

5. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992;20:864-74.
6. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *Jama* 1993;270:2957-63.
7. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intens Care Med* 2008;34:17-60.
8. Rello J, Ricart M, Mirelis B et al. Nosocomial bacteremia in a medical-surgical intensive care unit: epidemiologic characteristics and factors influencing mortality in 111 episodes. *Intens Care Med* 1994;20:94-8.
9. Valles J, Rello J, Ochagavia A et al. Community-acquired bloodstream infection in critically ill adult patients: impact of shock and inappropriate antibiotic therapy on survival. *Chest* 2003;123:1615-24.
10. Brunkhorst FM, Engel C, Bloos F et al. Intensive insulin therapy and pentastarch resuscitation in severe sepsis. *N Engl J Med* 2008;358:125-39.
11. Finfer S, Chittock DR, Su SY et al. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med* 2009;360:1283-97.
12. Bagshaw SM, Egi M, George C et al. Early blood glucose control and mortality in critically ill patients in Australia. *Crit Care Med* 2009;37:463-70.
13. Fuhrmann L, Lippert A, Perner A et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. *Resuscitation* 2008;77:325-30.
14. Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368-77.
15. Kumar A, Roberts D, Wood KE et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med* 2006;34:1589-96.
16. Varpula M, Karlsson S, Parviainen I et al. Community-acquired septic shock: early management and outcome in a nationwide study in Finland. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:1320-6.

Kognitiv adfærdsterapi ved nonepileptiske anfald

Neuropsycholog Lotte Søvsø

KASUISTIK

Epilepsihospitalet
Filadelfia

Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES) ligner epileptiske anfald, men er ikke ledsaget af iktale elektriske forandringer i hjernen. PNES er en af de vigtigste differentialdiagnoser til epilepsi. Der er i et studie rapporteret om forskellig prævalens fra to til 33 pr. 100.000. Grundig diagnostisk udredning er påkrævet for at undgå uvirksom medikamentel behandling. Behandling med antiepileptika kan – da der ikke er effekt – føre til overdosering med risiko for fatale følger. Behandling med kognitiv adfærdsterapi for denne lidelse er ikke tidligere beskrevet i Danmark.

SYGEHISTORIE

En 50-årig kvinde blev indlagt på Epilepsihospitalet til yderligere udredning og behandling af anfaldsepisoder. Ved indlæggelsen var hun i behandling med antiepileptika, anxiolytika, analgetika og hypnotikum.

Patienten havde siden 24-års-alderen været i psykiatrisk behandling. Gennem årene havde hun været diagnosticeret med tilbagevendende depressioner, fibromyalgi, apopleksi, epilepsi og nonepileptiske anfald. Umiddelbart før den aktuelle indlæggelse blev patienten udskrevet fra et lokalt sygehus med diagnoserne epilepsi, hemiplegi og psykisk lidelse. Alle diagnoser var uden specifikation. Ved indlæggelse på Epilepsihospitalet var hun sengeliggende de fleste af døgnets timer. Patienten modtog hjælp til personlig pleje og var afhængig af rollator.

Patienten blev under indlæggelse døgnmoveret i *Epilepsy Monitoring Unit* (EMU) (Figur 1) og på baggrund af disse optagelser kunne det afkræftes, at hendes anfaldsepisoder var epileptiske. Hun blev udtrappet af antiepileptika og anxiolytika og fik øget mentalt overskud til at indgå i kognitiv terapi.

Patienten modtog kognitiv adfærdsterapi to gange ugentligt i 12 uger under indlæggelse samt tilbudt ambulant opfølgning. Terapien omfattede psykoedukation, adfærdseksperimenter samt træning i registrering af daglige aktiviteter, identifikation af egne dysfunktionelle leveregler, praktiske erfaringer med at ændre sine leveregler samt tilegnelse af adækvate copingstrategier.

Behandlingen resulterede i, at patienten fik ændret sin sygdomsforståelse [2]. Ved indlæggelsen opfattede hun sin sygdom som en legemlig lidelse, som kun kunne behandles medicinsk. Revurdering af diagnose og kognitiv terapi medvirkede til, at patienten blev bevidst om sin egen indflydelse på sine psykologiske reaktionsmønstre og symptomer. Den ændrede sygdomsforståelse åbnede for nye handlemuligheder. Hun blev bevidst om sin tendens til at re-

FIGUR 1

Døgnmovering i *Epilepsy Monitoring Unit*.



agere med somatisering, fik indsigt i egne dysfunktionelle leveregler samt fik erfaringer med at benytte alternative handlemuligheder. Under behandlingen ændrede hun sig fra at være passiv og hjælpeløs med ringe kontrol over sine følelser til at blive aktiv og ansvarlig samt overvejende selvhjulp. Eksempelvis stod hun op til faste tider og fulgte sit dagsprogram. Hun påtog sig ansvar for adfærdseksperimenter og aftaler.

DISKUSSION

Studier viser, at kognitiv adfærdsterapi er den terapiform, der har den bedste evidens til behandling af somatoforme tilstande [3]. På baggrund heraf blev denne terapiform foretrukket til behandling af PNES. Evidens herfor er tidligere dokumenteret internationalt, men ikke i Danmark. Der vil være behov for at undersøge behandlingseffekten på en større patientgruppe.

Denne kasuistik viser, at PNES let kan overses. Efterhånden kan symptomernes mangfoldighed vanskeliggøre den lægelige/neurologiske udredning. Den valgte kasuistik synes at tydeliggøre betydningen af tidlig og alsidig udredning [5]. Via terapien lærte patienten at fokusere på sine resurser. Hun fik kontrol over sine anfald, fik afdækket sine styrkeområder og opbyggede sin psykiske modstandskraft.

Tendensen til at trække sig i stedet for at løse

dagligdagens problemer blev minimeret under indlæggelsen, men øgedes dog efter udskrivelsen om end ikke i tilnærmelsesvis samme grad som tidligere.

Det konstateres, at det kan være svært for patienten at komme i vane med at benytte de kognitive strategier på egen hånd. Det kan kræve professionel støtte og opbakning.

Konklusivt kan fremhæves:

- PNES har store menneskelige og økonomiske omkostninger.
- Behovet for kendskab til udredning, diagnosticering og behandling af PNES er stort.
- Kognitiv adfærdsterapi synes at være givtig til behandling af PNES.

KORRESPONDANCE: Lotte Søvsø, Epilepsihospitalet Filadelfia – Adm I, Kolonivej 1, DK-4293 Dianalund. E-mail: mlse@filadelfia.dk

ANTAGET: 30. august 2009

FØRST PÅ NETTET: 11. januar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy and Behavior* 2008;12:622-35.
2. Schröder A, Rosendal M, Fink, P. Kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af somatiseringstilstande og funktionelle syndromer. *Månedsskr Prakt Lægeger* 2007;85:1035-48.
3. Hareskov JA. Kognitiv terapi ved somatoforme tilstande. I: Mørch MM, Rosenberg N. Kognitiv terapi. København: Hans Reitzels Forlag 2005:174-96.
4. LaFrance WC, Miller IW, Ryan CE et al. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 2009;14:591-6.
5. Kristensen, O, Alving J. Pseudoseizures – risk factors and prognosis. *Acta Neurol Scand* 1992;85:177-80.

Muskuloskeletal behandling af 11-årig med artrogrypose

Stud.med. Maria Morandi Thomsen, speciallæge Stig Aaberg Thomsen & forskningsleder Pernille Due

Artrogrypose er en gruppe af muskuloskeletale dysfunktioner, der er karakteriseret ved medfødt stivhed og kontraktioner i flere led. Antallet af påvirkede led og indskrænkelsen af bevægelighed kan være varierende af omfang. Ofte vil muskelatrofi følge symptombilledet. Ætiologien er ofte ukendt, men hæmning af leddenes vækst eller bevægelsesfrihed i foetus og problemer med nervesystemets udvikling antages at have betydning [1]. Diagnosen forudsætter eksklusion af andre sygdomme, og muskelbiopsi, blodprøver og kliniske fund anvendes til at udelukke andre muskuloskeletale diagnoser. I ca. 30% af tilfældene kan en genetisk defekt identificeres. Incidensen i Danmark er ca. 300 tilfælde pr. 100.000 fødsler [2].

Vi vil her se på behandlingsforløbet hos en patient, der to år gammel fik diagnosen artrogrypose.

SYGEHISTORIE

Patienten blev 14 måneder gammel henvist af egen læge til pædiatrisk afdeling, da hun ikke viste tegn på at ville stå. Graviditet og fødsel samt hidtidig udvikling, vækst og ernæring havde været upåfaldende. Patienten sad syv måneder gammel og kravlede 11 måneder gammel. Hun begyndte at stå og gå frivilligt 23 måneder gammel med stærkt flekterede ben og øget lændelordose. Det blev fra treårsalderen noteret, at patienten sank sammen i knæene, at hun overvejende belastede højre ben, og at der på venstre ben var ten-

KASUISTIK

Rygklinikken Prometheus