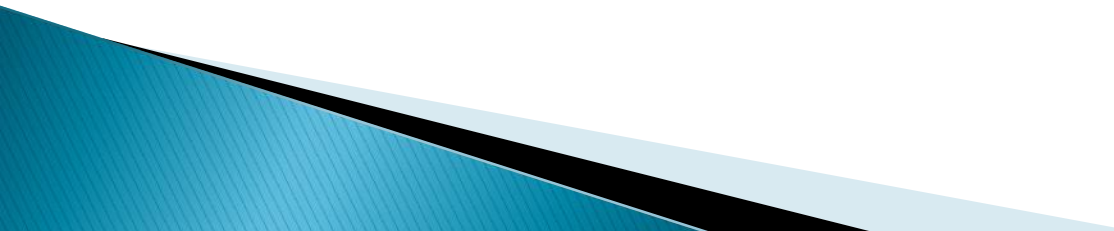


# Psykiatriske aspekter ved nevrologiske sykdommer

Cathrine Smestad  
Psykiater  
Psykoonkologisk enhet  
Radiumhospitalet

- ▶ Epilepsi (frontal-/temporal-)
  - ▶ Nevrodegenerative sykdommer
  - ▶ Demyeliniserende sykdommer
  - ▶ Hodeskader
- 
- ▶ Bivirkninger av legemidler
- 

# Kasus 1

- ▶ 20 år gammel kvinne henvist psykolog grunnet panikkanfall
- ▶ Psykologen observerer at pasienten faller ut i samtale, begynner plutselig å snakke engelsk
- ▶ Epilepsi? Henvises nevrologisk poliklinikk
- ▶ Sykehistorie suspekt på fokale epilepsianfall.
- ▶ EEG intet sikkert patologisk, anbefalt kontroll da normalt EEG ikke utelukker epilepsi. Anbefalt oppstart med antiepileptika

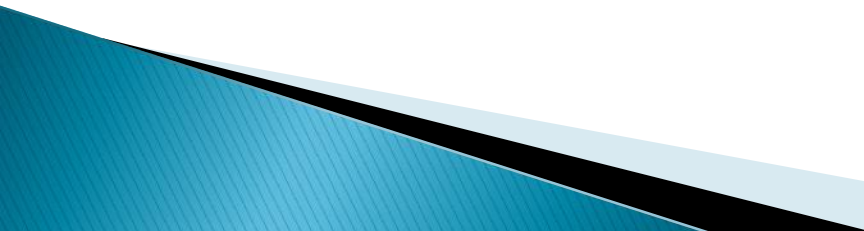
# Kasus 1

- ▶ 3 mnd etter; Ny kontroll hos nevrolog
- ▶ Anamnestisk flere epilepsisuspekterte anfall
- ▶ DD: Migrene? Psykogene anfall? Mindre sannsynlig. Oppstart Keppra
- ▶ Kontroll EEG normalt
  
- ▶ Ytterligere 3mnd: Første innleggelse akuttpsyk.
- ▶ Pasienten redd, klarer ikke skille virkelighet/uvirkelighet
- ▶ Benektet stemmehøring eller andre unormale sanseopplevelser
- ▶ Fortalte om aggresjonsproblemer og vanskelig forhold til mor

# Kasus 1

- ▶ Ved innkomst: Notert at pasienten hadde vært til epilepsiutredning og at Kepprabehandling var startet. Tentativ diagnose: Krise/relasjonelle vansker med mulig psykoseutvikling? Debut av schizofreni?
- ▶ Samme kveld: Økende psykomotorisk urolig etter telefonsamtale med mor, krampeaktige rykninger i begge overex, thorax og hø.underex av over 20 minutters varighet. Våken og ved klar bevissthet, redd for å ha skadet noen.
- ▶ Panikkanfall? Partielt epileptisk anfall? Stesolid im

# Kasus 1

- ▶ Diagnostisk vurdering påfølgende dag:
  - ▶ «Uklar tilstand, under utredning for mulig epilepsi. Tentativ diagnose førstegangpsykose med tankeoppløsning og stor ambivalens.»
  - ▶ Startet behandling med Zyprexa, seponert Keppra pga mulige psykiske bivirkninger.
  - ▶ MR caput normalt
- 

# Kasus 1

- ▶ Påfølgende uker ingen endring i pasientens tilstand. Alvorlig depresjon med psykose? Lagt til Efexor.
- ▶ Etter en måneds behandling utskrevet til DPS. «Betydelig bedring etter oppstart Zyprexa. Depresjon initialt bivirkning av Keppra?» Sykepleier observert et «anfall der pasienten ikke finner ord» under middagen få dager før utskrivelse
- ▶ Telefonisk kontakt med nevrolog og avtalt ny epilepsikontroll. Informert nevrolog om at det under oppholdet «ikke hadde vært tegn til noen anfallssuspekterte episoder». Nevrologen noterer seg «vi går gjennom dette på nytt med aktuelle symptomer som kan være epileptogene eller også ha mer psykogen årsak»

# Kasus 1

- ▶ Få dager etter reinnleggelse akuttpsyk; økende angst, synsfenomener, forverring av uvirkelighetsopplevelse
- ▶ Vurdering ved innkomst: Epilepsiutredning så langt ikke konklusiv, partielle anfall kan ikke utelukkes.
- ▶ Tentativ diagnose: Angst? Personlighetsproblematikk? Medisinbivirkninger?
  
- ▶ To dager etter: Krampeanfall. Forordnet Stesolid im
- ▶ Påfølgende dager: tiltagende urolig; flere episoder med rykninger tolket som angst.
- ▶ Vakthavende lege: Epilepsi kan absolutt ikke utelukkes, anbefaler henvisning til langtids-EEG.



# Kasus 1

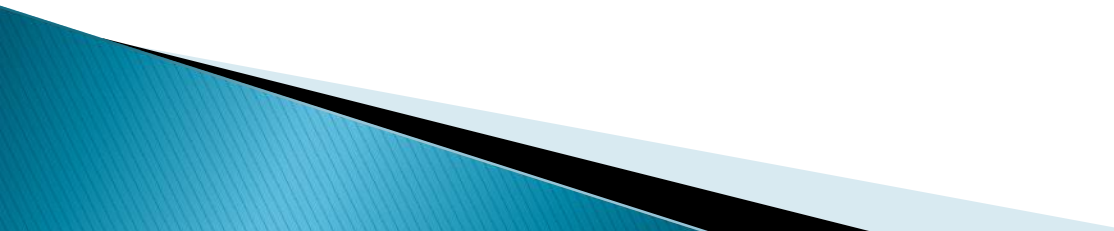
- ▶ Tiltakende uro, gis tilleggsmedikasjon i form av først Truxal deretter Nozinan, Stesolid som fast medikasjon.
- ▶ Time hos nevrolog utsatt da man mente det ikke var forsvarlig pga pasientens uro.
- ▶ Fem dager etter; i stadig bedre form, skiftet fra Stesolid til Sobril. Nozinan og Sobril trappes gradvis ned og seponeres i løpet av en uke.
- ▶ Samme dag som Sobril seponeres får pasienten intense synsforstyrrelser/rare mønstre når hun ser på lyset, beskrives som lett skjelving, tiltakende motorisk urolig. Nozinan gjeninnsettes.

# Kasus 1

- ▶ To dager etter pasienten funnet urolig og forvirret i egen seng om morgenen. Størknet blod i munnen, svært nedsatt bevegelighet, angir smerter.
- ▶ Vakthavende lege vurderer mulig gjennomgått epileptisk anfall, pasienten overføres neurologisk avdeling
- ▶ Påvist tungebitt, kompresjonsbrudd i fire thorakale virvler
- ▶ Knusningsskade i psoasmuskulatur, skade av plexus lumbalis, svær rhabdomyolyse, urinretensjon og akutt nyresvikt.
- ▶ Sekundært til epilepsi?
- ▶ Nye epilepsisuspekterte anfall,
- ▶ **klart patologisk EEG temporalt venstre side**
- ▶ Diagnose epilepsi og optimalisering antiepileptika



# Epilepsi

- ▶ Klassiske psykiatriske symptombilder avhengig av lokalisasjon i hjernen
  - ▶ Frontallappsepilepsi; endringer i personlighet, nattlige anfall med fysisk utagering og sinne
  - ▶ Temporallappsepilepsi; ofte fremre del av temporallappen og kan fremkalle smattebevegelser, stirring, ikke-viljestyrte handlinger, autonome fenomener
  - ▶ Forstyrrelser i bakre del av temporallappen er forbundet med forskjellige hørsels-balanse og synsfenomener
- 

# Epilepsi

- ▶ Derealisasjon
- ▶ Déjà vu
- ▶ Jamais vu
- ▶ Depersonalisasjon
- ▶ Angst
- ▶ Parestesier
- ▶ *Kommer som anfall*

- ▶ Derealisasjon
- ▶ Déjà vu
- ▶ Jamais vu
- ▶ Depersonalisasjon
- ▶ Angst
- ▶ Parestesier
- ▶ *Kommer som anfall*

Fokale anfall

Panikk lidelse

# Epilepsi

- ▶ Flashbacks
- ▶ Synshallusinasjoner
- ▶ Lukthallusinasjoner
- ▶ Angst
- ▶ Depersonalisasjon
- ▶ Illusjoner
- ▶ *Kommer som anfall*

- ▶ Flashbacks
- ▶ Synshallusinasjoner
- ▶ Lukthallusinasjoner
- ▶ Angst
- ▶ Depersonalisasjon
- ▶ Illusjoner
- ▶ *Kommer som anfall*

Fokale anfall

PTSD

# Epilepsi

- ▶ Akutt deprimert
  - ▶ Akutt suicidalfare
  - ▶ Akutt angst
  - ▶ Akutt impulsivitet
  - ▶ *Varighet timer – dager*
- ▶ Akutt deprimert
  - ▶ Akutt suicidalfare
  - ▶ Akutt angst
  - ▶ Akutt impulsivitet
  - ▶ *Varighet timer – dager*

Fokale anfall

Recurrent brief  
depression

# Psykiatrisk komorbiditet ved epilepsi

Depresjon og angst (20 – 25%)

Psykose hos (2 – 3%)

4–5 ganger økt suicidrisiko sammenlignet med normalbefolkning

Flere antiepileptika kan gi psykiatriske symptomer som bivirkning

Clark et al. Biol Psychiatry 2012

Malt et al. Lærebok i psykiatri.  
Gyldendal 2017



# Epilepsirelaterte psykoser

**BAKGRUNN** Epilepsirelaterte psykoser ligger i grenselandet mellom neurologi og psykiatri. Hensikten med denne artikkelen er å gi en kort oversikt over hva vi i dag vet om slike psykoser samt å gi noen råd om behandlingen.

**KUNNSKAPSGRUNNLAG** Denne oversikten er basert på et skjønnsmessig utvalg av artikler funnet etter søk i PubMed samt forfatternes egen erfaring med pasientgruppen.

**RESULTATER** Psykoser ved epilepsi kan opptre under, etter og mellom anfall. I tillegg kan psykoser opptre som bivirkning av antiepileptika og som såkalt alternativ psykose. Den sistnevnte psykoseformen kan oppstå hos pasienter som ved hjelp av behandling (medikamenter eller kirurgi) er blitt helt anfallsfri. Iktale psykoser og majoriteten av postiktale psykoser er ofte av så kort varighet at behandling med antipsykotika er uaktuelt. Å optimalisere den antiepileptiske behandlingen blir i slike tilfeller det viktigste tiltaket. Ved interiktale psykoser og hos noen pasienter med særlig langvarige eller stadig tilbakevendende postiktale psykoser kan behandling med antipsykotika være indisert.

**FORTOLKNING** De ulike epilepsirelaterte psykoseformene behandles forskjellig, og noen behandles med antipsykotika. Vi anbefaler da å velge medikamenter som i liten grad senker anfallsterskelen, for eksempel risperidon.

Allerede i en babylonsk tekst fra år 1050 f.Kr. er det beskrevet en person med epilepsi som utviklet psykose (1).

Sammenliknet med den generelle befolkning er det i en rekke studier funnet økt forekomst av psykiatriske lidelser blant personer med epilepsi (2, 3). Omvendt er det også fun-

En finsk undersøkelse viste at personer med epilepsi hadde 8,5 ganger så høy risiko for å utvikle schizofreni som andre (13). Det å ha en forelder med epilepsi doblet barnets risiko for å få en psykose. Omvendt hadde barn av en forelder med psykose 1,6 ganger så høy risiko for å få epilepsi som andre. Men dette er ikke en fullstendig sammenheng.

**Oliver Henning**

*oliver.henning@ous-hf.no*

**Karl O. Nakken**

Avdeling for kompleks epilepsi

Klinikk for kirurgi og nevrofag

Oslo universitetssykehus



Se også kunnskapsprøve på [www.tidsskriftet.no/quiz](http://www.tidsskriftet.no/quiz)

## HOVEDBUDSKAP

Psykoser ses hos 2–3% av epilepsipasientene, og de med temporolimbisk epilepsi er særlig utsatt

Det finnes fem psykoseformer: iktale, postiktale, interiktale, alternative og medikamentutløste

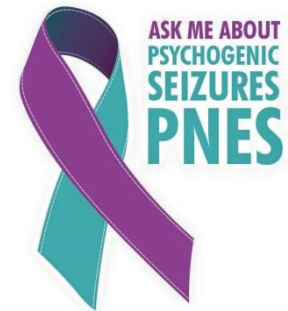
Å bedre anfallskontrollen anses som viktigst ved iktale og postiktale psykoser

Ved interiktale og noen tilfeller av postiktale psykoser kan tilleggsbehandling med antipsykotika være indisert

# PNES

## Psykogene ikke-epileptiske anfall

- ▶ Emosjonelt utløst
  - ▶ Med og uten epilepsi
  - ▶ Konversjonstilstander, somatiseringstilstander, PTSD, hypokondri, PF, simulering eller ukjent.
  - ▶ Hodeskader?
- 
- ▶ Klinisk observasjon, EEG, MR, video, psykiatrisk vurdering



# Differensialdiagnostikk epilepsi/PNES

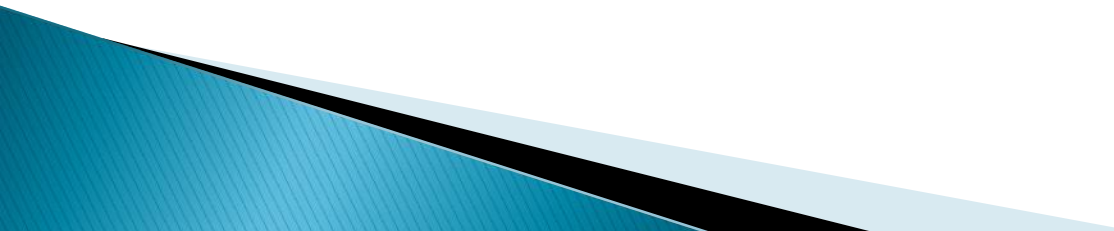
- ▶ Ofte nattlige anfall
  - ▶ Stereotyp aura vanlig
  - ▶ Cyanose under anfall
  - ▶ Skade pga anfall
  - ▶ Urin-avføringsavgang
  - ▶ Tonisk-kloniske kramper
  - ▶ Forbigående bevisstløs
  - ▶ Lar seg sjelden påvirke verbalt
- ▶ Uvanlig om natten
  - ▶ Uvanlig med aura
  - ▶ Uvanlig med cyanose
  - ▶ Sjelden skade pga anfall
  - ▶ Sjelden urin-avføringsavgang
  - ▶ Kloniske, ikke stereotype
  - ▶ Ikke totalt bevisstløs
  - ▶ Kan la seg påvirke verbalt

Epileptiske anfall

PNES



# Helsetilsynet; Brudd på forsvarlig helsehjelp

- ▶ Ble ikke tatt kontakt med nevrolog på innleggelsestidspunkt selv om man visste pas var under utredning og det var anbefalt oppstart antiepileptika
  - ▶ Ikke kontaktet nevrolog i forbindelse med langvarig anfall (status epilepticus?)
  - ▶ Økt risiko å seponere Keppra uten å drøfte med nevrolog
  - ▶ Bruk av flere antipsykotika uten å diskutere at dette potensielt kunne senke krampeterskel. Ikke gjort forsiktighetsvurderinger knyttet til bruk av antidepressiva eller antipsykotika
  - ▶ Mange LIS og overleger involvert
- 
- ▶ Mulig epilepsi ble ikke på noe tidspunkt forsvarlig håndtert som en mulig differensialdiagnostisk eller komorbid tilstand
- 

# Narkolepsi

- ▶ Uimotstålig søvntrang på dagtid (alle)
- ▶ Kataplektiske anfall (70%)
- ▶ Hypnagoge hallusinasjoner (30 – 60%)
- ▶ Søvnparalyse (25 – 50%)



# Tornerosesøvn (Kleine–Levins syndrom)

- ▶ Særlig gutter i tenårene
- ▶ Tilbakevendende episoder med ekstrem hypersomni som kan vare fra to dager til fire uker
- ▶ Vanskelige å vekke under hypersomniperiodene, og i de timene da de er våkne, er adferden oftest endret. Mange vil være irritable og aggressive hvis de nektes å sove
- ▶ Noen kan også virke kognitivt reduserte og oppleve drømmelignende tilstander, av og til med hallusinasjoner eller vrangforestillinger.
- ▶ Under sykdomsepisodene ulvehunger.
- ▶ Kan være hyperseksuelle i slike perioder, spesielt hos personer som har hatt sykdommen over flere år.
- ▶ Upåfallende mellom hypersomniperiodene
- ▶ Ofte trigget av ØLI, alkoholinntak eller hodetraume



# Kasus II

- ▶ 42 år gammel lærer fungerer ikke lenger i klasserommet. Økende irritabel mot elevene, klarer ikke fullføre oppgaver i tide. Hennes pårørende rapporterer at hun er rastløs, mindre opptatt av å være velstelt og sosial, til tider svært engstelig og opprørt. Snubler og har falltendens. Symptomene ligner de samme symptomene hennes mor hadde da hun ble diagnostisert med Huntingtons sykdom
- ▶ Ved undersøkelse er hennes tale ujevn, og hun er fleipete på en inadekvat måte.
- ▶ Når hun blir bedt om å subtrahere 7 fra 100 i serie med lukkede øyne, har hun “pianospillende” bevegelser av hendene samt bevegelser av overkropp og ansikt. Hun gjør flere feil i regnestykket.
- ▶ Hun klarer ikke å strekke tungen ut i 10 sekunder. Hun har nedsatt finmotorikk og tempo i fingrene og klarer ikke å gå balansegang.

(BMJ Best practice 2018)



# Huntingtons chorea

- > 50% psykiatrisk debut: depresjon (DD!), irritabilitet, apati, varierende psykoser, personlighetsforandring, kognitiv svikt
- ▶ Koreatiske bevegelser kommer senere



# Psykiatriske symptomer ved Parkinsons sykdom

- ▶ Kognitiv svikt, demensutvikling
  - ▶ Depresjon
  - ▶ Angst
  - ▶ Apati
  - ▶ Synshallusinasjoner vanligst
  - ▶ Vrangforestillinger
- 
- ▶ OBS Medikamentell behandling,
  - ▶ Svært følsomme for bivirkninger

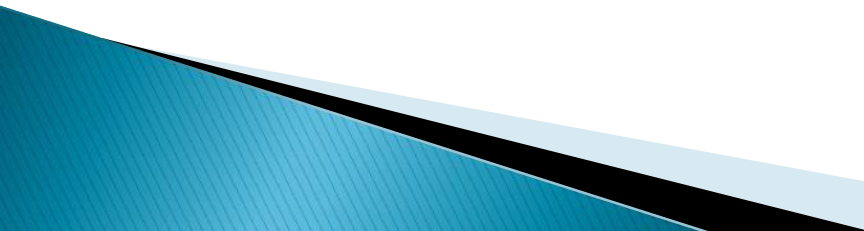


# Multippel sklerose

- ▶ Depresjon
- ▶ Fatigue
- ▶ Kognitiv svikt
- ▶ OBS! Bivirkninger av steroider

**MS**  
*HAS THE*  
**HIGHEST**  
**RATES** *- OF -*  
**DEPRESSION**  
*AMONG ALL DISABILITIES.*  
*MORE THAN CANCER, SUBSTANCE*  
*WITHDRAWALS, & EPILEPSY COMBINED.*

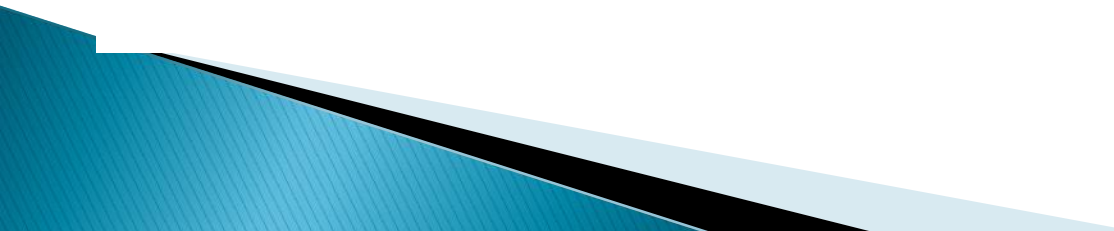
# Kasus III

- ▶ Ung mann involvert i slåsskamp
  - ▶ Slag mot hodet
  - ▶ Mistanke om rus
  - ▶ Ikke bevissthetstap
  - ▶ Nevrologisk undersøkelse u.a.
  - ▶ Skvetten, irritabel og etter hvert agitert
  - ▶ Usammenhengende og ukritisk
  - ▶ Positiv på THC
- 


# Ali Farah-saken



# Traumatiske hjerneskader

- ▶ Fokale / multifokale kontusjonsskader  
(contre coup)  
(Kortikal grå substans frontalt og temporalt)
  - ▶ Diffusaksjonal skade (DAI)  
(Subkortikal hvit substans, corpus callosum, hjernestammen)
  - ▶ Sekundære skademekanismer
- 

# Vurdering av traumatiske hjerneskader

- ▶ Faktorer av betydning før den traumatiske hjerneskaden ( alder, kjønn, nevrogenetikk, kognitiv funksjon, psykiatrisk sykdom, rusmiddelproblemer, grad av impulsivitet og sosioøkonomiske forhold)
  - ▶ Selve den traumatiske hjerneskadens betydning (skadens type, lokalisasjon og grad av nevronal skade)
  - ▶ Faktorer av betydning etter den traumatiske hjerneskaden ( sosial støtte, behandling, sosioøkonomiske forhold)
- 

# Mulige forbindelser mellom traumatisk hjerneskade og psykiatiske sykdommer

- ▶ Den traumatiske hjerneskaden er den direkte årsaken til den psykiatiske sykdommen
- ▶ Den traumatiske hjerneskaden kan bidra til utvikling av psykiatiske sykdommer:
  - Ved å indusere epilepsi
  - Ved å øke biologiske sårbarhet
  - Ved å indusere fysiologiske og psykologiske forandringer som fører til redusert stresstoleranse
  - Ved å trigge en psykiatrisk sykdom hos en person med biologisk sårbarhet
- Den traumatiske hjerneskaden kan forekomme uavhengig av psykiatrisk sykdom



# SYMPTOM SJEKKLISTE VED TRAUMATISKE HJERNESKADER

## *KOGNITIVE PROBLEM*

Bevissthetsnivå  
Sensorium  
Oppmerksomhet  
Konsentrasjon  
  
Korttids-  
hukommelse  
  
Problemløsende-  
evne  
  
Tankeprosesser

## *EMOSJONELLE PROBLEM*

Emosjonell labilitet  
Depresjon  
Hypomani/mani  
Angst  
  
Sinne  
Irritabilitet.


## *ATFERDS FYSISKE PROBLEM*

Impulsivitet  
Upassende  
seksuell atferd.  
Mangel på  
initiativ  
Personlighets-  
forandring

## *PROBLEM*

Trøtthet  
Vektøkning  
Søvnproblemer.  
Hodepine  
Synsforstyrrelser  
Balanseproblem  
  
Kuldefølelse  
Spastisitet  
  
Muskelsmerter  
Inkontinens

# Psykiatriske sykdommer som følge av traumatiske hjerneskader

- ▶ Demens eller mild organisk kognitiv lidelse
  - ▶ Depresjoner
  - ▶ Manier
  - ▶ Psykoser
  - ▶ Angst og PTSD
  - ▶ Agitasjon
  - ▶ Organisk personlighetsforandringer
  - ▶ Irritabilitet og aggresjon
  - ▶ Søvnforstyrrelser og fatigue
  - ▶ Posttraumatisk hjernesyndrom
- 

# Posttraumatisk hjernesyndrom

## **Somatiske symptom;**

- Hodepine
- Svimmelhet
- Tretthet
- Søvnproblemer

## **Kognitive symptom;**

- Hukommelses problemer
- Svekket konsentrasjonsevne

## **Persepsjonsforstyrrelser;**

- Øresus
- Sensitiv for lyder
- Sensitiv for lys

## **Emosjonelle symptom;**

- Depresjon
- Angst
- Irritabilitet

# Katatoni

- ▶ Katatoni er en sammensatt tilstand med psykomotoriske forstyrrelser preget av stupor, rigiditet tilgjorte bevegelser stirring, voksaktig motstand i muskulatur og negativisme.
- ▶ Kan innta maligne former med autonom instabilitet, respirasjonssvikt og kardiovaskulær svikt som potensielt kan føre til død.
- ▶ Forekommer ved psykiatriske sykdommer som schizofreni og bipolar lidelse, men kan også forekomme ved andre somatiske sykdommer med CNS-påvirkning



Tidsskriftet  
DEN NORSKE LEGEFORENING

# En mann i 30-årene med psykotiske symptomer blir komatøs

---

NOE Å LÆRE AV

THOMAS FISCHER-VIELER

E-post: [fischer.vieler@getmail.no](mailto:fischer.vieler@getmail.no)

Seksjon for psykosebehandling, Dikemark

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Thomas Fischer-Vieler (f. 1969) er spesialist i psykiatri og overlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HILDE MELLINGEN

Psykiatrisk avdeling Lier

Klinikk for psykisk helse og rus

Vestre Viken HF

Hilde Mellingen (f. 1965) er spesialist i psykiatri og overlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

# Nevropsykiatriske tilstander ved kreft

- ▶ Kreftsykdom lokalisert i CNS (primærtumor eller metastaser)
- ▶ Organisk delir (obs postoperativt)
- ▶ Nevropsykiatriske bivirkninger av behandling
  - Medikamentell (systemisk) kreftbehandling
  - Medikamentell støttebehandling (smerte, kvalme, steroider)
  - Stråleterapi som affiserer CNS
- Paraneoplastisk syndrom
- Både neurologiske og psykiatriske symptomer



# Kasus III

Ung mann med psykose  
og  
"kjent" bipolar lidelse

# Bakgrunn

- ▶ 30 år gammel mann
- ▶ Angst/depr fra 7 år, mobbing
- ▶ Enslig, bor alene
- ▶ Nylig søkt AAP
- ▶ Begrenset sosialt nettverk
  
- ▶ To tidligere innleggelse i psyk.avd av to dagers varighet pga selvmordstanker, fått diagnosen kortvarig depressiv reaksjon
- ▶ Tidligere oppfølging på DPS; utredet med M.I.N.I som bekreftet to sikre maniske episoder, flere episoder med hypomani... viser tegn på en usikker og ustabil personlighetstype.”
- ▶ Fått diagnosen **Bipolar affektiv episode**, aktuell episode mild/moderat depresjon



# Somatisk sykehistorie

## ▶ Somatisk sykehistorie

Brukt Avodart (5-alfareduktasehemmer)

siste tre uker før innleggelse pga prostataplager (?)

Skal ikke ha blitt utredet

## ▶ Medikamenter ved innkomst

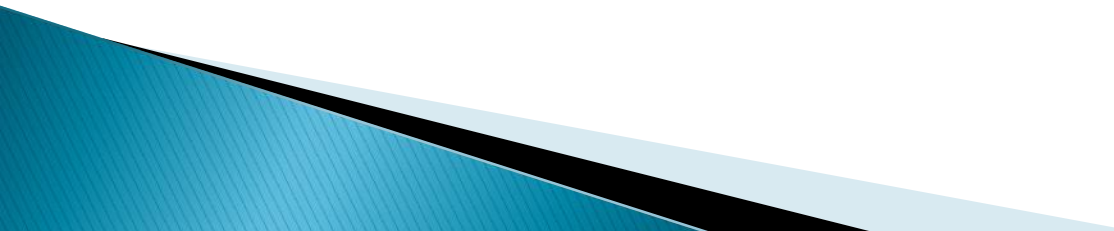
Efexor tbl 75 mg x 1

Nexium tbl 40 mg

Avodart tbl ukjent dose

Stilnoct tbl 10 mg x 1 ved behov

# Aktuelt

- ▶ Pasienten hadde lørdag morgen ankommet Glassmagasinet kun iført en boxershorts (på vrangen)
  - ▶ Hadde med seg fjernkontroll til CD-spiller
  - ▶ Klaget over bevegelsesrelaterte smerter hø.arm og hø.thoraxhalvdel
  - ▶ Fremsto som forvirret
  - ▶ Oppsøkte selv politistasjon og kjørt til legevakt
- 

# Legevakten

- ▶ På spørsmål om hva pasienten skulle i byen svarte han at han skulle "titte litt"

## Status

"Ingen tegn til hodeskade

Beveger fritt på alle 4 uten smerter

Ikke palp.øm

Ikke orientert for tid, men orientert for sted

Benekter suicidale tanker/planer. Ingen hallusinasjoner

Blåsepromille lar seg ikke utføre da han ikke forstår at han skal blåse, men suger inn istedenfor

CRP 8, Hb 14.7, Blodsukker 6.7

**Vurdering:** Ingen tegn til somatisk sykdom. Er ikke orientert for tid, men presenterer ingen somatiske symptomer. Overføres Psykiatrisk Legevakt for vurdering."

# Psykiatrisk legevakt

## ▶ ”Vurdering/tiltak:

«Kjent bipolar affektiv lidelse type I, flere innleggelses tidligere. Fremstår nå med uklart bilde, først og fremst **desorientert** og ute av stand til å gjøre rede for aktuelle hendelser. Ingen tegn til mani eller alvorlig depresjon, fremstår stemningsnøytral, men **psykotisk** i form av at han er klart tankeforstyrret og presenterer vrangforestillinger om at solen kan slås av og på. ..man finner ingen tegn til somatisk sykdom som kan forklare pasientens desorientering. Pasienten har angivelig **ikke rusproblemer** og **benekter selv inntak av rusmidler**. Pasienten er i behov av innleggelse og innlegges frivillig ak.psyk avd.»

# Status presens ved ankomst

## ▶ **Psykiatrisk**

- ▶ Pasienten forteller at han oppsøkte politistasjonen pga smerter i hø.skulder og bryst. På sp.mål om hvorfor han kontaktet politiet angir han at "politiet lå nærmest" og "helsekostbutikker ikke alltid har det man spør etter"
- ▶ Våken, orientert for sted, usikker på dag/dato
- ▶ Rykninger i kroppen, hopper plutselig opp fra stolen
- ▶ Synshallusinert
- ▶ Fremkommer ingen vrangforestillinger

## ▶ **Somatisk**

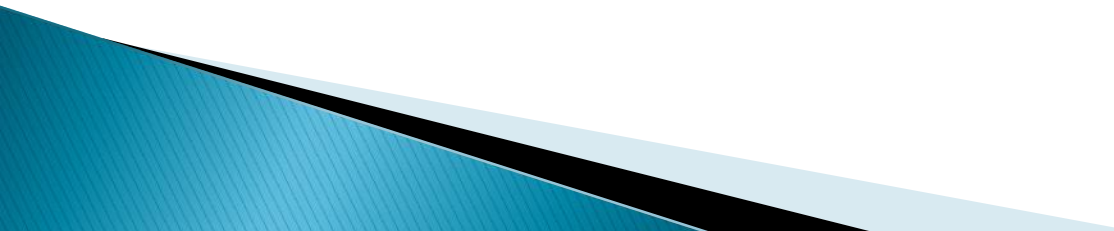
- ▶ BT 105/80 puls 70 rgm
- ▶ Cor/pulm/ abd:ua
- ▶ Palpasjonsø m muskulatur hø.thoraxhalvdel
- ▶ Nevr.us: Klossete bev. ved finger-nese bilateralt

+

?????

- ▶ Forvirringstilstand
- ▶ Ikke holdepunkter for ruspåvirkning eller hodetraume
- ▶ Efexor seponert med tanke på eventuell atypisk mani utvikling

# Status presens 1 time senere

- ▶ Somnolent
  - ▶ Usammenhengende, snøvlete tale
  - ▶ Ikke orientert for noen modaliteter
  
  - ▶ Afebril
  - ▶ BT 130/80, puls 110 rm
  - ▶ Cor/pulm: ua
- 

# Nevrologisk undersøkelse

- ▶ Ikke nakkestiv
- ▶ **Mydriasis**, svak lysreaksjon, ingen øvrige hjernenerveutfall synlige. Ingen nystagmus/anisokori observert
- ▶ Beveger alle 4 ekstremiteter, klemmer svakt med begge hender
- ▶ Rykninger i ansiktsmuskulatur og overekstremitetsmuskulatur
- ▶ **Myoklonier**
- ▶ **Økt tonus** i overekstremitetsmuskulatur
- ▶ **Livlige dype senereflekser ++(+)**
- ▶ Plantarrefleks avvergereaksjon



# Komparentopplysninger

- ▶ **Fra pasientens far**


- ▶ Var i telefonisk kontakt med sønnen kvelden før innleggelse

Pasienten skal da ha vært noe kort i samtalen, ellers fremstått som upåfallende

# Med/nevrol avd

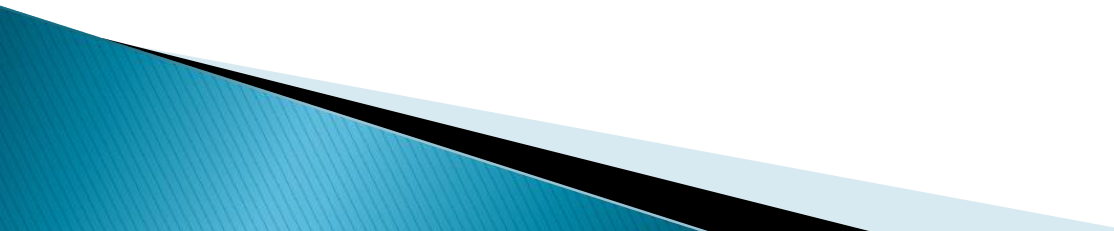
- ▶ Blodprøver: Hb/ Gluk/ ALAT/GT/ALP/TSH ua.  
Hvite: 12.7, CRP: 16–71, CK: 524–831,  
myoglobin 761, INR:1.1
- ▶ Bestilt serologi, elfo, legemiddel/russcreening
- ▶ Urinprøve: U-benzo, ellers neg
- ▶ Spinalvæske: ua
- ▶ CT caput: ua
- ▶ Rtg thorax: Colonmeteorisme, ellers ua

# Symptomer og funn initialt

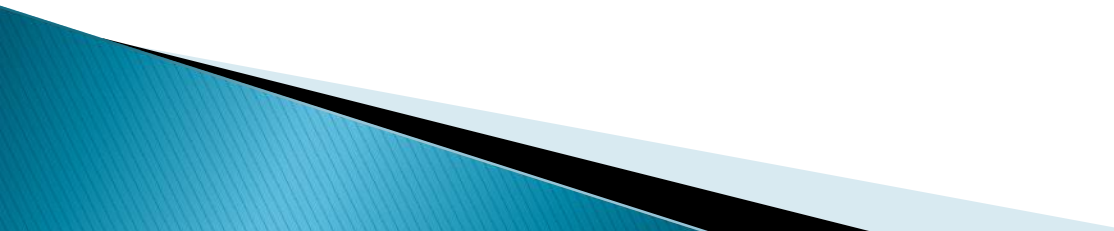
- ▶ Forvirring
  - ▶ Mydriasis
  - ▶ Svette uten hypertermi
  - ▶ Økt muskeltonus
  - ▶ Myalgier
  - ▶ Forhøyet myoglobin/ kreatinin/ CK
- 



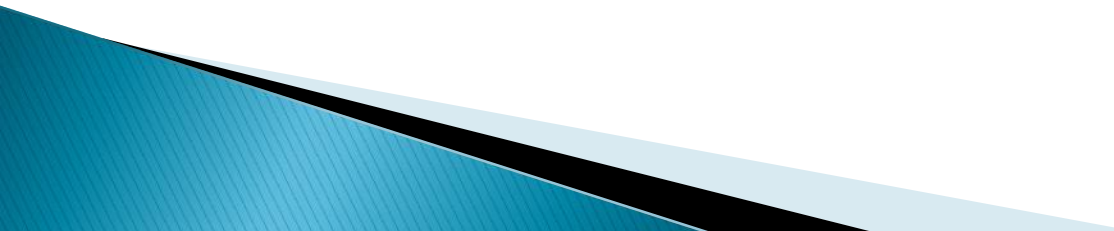
# Encefalitt?

- ▶ Forvirring
  - ▶ Varierende bevissthetsnivå
  - ▶ Økt muskeltonus
  - ▶ Lettgradig hyperrefleksi
  
  - ▶ Spinalvæske
  - ▶ Startet Acyklovir
  - ▶ MR caput + EEG
- 

# Medikament-intox?

- ▶ Varierende bevissthetsnivå
  - ▶ Antikolinerge sympt (mydriasis, urinretensjon)
  - ▶ Myoklonier
  - ▶ Sykehistorie (intox)
- 

# Trombose?

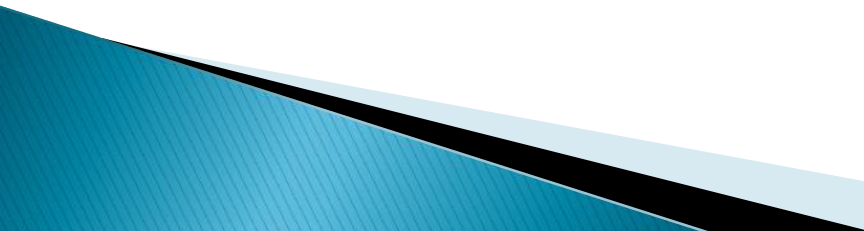
- ▶ Delirsymptomer
  - ▶ Brystsmerter
  - ▶ Økende tungpust
  - ▶ D-dimer
  - ▶ Blodgass
  - ▶ Startet fulldose Fragmin
- 

# Videre forløp

- ▶ Hjerterteovervåkning i 3 d
- ▶ Ingen tegn til hypertermi
- ▶ EEG + MR caput: ua
- ▶ Overført inf.med dag 4
- ▶ Etter hvert klar og orientert
- ▶ CT thorax og scint avbestilt
- ▶ Acyklovir og Fragmin seponert
- ▶ Bedret hukommelse
- ▶ Gradvis avtagende mydriasis og koordinasjonsproblemer



# Utskrivelse

- ▶ Tilsett av Liasonpsykiater dag 5:  
"Det fremkommer ingen tegn til psykose og stemningsleiet er helt upåfallende"  
"..sannsynlig serotonergt syndrom etter moderat dosering venlafaxin?".
  - ▶ Anbefalt Cyp screening og videre oppfølging hos fastlegen
  - ▶ Utskrevet etter 8 dager uten neurologiske symptomer
- 

# Noe å lære av?



- ▶ En psykose er ikke nødvendigvis en psykose
- ▶ Somatisk avklaring er ikke nødvendigvis somatisk avklaring– obs tilstander som fluktuerer
- ▶ ”Kjent” bipolar lidelse betyr ikke alltid veldokumentert diagnose
  
- ▶ Husk bivirkninger av medikamenter!
- Samarbeid på tvers av spesialiteter– ikke tenke «enten biologi eller psykiatri»