



2019  
NEUROLOGIPÄIVÄT

Tiedote 31.10.2019

## **Toiminnalliset neurologiset häiriöt: kun oireet ovatkin sairaus**

Toiminnallisia oireita esiintyy kaikilla elimistön osa-alueilla. Toiminnallisella neurologisella häiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaan neurologiset oireet eivät täysin selity neurologisella sairaudella. Tyypillisiä neurologisia toiminnallisia oireita ovat mm. halvausoireet, tuntohäiriöt, kävelyvaikeudet, vapina, dystoniat ja epilepsian kaltaiset kohtaukset.

On arvioitu, että neurologian poliklinikalle hakeutuvista potilaista jopa neljäsosalla on toiminnallisia oireita. Näistä joka toisella ei ole voitu osoittaa mitään neurologista sairautta ja joka toisella oli toiminnallisia oireita neurologisten oireiden lisäksi.

Oireet ovat todellisia, potilaat eivät niitä teeskentele eivätkä ne tahdonvoimalla katoa. Toimintakyky ja elämänlaatu ovat usein heikentyneet, jopa enemmän kuin vastaavanlaisesti somaattisesti sairailta. Väsymys ja kipuoireilu ovat tavallisia. Oireet alkavat usein äkillisesti, jopa dramaattisesti. Oire voi myös kadota nopeasti ja muuttua toiseksi. Psykkinen stressi pahentaa usein oireilua.

- Rajankäynti toiminnallisen häiriön ja neurologisen sairauden välillä on joskus vaikeaa. Toiminnallisten oireiden perusteellinen tutkiminen on tärkeää vakavan sairauden poissulkemiseksi ja potilaan luottamuksen saavuttamiseksi. Huolellinen tutkimus ja oireiston toiminnallisen, hyvänlaatuisen luonteen kuvaaminen potilaalle ymmärrettävällä ja hyväksyttävällä tavalla on usein tehokkain neurologisen toiminnallisen häiriön hoito, selvittää ylilääkäri, neurologian ja psykiatrian erikoislääkäri Risto Vataja HUS:sta.

Potilaat hyötyvät usein myös psykoterapeuttisista hoidoista. Eniten tutkittu on kognitiivinen käyttäytymisterapia, jonka tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan oireisiin liittyvät haitalliset tunne- ja käyttäytymismallit ja tarjota keinoja niiden korjaamiseksi. Osa potilaista hyötyy ryhmämuotoista tai verkkokuntoutuksista. Suomessa kehitellään toiminnallisten häiriöiden nettiterapiaa, joka valmistuneen Terveyskylään ensi vuonna. Vaikeimmista toiminnallisista häiriöistä kärsivien potilaiden hoitoa toteuttaa ja kehittää elokuussa avattu HUS:n toiminnallisten häiriöiden poliklinikka.

Ylilääkäri Risto Vataja, Hyks, sposti: risto.vataja (at) hus.fi

**Toiminnallisessa halvausoireessa** potilas ei kykene tuottamaan liikkeitä tahdonalaisesti normaalisti. Toiminnallinen raajaheikkous vaihtelee voimakkuudeltaan, oireisto voi olla invalidisoiva tai pelottava, esimerkiksi kävelyvaikeus, käden tai jalan heikkous ja pettäminen tai tavaroiden tippuminen. Käsi tai jalka voi tuntua vieraalta, kuin se ei olisi osa omaa kehoa. Oireet voivat muistuttaa aivoinfarktin tai MS-taudin oireistoa, vaikka hermostossa ei ole mitään pysyvää vikaa. Nykyaikaisilla kuvantamismenetelmillä on voitu kuitenkin osoittaa oireiden johtuvan aivojen toimintahäiriöstä ja juuri siitä tulee nimitys toiminnallisille neurologisille oireille.

- Toiminnallisen halvausoireiston syntymekanismi on aina monitekijäinen. Osalla potilaista oireiston syntyyn myötävaikuttaa psyykinen kuormitus tai haitalliset psykologiset käyttäytymismallit. Osalla potilaista mitään myötävaikuttavaa taustatekijää tai ongelmallista käyttäytymismallia ei ole. Oireiden esiintyessä toistuvasti syntymekanismissa on mukana klassinen ehdollistuminen, toteaa neurologi Jussi Joukainen.

Toiminnallisen neurologisen oireen kliinisessä tutkimuksessa havaitaan usein oireiston korostumista, kun siihen kohdistetaan huomiota. Vähäinenkin huomion siirtäminen toisaalle saattaa lieventää oireistoa.

- Toiminnallisen raajaliikehäiriön hoidoksi osalle potilaista riittää informointi sairauden hyvänlaatuisesta luonteesta. Kadoksissa olleet liikkeet palautuvat parhaiten pakottamatta ja huomiota muualle siirtäen, esimerkiksi psykofyysisien fysioterapian keinoin tai erilaisia rentoutustekniikoita hyväksi käyttäen. Pitkäkestoisten tai toistuvien oireiden tehokkain hoitomuoto on psykoterapia, kertoo Joukainen.

Neurologian erikoislääkäri Jussi Joukainen, Keski-Suomen keskussairaala, sposti: jussi.joukainen (at) ksshp.fi

## **Miksi potilas ei herää?**

Kriittisesti sairastuminen tulee useimmiten yllättäen ja ilman ennakkovaroitusta. Ensihoito kuljettaa potilaan sairaalapäivystykseen ja henkeä uhkaavissa tilanteissa hoito jatkuu nopeasti valvonnassa tai teho-osastolla, hengityskoneessa ja monenlaisten elintoimintoja tukevien lääkitysten varassa.

Moderni kuvantaminen tuo vastauksia silloin, kun kyseessä on suuri aivoverenvuoto, uhkaava aivoinfarkti ja valtasuonen tukos tai vaikkapa ensioireena sarjakouristuksen aiheuttanut aivokasvain. Aivokalvontulehduksen oireet ja lannepisto voivat paljastaa meningiitin eli aivokalvontulehdukset tai enkefaliitin eli aivotulehduksen. Itsemurhan tarkoituksessa otettu lääke- tai muiden päihdyttävien aineiden yliannos on niin ikään tavallinen syy äkillisen tajunnanmenetyksen ja mahdollisesti kouristuskohtausten

taustalla. Laboratoriokokeet voivat paljastaa sepsistasoisen tulehduksen, vakavan elektrolyyttihäiriön tai henkeä uhkaavan matalan verensokerin.

Akuuttihoito kirurgian, interventioradiologian, epileptisen sarjakohtauksen anestesiahoidon tai antibioottien keinoin pelastaa monet. Joskus taas on ensi hetkistä selvää, ettei potilas tule selviämään ja jäljelle jää omaisten tukeminen ja mahdollisesti elinluovutusharkinta.

- Teho-osastolle neurologi kutsutaan useimmiten silloin, kun hoidoista huolimatta potilas ei herää tai herää hitaasti, ei orientoidu eikä oikein kykene noudattamaan kehotuksia. Onko vielä toivoa? Onko joku asia jäänyt huomaamatta? Tarvitaanko lisääaikaa vai onko aika todeta, että tätä potilasta emme pystyneet auttamaan? Herääminenäkään ei aina tarkoita, että potilas toipuisi ennalleen ja monesti neurologisista sairauksista toipuminen merkitseekin invalidisoivia jäännösoireita, pitkää kuntoutussairaalajaksoa ja jatkossa toisen avun tarvetta päivittäistoimissa. Monesta sellaisesta asiasta luopumista, mikä ennen oli itsestään selvää, selvittää neurologian erikoislääkäri Kirsi Rantanen.

Ennustearviota voidaan tehdä vain, kun diagnoosi on tehty ja tarvittavat hoitoyritykset ja tutkimustulokset käytössä. Arviota tehdessä on tärkeää huomioida potilaan aiemmat sairaudet ja lääkkeet, sekä entiset että nykyiset. Jatkuvassa sedaatiassa olevaa potilasta ei tietenkään voi arvioida ja tarvittaessakin annetut keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet kuten opioidit saattavat vaikuttaa tunteja.

Mitä pidempään potilas on ollut sedatoitu, sitä kauemmin herääminen voi kestää. Tehohoidossa usein kehittyvä maksan ja munuaisten vajaatoiminta vaikuttaa tajuntaan ja lääkeaineiden poistumiseen elimistöstä. Laboratoriokokeilla voidaan tarkistaa, onko näillä tekijöillä osuutta potilaan tajunnan mataluuteen. Voidaan tarvita uutta kuvantamista ja/tai aivosähkökäyrän arviointia, jotta voimme olla varmoja, ettei uusi aivotapahtuma tai jatkuva sähköinen purkaus ole tajunnan mataluuden taustalla. Vuodelevossa immobilisaation vuoksi saattaa nopeastikin kehittyä tehohoitoneuropatia eli potilas ei kykene liikuttamaan jalkojaan tai käsiään ja heijasteet ovat poissa. Tehohoitoneuropatia on kuitenkin useimmiten ajan kanssa korjautuva ongelma ja sellaisesta kärsivä potilas tarvitsee aikaa ja fysioterapiaa.

- Omaisille on tärkeää kertoa realistisesti, mitä me terveydenhuollon ammattilaiset asiasta ajattelemme. Jos on todennäköistä, että potilas kuolee, omaisten oikeus on päästä alkuun surutyössä ja alkaa varautua tulevaan menetykseen. Usein potilas tarvitsee seuranta-aikaa ja uuden arvion. Tilanne voi olla toinen, kun vaikkapa urea-arvo laskee dialyysin avulla. Jos olemme melko optimistisiä ennusteen suhteen ja uskomme, että tilanne ajan kanssa kohenee, vaikka se juuri nyt vaikuttaakin varsin vakavalta, sekin on tärkeä kommunikoida selvästi, muistuttaa toteaa Kirsi Rantanen.

Neurologian erikoislääkäri Kirsi Rantanen, HUS Meilahden sairaala,  
sposti: kirsi.rantanen (at) hus.fi, p. 040 587 7396

## **Mikrobisto-suoli-aivo-akseli lupaava tutkimuskohde neurologisten sairauksien taustalla**

Parkinsonin taudissa ymmärretään yhä paremmin suolisto mikrobiston laajat vaikutukset. Suolisto-oireet kuten ummetus ovat Parkinsonin taudissa hyvin yleisiä. Suoliston poikkeava mikrobisto ja suoliston oireilu ovat löydettävissä jo ennen Parkinsonin tautiin kuuluvien neurologisten oireiden puhkeamista. On löytynyt jopa viitteitä siitä, että Parkinsonin tauti alkaisi suolistosta. Suolisto-oireiden lisäksi mikrobisto on todennäköisesti vaikuttavamassa aivojen terveyteen hyvin laaja-alaisesti.

Filip Scheperjansin johtamassa tutkimuksessa on varmistunut, että suoliston mikrobisto poikkeaa osalla Parkinson-potilaista. Kehittämällä testi, jonka avulla tämä alaryhmä voitaisiin tunnistaa varhain taudin puhjetessa, voitaisiin heille kehittää yksilöllisempää hoitoa. Näin kaikkia Parkinson-potilaita ei enää hoidettaisi samoilla lääkkeillä, vaan eri alaryhmiin kuuluville voitaisiin kehittää juuri heidän ongelmiinsa tehoavaa hoitoa.

Vastaavia suoliston mikrobiston poikkeamia on viime aikoina löydetty muistakin neurologisista sairauksista mm. MS-tautia, Alzheimerin tautia sairastavilla sekä joillakin autismikirjon potilailla. Tietoa on kertymässä myös aivoverenkiertohäiriöistä kärsivien ja muiden valtimosairauksien taustalta. Myös aivovammapotilaiden toipumiseen suolistomikrobisto mahdollisesti vaikuttaa.

Neurologian erikoislääkäri Filip Scheperjans, HUS, Neurokeskus, sposti:  
filip.scheperjans (at) hus.fi; p. 040 7791575.

Scheperjans saa Neurologipäivillä Vuoden nuori tutkija -palkinnon, ks. erillinen tiedote, jossa lisää asiaa myös hänen tutkimuksestaan. – **Tieto palkinnosta on julkaisuvapaa 31.10. klo 19.**