ORGANISKE ÅRSAKER TIL PSYKIATRISKE SYMPTOMER

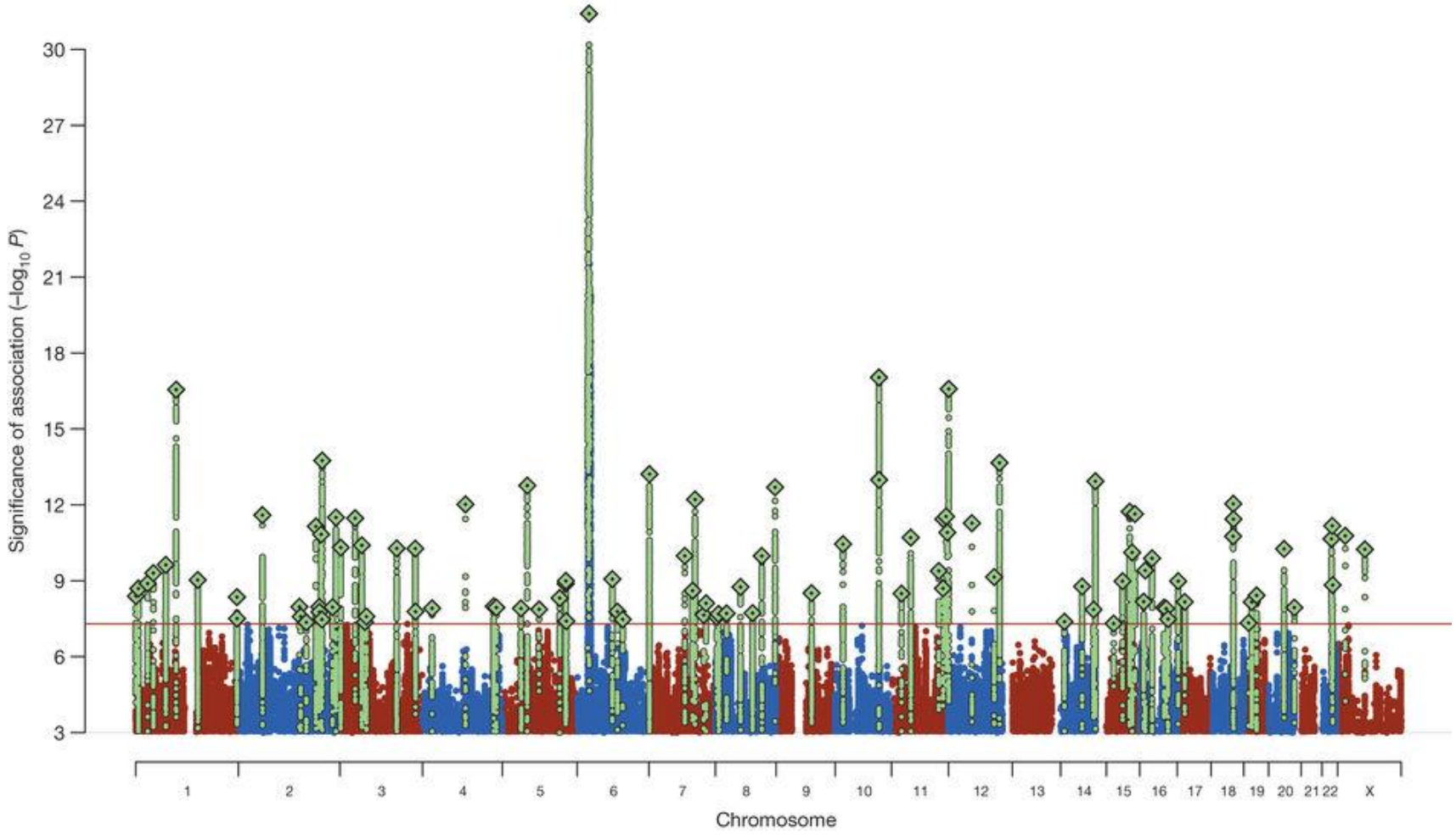
Ingrid Dieset
Overlege ved Akuttpsykiatrisk avdeling, OUS
Forsker NORMENT-senter for psykoseforskning

Oslo universitetssykehus

Kasuistikk #1

- Mann 45 år, opprinnelig fra et land i midtøsten, krigstraumer. Gift, far til 2, eget firma.
- Førstegangsinnlagt med auditive hallusinasjoner, vrangforestillinger, agitasjon.
- Utviklet pneumoni og etter hvert sepsis. Koma.

IMMUNSYSTEMET OG PSYKIATRI



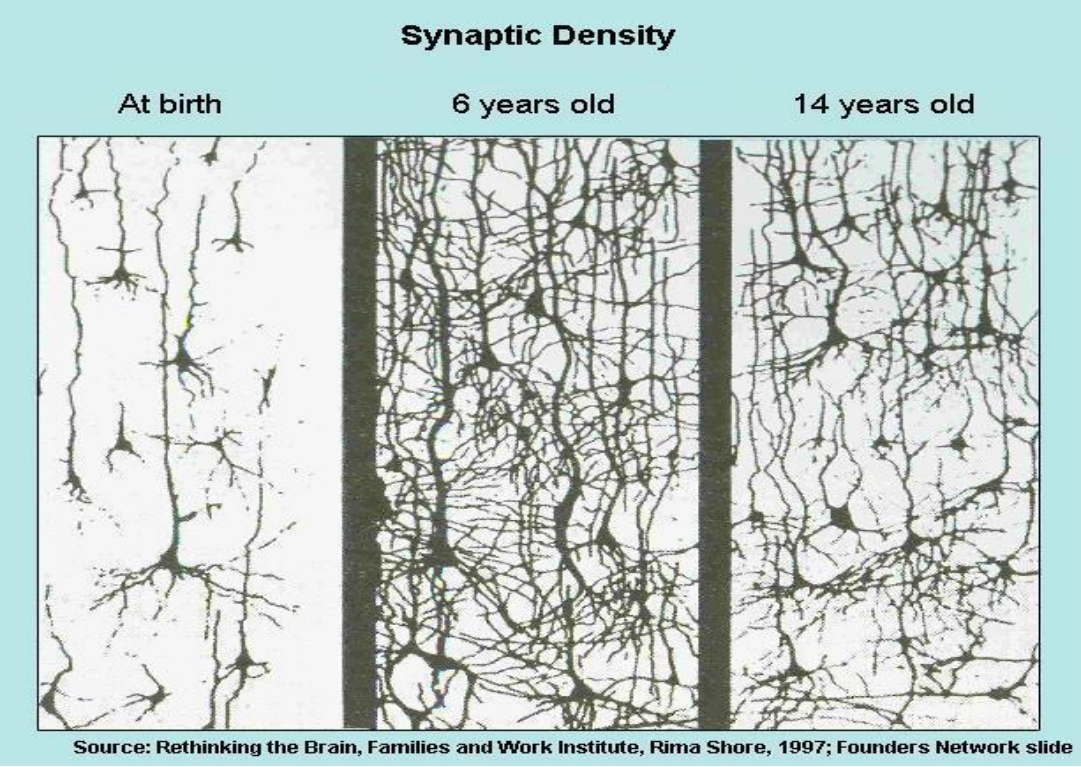
(Ripke et al. 2014)

Published in final edited form as:
Nature. 2016 February 11; 530(7589): 177–183. doi:10.1038/nature16549.

Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4

Aswin Sekar[1,2,3], **Allison R. Bialas**[4,5], **Heather de Rivera**[1,2], **Avery Davis**[1,2], **Timothy R. Hammond**[4], **Nolan Kamitaki**[1,2], **Katherine Tooley**[1,2], **Jessy Presumey**[5], **Matthew Baum**[1,2,3,4], **Vanessa Van Doren**[1], **Giulio Genovese**[1,2], **Samuel A. Rose**[2], **Robert E. Handsaker**[1,2], **Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium**[6], **Mark J. Daly**[2,7], **Michael C. Carroll**[5], **Beth Stevens**[2,4], and **Steven A. McCarroll**[1,2]

[1]Department of Genetics, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.



Schizophrenia and autoimmune diseases

Article

Association of Schizophrenia and Autoimmune Diseases: Linkage of Danish National Registers

William W. Eaton, Ph.D.

Majella Byrne, Ph.D.

Henrik Ewald, Dr.Med.Sc.

Ole Mors, Ph.D.

Chuan-Yu Chen, Ph.D.

Esben Agerbo, M.S.

Preben Bo Mortensen, M.D., Dr.Med.Sc.

Objective: Individuals with schizophrenia and their relatives tend to have either higher or lower than expected prevalences of autoimmune disorders, especially rheumatoid arthritis, celiac disease, autoimmune thyroid diseases, and type 1 diabetes. The purpose of the study was to estimate the association of schizophrenia with these disorders as well as a range of other autoimmune diseases in a single large epidemiologic study.

Method: The Danish Psychiatric Register, the National Patient Register, and a register with socioeconomic information were linked to form a data file that included all 7,704 persons in Denmark diagnosed with schizophrenia from 1981 to 1998 and their parents along with a sample of matched comparison subjects and their parents. The data linkage required that the autoimmune disease occur before the diagnosis of schizophrenia.

Results: A history of any autoimmune disease was associated with a 45% increase in risk for schizophrenia. Nine autoimmune disorders had higher prevalence rates among patients with schizophrenia than among comparison subjects (crude incidence rate ratios ranging from 1.9 to 12.5), and 12 autoimmune diseases had higher prevalence rates among parents of schizophrenia patients than among parents of comparison subjects (adjusted incidence rate ratios ranging from 1.3 to 3.8). Thyrotoxicosis, celiac disease, acquired hemolytic anemia, interstitial cystitis, and Sjögren's syndrome had higher prevalence rates among patients with schizophrenia than among comparison subjects and also among family members of schizophrenia patients than among family members of comparison subjects.

Conclusions: Schizophrenia is associated with a larger range of autoimmune diseases than heretofore suspected. Future research on comorbidity has the potential to advance understanding of pathogenesis of both psychiatric and autoimmune disorders.

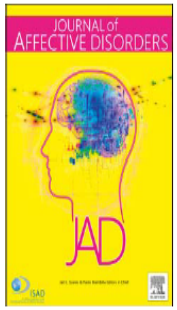
(Am J Psychiatry 2006; 163:521–528)

Journal of Affective Disorders 227 (2017) 31–37

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research paper

Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study

Ling-Yi Wang[a], Jen-Huai Chiang[b], Shih-Fen Chen[c], Yu-Chih Shen[d,*]

[a] *Epidemiology and Biostatistics Consulting Center,Department of Medical Research and Department of Pharmacy, Tzu Chi General Hospital, Hualien, Taiwan*
[b] *Management Office for Health Data, China Medical University Hospital at Taichung, and College of Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan*
[c] *Department of Molecular Biology and Human Genetics, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan*
[d] *Department of Psychiatry, Tzu Chi General Hospital at Hualien, and School of Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan*

Kasuistikk #2

- Kvinne 37 år fra et land utenfor europa, to mindreårige barn, i jobb
- Tidligere psykiatrisk og somatisk frisk, ingen rus
- Plutselig religiøs for 2-3 mnd. siden
- Oppsøkte legevakten flere ganger og beskyldte familien for vold

Kasuistikk #2

- Mannen ringte legevakten etter en tilspisset situasjon i hjemmet
- Vurdert som psykotisk og lagt inn på Akuttpsykiatrisk avdeling
- Symptomer ved innkomst: forvirret, opptatt av at mannen mishandlet henne, agitert, verbalt truende, etter hvert også fysisk truende/utagerende mot personalet

Kasuistikk #2

- Utfordrende adferd, mye uforutsigbar vold mot sykepleiere
- Skjermingstrengende, dvs. andre pasienter måtte beskyttes
- Liten effekt av Zyprexa, noe mer av Diazepam
- Flere forsøk på supplerende undersøkelser måtte avbrytes fordi hun gikk til angrep på personalet som skulle undersøke henne

Kasuistikk #2

- Fikk tatt en EEG etter 2 uker som viste uspesifikke patologiske funn
- MR caput etter 3 uker som viste inflammatoriske forandringer bilateralt
- Spinalpunksjon bekreftet anti-NMDA reseptor encefallitt
- Overført til medisinsk intensiv post, sedert og behandlet

Psychosomatics 2017:58:228–244
© 2017 The Academy of Psychosomatic Medicine. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Review Article

Autoimmune Encephalopathy for Psychiatrists: When to Suspect Autoimmunity and What to Do Next

Mark Oldham, M.D.

Autoimmune (limbiske) encefalitter

Akutt til subakutt debut – dager/uker

Hukommelsestap

Konfusjon

Depresjon

Agitasjon

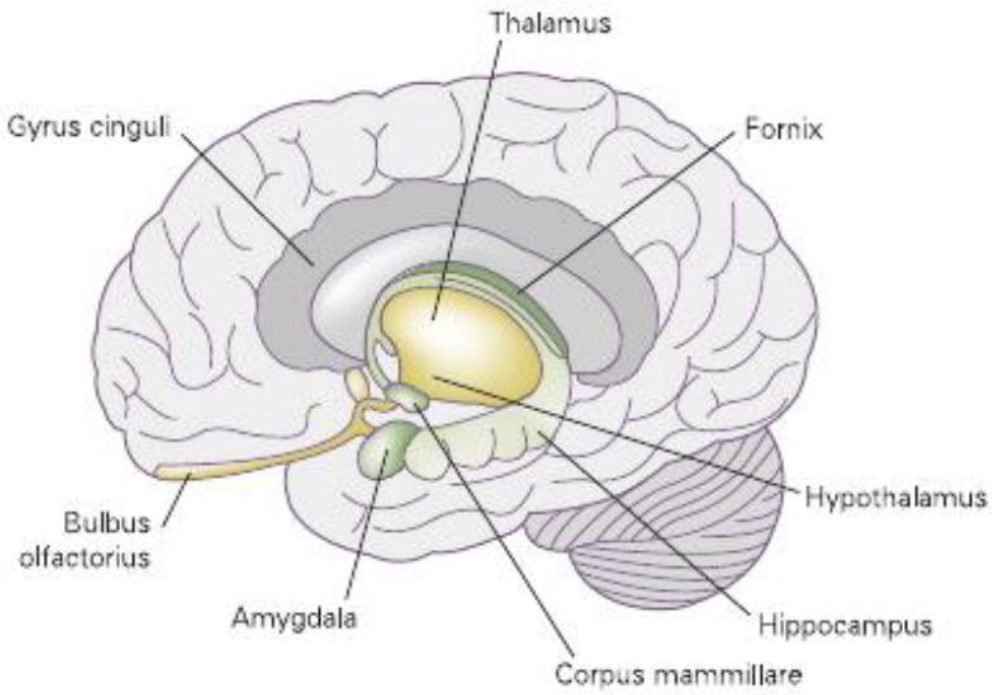
Hallusinasjoner (hørsel vanlig, men også syn)

Epileptiske anfall, GTK eller fokale

Hyponatremi

Limbisk encefalitt – en diagnostisk utfordring Anette Storstein, Alla Bru, Christian A. Vedeler, Tidsskriftet 2007

Artikkel tidsskriftet Limbiske encefallitterr 2007



Det limbiske system

Anti NMDA receptor encefalitt

Nedsatt allmenntilstand i dager/uker

Psykose

Agitasjon

Katatoni

Autonome symptomer (eks. urinretensjon)

Hyperkinsier (eks. kjevedystoni)

Epileptiske anfall

OBS! personer <50 år, særlig barn og unge, som utvikler rask adferdsendring eller psykose, unormale bevegelser, og autonom instabilitet

Spinalpunksjon: Pleocytose, forhøyet protein og autoantistoffer mot nevronale overflateantigener (AMPAR 1og 2, NMDAR, GABARB, DPXX, CASPR-2, LGI1, mGluR1, VGCC og VGKC) eller intracellulære ("paraneoplastiske") nevronantigener (Hu CV2, amfifysin, Ri, Yo, Ma2 eller Ta)

MR: Over halvparten har unormal MR med affeksjon av temporallappene eller cortex.

EEG: Ofte diffus fronotemporal langsom aktivitet. Extreme delta brush.

Klinisk nevrologisk undersøkelse: kan være upåfallende

Malignitet må utelukkes

Anti-NMDA-reseptorencefalitt

BAKGRUNN I 2007 ble det for første gang beskrevet et klinisk syndrom forårsaket av autoantistoffer rettet mot N-metyl-D-aspartat (NMDA)-reseptoren. Anti-NMDA-reseptorencefalitt er en subakutt, autoimmun nevrologisk tilstand med psykiatriske manifestasjoner. Sykdommen er en form for limbisk encefalitt og er ofte paraneoplastisk. Tilstanden lar seg behandle. I denne oversiktsartikkelen gjennomgås sykdomsutvikling, klinisk praksis, diagnostikk og behandling.

KUNNSKAPSGRUNNLAG Artikkelen er basert på litteratur hentet fra søk i PubMed samt et skjønnsmessig utvalg artikler fra eget litteraturarkiv.

Kristine Engen
kristine.engen@medisin.uio.no
Ingrid Agartz
NORMENT – Norsk senter for forskning på mentale lidelser
K.G. Jebsen – senter for psykoseforskning
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo
og
Avdeling for psykiatrisk forskning
Diakonhjemmet Sykehus

Virale encefalitter

Herpes simplex virus (HSV 1 og HSV2)
Varicella (VZV)
Tick borne (TBE)
Epstein Barr (EBV)
Humant herpes virus 6 (HHV 6)
Adeno, Entero, Polio, Influensa A, **Morbilli**, **Parotitt**, Rubella, **HIV,** Hepatitt E,
Japanese B, West Nile, Rabies
Ukjent etiologi (50–60 %)

Andre infeksiøse årsaker

Borrelia

Mycoplasma

Chlamydia

Listeria

Legionella

Tbc

Cerebral malaria

Cysticercose

Treponema pallidum (syfilis)

frontiers in Psychiatry

ORIGINAL RESEARCH
published: 16 February 2017
doi: 10.3389/fpsyt.2017.00025

Red Flags: Clinical Signs for Identifying Autoimmune Encephalitis in Psychiatric Patients

Julia Herken[1,2] *and Harald Prüss*[1,2]*

[1] *Autoimmune Encephalopathies Group, German Center for Neurodegenerative Diseases (DZNE) Berlin, Berlin, Germany*
[2] *Department of Neurology and Experimental Neurology, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany*

Når skal **vi** mistenke encefalitt?

Rask forverring av psykotiske symptomer til tross for medisiner

Rare bevegelser og katatoni

Autonom aktivering

Fokale nevrologiske utfall, afasi, dysartri

Nedsatt bevissthetsnivå, dårlig kontaktevne

Hodepine og hyponatremi

Andre autoimmune sykdommer

Epilepsi, funn i spinalvæske,
mistanke om malignt nevroleptikasyndrom,
funn på MR og/eller EEG

Editorial

Time for a change of practice: the real-world value of testing for neuronal autoantibodies in acute first-episode psychosis†

Thomas A. Pollak and Belinda R. Lennox

Summary

It is time that all patients with acute-onset psychosis are screened for autoimmune encephalitis, that lumbar puncture becomes a routine psychiatric investigation and that immunotherapy is available in indicated cases. We call for a culture change in the management of psychosis by psychiatry.

Declaration of interest

None.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2018. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The psychopathology of NMDAR-antibody encephalitis in adults: a systematic review and phenotypic analysis of individual patient data

Adam Al-Diwani, Adam Handel, Leigh Townsend, Thomas Pollak, M Isabel Leite, Paul J Harrison, Belinda R Lennox, David Okai, Sanjay G Manohar, Sarosh R Irani

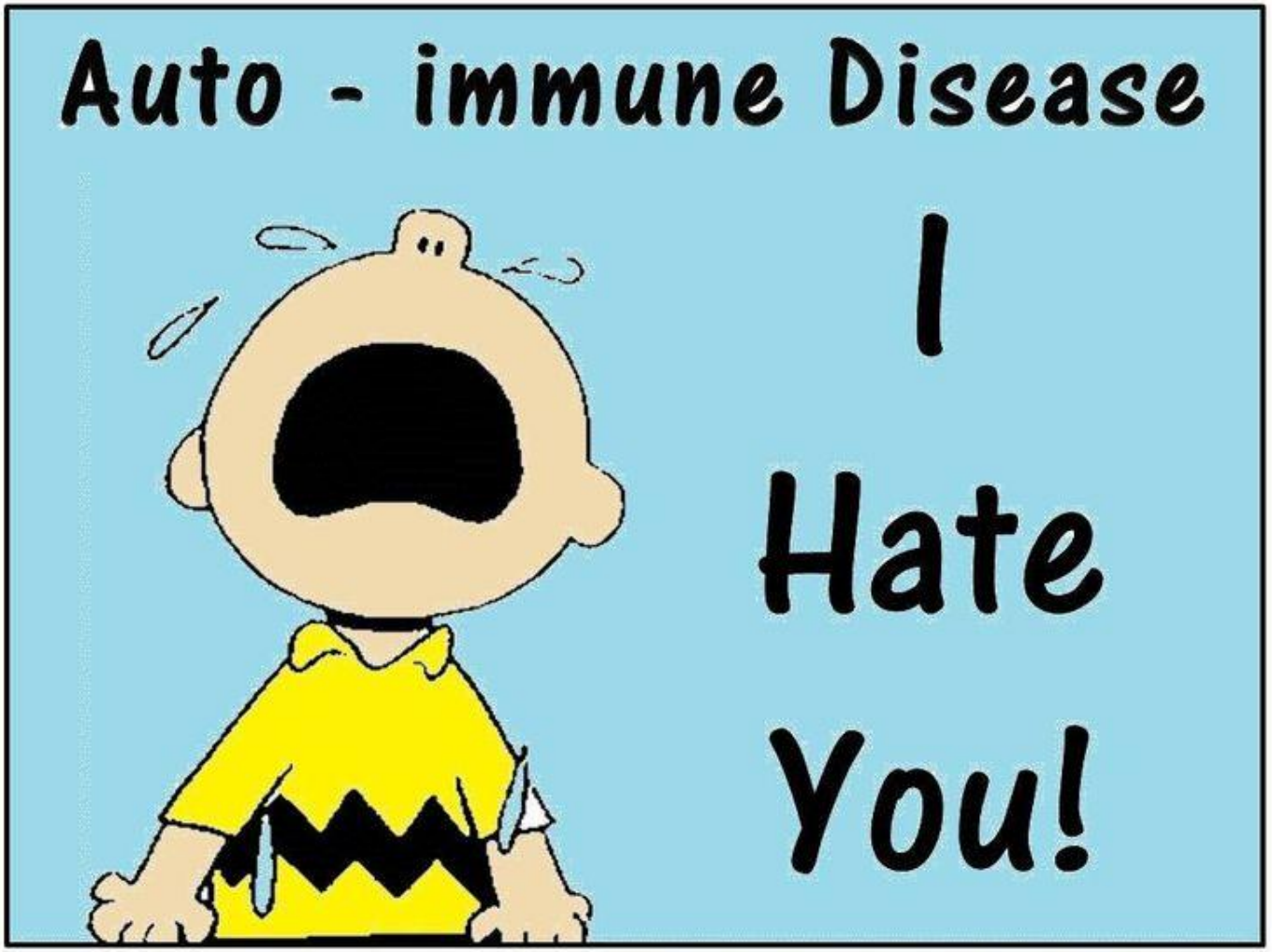
Summary

Background Early immunotherapy administration improves outcomes in patients with N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR)-antibody encephalitis. As most patients with NMDAR-antibody encephalitis present to psychiatrists, the psychopathology of NMDAR-antibody encephalitis needs to be clearly defined to encourage accurate clinical identification and prompt treatment.

Lancet Psychiatry 2019; 6: 235–46

Published Online February 11, 2019 http://dx.doi.org/10.1016/

Andre autoimmune sykdommer



Systemic lupus erythematosus (SLE):

Psykiatriske manifestasjoner i ulike materialer

• Akutt forvirring	4 - 7%
• Psykoser	3 - 5%
• Angstlidelser	1 - 24%
• Kognitive forstyrrelser	3 - 80%
• Depresjoner	14 - 44%
• Autonome dysfunksjoner (”psykosomatikk”)	?

(Malts lærebok)

Kasuistikk #3

- 48 å gammel mann, kjent diabetes og hypertensjon, psykiatrisk frisk, ikke rus
- to ukers sykehistorie med hodepine og generell sykdomsfølelse, ingen feber eller andre infeksjonstegn
- Utviklet depresjon, etter noen dager beskrevet som desorientert, lite samarbeidsvillig og aggressiv
- Forsøkte å suicidere ved henging

Autopsy Case Reports

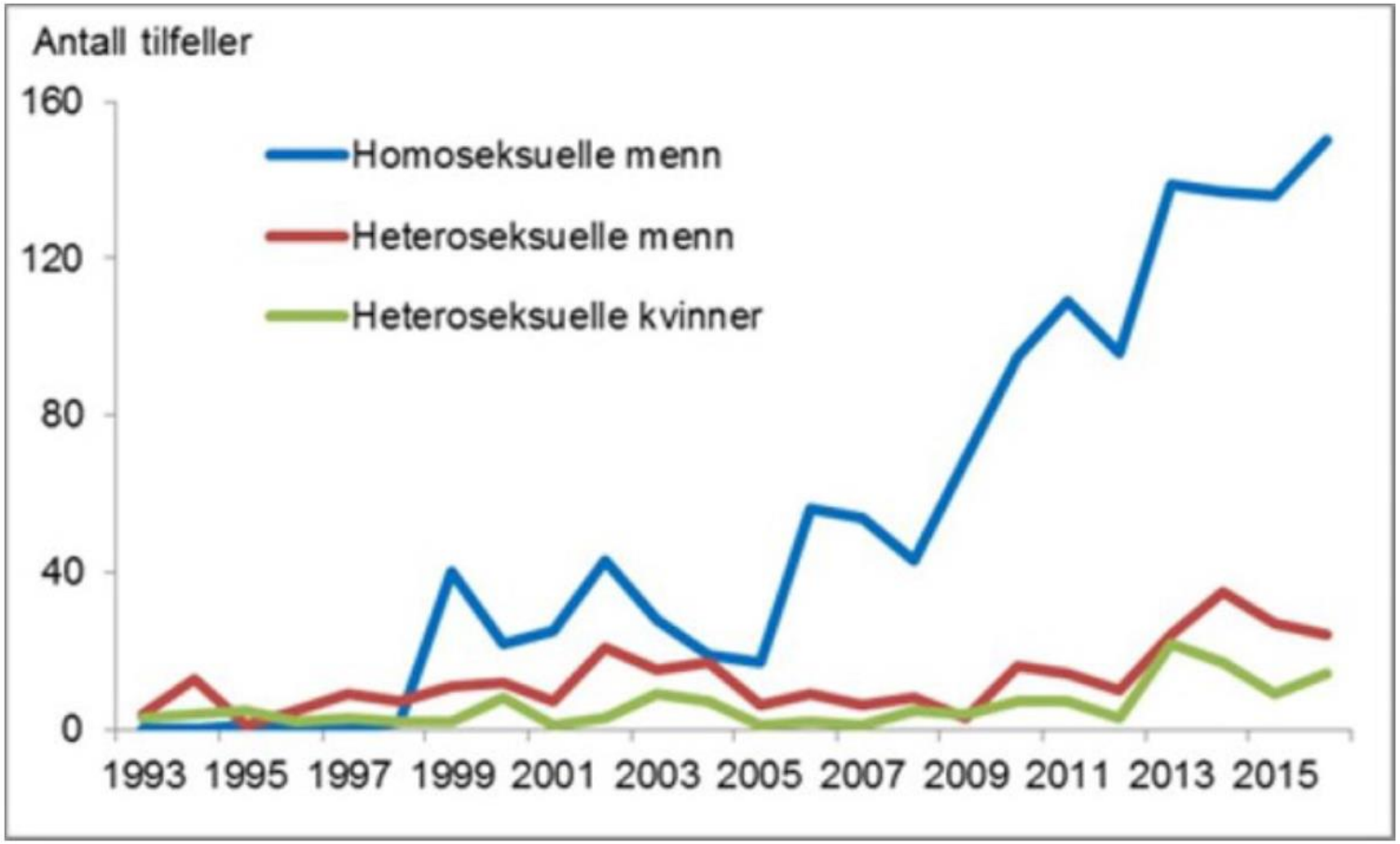
Article / Clinical Case Report
Artigo / Relato de Caso Clínico

Atypical behavioral and psychiatric symptoms: neurosyphilis should always be considered

Lucas Lonardoni Crozatti[a], Marcelo Houat de Brito[a], Beatriz Noele Azevedo Lopes[a], Fernando Peixoto Ferraz de Campos[b]

Crozatti LL, Brito MH, Lopes BNA, Campos FPF. Atypical behavioral and psychiatric symptoms: Neurosyphilis should always be considered. Autopsy Case Rep [Internet]. 2015;5(3):43-47. http://dx.doi.org/10.4322/acr.2015.021

Syfilis


Antall tilfeller
160
120
80
40
0
Homoseksuelle menn
Heteroseksuelle menn
Heteroseksuelle kvinner
1993 1995 1997 1999 2001 2003 2005 2007 2009 2011 2013 2015

Syfilis

- Seksuell kontakt, blodoverføring, smitte fra mor til barn under svangerskap og fødsel
- Obs! høy forekomst i enkelte land – sjekk folkehelsa https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/syfilis---veileder-for-helsepersone/#forekomst-i-norge

Primær (3 uker etter smitte, sår på kjønnsorganer, forsvinner) og sekundær syfilis (6-12 uker etter smitte, generell sykdomsfølelse)

Tertiær syfilis

Ca. 30% av de ubehandlede syfilispasientene utvikler tredje stadium.

Etter 10-12 år, (evt. lengre) kan manifestasjoner i sentralnervesystemet med utvikling av nevrologiske og psykiatriske symptomer (nevrosyfilis).
Slapphet, trøtthet, hodepine og diverse diffusitas, konfusjon, psykose

Kasuistikk #4

- 43 år gammel mann, jobber i et kreativt yrke
- Plukket av opp av politiet på en motorvei etter at noen hadde meldt fra om uvettig kjøring
- Snakket usammenhengende, forvirret og svært aggressiv
- Legevakt: sannsynligvis rusutløst
- Brakt i håndjern til Akuttavdelingen

Hva er dette?

Uro i kroppen (skjelving, kribling og diffuse ubehag)
Hodepine
Svimmelhet

Tung pust (kroppen jobber på lavt gir)
Hjertebank
Dårlig konsentrasjon
Slapphet

Søvnvansker
Angst
Depressivitet
Gråtetokter, tristhetsfølelse
Forvirring, asosial opptreden, irritabilitet
Selvmordstanker

Kasuistikk #4

Hva er dette?

Han klarnet helt opp etter å ha fått noen brødskiver med syltetøy

Svar: hypoglykemi

Hyperglykemi: **trøtthet og slapphet**, hyppig vannlating, tørste, **nedstemthet**, hyppige infeksjoner, dårlig sårtilheling, kløe og svie nedentil

Økt risiko for dødelighet som følge av diabetes ved shizofreni

Diabetes	**4.6**	**6.2**

(Crump et al. 2013)

Økt risiko for dødelighet som følge av diabetes ved bipolar lidelse

Diabetes	**3.5**	**4.3**

(Crump et al. 2013)

Hypotyroidisme

Fatigue

Kuldeintoleranse

Vektoppgang

Forstoppelse

Stort søvnbehov

Depresjon

Alvorlig: psykose («myxedema madness»)

OBS! bivirkning av psykofarmaka (f.eks. litium)

Årsak	Typiske funn	Hormoner	Antistoffer
Primær (autoimmun) hypotyreose	Atrofisk kjertel	TSH↑ fT4↓	aTPO ++ (hos 90 %)
Strålebetinget, konvensjonell eller Radiojodbehandling	Atrofisk kjertel (obs sykehistorie)	TSH↑ fT4↓	Avhengig av primærsykdom
Hashimoto	Struma	TSH↑ fT4↓	aTPO +++
Jodmangel	Struma, ofte knuter	TSH↑ fT4 normal/↓	Negative/ aTPO +
Sentral hypotyreose	Atrofisk kjertel. OBS andre tegn til hypofyseskade	TSH↓ /normal fT4↓	Negative

Kilde: Metodebok for indremedisin, OUS

Hypertyroidisme

Svette
Varme intoleranse
Vekttap
Tremor
Takykardi
Fatigue
Generalisert angst
Depresjon
Irritabilitet
Hypomani
Kognitiv affeksjon
Alvorlig (tyrotoksikose): mani
OBS! tenk på overdosering hos pasienter som står på Levaxin

Årsak	Sympt.	Typiske funn	Hormoner	Antistoffer	Scintigrafi
Graves, Basedow	Uttalte	Diffust forstørret, myk kjertel, ofte karsus over kjertelen. Oftalmopati (50 %)	TSH: <0,03 fT4: lett / kraftig forhøyet, fT3: høy	TRAS+++ antiTPO ++	Unødvendig
Toksisk multinodulært struma	Milde Obs eldre personer	Asymmetrisk fast, knutet, kan bli stor, intrathoracal	TSH ↓ fT4 og fT3↑, evt. normale	Varierende, ikke diagnostisk	Ujevnt opptak i forstørret kjertel
Toksisk adenom	Milde Middelaldrende/eldre	Palpabel knute, glatt, bevegelig (suppl med UL)	TSH ↓ fT4 og fT3↑, evt. normale	Negative	Høyt opptak forenlig med varm knute
Subakutt thyreoiditt/ de Quervain	Varierende, forbigående halssmerter – moderat til uttalt sykdomsfølelse	Tyroidea ofte asymmetrisk forstørret. Småknutet, ømfindtlig	Hyperthyreose primært, deretter overgående lavt stoffskifte	Negative SR↑↑ CRP↑↑	Nedsatt opptak i hyperthyreot fase. Deretter normalt opptak.
Post-partum thyreoiditt	Milde, oftest forbigående	3-6 mndr pp. Lett forstørret, glatt kjertel	TSH↓-0 fT4↑ OBS hypotyreose etterpå	aTPO+++	Unødvendig Bør ikke utføres på ammede kvinne.
Autoimmun thyreoiditt/ Hashimoto - Hashitoksikose	Fra mild hyperfunksjon deretter hypofunksjon	Normal/. forstørret, fast elastisk, fritt bevegelig	TSH ↓ fT4↑ Hypotyreose etterhvert/ år	aTPO+++	Unødvendig Ultralyd med spørsmål om lav ekkogenitet
TSH-produserende hypofyseadenom	Gradvis økende	Normal/ lett forstørret OBS andre tegn på hypofysetumor	TSH ↑/norm fT4↑	Negative	Diffust økt opptak (unødvendig)
Thyreotoksikosis factitia	Kan være uttalte	Upåfallende kjertel. Psyk. lidelse i bakgrunnen	TSH↓TG 0 fT4/ fT3↑	Negative	Nedsatt/Manglende opptak I kjertelen

Kilde: Metodebok for indremedisin, OUS

Hypo- og hyperparatyroidisme

Symptomer på lavt kalsium
Parestesier
Kramper
Angst
Irritabilitet
Mani og psykose
D-vitamin mangel

Symptomer på høyt kalsium
Depresjon,
Apati
Irritabilitet
Manglende initiativ og evne til spontanitet
Alvorlig: delir med med psykose, katatoni, lethargi, koma.
OBS! Kan ses ved langvarig litiumbehandling

Cushing

Sentral fedme
Rundt ansikt
Rødme i kinn
Diabetes mellitus, eller nedsatt glukosetoleranse
Gonadal dysfunksjon
Hirsutisme, akne
Hypertensjon
Proksimal muskelsvakhet
Atrofisk hud og lett for å få blåmerker, striae, hyperpigmentering
Osteoporose
Depresjon og følelsesmessig labilitet (mani, psykose og angst)

Cushings syndrom kan skyldes både økt produksjon av ACTH fra hypofysen (ca. 80 % av tilfellene) eller en svulst i binyrebarken (10–15 %).

OBS!! Pasienter som står på steroider/kortison (f.eks prednisolon)

Sett en endokrinolog på saken:
Fritt cortisol i spytt sen kveld
Kort deksametason-hemningstest
Fritt kortisol i døgnurin

The Neuropsychiatric Profile of Addison's Disease: Revisiting a Forgotten Phenomenon

Rebecca E. Anglin, B.Sc., M.D.
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., M.D., F.R.C.P.(C.)
Michael F. Mazurek, M.D., F.R.C.P.(C.)

J Neuropsychiatry Clin Neurosci 18:4, Fall 2006

Addison

Hypotension

Anoreksi

Kvalme og oppkast

Hyperpigmentering

Elektrolyttforstyrrelser

Anhedoni, apati, vekttap, fatigue

Vrangforestillinger (56%)

Hallusinasjoner (40%)

Depresjon (44%)

Aggresjon (24%

Angst (24%)

Mani (12%)

(kilde: Anglin et al. 2006)

Kasuistikk #5

- Kvinne 63 år, IQ i nedre sjikt. 2 tidligere innleggelser på tidlig 90-tallet (depresjon), har klart seg tålelig bra siden.
- Innlagt med spørsmål om psykose: desorientert, desorganisert adferd, ideer om at maten var forgiftet, fluktuerende bilde
- Prøver ved innkomst: hypokalemi, hyponatremi, manglet det meste av vitaminer

MANGELSYKDOMMER OG PSYKIATRI

Published in final edited form as:
Schizophr Res. 2016 September ; 176(1): 23–35. doi:10.1016/j.schres.2014.06.027.

Autoimmune diseases, gastrointestinal disorders and the microbiome in schizophrenia: More than a gut feeling

Emily G. Severance[a], **Robert H. Yolken**[a], and **William W. Eaton**[b]

[a]Stanley Division of Developmental Neurovirology, Department of Pediatrics, Johns Hopkins University School of Medicine, 600 N. Wolfe Street, Blalock 1105, Baltimore, MD 21287-4933 U.S.A

[b]Department of Mental Health, Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD, U.S.A

Vitamin D Insufficiency in Psychiatric Inpatients

RYLANDER, MELANIE MD; VERHULST, STEVEN PhD

Journal of Psychiatric Practice: July 2013 - Volume 19 - Issue 4 - p 296–300
doi: 10.1097/01.pra.0000432599.24761.c1
Articles

Retrospektiv studie
75 % av alle inneliggende pasienter hadde vit D mangel
BARE 37 % hadde fått vit-D tilskudd i løpet av behandlingen

Assosiert med depresjon (mulig en årsak i noen tilfeller), fatigue/trøtthet,søvnproblemer,↓kognitiv funksjon (konsentrasjonsproblemer), irritabilitet, nedsatt libido

Mye forskning knyttet til psykose

Vitamin B12 (kobalamin)

(Assosiert med depressive symptomer)

nutrients

MDPI

Article

Effects of Two-Year Vitamin B_{12} and Folic Acid Supplementation on Depressive Symptoms and Quality of Life in Older Adults with Elevated Homocysteine Concentrations: Additional Results from the B-PROOF Study, an RCT

(Koning et al. 2016)

Vitamin B12 (kobalamin)

Kan skyldes en rekke årsaker: mage-tarm sykdommer, perniciøs anemi, dårlig kosthold (f.eks ekstremt vegetar), alkoholisme

Bør egentlig måle folat og homocystein (hcy) som er forhøyet dersom folatmangel (obs! antiepileptika) skyldes lavt B12

Ved B12 i nedre ref.område: metylmalonsyre (MMA) – indikerer B12 mangel uten folatmangel

Hva skal man være obs på ved endret adferd og/eller kognisjon hos pasienter med:

- Demens
- Hypertensjon
- Dehydrering
- Høy alder
- Infeksjon
- Smerter
- Urinretensjon
- Hjertesykdom
- Polyfarmasi
- Seponering av A og B preparater
- Lungesykdom
- Brudd
- Nedsatt O2-metning
- Elektrolyttforstyrrelser
- Seponering av alkohol
- Metabolske sykdommer

Wernicke encefalopati og Korsakoffs psykose

Thiaminmangel (B1) p.g.a.:

Alkohol og feilernæring

Hyperemesis gravidarum

Andre tilstander med vedvarende brekninger eller avmagring (kreft, rusmisbruk)

Malabsorbsjon (Mb Crohn, etter operasjon med tynntarmsreseksjon for ekstrem overvekt)

Langvarig faste

Anorexia nervosa, andre psykiatriske tilstander

Tiaminfattig parenteral ernæring (Kilde: NEL)

Øyemotilitetsforstyrrelser (forstyrrelse i øyemusklenes funksjon): nystagmus (hos 85%), blikkpareser (feks abducensparese), ptose. Treg pupillereaksjon og papilleødem kan forekomme.
Ataksi: særlig i underekstr., ustø gange.
Mentale symptomer: konfusjon, redusert våkenhet. Kan variere fra helt subtile forandringer til koma.

Andre symptomer: hypotensjon, hypotermi, bradykardi

CDT (Carbohydrate deficient transferrin)

Ved regelmessig inntak av alkohol over en viss mengde vil CDT øke

- En uke med mer enn 50 g alkohol (4 enheter) daglig fører til patologisk CDT hos 50%
- En uke med mer enn 100 g alkohol (8 enheter) daglig vil føre til patologisk CDT hos mer enn 90%

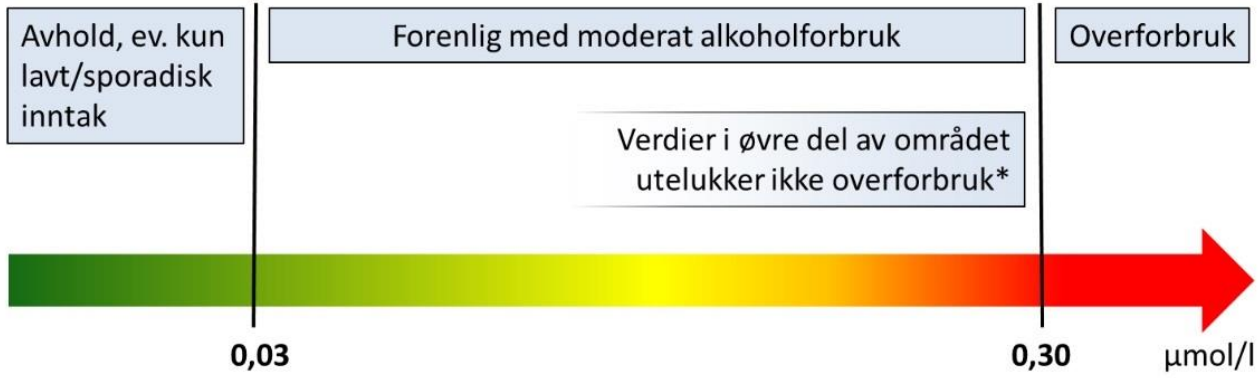
Testens sensitivitet oppgis til 70 - 80%, og spesifisitet til ca. 90% for å oppdage alkoholoverforbruk - men tallene avhenger av definert grense for overforbruk.

NB! En del feilkilder

ELLER ENDA BEDRE: PEth (fosfatidyletanol)

Fortolking

PEth-verdien gjenspeiler det totale alkoholkonsumet de siste 4 ukene før prøvetaking



Kile: Laben på St. Olav

Profylakse til alkoholmisbrukere som innlegges i sykehus uansett årsak:

Tiamin 100 mg im/iv daglig i 3 dager, deretter 50 mg daglig i ytterligere 3 dager, evt lenger

Multivitamin B Forte inj 2ml im daglig i 3 dager, deretter Nycoplus B-total 2tbl 2-3 x daglig i 3 uker

(kilde: NEL)

Metabolske sykdommer

- Defekter i karbohydratmetabolisme: Galaktosemi
- Mitokondrielle fettsyreoksidasjonsdefekter
- Defekter i ketogenese/ ketolyse
- Kreatinmangelsyndromer
- Defekter i aminosyremetabolisme og transport
- Organiske acidurier
- Ureacyclusdefekter
- Sulfitt oksidasedefekt/ molyben kofaktordefekt
- Biotinresponsive sykdommer
- Defekter i kobalamin og folat transport og metabolisme
- Defekter i glutathion og dipeptidmetabolisme
- Kolesterolsyntesedefekter
- Defekter i purin/pyrimidin-metabolisme
- Mukopolysakkaridoser
- Cystinose
- Andre lysosomale avleiringssykdommer
- Peroksisomale sykdommer
- Hyperoksaluri
- CDG-syndromer

- Hemokromatose (genfeil. Tykktarm tar opp for mye jern; tretthet; potensprobl., depresjon osv)

- Porfyri (svikt i evne til å syntetisere hemoglobin; opphopning av mellomprodukter = porfyriner; oftest genetisk; primært irritasjon, uro, depresjoner, søvnforstyrrelser, psykoser, magesmerter vanlig)

Kilde: Lærebok i psykiatri Malt et al

- Psykiatriske symptomer +somatikk/nevro
- Fluktuerende bilde
- Triggerfaktorer
- Mål: ammoniakk, homocystein
- Porfyriprøver
- Er dere i tvil: kontakt Rikshospitalet

Når skal det ringe en bjelle hos oss?

- Atypisk debut atypisk debutalder
- Blomstrende/polymorft symptombilde
- Synshallusinasjoner
- Svingende symptomer
- Forvirring
- Bisarr/desorganisert adferd
- Dyskinesier/dystonier
- Katatoni
- Manglende effekt av medisiner

Hva gjør vi med psykotiske og noen ganger agiterte pasienter som ikke vil ha hjelp?

Oppgave: #1:

vurdere om pasienten er samtykkekompetent

Samtykkekompetanse

Forstå (evnen til å forstå informasjonen som er relevant for beslutningen om helsehjelp)

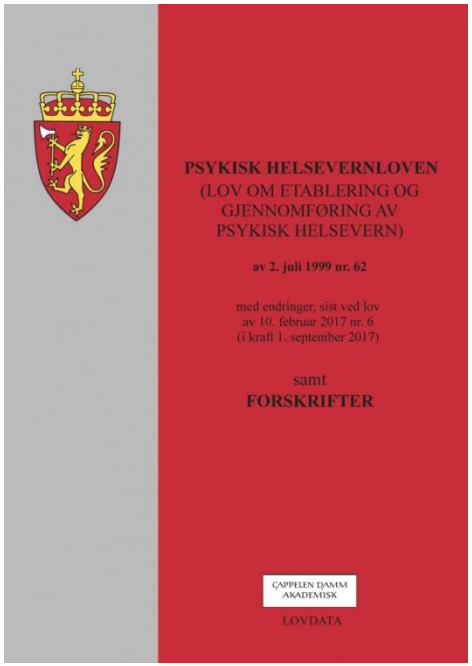
Anerkjenne (anerkjenne konsekvensene av de ulike behandlingsalternativene)

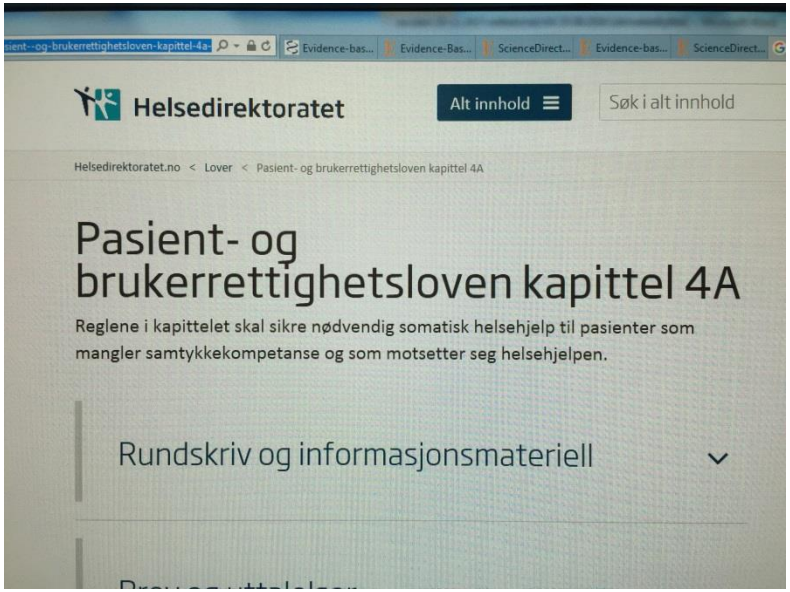
Resonnere (resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene)

Valg (evnen til å uttrykke et valg)

Hva sier lovverket?

Psykisk helsevernloven Pasientrettighetsloven





Psykisk helsevernlovens vilkår

1. Det må foreligge en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand
2. Pasienten mangler åpenbart samtykkekompetanse (to unntak: fare for eget liv eller fare for andres liv eller helse)
3. Det må være den klart beste løsningen for pasienten

Pasientrettighetsloven kapittel 4A

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen

https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a#vedtak-etter-pasient--og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a

Vedtak om somatisk helsehjelp til pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A)

NB! Les vedlagte veiledning for utfylling av skjemaet. Skjemaet skal fylles ut elektronisk før det skrives ut for signatur – rubrikkene ekspanderer etter behov.

1. Ansvarlig for helsehjelpen (vedtaksfatter) Jf. § 4A-5 første ledd

Navn	Stilling/yrke	Telefon

Virksomhet (navn, adresse)

2. Hvem vedtaket gjelder (pasient)

Etternavn, fornavn	Fødselsdato
Bostedsadresse	Telefon

3. Beskrivelse av pasientens helsetilstand, hvilken helsehjelp som vurderes iverksatt og hvordan pasienten motsetter seg helsehjelpen Jf. §§ 4 A-2 og 4 A-3

4. Vurdering av pasientens samtykkekompetanse i forhold til den aktuelle helsehjelpen Jf. § 4 A-2 første ledd, jf. § 4-3 fjerde ledd

4.1 Begrunnelse

4.2 Hvem har vurdert samtykkekompetansen

Navn	Stilling/yrke	Telefon

5. Beskrivelse av tillitsskapende tiltak/andre løsninger uten bruk av tvang, eventuelt begrunnelse for hvorfor tillitsskapende tiltak ikke har vært forsøkt Jf. § 4 A-3 første ledd

6. Beskrivelse av tvangstiltak som skal benyttes Jf. § 4 A-4

	Kryss av	Frekvens	Nærmere beskrivelse av tiltaket
A. Innleggelse i helseinstitusjon			
B. Tilbakeholdelse i helseinstitusjon			
C. Bevegelseshindrende tiltak			
D. Bruk av reseptbelagte midler			
E. Inngrep i kroppen			
F. Varslingssystemer			
G. Pleie og omsorg eller andre tiltak			
H. Tannbehandling			

Take home message

- Sykehistorie, sykehistorie, sykehistorie
- Virkeligheten kan være komplisert
- Husk at hjernen og kroppen henger sammen
- Bit dere merke i alt som er atypisk (atypisk debut, atypiske symptomer, brå endringer
- Tenk utenfor boksen - utelukke alvorlige diagnoser
- Konferer med kollegaer
- Ikke ta deres konklusjoner for god fisk

Tid for eksamen:

Gå til følgende side:

https://beta.legeforeningen.no/utdanning/kurs/

Under overskriften "Nettkurs", følg anvisningene - dvs logg deg inn som medlem eller ikke-medlem.

Er du medlem er brukernavnet medlemsnummer. Klikk "glemt passord dersom du mangler passord.

Inne på nettkursportalen ser du alle våre nettkurs sortert under obligatoriske og valgfrie kurs. Kursprøven i emnekurs nevropsykiatri ligger under obligatoriske kurs.