

# Patient med intraktabelt delirium behandlet med elektrokonvulsiv stimulation

Eske Lindgren & Ida Hageman

Delirium uden baggrund i indtag af alkohol eller andre psykoaktive stoffer er en hyppigt forekommende komplikation i forbindelse med indlæggelse på hospital, særligt hos ældre mennesker. Hos hen imod 30% af de ældre patienter, der er indlagt på en medicinsk afdeling, udvikles der en delirøs tilstand på et tidspunkt under indlæggelsen. Hos kirurgiske patienter drejer det sig om 10-50% [1]. Delirium ses klinisk som forstyrrelser i bevidstheden og kognitionen med manglende evne til at fastholde og målrette opmærksomheden samt desorientering. Forstyrrelser af søvn og sprog er ligeledes typiske symptomer. Ofte ses der perceptuelle forstyrrelser i form af illusioner, hvor skygger eller genstande på stuen mistydes som personer eller dyr, men egentlige hallucinationer og vrangforestillinger forekommer også. Forløbet er karakteristisk fluktuerende over tid. Patogenesen er ufuldstændig forstået, men formentlig er der tale om en forstyrrelse af flere neurotransmittere.

Delirium er en alvorlig tilstand, der prædisponerer til udvikling af demens [2] og er potentielt livstruende. Årsagen til den øgede dødelighed, der er forbundet med tilstanden, er uvis, men der er formentlig tale om et samspil mellem kompromitteret behandling af den somatiske lidelse pga. deliriet og cerebral og autonom dysfunktion per se med påvirkning af vitale organer til følge.

Hjørnesteinen i behandlingen af delirium er behandling af den tilgrundliggende somatiske lidelse. Der vil ofte være brug for adjuverende antipsykotisk behandling i en kortere periode, hvorefter tilstanden som oftest remitterer. I visse svære tilfælde synes tilstanden imidlertid at være meget lidt følsom over for antipsykotisk behandling. I sådanne situationer kan elektrokonvulsiv behandling (ECT) bringe tilstanden til ophør og være livreddende.

## SYGEHISTORIE

En 26-årig mand blev indlagt på en hepatologisk afdeling med henblik på levertransplantation på grund af kryptogen levercirrose. Han havde ikke tidligere haft psykiatrisk lidelse.

Operationen forløb planmæssigt, og de første postoperative dage var ukomplicerede. På den femte postoperative dag blev patienten tiltagende desori-

enteret og aggressiv. Tilstanden forværredes, og der udvikledes på dag seks fulminant delirium med desorientering, hallucinationer, vrangforestillinger og sparsom søvn. Der blev iværksat behandling med haloperidol 5-10 mg/døgn.

På trods af behandlingen forværredes tilstanden. I løbet af dag otte og ni blev der med utilstrækkelig effekt givet 50 mg haloperidol/døgn. Man foretog CT, MR-skanning og EEG, som alle viste upåfaldende resultater og ikke bidrog til forklaring af tilstanden. I løbet af dag ni fik han tegn på dystoni, og behandlingen med haloperidol blev stoppet. Behandling med diazepam blev herefter påbegyndt.

I løbet af dag ni og ti blev der akkumuleret givet 120 mg diazepam, der dog ikke havde nævneværdig effekt, hvorfor der blev suppleret med olanzapin i doser op til 40 mg/døgn. På dag ti fik patienten respirationsdepression og blev overflyttet til et intensivafsnit, hvor han blev respiratorbehandlet i to dage, hvorefter han kom retur til det stationære sengeafsnit. Den delirøse tilstand fortsatte trods intensiveret psykofarmakologisk behandling, der på dag 18 var 80 mg olanzapin dagligt.

På dag 19 traf man beslutning om ECT-behandling en bloc, dvs. elektrostimulationsbehandling givet dagligt i tre dage i træk. Allerede efter første behandling var der effekt, og efter tre dages behandling var der eklatant effekt.



## KASUISTIK

Afdeling O, Psykiatrisk Center København

Ugeskr Læger

2014;176:V03140163

Udførelse af elektrokonvulsiv behandling (modelfoto).

På dag 22 var patienten bevidsthedsklar, orienteret og uden delirøse symptomer i øvrigt. Hans søvn var normaliseret. Han fik en fjerde stabiliserende behandling på dag 23, og hans tilstand forblev stabil indtil udskrivelsen 14 dage senere.

### DISKUSSION

Delirium er en hyppig, alvorlig og potentielt livstruende tilstand. Den er forbundet med udtalt lidelse for patienten og forlængede indlæggelsestider. Tilstanden er til tider vanskelig at behandle. Behandling med haloperidol i doser over 10 mg/døgn bidrager sjældent til overbevisende bedring af tilstanden, men er forbundet med øget risiko for bivirkninger [3-4]. Der er ingen større opgørelser over brug af ECT til behandling af organisk delirium i Danmark, men alene kasuistiske beskrivelser [5]. Det er dog indtrykket, at behandlingen kun sjældent bringes i anvendelse og i givne tilfælde – som her – sent i forløbet. Med denne

kasuistik ønsker vi at henlede opmærksomheden på denne behandlingsmodalitet, der eklatant og hurtigt kan bringe tilstanden til ophør til stor lettelse for patient, pårørende og personale.

**KORRESPONDANCE:** *Eske Lindgren*, Afdeling O, Psykiatrisk Center København, Edal Saantes Allé 10, 2100 København Ø. E-mail: eskelindgren@gmail.com

**ANTAGET:** 12. maj 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 25. august 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

### LITTERATUR

1. www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?source=search\_result&search=delirium&selectedTitle=1%7E150/Title=2%7E150 (28. feb 2014).
2. Popp J. Delirium and cognitive decline: more than a coincidence. *Curr Opin Neurol* 2013;26:634-9.
3. Medsafe – online source – Haloperidol, Dose Recommendations. <http://medsafe.govt.nz/profs/particles/dec2012Haloperidol.htm> (28. feb 2014).
4. Page WJ, Ely EW, Gates S et al. Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine* 2013;1:515-23.
5. Kramp P, Bolwig T. Electroconvulsive therapy in acute delirious states. *Compr Psychiatry* 1981;22:368-71.

## Yngre lægers laparoskopiske evner forbedres ved simulationstræning

Neel Maria Helvind, Jakob Burcharth & Jacob Rosenberg

### STATUSARTIKEL

Center for  
Perioperativ Optimering,  
Gastroenheden,  
Herlev Hospital

Ugeskr Læger  
2014;176:V05130278

Laparoskopisk kirurgi er i dag standard til mange procedurer både inden for gastroenterologisk kirurgi, urologi og gynækologi. Laparoskopisk simulationstræning giver mulighed for at opøve færdigheder uden at udsætte patienterne for unødvendig risiko og kan være et supplement til den traditionelle mesterlæretræningsform [1, 2]. Brugen af biologiske modeller (dyr og kadavere) i kirurgisk simulationstræning er historisk veldokumenteret [3-5], og biologisk laparoskopisk simulationstræning er en fast del af den danske kirurgiske introduktionsuddannelse [2]. Igenem de seneste ca. 20 år har man udviklet forskellige nonbiologiske simulationsmodeller (videobokssimulatore (VB) og virtual reality-programmer (VR)), og i takt med den teknologiske udvikling opstår stadig flere muligheder for simulationstræning. Implementeringen og udbredelsen af laparoskopisk simulationstræning er dog fortsat meget begrænset både lokalt og regionalt.

Formålet med denne artikel var at præsentere effekten af og de praktiske fordele og ulemper ved de tilgængelige laparoskopiske simulationsmetoder og diskutere implementeringen af laparoskopisk simulationstræning i dansk kirurgi.



### FAKTABOKS

Laparoskopisk simulationstræning (LS) forbedrer den kirurgiske præstation hos yngre læger.

LS tillader træning af kirurgiske færdigheder uden fare for patientsikkerheden og uden øgede operationsomkostninger.

Anskaffelsespris bør ikke hindre brugen af LS, da effekten af billigere videobokstrænere og enklere modeller af tilsvarende opbygning, er mindst ligeså stor som ved de dyre virtual reality-trænere.

Alle kirurgiske afdelinger kan med fordel anskaffe/bygge en LS-model

LS bør ensrettes vha. et nationalt træningscurriculum og centraliserede kurser.