

Reseberättelse Kuopio 2017-03-15

Istället för att mötas av ett vårigt Finland, vid det Nordiska mötet i klinisk Neurofysiologi och Kuopio Epilepsi Symposium, i hamnade i ett vintrigt Kuopio med 50 centimeters snödjup.

Vi anlände kvällen innan och hann aklimatisera oss något innan vi traskade iväg till Kuopio Music Centre på onsdagsmorgonen.

Första föreläsningsblocket handlade om TMS – transkraniell magnetstimulering

TMS användes redan på 1830-talet mot t ex depression. Bell gav patienter stötar under fotsulorna med en stingrocka! TMS blev dock klinisk metod först 1985. Det var många finländska föreläsare på detta område och de ligger steget före åtminstone oss i Uppsala. De använder det, precis som här för presurgical evaluation, men även terapeutiskt mot t ex smärta, Parkinson, tinnitus, depression mm.

Hos smärtpatienterna sågs 50% smärtlindring hos 30% av patienterna och 30% lindring i 50% av fallen.

TMS används också som rehabilitering hos strokepatienter, och mot epilepsi – för att minska antalet anfall eller häva status epilepticus.

Sedan föredrogs mycket om teknisk bakgrund och utveckling, samt för- och nackdelar med olika typer av coils, vilket jag inte kan redogöra för i detalj. De ställer även kliniska diagnoser med hjälp av metoden, men exakt hur mätvärdena ser ut för de olika diagnoserna redovisades inte.

MEP in clinical diagnostics

- **Corticospinal tract lesions**
 - Multiple sclerosis – even silent lesions
 - Transversal myelitis – may be MRI neg.
 - Cervical spinal stenosis
 - Trauma, surgical injury
 - Hereditary spinocerebellar ataxias (SCA1,2,3,6)
 - Amyotrophic lateral sclerosis vs MMN, Losmon
- **Predicting recovery**
 - Stroke
 - Spinal cord injury

SLEEP

Sleep as Individual and Global Concern
Chair: Prof. Himanen och Prof. Töyräs.

Denna avdelning inleddes med en Key Note Lecture: Comprehensive approach to sleep studies.

Föreläsaren var professor Carlo Alberto Tassinari från Parma, Italien. En mycket underhållande föreläsare som med ett livligt kroppsspråk gav oss en inblick i sömnutredningens historia.

Nästa föreläsare pratade om sömnapné och undrade om allt handlar om Apné Hypopné Index (AHI) när man gör polygrafi vid obstruktiv sömnapné. Med indexet kan man se mängden apné/hypopné/sömntimme och svårighetsgrad av OSA (obstruktiv sömnapné). Han menade att det saknades en komponent, nämligen längden på varje apné och om man räknar med den parametern får man en säkrare och mer pålitlig utredning.

En annan föreläsare berättade att sömnforskning numera har börjat fokusera på sömnens roll vid mental hälsa. Ett stort antal studier har visat att högkvalitativ sömn är relaterad till många positiva variabler.

LTM

Sista blocket denna första dag handlade om säkerhet och hur vi får bästa handhavande av patienter på långtidsmonitorering av EEG.

Summa summarum var att det finns många artiklar och guidelines för detta, men ingen gemensam konsensus.

Säkerhet och anamnes framhölls som det viktigaste att ta i beaktande.

AED (antiepileptic drugs) reduktion vid LTM rådde det delade meningar om.

Vissa går hårt fram och trappar ut medicinen mycket och fort medan andra går mer varsamt fram. Det var intressant att höra, eftersom vår roll blir viktig i den processen. Vi måste snabbt meddela när vi hittar anfall som ingen annan noterat.

Take home message

1. sätt ett par elektroder på deltoideus vid missstänkta spasmer
2. barn ser ofta ”generella ut” på EEG:t trots fokal sjukdom

SUDEP

Under torsdagen lyssnade vi bl.a på en föreläsare som ställde frågan:

Do EEG and ECG-features predict future SUDEP?

Ett antal EKG-parametrar som kan användas som indikator för autonom dysfunktion och förutse en ökad risk för hjärtkärl dödlighet och plötslig hjärtdöd verkar också förekomma mer frekvent hos människor med epilepsi jämfört med friska kontrollgrupper.

Därför går det att spekulera i om dessa variationer triggar eller faciliterar sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP). Men det har man ännu inte kunnat visa på ännu.

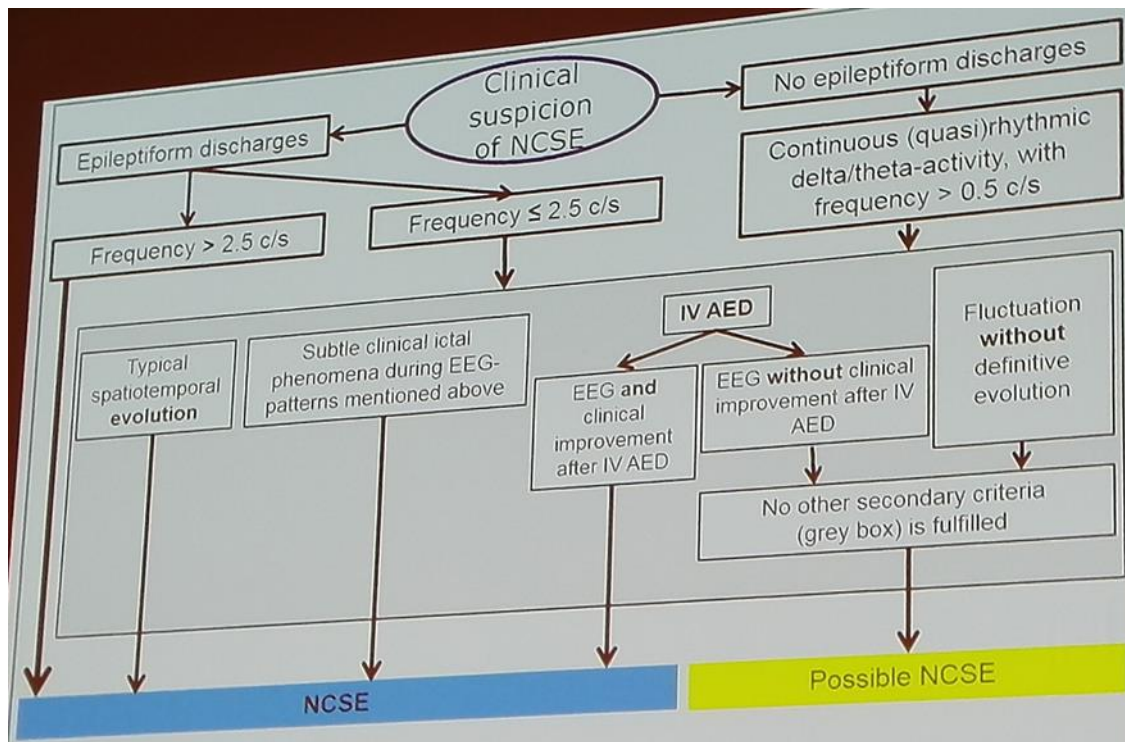
En annan möjlighet som debatteras är att PGES (postictal generalized EEG suppression), dvs avflackningen av EEG efter ett generaliserat tonisk kloniskt anfall kan användas för att förutse framtida SUDEP.

I presentationen visades och diskuterades EKG med AV ledningstid och QT tid samt heart rate variability (HRV) hos epilepsipatienter och deras roll vid SUDEP.

STATUS EPILEPTICUS

Sándor Beniczky föreläste om ”Salzburg-criteria for NCSE”.

Det har föreslagits ett flertal EEG-kriterium för icke-konvulsivt-status-epileptikus (NCSE) men inga har blivit kliniskt validerade innan 2013, då man vid ”4th Colloquium on Status Epilepticus in Salzburg” lade fram ett antal kriterier för att fastställa NCSE. Även kallat Salzburg-criteria for NCSE (se bild på nästa sida). Sensiviteten påstås vara 97,7%. Nedan visas ett flödesschema hur man utifrån EEG-bilden avgör om det rör sig om ett NCSE eller inte.



Salzburg-kriterium

Vidare pratade Simon Shorvon om olika preparats för- respektive nackdelar vid status epilepticus. Det gavs inga självklara svar på när man ska använda vilket eller hur länge man bör använda ett preparat innan man provar nästa. Men – att 1-2 timmar i status epilepticus ger skador på hjärnan.

Att söva patienten till suppression-burst mönster i minst 24 timmar angavs som ett minimum (24-48 h).

I framtiden såg man en eventuell användning av intranasalt Midazolam.

Fördelen med det är ffa att levern sparas bättre. Diazepam och Lorazepam är inte lika vattenlösliga och därför svårare att ge nasalt.

Tyvärr bröt det ut en inrikes flygstrejk bland markpersonalen i Finland under kongressen, och för att vara säkra på att komma hem före helgen blev vi tvungna att åka tåg ner till Helsingfors för att ta vårt flyg hem till Sverige. Hela fredagens program missade vi därför och fick försöka njuta av Finlands natur klädd i vinterskrud istället.

Karin Adebom & Berit Lindgren,
Avd för klinisk Neurofysiologi, Akademiska Sjukhuset, Uppsala