldnere tilstander som Huntingtons sykdom regnes som en bevegelsesforstyrrelse.

De aller fleste bevegelsesforstyrrelser er kroniske tilstander, og både av denne grunn og fordi mange av dem er neurodegenerative sykdommer, forekommer bevegelsesforstyrrelsene spesielt hyppig blant eldre. Antall pasienter med bevegelsesforstyrrelser øker i takt med den stigende gjennomsnittsalderen i samfunnet. Gode pre-valenstill mangler for flere av tilstandene, spesielt for essensiell tremor som er den hyppigste, men selv med et svært konservativt anslag er det rimelig å regne med at mer enn 50 000 nordmenn i dag lider av en bevegelsesforstyrrelse.

Til tross for at patofysiologien bak mange av disse sykdommene er svært komplisert og fortsatt bare delvis kjent, får vi stadig bedre behandlingsmuligheter. Dette, sammen med at prevalensen øker med det stigende antall eldre mennesker i samfunnet, skaper økende behov for at legene kan kjenne igjen og behandle de forskjellige bevegelsesforstyrrelsene. Men fordi tilstandene er så komplekse, kan både diagnostikk og valg av behandlingsstrategi være vanskelig. Vi tror det er behov for en oppdatering for klinikere både utenfor og i sykehus. I dette nummer av Tidsskriftet kommer derfor de tre første artiklene i en serie om bevegelsesforstyrrelser (2–4).

Men til tross for navnet, og til tross for at bevegelsesvansker i seg selv er et så stort problem, innebærer sykdommene i denne gruppen enda større utfordringer for pasienter, pårørende og helsevesen. I dag vet vi for eksempel at både basalgangliene og lillehjernen også deltar i kontroll av funksjoner som ikke har direkte med motorikk å gjøre. Det er beskrevet egne kretser av nervebaner gjennom basalgangliene som synes å delta i kontroll av følelser og motivasjon (limbiske funksjoner) og i kognisjon (2). Likeledes er det velkjent at lillehjernen gjennom et rikt nettverk av nervebaner kan delta i kontroll av forskjellige ikke-motoriske funksjoner (5). Sykdommer som rammer disse delene av hjernen, kan derfor gi kom-

plekse sykdomsbilder med en blanding av forskjellige symptomer, motoriske så vel som kognitive, nevropsykiatriske, autonome og andre ikke-motoriske. De neurodegenerative sykdommene brer seg ofte utover og rammer gradvis flere deler av hjernen. Dette kan igjen føre til at symptomene forandrer seg i løpet av sykdomsutviklingen og at helt nye typer problemer kan oppstå underveis. For Parkinsons sykdom, som lenge ble oppfattet å skyldes et isolert nevrontap i substantia nigra, er det for eksempel nå kjent at neurodegenerasjonen også kan ramme andre kjerner i hjernestammen samt hjernebarken. Braak og medarbeidere (6) har faktisk foreslått at Parkinsons sykdom begynner i ikke-motoriske kjerner kaudalt i hjernestammen og gradvis brer seg oppover, slik at sykdommen først starter med de ikke-motoriske manifestasjonene og at bevegelsesforstyrrelsen først inntreffer i et senere stadium. Ut fra nye observasjoner er det ganske åpenbart at denne teorien i mange tilfeller ikke holder stikk (7). Likevel er den et godt eksempel på hvordan disse komplekse sykdommene kan ramme mange forskjellige funksjoner. Hjernen består av et komplekst nettverk av kjerner og nervebaner. Mange deler av hjernen samarbeider om hver enkelt oppgave, og mange forskjellige sentralnervøse funksjoner kan derfor bli påvirket av selv ganske begrensede patologiske forandringer i hjernen. Kognitiv svikt, affektive forandringer, depresjon, fatigue, søvnforstyrrelser, ortostatisk hypotensjon, urininkontinens og obstipasjon er bare noen få eksempler på ikke-motoriske problemer som ofte opptrer som ledd i en bevegelsesforstyrrelse.

Hos mange av pasientene kan de ikke-motoriske plagene være et vel så stort problem som bevegelsesinnkrenkningen. Vår utfordring nå er best mulig å lindre alle de forskjellige plagene hos denne økende pasientgruppen med komplekse motoriske og ikke-motoriske helseproblemer, men der kurative behandlingsmuligheter dessverre ennå ikke foreligger.

Espen Dietrichs
 espen.dietrichs@medisin.uio.no

Espen Dietrichs (f. 1956) er avdelingssjef ved Neurologisk avdeling, Nevrokliviken, Rikshospitalet og professor i neurologi ved Universitetet i Oslo. Han er vise-president i ScandModis (Scandinavian Movement Disorder Society) og medlem i Movement Disorder Society's European Executive Committee.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Dietrichs E, Hurlen P, Toverud KC. Den forunderlige kroppen. 4. utg. Oslo: Gyldendal, 2004.
2. Dietrichs E. Bevegelsesforstyrrelser og basalganglienes funksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1968–71.
3. Tallaksen CME. Arvelige ataksier. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1977–80.
4. Toft M, Lilleeng B, Ramm-Petersen J et al. Behandling av bevegelsesforstyrrelser med dyp hjernestimulering. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1972–6.
5. Dietrichs E. Clinical manifestation of focal cerebellar disease as related to the organization of neural pathways. Acta Neurol Scand Suppl 2008; 188: 6–11.
6. Braak H, Del Tredici K, Rüb U et al. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. Neurobiol Aging 2003; 24: 197–211.
7. Jellinger KA. A critical reappraisal of current staging of Lewy-related pathology in human brain. Acta Neuropathol 2008; 116: 1–16.