

**KORRESPONDANCE:** Ari Thorleifsson, Psykiatrisk Center Gentofte, Afdeling 1530, DK-2900 Hellerup. E-mail: ari@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 3. maj 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987;144:573-88.
2. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR et al. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993;150:991-9.
3. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME et al. High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. J Affect Disord 2005;87:83-9.
4. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM et al. Six months of treatment for depression: outcome and predictors of the course of illness. Am J Psychiatry 2006;163:95-100.
5. Hirano S, Sato T, Narita T et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. J Affect Disord 2002;69:31-8.
6. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? J Affect Disord 2006;92:35-44.
7. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and outcome of depression: meta-analysis of published studies. Br J Psychiatry 2006; 188:13-20.
8. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second step treatments: A STAR\*D Report. Am J Psychiatry 2007;164:739-52.
9. Bech P, Gudex C, Johansen S. The WHO (ten) wellbeing index: validation in diabetes. Psychoter Psychosom 1996;65:183-90.
10. Bech P, Rasmussen N, Olsen R et al. The sensitivity and specificity of the MDI using the present State Examination as the index of diagnostic validity. J Affect Dis 2001;66:159-64.
11. Muthén LK, Muthén BO (1998-2005). Mplus User's Guide. 3rd edition. Los Angeles, Ca: Muthén & Muthén, 2004.
12. R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2006.
13. Rosenbaum P. Criterion-related construct validity. Psychometrika 1989;54:625-33.
14. Tomita T, Aoyama H, Kitamura T et al. Factor structure of psychobiological seven-factor model of personality: a model-revision. Pers Ind Diff 2000;29:709-27.
15. Newton-Howes G. Commentary. The impact of personality and personality disorders on the treatment of depression by Gabbard and Simonsen. Pers Ment Health 2007;1:179-80.
16. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. J Pers Disord 2005;19:110-30.

# Statininduceret dysfagi

Reservelæge Bjarke Edholm

## KASUISTIK

Slagelse Sygehus,  
Øre-næse-halskirurgisk  
Afdeling

Dysfagi er et symptom, som oto-rhino-laryngologen ofte konfronteres med. Ætiologien er mangfoldig. I denne sygehistorie beskrives et sjældent tilfælde, hvor myopati som følge af lipidsænkende behandling gav sig udslag i dysfagi som primært symptom.

## SYGEHISTORIE

En 68-årig mand blev henvist fra egen otolog pga. tiltagende synkebesvær gennem tre måneder. Han havde i forløbet tabt sig otte kilo. Synkebesværet var tiltaget gradvist, således at patienten kun kunne indtage flydende og moset kost med besvær. Der præsenteredes intermitterende globulus, men ingen odynofagi. Patienten angav, at symptomerne var lateraliseret til venstre side af halsen. Han havde aldrig tidligere oplevet synkebesvær og ej heller symptomer på reflux. Dog havde der været regurgitation umiddelbart efter synkningsforsøg, men ingen fejlsynkning eller kvælningsfølelse.

Patienten var kendt med prostatacancer med spredning til lymfesystemet og tidligere stentbehandling iskæmisk hjertesygdom. Derfor var den aktuelle medicinske behandling zarator, 20 mg; hjerdyl, 75 mg og coversyl, 5 mg.

Inden patienten blev henvist til øre-næse-halsafdelingen, havde hans egen otolog foretaget bariumkontrastundersøgelse af øsofagus, som intet abnormt (i.a.) viste. I udredningsforløbet af patientens prosta-

tacancer havde man udført computertomografi af bl.a. collum og thorax. Halsen var beskrevet som helt normal uden påviselige patologiske forandringer.

På sygehuset valgte man på baggrund af anamnesen og efter udførelse af en normal objektiv øre-næse-halsundersøgelse at multiskopere patienten i generel anæstesi. Disse undersøgelser, inklusive ultrasonografisk undersøgelse, var uden patologiske fund og gav derfor ikke forklaring på patientens dysfagi. En efterfølgende magnetisk resonans-skanning af cerebrum og hjernestammen var ligeledes i.a.

Kort tid efter det initiale udredningsforløb på hospitalet var påbegyndt, tilkom nye symptomer. Patienten oplevede tiltagende kraftsløshed i kroppen, specielt blev det besværligt for ham at løfte armene over hovedet. Nye blodprøver viste forhøjet plasma (P)-kreatinkinase 408 E/l (ref.int. 50-270) og forhøjet alanin-aminotransferase (ALAT) 90 E/l (10-70) og laktatdehydrogenase (LDH) 337 E/l (105-205). På mistanke om myopati seponeredes atorvastatin omgående. I løbet af 14 dage begyndte kraften i armene at vende tilbage, og synkefunktionen bedredes markant. P-kreatinkinase faldt til lavere værdier.

## DISKUSSION

Myopati er en kendt bivirkning til behandling med lipidsænkende medicin. Ved statiner er risikoen for at udvikle myopati én ud af 10.000 behandlede om året.



Eksempler på statiner, som kan medføre bivirkningen myopati.

Ved behandling med fibrater er risikoen seks ud af 10.000 [1]. Symptomerne er initial muskelsvaghed og evt. myalgi fulgt af forhøjet plasmakreatinkinase, ALAT og LDH. Myopati er en dosisafhængig toksisk effekt [2]. Den kan progrediere til regulær rabdomyolyse med nefropati, multiorgansvigt og døden til følge. Mistænkes myopati i forbindelse med lipid-sænkende behandling, kan dette bekræftes med en forhøjet kreatinkinase. Progressionen fra myopati til rabdomyolyse er stort set altid reversibel, såfremt det udløsende agens seponeres, og patienten rehydreres [3].

Der findes ikke få eksempler på fatal rabdomyolyse. Ved behandling med flere lipidsænkende medikamina samtidigt øges risikoen for myopati. Nedbryd-

ning af diafragma og hjertets muskulatur medfører døden [4, 5].

Myopati kan opstå efter få dages behandling med lipidsænkende medicin. Men patienter kan også være i behandling gennem mange år, før bivirkningerne opstår. I dette tilfælde var patienten i behandling gennem flere år, inden den initiale bivirkning i form af dysfagi opstod. Seponeringen af præparatet gav hurtigt remission af symptomerne, kraften i armene kom straks tilbage, og synkningen bedredes. Endvidere faldt kreatinkinasen efter blot få dage.

Såfremt en patient i lipidsænkende terapi henvises med symptomer på myopati, herunder også dysfagi, må man på mistanken måle P-kreatinkinase og ved forhøjede værdier seponere behandlingen. Herved undgås progression til rabdomyolyse. Da et stort antal patienter er i behandling med lipidsænkende medicin, må man forvente at se tilsvarende flere patienter med myopati og derfor tilsvarende være opmærksom på problemet.

**KORRESPONDANCE:** Bjarke Edholm, Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus, DK-5000 Odense C. E-mail: bjarkeedholm@hotmail.com

**ANTAGET:** 20. maj 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Köller H, Neuhaus O, Schroeter M et al. Myopathien unter der Therapie mit Lipidsenkern. *Nervenarzt* 2005;76:212-217
2. Hodel C. Myopathy and rhabdomyolysis with lipid-lowering drugs. *Toxicol Lett* 2002;128:159-68.
3. Ballantyne CM, Corsini A, Davidson MH et al. Risk for myopathy with statin therapy in high-risk patients. *Arch Intern Med* 2003;163:553-64.
4. Boltan DD, Lachar W, Khetan A et al. Fatal and widespread skeletal myopathy confirmed morphologically years after initiation of simvastatin therapy. *Am J Cardiol* 2007;99:1171-6.
5. Federman DG, Hussain F, Walters AB. Fatal rhabdomyolysis caused by lipid-lowering therapy. *South Med J* 2001;94:1023-6.

## Aktinomykose diagnosticeret efter langvarig cancerudredning

Læge Mie-Ran Yoon, overlæge Niels Højlyng & 1. reservelæge Toke S. Barfod

Biopsi er en hjørnesten i diagnostik ved fund af tumor, og infektion er en væsentlig differentialdiagnose til malign sygdom. Infektion med *Actinomyces species* giver ofte initialt mistanke om malignitet [1-5]. Vi beskriver her en sygehistorie, hvor man primært havde mistanke om malign lidelse, og ikke initialt fik gennemført de nødvendige mikrobiologiske undersøgelser. Efter et langt udredningsforløb stilledes diagnosen aktinomykose.

#### SYGEHISTORIE

En 52-årig kvinde blev i februar 2007 henvist til Medicinsk Ambulatorium på mistanke om hypothyreose. Hun tog antipsykotika, antidepressiva og var kendt med et tidligere alkoholmisbrug. Gennem tre måneder havde patienten været træt, haft nattesved og et utilsigtet vægttab på ni kilo. Patienten var i god almentilstand, men med en lav hæmoglobin (6,2 mmol/l). Supplerende prøver viste forværring

#### KASUISTIK

Roskilde Sygehus,  
Medicinsk Afdeling