UGESKRIFT FOR LÆGER

Kasuistik

Forsinket diagnostik af Guillain-Barrés syndrom hos en patient med psykisk sygdom

Birka Damlund[1] & Bülent Uslu[2]

1) Akutafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Køge, 2) Anæstesiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Ugeskr Læger 2026;188:V04260297. doi: 10.61409/V04260297

Nedenfor præsenteres en sygehistorie om Guillain-Barrés syndrom (GBS), hvor psykiatrisk komorbiditet og somatisering kan have bidraget til diagnostisk forsinkelse.

GBS er karakteriseret ved akut eller subakut indsættende immunmedieret distale symmetriske paræstesier og kraftnedsættelser samt arefleksi i varierende omfang. Derudover følger typisk neurogene smerter og radikulære rygsmerter, og op til en tredjedel har påvirkning af respirationsmuskulaturen, hvor respiratorbehandling kan blive nødvendig. Tilstanden udvikler sig typisk efter en infektion, hvor symptomer tiltager over to uger (maks. fire uger), hvorefter sygdommen når et plateau med efterfølgende remission, der kan vare op til et år. GBS er den mest hyppige årsag til akut neuromuskulær paralyse og rammer på verdensplan 1-2 personer om året pr. 100.000, hvilket i Danmark svarer til 60-120 tilfælde om året. Den er efterhånden velforstået og velbeskrevet, men kan fortsat være svær at diagnosticere, da diagnosen primært stilles ved udførlig anamnese, klinisk undersøgelse, lumbalpunktur med forhøjet proteinniveau og nærnormalt celletal og nerveledningsundersøgelser (ENG og EMG) [1, 2].

Sygehistorie

En 24-årig kvinde diagnosticeret i psykiatrisk regi med OCD, angst og i udredning for skizotypisk lidelse tilses i akutmodtagelsen på grund af brystsmerter. Patienten undersøges og sendes hjem. Fem dage senere melder patienten sig igen i akutmodtagelsen, nu i kørestol grundet smerter over hele kroppen og tiltagende nedsat kraft i underekstremiteterne, som har ført til flere fald i hjemmet. Patienten har svært ved at bidrage fyldestgørende til anamnesen, men pårørende, som følger patienten, beretter, at hun ikke har været ude af sengen de seneste 14 dage, og at de har måttet bære hende, da hun ikke kan støtte på benene. I journalen beskrives patienten ses gående

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

rundt i afdelingen, hvorfor det tolkes som somatisering, som patienten er kendt med. Derudover fremstår patienten psykotisk med høre- og synshallucinationer, hvorfor hun overflyttes til psykiatrisk akutmodtagelse med henblik på indlæggelse. Efter tre dages indlæggelse på psykiatrisk afdeling udskrives patienten med politi, og der noteres i journalen, at patienten ikke skal indlægges hverken i somatisk eller psykiatrisk regi, da det vurderes at forværre hendes psykiske tilstand og ikke gavner hende.

13 dage senere meldes patienten til akutmodtagelsen med åndenød. Der foretages CT, hvor det findes, at hun har bilaterale segmentære lungeembolier og indlægges på denne baggrund til videre behandling. Patienten forværres respiratorisk og overflyttes til intensivafdeling med henblik på behandling med noninvasiv ventilation, da A-gas viser respiratorisk acidose med hyperkapni med et arterielt CO_2-niveau på 16,3 kPa og pH-niveau på 7,11. Senere på dagen gøres der klar til intubation på grund af insufficient oxygering. Inden patienten bliver intuberet, går hun kortvarigt i hjertestop, formodet hypoksisk udløst.

Efterfølgende ses lumbalpunktur med marginalt forhøjet proteinniveau og normalt leukocyttal samt ENG og EMG forenelige med GBS. Patienten er præget af nedsat kraft, arefleksi og neurogene smerter. Patienten ligger efterfølgende på intensivafdeling i fire uger med henblik på respiratorudtrapning og udskrives herefter til genoptræning i neurologisk regi.

Diskussion

Vi ved nu, at der er tale om en neuromuskulær lidelse, og af sygehistorikken godtgøres, at symptomerne ikke tages alvorligt på grund af patientens psykiatriske grundlidelse, og dermed får patienten ikke udført en sufficient neurologisk undersøgelse, hvor man tidligere havde opdaget paræstesier, kraftnedsættelse og arefleksi. Derudover er anamnesen uklar grundet patientens sindstilstand, hvilket besværliggjorde at lægge en reel timeline for udviklingen af patientens symptomer, og dermed om det definitorisk kan være GBS, da der maks. skal være sygdomsudvikling over fire uger [1, 2].

I denne syghistorie bliver patientens somatiske symptomer først antaget som en forværring af hendes psykiatriske tilstand og behandlet derefter. Det belyser en svær del af sundhedsvæsenet, hvor diagnostisk overskygning fører til, at man fejlagtigt tolker somatiske symptomer som værende psykiske [3].

Forskning viser, at gentagne undersøgelser af patienter kendt med somatisering ikke mindsker deres sygdomsangst, men man bør altid undersøge nye somatiske symptomer grundigt for ikke at overse behandlingskrævende sygdom. Når en somatisk årsag er udelukket, kan patienten få terapibehandling via psykiatrisk afdeling, og man bør herefter afstå fra gentagne undersøgelser, da dette kan forværre patientens psykiske tilstand [4, 5].

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

Korrespondance *Birka Damlund.* E-mail: bdam@regionssjaelland.dk

Antaget 17. juli 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 26. oktober 2026

Interessekonflikter BD oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk B, Ambu, Novonesis (Novozymes) B, ChemoMetec, Coloplast B, Lundbeck A, Lundbeck B, Zealand Pharma, Embla Medical. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V04260297

doi 10.61409/V04260297

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

SUMMARY

Delayed diagnosis of Guillain-Barré syndrome in a patient with psychiatric illness

In this case report, a 24-year-old woman diagnosed with psychiatric disorders such as anxiety, OCD and presumably a schizotypical disorder presented with symptoms of Guillain-Barré syndrome. The patient had a history of somatisation, which is why her symptoms were initially overlooked. After several contacts to the emergency department, the patient was hospitalised after finding bilateral lung embolisms. The patient deteriorated quickly and suffered shortly from hypoxic cardiac arrest. Whilst she was in the ICU, she was diagnosed with Guillain-Barré syndrome.

REFERENCER

1. Bellanti R, Rinaldi S. Guillain-Barré syndrome: a comprehensive review. Eur J Neurol. 2024;31(8):e16365. https://doi.org/10.1111/ene.16365
2. De la Cour CD, Harbo T. Guillain-Barré syndrom, 2021. https://nnbv.dk/guillain-barre-syndrom/ (20. feb 2026)
3. Nash M. Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. Mental Health Practice. 2013;17(4):22-26. https://doi.org/10.7748/mhp2013.12.17.4.22.e862
4. Higgins-Chen AT, Abdallah SB, Dwyer JB et al. Severe illness anxiety treated by integrating inpatient psychotherapy with medical care and minimizing reassurance. Front Psychiatry. 2019;10:150. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00150
5. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2013;173(6):407-16. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2762