

Kasuistik

Kvalme og dystoni hos en kvinde med psykisk sygdom

Sonja Orlovska-Waast¹, Iben Rix Petersen² & David Peick Sonne^{2, 3}

1) Ambulatorium for Psykoterapeutisk Udvikling, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Region Hovedstadens Psykiatri, 2) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 3) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V08250624. doi: 10.61409/V08250624

Uhensigtsmæssig polyfarmaci øger risikoen for medicinbivirkninger og ses hyppigt hos psykisk sårbare patienter. Ikke sjældent indgår præparater uden klar indikation. Denne kasuistik præsenterer en medicingennemgang med fokus på medicininduceret dystoni, kvalme og QT-forlængelse.

Sygehistorie

En 22-årig kvinde med svær psykiatrisk sygdom var i forløb i et specialiseret ambulatorium for patienter med psykisk lidelse og rusmiddelmisbrug. Hun var diagnosticeret med svær angst, depression, emotionel ustabil personlighedsstruktur, PTSD, cannabisaafhængighedssyndrom og med nogle symptomer på OCD og spiseforstyrrelse (BMI 19 kg/m²). Desuden havde patienten sporadisk indtag af illegale benzodiazepiner og kokain, og der var mistanke om ADHD. Patienten havde gennem livet været plaget af kvalme, med forværring siden gymnasietiden og lindring ved hashrygning. P.t. havde patienten daglige opkastninger og tendens til svimmelhed. Objektivt var hun vågen, klar og orienteret. Der var ingen psykotiske symptomer eller suicidalrisiko. Blodprøver (inkl. test for P-kalium), puls og blodtryk var upåfaldende og EKG'et normalt (QTc 431 ms). Der var en del uoverensstemmelse mellem patientens ordinationer og det faktiske indtag (**Figur 1**). F.eks. havde hun øget promethazin fra 25 mg til 75 mg dagligt, men fortrød på grund af udtalt sløvhed. Undervejs i forløbet berettede patienten om episoder med ufrivillig øjendrejning af ca. tre timers varighed uden kendte provokerende faktorer. Den behandlende læge kontaktede MedicinInfo med henblik på medicingennemgang med fokus på medicinbivirkninger – særligt dystoni (okulogyr krise), kvalme og QT-forlængelse.

FIGUR 1 Medicingennemgang med fokus på medicinbivirkninger. Først en sammenligning af patientens tidligere og nye medicinliste, dernæst grundlaget herfor.

Ifølge Fælles Medicinkort	Nyrevideret medicinliste
Fluoxetin 30 mg dgl.	Fluoxetin 40 mg dgl.
Quetiapin 50 mg dgl.	-
Promethazin 25 mg dgl. (50 mg jf. journalnotat)	Promethazin 25 mg nocte
Propranolol 10 mg dgl. p.n. (50 mg jf. journalnotat)	-
Hydroxyzin 25 mg dgl. p.n. (afhentet sv.t. forbrug på 3 stk. dgl.)	Hydroxyzin 25 mg x 2 dgl. p.n.
Metoclopramid 10 mg x 3 dgl. p.n.	-

Bivirkninger	Mulig lægemiddelårsag	Bemærkninger	Anbefalede tiltag
<i>Antidopaminerge</i>			
Øjendrejning, ekstrapyrimidale gener (dystoni)	Metoclopramid	Betydelig antidopaminerg aktivitet Maks. 5 døgns behandling CYP2D6-substrat	Seponering
	Quetiapin	Svag antidopaminerg aktivitet (næppe betydende)	Dosisreduktion/seponering Lav dosis, hvorfor udtrapning ikke skønnes nødvendigt
<i>Antikolinerge</i>			
Svimmelhed, kvalme/GI-gener, mundtørhed, sedation m.fl.	Promethazin Hydroxyzin Quetiapin Metoclopramid	Flere sederende antihistaminer (inkl. quetiapin), dvs. stor samlet antikolinerg/antihistaminerg belastning Obs CYP2D6-substrater (metoclopramid, promethazin)	Dosisreduktion/seponering Lav dosis af antihistaminer, hvorfor udtrapning ikke skønnes nødvendigt
<i>Serotonerge^a</i>			
Kvalme/GI-gener, emotionel affladning, seksuelle forstyrrelser	Fluoxetin	Kraftig hæmmer af CYP2D6, dvs. obs på CYP2D6-substrater Obs ved evt. opstart af andre serotonerge lægemdl.	Dosisreduktion, hvis muligt
QT-forlængelse	Alle (fraset propranolol)	Obs på additiv effekt/bivirkning Hydroxyzin kontraindiceret ved behandling med øvrige QT-forlængende lægemdl.	Kontrollerer QT-interval
-	Propranolol	CYP2D6-substrat Evt. kvalme, svimmelhed, bradykardi, psykiske gener m.fl.	Seponering Normalvis anbefales udtrapning af betablokkere

P.n. = pro necessitate.

a) Det reelle serotonin syndrom ses yderst sjældent (selv ved forgiftning). Hyppigere ses varierende grader af serotonerg toksicitet (indre uro, nervøsitet, palpitationer, rastløshed, let tremor, muskelspæt, svedtendens).

Medicingennemgang ved MedicinInfo

På mistanke om ekstrapyrimidale bivirkninger – herunder akut dystoni – blev seponering af metoclopramid og evt. quetiapin anbefalet. På grund af betydelig antikolinerg belastning fra hydroxyzin, promethazin, quetiapin og metoclopramid blev udtrapning af de sederende antihistaminer foreslået. Da fluoxetin er en potent CYP2D6-hæmmer, vurderedes der at være risiko for øget eksponering af metoclopramid, promethazin og propranolol, som alle metaboliseres via dette enzym. Alle lægemidler på nær propranolol har QT-forlængende potentiale; hydroxyzin er f.eks. kontraindiceret ved samtidig brug af andre QT-forlængende stoffer. Propranolol blev anbefalet seponeret.

Diskussion

Psykisk sårbare patienter har ofte komplekse og fluktuerende symptombilleder samt hyppige kontaktfællesskaber med skiftende behandlere. Det udfordrer kontinuiteten og øger risikoen for uhensigtsmæssig polyfarmaci, selvmedicinering, interaktioner og bivirkninger.

Lægemiddelbivirkninger bør altid overvejes ved kvalme og svimmelhed. Begge er kendte bivirkninger til flere af patientens præparater og kan afspejle betydelig antikolinerg belastning fra hydroxyzin, promethazin, quetiapin og metoclopramid [1]. Alle præparater på nær propranolol har QT-forlængende potentiale, men QTc var

normalt, hvilket formentlig skyldtes lav dosering og fravær af yderligere risikofaktorer fraset køn. Ved kombinationsbehandling med QT-forlængende lægemidler anbefales øget opmærksomhed, særligt ved risikofaktorer for torsades de pointes [2, 3].

Øjendrejning blev tolket som akut dystoni (okulogyr krise), formentlig udløst af metoclopramid, der bl.a. virker blokerende på dopamin D₂-receptorer. Det er en kendt bivirkning, som hyppigst ses hos yngre mennesker, ved for høj dosis. Langvarig brug indebærer desuden risiko for tardiv dyskinesi [4]. Metoclopramid bør undgås i kombination med antipsykotika grundet øget risiko for ekstrapyramidale bivirkninger. Quetiapin har dog lav D₂-affinitet og dermed lavt ekstrapyramidalt bivirkningspotentiale, især i lave doser.

Potente CYP2D6-hæmmere er vigtige at kende, da enzymet omsætter flere centrale lægemiddelgrupper, f.eks. visse antidepressiva, betablokkere og opioider. Da også metoclopramid omsættes via CYP2D6, er det plausibelt, at fluoxetins CYP2D6-hæmning bidrog til udvikling af akut dystoni.

Efter medicinjusteringerne er øjendrejning ikke recidiveret. Kvalmen persisterer, men patienten er ophørt med metoclopramid, quetiapin og propranolol. Hun bruger ikke længere benzodiazepiner, og hashforbruget er reduceret. Fluoxetin blev øget til 40 mg dagligt som led i en strategi for at kunne nedtrappe den øvrige medicin. Dette gav bedring af angstsymptomer, men også mundtørhed og nedsat libido.

Korrespondance David Peick Sonne. E-mail: david.peick.sonne@regionh.dk

Antaget 6. januar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. marts 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelse Vi vil gerne takke patienten for venligt at have samtykket til denne kasuistik. En særlig tak rettes også til overlæge Søren Bøgevig, Giftlinjen, for gennemlæsning og værdifulde input til manuskriptet

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V08250624

doi 10.61409/V08250624

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Nausea and dystonia in a woman with psychiatric illness

A woman with complex psychiatric illness and substance use disorder presented with nausea, vomiting, and episodes of oculogyric crisis. A medication review suggested drug-induced acute dystonia, likely triggered by metoclopramide. Other symptoms were possibly related to cumulative anticholinergic effects. Fluoxetine, a potent CYP2D6 inhibitor, may have increased exposure to metoclopramide and promethazine. This case report demonstrates that pharmacological insight and deprescribing can improve symptoms and support rational pharmacotherapy in vulnerable psychiatric patients.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Antikolinerge lægemidler, 2019. <http://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Antikolinerge-laegemidler> (6. jun 2025)
2. Dansk Cardiologisk Selskab. Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka version 2. <https://www.cardio.dk/arytmi-risiko->

[ved-anvendelse-af-psykofarmaka-2022](#) (6. jun 2025)

3. CredibleMeds. CredibleMeds, 2025. <https://www.crediblemeds.org/> (6. jun 2025)
4. European Medicines Agency. Metoclopramide-containing medicines – referral, 2013. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/metoclopramide-containing-medicines> (6. jun 2025)