

Letal diabetisk ketoacidose hos en skizofren patient

Overlæge Uffe Juul Povlsen & overlæge Henrik Lublin

H:S Rigshospitalet, Psykiatrisk Klinik

Tidlig diagnosticering og behandling af diabetes mellitus (DM) er essentiel for forebyggelse af sendiabetiske komplikationer. Diabetisk ketoacidose (DKA) udgør en akut og potentiel dødelig komplikation. Flere undersøgelser dokumenterer en øget forekomst af DM blandt skizofrene patienter og, at behandling med antipsykotika øger risikoen for at få type 2-DM, ikke mindst ved anvendelse af andengenerations eller atypiske antipsykotika (SGA). Der beskrives en sygehistorie med dødsfald hos en yngre, skizofren mand med udiagnosticeret DM.

Sygehistorie

En 30-årig mand med paranoid skizofreni blev fundet død i sit eget hjem. Patienten modtog førtidspension og levede meget isoleret kun med en sporadisk kontakt til familien. Han havde igennem seks år fulgt regelmæssig psykiatrisk behandling, men havde i de sidste par år i stigende grad isoleret sig i sin lejlighed og ønskede ikke hjemmebesøg. Han mødte meget uregelmæssigt til de aftalte ambulante fremmøder.

Patienten havde altid følt sig anderledes og beskrev tidlige identitetsproblemer og diskrete paranoide forestillinger. Fra 19-årsalderen havde han et betydeligt hash- og alkoholmisbrug. Han blev 23 år gammel for første gang indlagt på en psykiatrisk afdeling med psykotiske og negative skizofrene symptomer, depression og vedvarende suicidale impulser. Han var desuden svært ambivalent og præget af negativisme. Patienten blev i de følgende år indlagt i alt 16 gange og fulgte mellem indlæggelserne behandling ved det lokale distriktspsykiatriske center (DPC). Han var kontinuerligt i tospors psykofarmakologisk behandling. Han havde tidligere successivt modtaget antipsykotisk behandling med pimozid 3 mg dagl. i et år, olanzapin 15 mg i et år, risperidon 6-8 mg i tre år og senest quetiapin 800 mg i otte måneder. Antidepressiv behandling var ordineret i form af dosulepin 200 mg i et år, sertralin 50-100 mg i to år, citalopram 40-60 mg i to år og senest venlafaxin 75-225 mg i 1½ år. Trods effekt af behandlingen var patienten i udtalt grad præget af negative og depressive symptomer især i form af initiativløshed, passivitet og svære kontaktforstyrrelser. Det lykkedes ikke at få ham involveret i aktivitetstilbud, og han var afvisende over for regelmæssige samtaler med en kontaktperson. Patienten var i hele behandlingsforløbet svært overvægtig. Det var ikke muligt at få ham til at følge en diæt eller dyrke motion, og han modsatte sig vægtkontrol.

Politiet fandt patienten død i sin lejlighed, efter at han ikke havde haft kontakt til familie eller DPC igennem en måned. På dødstidspunktet modtog han behandling med quetiapin 800 mg dagl. og venlafaxin 75 mg dagl. Der var ikke umiddelbart tegn på suicidium, men dødsomstændighederne fandtes uafklarede.

Ved en retsmedicinsk obduktion fandt man: Ingen tegn på vold, vægt 109 kg, højde 173 cm og *body mass index* (BMI) 36,4 kg/m². Der fandtes fedtomdannelse af leveren, betændelsesforandringer i mavesækken med blødning og aspireret maveindhold i luftvejene. Der var generelle tegn på forrådnelse og mumificering. Ved de supplerende retskemiske undersøgelser, der blev foretaget på Retskemisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet, fandtes ingen reaktion i muskelvæv af quetiapin og venlafaxin, mens risperidon blev påvist under kvantifikationsgrænsen. Der blev ikke påvist euforiserende stoffer, men der var svært forhøjede værdier i blodet af ketonstoffer i form af acetone og acetoacetat (1.400 µmol/kg) samt betahydroxysmørsyre (3.300 µmol/kg). Dødsårsagen vurderedes ikke at være endeligt oplyst, men den blev antaget at være ketonstofbetaget syreforgiftning, hvor den påviste indsugning af maveindhold til luftvejene kunne have været en medvirkende årsag.

Diskussion

Som dødsårsag i den beskrevne sygehistorie er der alvorlig mistanke om DKA hos en yngre, svært overvægtig skizofren mand, som ikke tidligere havde fået diagnosticeret DM. Patienten må formodes at have været disponeret gennem en usund livsstil præget af inaktivitet med manglende motion, usund fødeindtagelse og stort tobaksforbrug. Han var i de seneste år præget af en negativ skizofren symptomatologi, hvor han modsatte sig enhver form for helbredsundersøgelse. Sygehistorien illustrerer vanskelighederne ved på tilfredsstillende vis at føre helbredsmæssig kontrol med svært skizofrene patienter. Patienten havde i de senere år successivt modtaget behandling med tre forskellige SGA. Det var ikke muligt entydigt at pege på et eller flere af disse præparater som årsag eller medvirkende årsag til den udiagnosticerede DM.

SGA har i de senere år haft en stigende anvendelse til behandling af skizofrene patienter, da de har en høj effektivitet og en ringe risiko for at give ekstrapyramidale bivirkninger. De anvendes derfor ofte som førstevalgspræparat til yngre, skizofrene patienter [1]. I kasuistiske meddelelser og registerundersøgelser har man imidlertid i de seneste par år dokumenteret en øget risiko for udvikling af type 2-DM og DKA ved behandling med SGA, ikke mindst clozapin og olanzapin

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

[2-3]. Der eksisterer ikke faste retningslinjer for monitorering af skizofrene patienter, der er i behandling med SGA. SGA bør anvendes under hensyn til individuel effektivitet og individuelle risikofaktorer som f.eks. tilbøjeligheden til vægtøgning og DM. På baggrund af en litteraturgennemgang gives rekommandationer for behandling med SGA [4].

Korrespondance: Uffe Juul Povlsen, Distriktspsykiatrisk Center, Hans Kirks Vej 6, DK-2200 København N. E-mail: juul.povlsen@rh.dk

Antaget: 13. januar 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Glenthøj B, Gerlach J, Licht RW et al. Behandling med antipsykotika. Vejledende retningslinier ved Dansk Psykiatrisk Selskab. Ugeskr Læger 1998;160 (suppl 5).
2. Lean ME, Pajonk FG. Patients on atypical antipsychotic drugs. Diabetes Care 2003;26:1597-605.
3. Kristensen SH, Pørksen NK. Clozapin og diabetisk ketoacidose. Ugeskr Læger 2003;165:475-6.
4. Povlsen UJ, Breum L, Lublin H. Diabetes som komplikation til behandling med andengenerationsantipsykotika. Ugeskr Læger 2004;166:XXXX-X.

Posttraumatisk refleksdystrofi – er akupunktur en mulighed?

Overlæge Palle Rosted & læge Viggo Rask Kragh Jørgensen

Sheffield Universitet, England, og
almen praksis, Thyborøn

Complex regional pain syndrome-type I (CRPS-type I) eller refleksdystrofi er et abnormt reaktionsmønster i en ekstremitet. Reaktionen opstår hyppigst efter traumer og er karakteriseret af smerter, funktionstab og vasomotoriske forstyrrelser [1, 2]. I litteraturen er der angivet adskillige behandlingsforslag [2, 3], herunder akupunktur [4]. CRPS-type I er sjælden hos børn [5].

Sygehistorie

En 13-årig tidligere rask pige henvendte sig på skadestuen på grund af smerter og bevægeindskrænkning med dorsalt flekteret hånd efter et fald fire dage forinden. En røntgenundersøgelse af håndleddet viste normale forhold. Der blev ikke givet nogen behandling. Smerterne og bevægeindskrænkningen blev forværret, og hun blev i løbet af de følgende dage sat i behandling med paracetamol 1.000 mg × 6, dichlofenac 50 mg × 3, diazepam 2 mg × 3, ibuprofen 400 mg × 3, tramadol 50 mg × 3, codein 60 mg × 2 og amitriptylin 20 mg × 2 samt udstyret med en skinne. To uger senere blev hun indlagt og sat i behandling med ampicillin 500 mg × 2 på mistanke om infektion. Der blev givet guanethidinblokkade og fysioterapi uden effekt. Røntgenundersøgelse og ultralydskanning af håndleddet viste normale forhold. En isotopkognoscanning viste øget aktivitet. Patienten blev udskrevet til ambulans fysioterapi.

Godt to uger efter udskrivelsen henvendte patienten sig i almen praksis. Hun var medicinpåvirket, havde konstante smerter, kvalme, mavesmerter og manglende appetit. Højre hånd og håndled samt de nederste to tredjedele af underarmen var hævet. Hånden var bleg, klam, glinsende og fugtig.

Den mindste berøring udløste stærke smerter. Der var ingen bevægelighed i fingre og håndled. Bevægeligheden i albuen var reduceret med såvel ekstensions- som fleksionsdefekt. Supinations-pronations-bevægelsen var væk. Bevægeligheden i skulderen var normal.

Al medicin undtaget ibuprofen og paracetamol blev seponeret, og der blev givet akupunktur i punkterne SI-5, LI-5, TE-5 og EX-28. Efter indsættelse af nålene og opnåelse af De-qui-fornemmelsen, blev nålene stimuleret manuelt i to sekunder og efterladt uden yderligere stimulation i fem minutter. Fem minutter senere var smerterne reduceret markant. Næste dag var patienten mindre medicinpåvirket, men havde fortsat kvalme, mavesmerter og manglende appetit. Hun havde sovet adskillige timer i nattens løb. Hånden var fortsat hævet, men ikke klam og fugtig. Bevægeligheden var fortsat stort set ophævet. Der blev givet akupunktur i punkterne LI-10, LI-11, SI-8 og HT-3, hvorefter bevægeligheden i albuen blev normal. En time senere var bevægeligheden i håndled og fingre stort set normal. Næste dag var de gastrointestinale symptomer forsvundet. Smerterne var reduceret med 50% vurderet på en visual analogskala, medicineringen var uændret. Håndens farve var normal, og den føltes ikke klam og fugtig.

Den følgende dag var smerten reduceret med 75%. Der var kun let ubehag ved berøring, hånden fungerede normalt, og hævelsen var forsvundet. På femtedagen var smerterne reduceret med 95%. Patienten var medicinfri, bevægeligheden var normal, og der blev ikke givet nogen behandling.

Ved en kontrol en måned senere var der ingen smerter, ingen hævelse, og bevægeligheden var normal.

Diskussion

Efter fire akupunkturbehandlinger givet dagligt, var smerten reduceret med 95%. Bevægeligheden i hånd, håndled og albue