

DISKUSSION

Depression ses ofte hos ældre og kan behandles med god effekt, men ofte er symptomerne på debuterende depression hos ældre anderledes end hos yngre.

I Sundhedsstyrelsens referenceprogram fra 2007 for unipolær depression [1] er der ikke beskrevet forskelle i depressionssymptomer hos forskellige aldersklasser, og der er i det hele taget kun sparsom litteratur om emnet. Det skyldes muligvis, at man i undersøgelser med henblik på at påvise symptomforskelle har koncentreret sig om yngre ældre, dvs. patienter under 75 år [2, 3].

Den kliniske erfaring er imidlertid, at der faktisk er forskelle i symptomatologien.

Specielt er nedsat stemningsleje ikke altid så udtalt hos ældre. Tværtimod er disse patienter ofte mere agiterede og irritable end yngre. Tankeindholdet drejer sig oftere om kropsfunktioner, sygdom og penge. Hvis der er selvbebrejdelser, drejer disse sig oftest om f.eks. at have syndet, være gået fallit eller at have gjort noget forfærdeligt.

De ældre har hyppigere somatiserende symptomer, søvnløshed, nedsat energi og nedsat interesse for omgivelserne.

Hos den ældre patient er der således risiko for, at man kommer til at betragte de psykiske symptomer som en naturlig følge af fysiske besværligheder og eventuelle sociale problemer [4, 5].

Når et ældre menneske ændrer adfærd med nedsat appetit, energi og livslyst uden forklarlig somatisk årsag, så bør diagnosen depression alvorligt overvejes.

KORRESPONDANCE: Anne Grethe Viuff, Regionspsykiatrien Herning, Gl. Landevej 61, DK-7400 Herning. E-mail: hecagv@ringamt.dk

ANTAGET: 15. februar 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Nils Gulmann. Praktisk gerontopsykiatri. København: Hans Reitzels forlag, 2001.
3. Gulmann NC, Lolk A. Depression in old age. Ugeskr Læger 2007;169:1462-5
4. Butler RN, Cohen G, Lewis MI et al. Late-life depression: how to make a difficult diagnosis. Geriatrics 1997;52:37,41-2,47-50.
5. Zisook S. Depression in late life. Diagnosis, course, and consequences. Postgrad Med 1996;100:143-8,150,156.

Ekstrakorporal oxygenering ved legionellapneumoni

Reservelæge Bülent Uslu & overlæge Morten Steensen

Legionellabakterier kan forårsage svær interstitiel pneumoni med systemisk påvirkning. Måltrettet antibiotisk behandling og hurtig diagnosticering kan reducere risikoen for komplikationer som multior-gansvigt og fulminant respiratorisk svigt. Respiratorbehandling kan være nødvendig i svære tilfælde, og den derved tryk- og volumeninducerede lungeskade og øgede mortalitet forsøges formindsket med moderne respiratorterapi [1]. I dette kritiske stadie med vedvarende hypoksi er andre behandlingstiltag ind i mellem nødvendige. *Extracorporal membrane oxygenator* (ECMO) er en venovenøs bypass, hvor blodet oxygeneres ekstrakorporalt, og metoden kan være et alternativ til konventionel behandling, indtil den udløsende infektiøse årsag til *adult respiratory distress syndrome* (ARDS) er under kontrol.

SYGEHISTORIE

En 49-årig kvinde blev indlagt efter 14 dage med produktiv hoste og tiltagende vejrtrækningsbesvær. Hun var tidligere rask fraset mangeårig rygeanamnese og type 2-diabetes mellitus. Egen læge havde behandlet patienten med penicillin samt pivampicillin både in-

den og efter en uges rejse til Italien. Den initiale behandling med ceftriaxon og azitromycin på sygehuset skyldtes rejseanamnesen. Patienten blev hurtigt tiltagende hypoksisk og måtte overflyttes til intensivafsnit og intuberes efter få timers indlæggelse. Grundet den manglende effekt af den initiale respiratorbehandling med en *pressure regulated volume control* (PRVC)-modus skiftede man til trykkontrolleret ventilation. Samtidig anvendte man muskelrelaksans, cisatracurium og inhalationer af epoprostenol. Men patientens

KASUISTIK

Hvidovre Hospital,
Anæstesi og Intensiv
Afdeling



FORKORTELSER

ARDS = *adult respiratory distress syndrome*

CIP = *critical illness polyneuropathy*

DIC = *disseminated intravascular coagulation*, dissemineret intravaskulær koagulation

ECMO = *extracorporal membrane oxygenator*

LUT = *Legionella*-urinantigentest

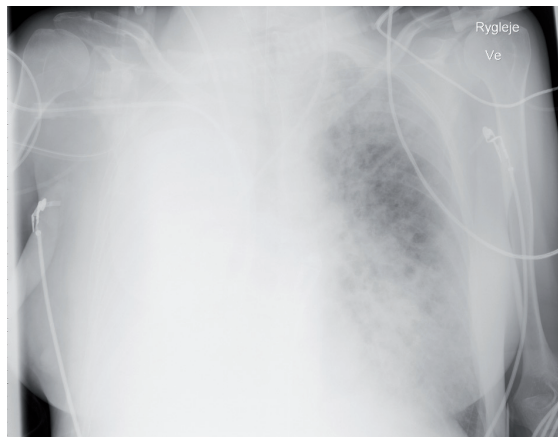
PEEP = *positive end expiratory pressure*, positivt slutekspirationstryk koagulation

PRVC = *pressure regulated volume control*



FIGUR 1

Røntgen af thorax, der viser konsolidering af infiltrater i højre lungefelt og tiltagende infiltrater i venstre lungefelt.



tilstand forværredes hurtigt på trods af 100% ilttilskud, lav tidalvolumen på 6-7 ml/kg og et moderat højt positivt slutekspirationstryk (PEEP) på 18 cm H₂O. Ligeledes nåede trykstøtten på 18 cm H₂O for at opretholde en arteriel blodprøve med ph 7,20, pO₂ 5,9 kPa, pCO₂ 7,2kPa, SBE -7,5mmol/l. På dette tidspunkt kunne man radiologisk og klinisk påvise svær ARDS. Der var samtidig cirkulatorisk svigt, anuri og dissemineret intravaskulær koagulation (DIC); altså multiorgansvigt. Grundet denne fortsatte forværring af patientens tilstand forsøgte man ikke ydeligere medicinsk behandling og overflyttede patienten til behandling med ECMO på et universitetssygehus. Der blev påvist legionella-antigen i urin (LUT) og med dyrkninger af sekret fra trachea påvist legionella.

Patienten responderede straks godt på denne behandlingsform, som blev afviklet efter otte dage uden tilstødende komplikationer. Antibiotisk behandling blev ændret til claritromycin, ciprofloxacin og meropenem på intensivafsnit i andet indlæggelsesdøgn, og herved kunne man konstatere et fortsat fald i infektionsparametre. Patienten kunne tilbageflyttes til stam sygehus til videre intensiv terapi efter to uger og til stamafsnittet efter totalt seks ugers behandling i intensivt regi. Patienten var præget af svær *critical illness* polyneuropati (CIP) under indlæggelsen på intensivafsnit og havde således fortsat behov for ergoterapi og fysioterapi.

DISKUSSION

ARDS er kendetegnet ved kombinationen af nytillkomne bilaterale infiltrater i lungerne (se **Figur 1**), hvor forholdet mellem ilttensionen i arterieblodet og i inspirationsluften er mindre end 200 mm Hg. Kardio-

gent udløst lungeødem bør udelukkes som differentialdiagnose [1]. Den isolerede mortalitet for ARDS er fra 25 til 58% [2]. Behandlingen kan inddeles i en farmakologisk og nonfarmakologisk del. Der tilstræbes lav tidalvolumen, trykstøtte og lav til moderat højt positivt slutekspirationstryk (PEEP) for at formindske risikoen for respiratorinducerede lungeskader (vol- og barotraume, biokemisk traume) [1, 2]. Inhalation af nitrogenoxid, bugleje og neuromuskelblokerende midler kan have en midlertidig gunstig effekt. Men effekten af epoprostenol er dog tvivlsom, idet der kun findes kasuistiske meddelelser, dyrestudier og retrospektive studier, som ikke er entydige [2].

En alternativ behandling er ECMO, hvorved hypoksi kan elimineres, og en reduktion i respiratorindstillinger vil være mulig [3]. Den positive effekt af ECMO er blevet bekræftet i flere randomiserede kliniske studier blandt neonatale, hvor der findes over 80% overlevelse. Men der findes kun en række kasuistiske meddelelser og mindre retrospektive studier, som påpeger en overlevelse på op til 66% blandt voksne, og at aktivitetsniveauet blandt de overlevende bliver så højt, at de fleste kan vende tilbage til deres oprindelige arbejde [4]. Der forligger endnu ikke fælles rekommandationer eller kliniske parametre for, hvornår ARDS bør behandles med ECMO. Dette skyldes det omtalte lave evidensniveau og manglen på randomiserede undersøgelser, som påviser en positiv effekt af behandling med ECMO blandt patienter med svær ARDS. Et større randomiseret studie, CESAR, er netop afsluttet, men endnu ikke publiceret. I dette studie sammenlignes effekten af ECMO og konventionel respiratorbehandling af ARDS [5].

ECMO bør være en alternativ behandlingsmulighed ved svær ARDS, hvor der fortsat er hypoksi på trods af moderne respiratorterapi og medicinsk behandling. Det konkrete kliniske tilfælde bør vurderes i samråd med de centre, som tilbyder ECMO-behandling i Danmark, indtil der er udarbejdet fælles kliniske retningslinjer.

KORRESPONDANCE: *Bülent Uslu*, Anæstesi og Intensiv Afdeling, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: buslu@dadlnet.dk

ANTAGET: 8. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Brower RG, Matthay MA, Morris A et al. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2000;342:1301-8.
2. Schuster KM, Alouidor R, Barquist ES. Nonventilatory interventions in the acute respiratory distress syndrome. *J Intensive Care Med* 2008;23:19-32.
3. Marasco SF, Lukas G, McDonald M et al. Review of ECMO (extra corporeal membrane oxygenation) support in critically ill adult patients. *Heart Lung Circ* 2008;17:41-7.
4. Peek GJ, Moore HM, Moore N et al. Extracorporeal membrane oxygenation for adult respiratory failure. *Chest* 1997;112:759-64.
5. Peek GJ, Clemens F, Elbourne D et al. CESAR: Conventional ventilatory support vs extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure. *Bio-Med Central Health Services Research* 2006;6:163-79.