# Refleksjon etter utredning

Når utredningen er gjort, funnene oppsummeres og sammenholdes. Nevrologen må avgjøre hva som skal kommuniseres til pasienten.

Flere ulike situasjoner kan tenkes å foreligge.

1. Pasienten har sykehistorie, kliniske funn og nevrofysiologi som stemmer med ALS/MND. Nevrologen må informere pasient og pårørende om funnene og om diagnosen.
2. Verken sykehistorie, funn eller supplerende undersøkelser stemmer med ALS/MND. Nevrologen må informere pasienten om funnene og om konklusjonen.
3. Dersom sykehistorie og funn ved klinisk undersøkelse gir mistanke om ALS/MND, men nevrofysiologien ikke stemmer har man to valg:
4. Informere pasienten og pårørende om at det er mistanke om MND, men at det er en viss usikkerhet (håp).
5. Informere pasienten og pårørende om at en er usikker på hva slags tilstand pasienten har, og vente på ny nevrofysiologi og gjøre ny vurdering om noen måneder.

Det siste har vært vanlig praksis.

Nevrologen bør ha in mente at de reviderte El Escorialkriteriene for nevrofysiologisk diagnose av ALS er meget restriktive og ikke hensiktsmessige til bruk i klinisk praksis der det er et mål å stille diagnosen tidlig. De kliniske kriteriene bør vektlegges.

De kliniske kriteriene krever følgende

#### Tilstedeværelse av

* Symptomer på skade av nedre motornevron (klinisk eller ved EMG) i flere regioner
* Symptomer på skade av øvre motornevron
* Progresjon av symptomer og funn

#### Fravær av

* Sensoriske funn
* Sfinkterforstyrrelser
* Synsforstyrrelser
* Autonome forstyrrelser
* Basalgangliedysfunksjon
* Alzheimers sykdom
* ALS-imitatorer, se tabell [2]

#### Diagnosen støttes av;

* Fasciculasjoner i en eller flere regioner
* Nevrogene forandringer ved EMG
* Normal motorisk og sensorisk nerveledning
* Fravær av ledningsblokk

Ved mindre vanlige former av MND, vil man ikke nødvendigvis ha skade av både øvre og nedre motornevron.

Informasjon om diagnose med en viss usikkerhet kan være hensiktsmessig om klinikken taler for MND og differensialdiagnoser er utelukket. Progredierende symptomer er skremmende. Uvisshet kan være verre en å få en diagnose med forbehold.

Palliativ behandling bør iverksettes dersom pasienten har symptomer som krever dette, selv om diagnosen ikke er avklart. Dysfagi, vekttap, kommunikasjonsvansker og hypoventilasjon krever at tiltak startes.

Det anbefales sterkt å snakke om en erfaren kollega om pasienter ved tvil. Second opinion hos kollega/annet sykehus kan være aktuelt.