

# Komplekse skader i forbindelse med søvngængereri

Nanna Hylleholt Sillesen, Lisa Toft Nielsen & Christian Bonde

Hos den voksne befolkning går 1-3% i søvne, og hos børn estimeres incidensen til at være op til 14% [1, 2]. Søvngængereri (SG) forekommer typisk under den første tredjedel af søvnen i forbindelse med drømmeløs søvn (*non rapid eye movement*, søvnstadiet tre og fire). Typisk går den sovende person rundt med åbne øjne og mumler, men SG kan også i sjældne tilfælde udmønte sig i aggressiv adfærd, spisning eller i udførelse af komplekse handlinger såsom at køre bil [2]. Efterfølgende amnesi er kendetegnende [2-4]. Årsagen til SG er ikke fuldt klarlagt, men associeres til en lang række tilstande såsom feber, stress, søvnapnø og medicinering. Der er ikke konsensus om behandlingen, og området er præget af mangel på evidens.

## SYGEHISTORIE

Denne sygehistorie omhandler en 64-årig mand, som tidligere havde haft SG og epileptiske anfald i form af absencer. Sidstnævnte anfald blev behandlet med lamotrigin, og patienten var anfaldsfri, når han brugte denne medicin. Patienten havde forud for den aktuelle indlæggelse lagt sig til at sove på sin nattevagt klokken ca. 23. Han delte nattevagten med en kollega. På et ukendt tidspunkt efter sengetid havde patienten i søvne begivet sig ud på et toilet, hvor det var lykkedes ham at åbne et toiletvindue, som han herefter var kravlet ud af. Patienten befandt sig på anden sal, og da han kravlede ud af vinduet, faldt han 6-8 meter ned på en græsplæne. Her vågnede han op, fortumlet, smerteforpint og afkølet, da udendørstemperaturen var ca.  $-3^{\circ}\text{C}$ . Patienten havde pådraget sig en åben komminut pilonfraktur af højre tibia og fibula samt en åben fraktur af venstre calcaneus. Det lykkedes ham at lokalisere et kældervindue, som han fik mave sig hen til og fik slået i stykker, hvorved han pådrog sig bløddelslæsioner på en albue og et knæ. Han kravlede igennem det ituslåede vindue for at komme ind i varmen og faldt yderligere ned på kældergulvet. I kælderen lå patienten og bankede på nogle rør i håb om, at kollegaen ville finde ham. Cirka 4-6 timer efter at patienten var gået i seng, blev han fundet af sin kollega og indbragt på Rigshospitalets Traumecenter. Han var hypoterm med en kropstemperatur på  $32,5^{\circ}\text{C}$  og havde følgende skader ud over ovennævnte: Ustabil fraktur af C5-C7 med diskusruptur og neurologisk påvirkning af overekstremiteten, stabil L2-fraktur, behandlingskrævende bløddels-

læsion med substansstab på højre crus, fraktur af højre costa ni og højresidig pneumothorax. Højre crus måtte operativt forkortes fire centimeter på grund af avital tibiaknoglestump, før der kunne gennemføres skinnefiksation og fibulaosteotomi med skinne. Substansstabet på højre crus blev plastikkirurgisk forsøret med en fri lap fra venstre lår (*anterolateral thigh-lap*, **Figur 1**). Venstre calcaneus blev osteosynteret med subtaloartrodese, og costafrakturene og pneumothorax blev behandlet henholdsvis konservativt og med dræn. Cervikalfrakturene fik dese fra C5-C7, og den stabile L2-fraktur blev konservativt behandlet med korset.

Patienten er fortsat under genoptræning og har opnået fuld førlighed bortset fra føleudfald af højre hånd. Han er skrevet op til udredning i søvnlaboratorium med elektroencefalografi efter endt genoptræning.

## DISKUSSION

Det er sjældent, at man ser så komplekse handlinger under SG som i denne sygehistorie, men når de forekommer, kan de få alvorlige konsekvenser [2, 3].

Genesen til SG er ikke fuldt klarlagt. Nogle mener, at SG er en epileptiform aktivitet [3], mens andre hypoteser peger på underliggende psykopatologi, graviditet, medicin, arvelighed, central serotoninaktivitet, migræne, søvnapnø, stress, søvndeprivation,

## KASUISTIK

Plastikkirurgisk Afdeling,  
Rigshospitalet

FIGUR 1

Anterolateral thigh-lap over højre pilonfraktur seks uger postoperativt.



psykisk traume, herpes simplex encephalitis eller thyrotoxicosis som disponerende faktorer [1, 3, 4].

Patienten i denne sygehistorie har epilepsi som mulig genese og et kraniebrud tilbage fra sin ungdom, men ellers ingen af ovennævnte tilstande, der muligvis kunne forklare hans SG.

Den manglende erfaring på området medfører, at der ikke er konsensus om den medicinske behandling. Behandlingen sigter primært mod den udløsende årsag, hvis denne kan lokaliseres, og ellers er benzodiazepiner oftest nævnt i litteraturen [1-3]. Indtil der foreligger mere forskning på området, er forebyggelse et af de sikreste elementer i behandlingen: at undgå stress og søvndeprivation og have gode søvnvaner. Personer med svær SG bør inden sengetid sikre soveværelset med tunge gardiner foran

vinduerne og endvidere sørge for, at dørene er forsvarligt låst, at de ting, man kan falde over, er fjernet, samt for at placere madrassen på gulvet og eventuelt sove i en sovepose [1, 2].

**KORRESPONDANCE:** Nanna Hylleholt Sillesen, Weidekampsgade 55, 2. th., 2300 København S. E-mail: hylleholt@gmail.com

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Remulla A, Guillemainault C. Somnambulism (sleepwalking). *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:2069-74.
2. Harris M, Grundstein RR. Treatment for somnambulism in adults: assessing the evidence. *Sleep Med Rev* 2009;13:295-7.
3. Hughes JR. A review of sleepwalking (somnambulism): the enigma of neurophysiology and polysomnography with differential diagnosis of complex partial seizures. *Epilepsy Behav* 2007;11:483-91.
4. Hafeez ZH, Kalinowski CM. Somnambulism induced by quetiapine: two case reports and a review of the literature. *CNS Spectr* 2007;12:910-12.



## Systematisk traumemodtagelse kan være farligt

Jes Niels Braagaard<sup>1</sup> & Thue Bisgaard<sup>2</sup>

### KASUISTIK

1) Anæstesiologisk Afdeling og  
2) Kirurgisk Afdeling, Køge Sygehus

I denne kasuistik beskriver vi et overraskende forløb efter *advanced trauma life support* (ATLS) i forbindelse med en bilulykke.

ATLS blev udviklet af en amerikansk ortopædkirurg, som sammen med sin familie var udsat for en alvorlig og tragisk ulykke i 1976 i forbindelse med et flystyrt. Oplevelsen dannede grundlag for udvikling af principperne bag ATLS, og systemet blev hurtigt adopteret af American College of Surgeons [1, 2]. ATLS er nu et alment anerkendt og effektivt system, der er bygget op om en systematisk, rigoristisk modtagelse af traume patienter, som er i potentiel livsfare.

Formålet med ATLS er uagtet den primære ulykke at opnå optimal kontrol over den akutte situation [1, 2], og med ATLS fokuserer man på traume patientens første time efter tilskadekomst og på med enkle principper at sikre *airway, breathing, circulation, disability og exposure/environment* (ABCDE).

Der udføres systematisk diagnostik, praktiske håndgreb og planmæssig behandling af skaderne efter deres potentielle dødelighed [3]. Alle traume patienter med muligt columnatraume fikseres på et *spineboard* med trepunktsfastgørelse [3]. En naturlig følge af ATLS er konsekvent helkropseksposering af patienten ved resolut opklipping af al beklædning, mens patienten stadig er fastgjort på et *spineboard* [3].

### SYGEHISTORIE

En 22-årig rask mand, med ikkebehandlingskrævende astma og ingen kendte allergier blev indbragt til et lokalsygehus efter en solulykke i bil. Patienten var kørt frontalt ind i en lygtepæl med 75 km i timen. Han havde ikke anvendt sikkerhedssele, og bilen var uden airbag. På skadestedet var han vågen og havde smerter i columna og thorax. Han modsatte sig initialt fiksering på et *spineboard*, men accepterede en stiv halskrave.

