

Suicidal adfærd i en klinisk population af 12-17-årige med spiseforstyrrelser

Læge Pernille Damsted, læge Dorthe Janne Petersen, overlæge Niels Bilenberg & overlæge Kirsten Hørder

Odense Universitetshospital,
Forskningsenhed Center for Spiseforstyrrelse og
Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at belyse forekomsten af suicidal adfærd og anden samtidig psykiatrisk lidelse (komorbiditet) hos børn og unge med spiseforstyrrelser. I tidligere undersøgelser har man påvist en øget forekomst af suicidal adfærd hos unge med spiseforstyrrelser.

Materiale og metoder: Data blev indsamlet i forbindelse med en europæisk multicenterundersøgelse vedrørende spiseforstyrrelser. Syvogtredive patienter (12-17 år, medianalder 15 år), der var henvist til Center for Spiseforstyrrelse, Odense Universitetshospital, indgik i denne opgørelse. Forekomsten af suicidal adfærd hos den enkelte blev vurderet ud fra et lægeadministreret interview, Bedømmelse af anoreksi og bulimi, teenager og et spørgeskema udfyldt af den unge, Youth Self Report.

Resultater: 40% rapporterede om suicidale overvejelser, og 29% havde selvskadende adfærd. Tendensen til både suicidal adfærd og psykiatrisk komorbiditet, var mest fremtrædende hos de yngste.

Konklusion: Suicidal adfærd er hyppigere hos patienter med spiseforstyrrelser end i baggrundspopulationen. Der er en tendens til, at de yngste patienter udviser en højere grad af suicidal adfærd og komorbiditet end de ældre, men denne tendens kræver yderligere udforskning for at kunne dokumenteres. Klinikerne bør være opmærksom på risikoen for suicidal adfærd hos spiseforstyrrede børn og unge (12-17 år).

Spiseforstyrrelse (ED), anoreksia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN) er potentielt livstruende sygdomme, som især rammer piger i teenagealderen. Forekomsten af ED blandt yngre kvinder har været stigende i perioden 1970-1993 [1]. ED medfører en væsentlig overdødelighed og er tidligere fundet at være associeret med øget forekomst af selvskadende handlinger, selvmordsforsøg og selvmord [2-7].

Definitionen af »suicidal adfærd« varierer [6-8], men indbefatter almindeligvis selvskadende handlinger, selvmordsforsøg og gennemførte selvmord. Selvmord er en af de hyppigste dødsårsager hos teenagere [9, 10], og incidensen af selvmordsforsøg har været stigende gennem de seneste ti år [11]. Forekomsten er stigende med alderen, og selvmordsforsøg er hyppigere hos piger end hos drenge [12]. Unge, som har forsøgt selvmord, har en øget risiko for at gentage selvmords-

forsøget, og risikoen for at dø efter selvmordsforsøget er større, hvis der er tale om et gentaget forsøg frem for et første-gangsforsøg [11]. Over 10% af de patienter, der tidligere har forsøgt selvmord, vil gentage forsøget inden for et år. Gentagne selvmordsforsøg er associeret med anvendelse af mere determinerede selvmordsmetoder [13].

Suicidale tanker og selvskadende adfærd er tidligere undersøgt i baggrundspopulationen på Fyn (n = 355) via indsamlet selvrapportering Youth Self Report (YSR, 11-16 år) [14]. Her fandt man prævalenser af suicidale tanker hos 8% af pigerne, og selvskadende adfærd blev rapporteret af 5% af pigerne.

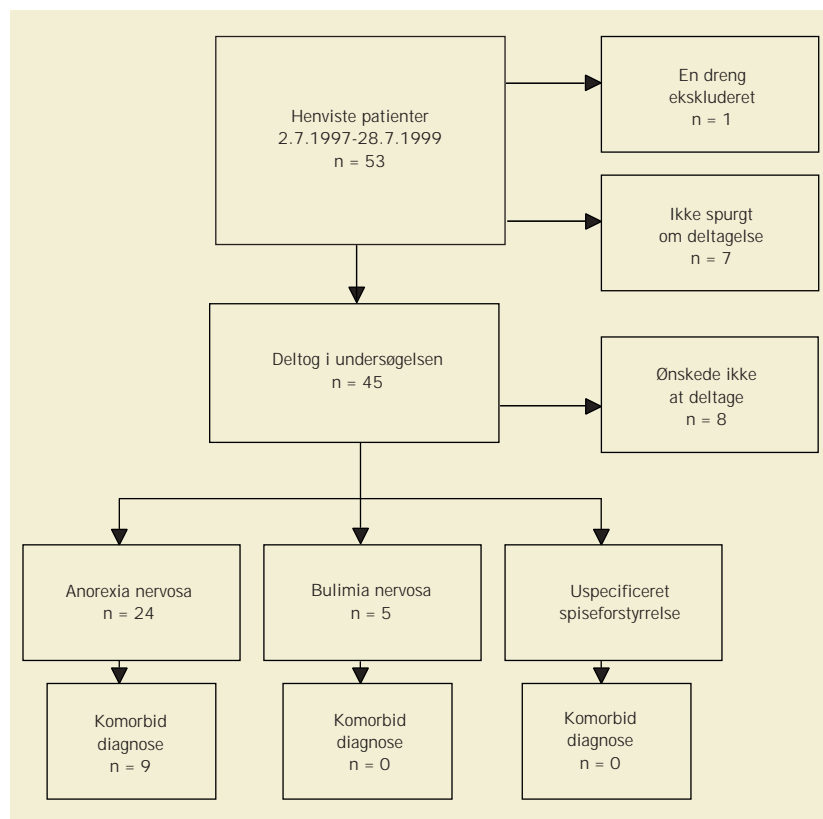
Suicidal adfærd er et dårligt prognostisk tegn hos patienter med ED. Patienter med AN, der foretager selvmordsforsøg, har lavere vægt og har haft et signifikant længere sygdomsforløb end andre [2, 6, 12]. Ligeledes har patienter med tidligere selvmordsforsøg oftere fået diagnosticeret deres ED i en yngre alder end dem uden selvmordsforsøg [15]. Resultaterne af flere studier peger på, at patienter med ED hyppigere dør af selvmord [2] end af somatiske komplikationer i forbindelse med ED [4, 5]. Patienter med ED, som udviser suicidal adfærd, har en øget risiko for at få et kronisk eller meget langvarigt forløb [5, 9]. I danske undersøgelser har man påvist en 7-9 gange øget dødelighed hos patienter med AN end i baggrundsbefolkningen [3]. I internationale studier har man fundet lignende resultater [2]. Lav vægt ved sygdomsdebut er ligeledes associeret med en højere dødelighed [4].

Psykiatrisk komorbiditet er udbredt hos børn og unge med tidligere eller aktuel psykopatologi. I mange tilfælde er komorbiditeten den tilgrundliggende årsag til den suicidale adfærd [12]. I en nyere dansk registerbaseret undersøgelse har man påvist, at flere samtidige psykiatriske diagnoser er den stærkeste prädiktor for selvmord blandt 10-21-årige [16]. Risikoen for fuldbyrdet selvmord øges, når der ud over depression er andre komorbide tilstande som f.eks. ED [17]. *Bulik et al* har påvist en sammenhæng mellem typen af spiseforstyrrelse og typen af komorbid psykisk forstyrrelse. De fandt ingen forskel i forekomsten af suicidal adfærd hos AN-patienter med og uden depression, hvorimod forekomsten af selvmordsforsøg hos BN-patienter med depression var signifikant højere end hos dem uden samtidig depression [9]. I et andet studie med BN-patienter har man påvist, at 74% af de patienter, som forsøgte selvmord, havde en depressiv episode før eller samtidigt med forsøget [15]. I opfølgingsstudier er det påvist, at komorbiditeten hyppigt diagnosticeres senere end ED [5].

Formålet med dette studie set i lyset heraf var at se på sammenhængen mellem ED og suicidal adfærd hos de børn og unge i en dansk population af 12-17-årige, der er blevet hen-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Figur 1. Flowskema over det repræsentative materiale.



vist til specialiseret behandling i Center for Spiseforstyrrelser (CfS), Odense Universitetshospital (OUH).

Materiale

Dataene er indsamlet i forbindelse med en europæisk multicenterundersøgelse, hvori CfS ved OUH indgik. CfS er et samarbejde mellem somatiske og psykiatriske afdelinger på OUH. I alt 53 patienter blev henvist til centeret i inklusionsperioden (1997-1999), heraf en dreng, som blev ekskluderet fra analyserne. Syv-og-tredive (70%) deltog i dette studie (Figur 1). Deltagere og ikkedeltagere fordelte sig på udvalgte parametre, som det fremgår af Tabel 1. Der var ingen forskel grupperne imellem.

Der var tale om både ambulante og indlagte patienter. Dataindsamling blev foretaget ved behandlingsstart, og inklusionskriterierne var, at patienterne opfyldte International Classification of Diseases (ICD) 10-kriterier for en spiseforstyrrelse (ED), dvs. AN (F 50.0, F 50.1), BN (F 50.2, F 50.3) eller uspecificeret ED (F 50.9). Patienterne kunne ikke indgå i undersøgelsen, såfremt de var ude af stand til at udfylde spørgeskemaer eller var mentalt retarderede.

Baggrundspopulationen var et fynsk materiale på 196 unge piger i alderen 11-16 år, fra hvem data blev indsamlet i forbindelse med den nationale standardisering af selvrapportskemaet YSR, 11-16 år [14].

Metode

Patienterne blev interviewet med Bedømmelse af anoreksi og bulimi, teenager (BAB-T), der er et lægeadministreret interview, og besvarede YSR ved behandlingens start.

BAB-T omhandler patientens aktuelle sygdomsbillede, anamnese og baggrundsdata. Interviewet er semistruktureret, og i interviewguiden findes operationaliserede skalaer til bedømmelse af patientens symptomer og problemer. BAB-T indeholder tre spørgsmål om suicidal adfærd, hvoraf to var relevante for denne undersøgelse (Tabel 2).

YSR-spørgeskemaet indeholder 118 problemspørgsmål, som alle besvares med; 0 ikke til stede, 1 til stede nogen gange og 2 ofte til stede. Symptomerne rates inden for de seneste

Tabel 1. Sammenligning af deltagere med ikkedeltagere vedrørende alder, body mass index, menostasi og diagnose, n = 52 piger.

| | Respon- denter (n = 37) | Nonrespon- denter (n = 15) |
|--|----------------------------|-------------------------------|
| Alder, år, median (spændvidde) | 14,9 (12-17) | 14,4 (13-17) |
| BMI, median (spændvidde) | 17,4 (12,7-22,2) | 17,9 (14,6-21,9) |
| Menostasi, n (%) | 9 (24,3) ^a | 5 (33,3) ^a |
| Diagnose (AN/BN/Usp. ED) | 24/5/8 ^b | 7/2/5 |

BMI: *body mass index*, AN: anorexia nervosa (F 50.0, 50.1).
BN: bulimia nervosa (F 50.2, 50.3). Usp. ED: uspecificeret spiseforstyrrelse (F 50.9).

a) χ^2 (med Yates' korrektion) = 0,10 ($p = 0,75$).

b) $\chi^2 = 1,17$; $df = 2$ ($p = 0,56$) (1 fik ikke en diagnose).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Selvrapporeret suicidal adfærd hos patienter med forskellige spiseforstyrrelser og hos baggrundspopulationen. Patienter der svarede bekræftende.

| Instrument | Spørgsmål | Total antal (%) | Anorexia nervosa (n = 24) antal (%) | Bulimia nervosa (n = 5) antal (%) | Uspecificeret spiseforstyrrelse (n = 8) antal (%) | Population ^a (n = 196) antal (%) |
|------------|--|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| BAB-T | | 35 | | | | |
| | Har du nogle gange haft selvmordstanker eller forsøgt at begå selvmord? ^c | 14 (40) | 8 (33) | 2 (40) | 4 (50) | – |
| | Har du nogensinde skadet dig selv med vilje? ^d | 10 (29) | 5 (21) | 2 (40) | 3 (38) | – |
| YSR | | 36 | | | | |
| | Jeg skader mig selv med vilje, eller har forsøgt selvmord ^e | 8 (22) ^b | 6 (25) | 1 (20) | 1 (13) | 10 (5) |
| | Jeg har tanker om at tage livet af mig selv ^f | 12 (33) ^b | 7 (30) | 2 (40) | 3 (38) | 16 (8) |

BAB-T: Bedømmelse af anoreksi og bulimi, teenager. YSR: Youth Self Report.

a) Dansk standardisering af YSR (piger 11-16 år) [14].

b) Signifikant overrapporteret i forhold til baggrundsbefolkningen (χ^2 -test; $p \leq 0,01$).

c) # 36 BAB-T: 0 = ingen selvmordstanker, 1 = selvmordstanker, 2 = et selvmordsforsøg, 3 = flere selvmordsforsøg.

d) # 38 BAB-T: 0 = har aldrig skadet sig selv, 1 = har ved nogle enkelte tilfælde skadet sig selv med vilje, 2 = har ofte skadet sig selv med vilje.

e) # 18 YSR: 0 = passer ikke på mig, 1 = passer til en vis grad eller nogen gange, 2 = passer godt eller ofte.

f) # 91 YSR: 0 = passer ikke på mig, 1 = passer til en vis grad eller nogen gange, 2 = passer godt eller ofte.

seks måneder. To spørgsmål er analyseret i forbindelse med dette studie.

Etik

Projektet er anmeldt til Videnskabsetisk Komité for Vejle og Fyns Amt og til Registertilsynet som multicenterprojekt. Ligeledes overholder projektet Helsinki-deklarationens krav om etik.

Statistisk analyse

SPSS 9.0 blev anvendt. Der blev anvendt χ^2 -test med signifikansniveau på 1% og Fishers ensidige eksakte test.

Resultater

De 37 deltagende patienter fordelte sig på ICD 10-diagnoserne som det fremgår af Figur 1. På inklusionstidspunktet var gennemsnitsalderen 14,9 år (12-17 år) og gennemsnits-*body mass index* (BMI) var 17,4 kg/m² (12,7-22,2 kg/m²) (Tabel 1).

Tre AN-patienter havde kun besvaret et af skemaerne, men af deres anden besvarelse fremgik det, at de ikke havde suicidal tanker eller adfærd.

Suicidal adfærd og ICD 10-diagnoser

Oplysninger fra interviewene viste en ligelig fordeling af suicidal adfærd på de tre forskellige diagnoser hos patienter med ED (Tabel 2). Den selvrapporerede forekomst af selvmordstanker og selvskadende adfærd var henholdsvis 33% og 29%. Sammenlignet med hos baggrundspopulationen er dette signifikant forøget (Tabel 2) Materialet er for lille til, at man kan bruge det til at analysere forskelle diagnosegrupperne imellem. Der blev ved interviewet oplyst om et selvmordsforsøg hos en patient med AN.

Aldersfordelingen

For at se forskellen mellem de ældre og de yngre personer

med spiseforstyrrelser blev kohorten opdelt i to grupper: 12-13-årige og 14-17-årige. Af BAB-T-interviewet fremgik det, at den suicidal adfærd var størst hos de yngste, med ca. dobbelt så hyppig rapport om selvmordstanker og selvskadende adfærd blandt de 12-13-årige som blandt de 14-17-årige. Ud fra YSR blev Fishers ensidige eksakte test udregnet for selvmordstanker/-forsøg, p-værdien var henholdsvis $\leq 0,13$ og $\leq 0,11$, et udtryk for *borderline*-signifikante effekter (Tabel 3).

Tabel 3. Aldersfordelingen i relation til rapporteret suicidal adfærd og komorbiditet.

| Instrument | Spørgsmål | Aldersfordelingen, antal (%) | | |
|-------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|----------|
| | | 12-13 år | 14-17 år | total |
| BAB-T | Ingen selvmordstanker | 4 (40) | 17 (68) | 21 (60) |
| | Selvmordstanker/forsøg | 6 (60) ^a | 8 (32) | 14 (40) |
| | Total | 10 (100) | 25 (100) | 35 (100) |
| YSR | Aldrig skadet sig selv | 5 (50) | 20 (80) | 25 (71) |
| | Skadet sig selv med vilje | 5 (50) | 5 (20) | 10 (29) |
| | Total | 10 (100) | 25 (100) | 35 (100) |
| YSR | Passer ikke | 8 (89) | 20 (74) | 28 (78) |
| | Passer (skade eller forsøg) | 1 (11) | 7 (26) | 8 (22) |
| | Total | 9 (100) | 27 (100) | 36 (100) |
| YSR | Passer ikke | 4 (44) | 20 (74) | 24 (67) |
| | Passer (selvmordstanker) | 5 (56) ^b | 7 (26) | 12 (33) |
| | Total | 9 (100) | 27 (100) | 36 (100) |
| Komorbid diagnose | Ingen komorbiditet | 6 (60) | 22 (81) | 28 (76) |
| | + komorbiditet | 4 (40) | 5 (19) | 9 (24) |
| | Total | 10 (100) | 27 (100) | 37 (100) |

BAB-T: Bedømmelse af anoreksi og bulimi, teenager.

YSR: Youth Self Report.

a) og b) Fishers ensidige eksakte test: $p \leq 0,13$ og $p \leq 0,11$ (*borderline*-signifikante effekter).

Komorbidie diagnoser

I materialet på 37 personer var der registreret ni personer (24%) med en komorbid diagnose ved begyndelsen af behandlingen, komorbiditet forekom kun hos AN-patienterne (Figur 1). Hos fire patienter (44% af dem med komorbiditet) var diagnosen depression.

Af Tabel 3 fremgår det, at komorbiditet optrådte hos 40% af de yngste og hos 19% af de ældste.

Halvdelen af vore patienter med komorbiditet havde selvmordstanker eller havde forsøgt selvmord, men der blev ikke fundet nogen signifikant forskel i forekomsten af suicidal adfærd hos patienter med og uden komorbiditet, hvorfor dette ikke er medtaget i Tabel 2 og Tabel 3.

Diskussion

Undersøgelsens resultater bekræfter hypotesen om, at børn og unge med spiseforstyrrelser har øget suicidal adfærd i forhold til baggrundspopulationen [14]. Der blev rapporteret om et selvmordsforsøg samt signifikant flere selvmordstanker og mere selvskadende adfærd i gruppen af spiseforstyrrede børn og unge end i baggrundspopulationen.

Definitionen af suicidal adfærd har været forskellig på tværs af offentliggjorte studier, derfor blev forekomsten af selvskadende adfærd undersøgt separat. Den lå i dette studie tæt op ad, hvad andre har vist. 29% (n = 10) rapporterede om, at de skadede sig selv. *Paul et al* [7] fandt tilsvarende 34,6%. Deres materiale var 376 indlagte kvinder med ED, mod dette studies 37 patienter såvel ambulante som indlagte. De indlagte formodes at lide af alvorligere ED. Ligeledes var der i *Paul et al's* studie en højere gennemsnitsalder (24,3 år mod 15 år i dette studie), og patienternes selvskadende handlinger begyndte først efter debut af ED. Selvskadende adfærd kan således muligvis være et udtryk for en alvorligere psykopatologi, når den forekommer hos børn og unge med ED.

Forekomst af suicidal adfærd var ligeligt fordelt blandt patienter med de tre typer af ED (Tabel 2). *Favaro et al* [6] fandt modsat i deres studie med 495 ambulante patienter med ED, at 13% rapporterede om mindst et selvmordsforsøg, og incidensen af suicidalforsøg var signifikant afvigende i de forskellige undergrupper. Han fandt flere selvmordsforsøg hos patienterne med BN end hos patienterne med AN. I et andet studie med 400 patienter fandt man, at frekvensen af suicidal adfærd (selvmordsforsøg og selvskadende adfærd) ikke var signifikant forskellig hos patienter med AN og BN, med undtagelse af selvmordsforsøg, som optrådte hyppigere hos BN-patienter [8]. Dette kunne ikke eftervises i nærværende studie på grund af det lille materiale. Her ser det ud til, at de tre spiseforstyrrelsesgrupper ligner hinanden med hensyn til forekomst af suicidaladfærd og adskiller sig væsentligt fra baggrundspopulationen.

Der var ingen suicidium i dette projekt. Vores data er indsamlet ved første henvendelse, og suicidalraten er derfor ikke relevant, men vil være det på et senere opfølgningstidspunkt.

I tre af de refererede studier fandt man ikke suicidalraten forhøjet hos AN-patienterne. I et studie brugte man materiale fra en lille ikkerepræsentativ population, hvor patienterne ikke var i behandling på en speciel enhed og størstedelen var raske på opfølgningstidspunktet [18]. I et andet studie indhentede man data fra et dødsårsagsregister, hvor det er usikkert, om alle tidligere diagnoser var registreret [19]. Det sidste studie omfattede en gruppe unge AN-patienter, der deltog i et specielt intensivt behandlingsprogram med en opfølgningsperiode på 10-15 år. Den specielle behandling og den unge alder gjorde formentligt, at der ikke forekom så mange dødsfald [20].

Modsat i andre studier blev der i dette studie fundet øget rapportering om suicidal adfærd i den yngste gruppe af patienter (Tabel 3). I tidligere publicerede artikler fastslås det, at patienter, der forsøger selvmord, hyppigt er ældre ved selvmordsforsøget og har et længere sygdomsforløb bag sig end patienter, der ikke forsøger selvmord [8, 12], men at de er blevet diagnosticeret i en ung alder [15]. Det samme mønster blev fundet af *Favaro et al* [6] i et materiale på 495 patienter, hvor gennemsnitsalderen var 22 år. Patienterne var ældre ved henvisningen, og opfølgningstiden for registrering af selvmordsforsøg var øget set i forhold til dette projekt, hvor gennemsnitsalderen var 15 år, og der ikke var nogen opfølgningstid. En mulig forklaring på tendensen i dette studie kan være, at patienterne var yngre end i sammenlignelige studier og stammede fra en specialafdeling, der dog også rummer basispatienter.

Komorbiditet forekom hos 24% (n = 9) af patienterne på henvisningstidspunktet for ED. Tendensen var igen stærkest hos de yngste (40% vs. 19%) (Tabel 3). Vi havde forventet en højere grad af komorbiditet hos de ældste, da denne oftest diagnosticeres senere end spiseforstyrrelsen [5, 7]. En forklaring på resultatet kan være, at børn og unge med tidlig debut af ED og henvisning til en specialafdeling udgør en særlig belastet gruppe. Desuden er opmærksomheden på komorbiditet øget generelt i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri i de senere år. Ud fra tidligere studiers resultater forventede vi en højere forekomst af komorbiditet hos de patienter, der også havde sucidale tanker eller adfærd, specielt hos dem med BN [9]. Men vi fandt kun komorbiditet hos AN-patienter, eventuelt på grund af et lille materiale. Materialet viste heller ingen forskel i forekomsten af suicidal adfærd hos patienter med og uden komorbiditet. Igen tolkes forekomsten af komorbiditet og suicidal adfærd dog som udtryk for mere alvorlig psykopatologi i den yngste gruppe af spiseforstyrrede patienter i dette studie. Forløbet af sygdommen må bekræfte dette i eventuelle opfølgningsundersøgelser.

Konklusion

Resultatet af dette studie viser, at:

- Selvskadende handlinger forekom hos ca. en fjerdedel af patienterne.
- Suicidale tanker forekom hos ca. en tredjedel af patienterne.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

- Der er en tendens til, at de yngste patienter udviser øget suicidal adfærd og komorbiditet, men dokumentation for dette vil kræve et større studie.
- Således støttes hypotesen, at 12-17-årige patienter med spiseforstyrrelser udviser højere grad af suicidal adfærd end baggrundspopulationen.

Klinikeren må være opmærksom på risikoen for suicidal adfærd hos spiseforstyrrede børn og unge (12-17 år) og spørge om adfærd og tanker herom.

Korrespondance: Pernille Damsted, Monradsgade 13, DK-7400 Herning.
E-mail: Pernille.damsted@mobilixnet.dk

Antaget: 3. februar 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen hviler på en større litteraturgennemgang. Oplysninger om denne baggrundslitteratur kan fås fra forfatterne.

Litteratur

1. Munk-Jørgensen P, Møller-Madsen SM, Nielsen S et al. Incidens af spiseforstyrrelser i psykiatrisk sygehusvæsen i Danmark 1970-1993. Ugeskr Læger 1996;158:5785-9.
2. Patton GC. Mortality in eating disorders. Psychol Med 1988;18:947-51.
3. Emborg C. Dødelighed og årsager til død hos patienter med spiseforstyrrelser i Danmark, 1970-1993. Ugeskr Læger 2001;163:3476-80.
4. Nielsen S, Møller-Madsen S, Isager T et al. Standardized mortality in eating disorders - a quantitative summary of previously published and new evidence. J Psychosom Res 1998;44:413-34.
5. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002;159:1284-93.
6. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. Acta Psychiatr Scand 1997;95:508-14.
7. Paul T, Schroeter K, Dahme B et al. Self-injurious behavior in women with eating disorders. Am J Psychiatry 2002;159:408-11.
8. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. J Nerv Ment Dis 2000;188:537-42.
9. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. Acta Psychiatr Scand 1999;100:27-32.
10. Tingsgard P. Selvmordsforsøg hos børn. Ugeskr Læger 1975;137:1273-8.
11. Center for selvmordforskning. Tal om selvmordsforsøg i Fyns Amt. 2004. www.selvmordsforskning.dk/ jan 2004.
12. Mazza VJ, Reynolds WM. An investigation of psychopathology in nonreferred suicidal and nonsuicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav 2001;31:282-302.
13. Hulten A, Jiang GX, Wasserman D et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. Eur Child Adolesc Psychiatry 2001;10:161-9.
14. Bilenberg N. The Child Behavior Checklist (CBCL) and related material: standardization and validation in Danish population based and clinically based samples. Acta Psychiatr Scand Suppl 1999;398:2-52.
15. Corcos M, Taieb O, Benoit-Lamy S et al. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. Acta Psychiatr Scand 2002;106:381-6.
16. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Selvmord blandt unge - familiemæssige, psykiatriske og socioøkonomiske risikofaktorer. Ugeskr Læger 2002;164:5786-90.
17. Sanchez LE, Le LT. Suicide in mood disorders. Depress Anxiety 2001;14:177-82.
18. Brinck T, Hertz M. Behandling af anorexia nervosa. Ugeskr Læger 2001;163:3469-73.
19. Coren S, Hewitt PL. Is anorexia nervosa associated with elevated rates of suicide? Am J Public Health 1998;88:1206-7.
20. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. Int J Eat Disord 1997;22:339-60.

Kardial sarkoidose

Overlæge Nils Milman & overlæge Svend Aage Mortensen

H:S Rigshospitalet, Hjertecentret,
Afsnit for Hjerte-lungetransplantation og Hjertemedicinsk Klinik B

Resume

Artiklen giver en oversigt over kardial sarkoidoses epidemiologi, kliniske manifestationer, diagnostik, behandling og prognose. Hos patienter med systemisk sarkoidose findes granulomer i myokardiet hos 30%, mens kliniske tegn på kardial sarkoidose ses hos 5%. Kardiale manifestationer omfatter perikarditis, ledningsforstyrrelser (atrioventrikulært blok), arytmier, klapinsufficiens, ventrikulaneurisme, hjerteinsufficiens og pludselig kardial død. Hyppigste dødsårsager er pludselig død og hjerteinsufficiens. Optimal behandling bedrer prognosen.

Sarkoidose er en systemisk sygdom, der histologisk er karakteriseret ved granulomatøs inflammation i flere organer med forekomst af epitelioidcellegranulomer med flerkernede kæmpeceller og uden central nekrose [1]. Årsagen er ukendt,

men den er formentlig af infektiøs genese. Udvikling af klinisk sarkoidose kræver både eksposition for et eller flere uidentificerede antigen(er) og en genetisk disposition [1]. Incidensen i Danmark er 7,2 pr. 10⁵ personår, dvs. at der årligt bliver diagnosticeret omkring 400 nye tilfælde af sarkoidose [2]. Sarkoidose er pga. de multifacetterede kliniske manifestationer fortsat en udfordring for klinikeren med hensyn til diagnose, behandling og vurdering af prognose.

Metode

Der blev søgt i PubMed under søgeprofilen *sarcoidosis and cardiac*, hvilket gav 741 artikler fra perioden 1950-2005. En stor del af disse artikler er kasuistikker. Der er valgt artikler, som blev fundet velegnede til belysning af problematikken om kardial sarkoidose.

Kardial sarkoidose

Epidemiologi

Det første tilfælde af kardial sarkoidose (granulomatøs perikarditis) blev beskrevet i 1929, og det første dødsfald relateret