Kasuistik

Ugeskr Læger 2021;183:V12200914

Cannabinoid hyperemesis-syndrom kan lindres af varme bade

Maria Birgitte Søndermølle & Else Randers

Medicinsk Afdeling, Regionalhospitalet Viborg

Ugeskr Læger 2021;183:V12200914

Cannabinoid hyperemesis-syndrom (CHS) er kendetegnet ved kvalme og cykliske opkastninger. Syndromet lindres ved varme bade og skyldes kronisk cannabismisbrug (**Tabel 1**). CHS er en underdiagnosticeret tilstand, som har været kendt siden 2004 [1]. Omkring 1% af de 16-64-årige i Danmark har et næsten dagligt cannabismisbrug og er dermed i risiko for at udvikle CHS [2]. Brug af cannabidiol (CBD)-olie har også været associeret med CHS [3]. Vi præsenterer en sygehistorie med en ung kvinde med cannabismisbrug og CHS.

TABEL 1 Foreslåede kliniske kriterier for cannabinoid hyperemesis-syndrom [1].

Svær cyklisk kvalme og opkastning
Ugentligt forbrug af cannabis
Midlertidig lindring ved varme bade
Symptomophør ved cannabisophør
Andre støttende fund
Hankøn
Cannabismisbrug startet i teenagealderen
Symptomdebut i 20-30-årsalderen

SYGEHISTORIE

En 19-årig kvinde blev indlagt akut, stærkt forpint og afkræftet, da hun havde haft kvalme og cykliske, eksplosive, alimentære opkastninger gennem to døgn. Ved ankomsten ønskede hun at komme i bad. Hun havde i to dage haft tynd uformet afføring samt lette diffuse mavesmerter, primært epigastrielle. Den objektive undersøgelse viste normale forhold, og hun var afebril samt kredsløbsstabil. Man fandt leukocytose (13,5 × 10^9leukocytter/l) med neutrofilocytose (10,9 × 10^9 neutrofilocytter/l), let hypokaliæmi (3,4 mmol/l) og let

hyperglykæmi (9,8 mmol/l). C-reaktivt protein-niveau, lever-/galdetal, venøst blodgas-niveau og humant choriongonadotropin-niveau var normale. En urinstiks var med 3+ for glukose og ketoner.

Det viste sig, at hun havde haft et cannabismisbrug gennem 2-3 år. Tidligere havde hun haft et cannabisforbrug på 0,3-0,4 g om ugen, hvorpå hun en gang om måneden havde anfald med kvalme og opkastninger, som kunne afhjælpes med varme bade. Under coronakrisen røg hun 0,3-0,4 g cannabis dagligt og havde anfald 2-3 gange ugentligt. Hun søgte lægehjælp, da kvalmen forhindrede tilstrækkeligt føde- og væskeindtag, og de varme bade kun lindrede midlertidigt.

Under indlæggelsen blev kvalmen med tvivlsom effekt forsøgt lindret med metoclopramid og ondansetron. Hun tog bad op til hver halve time og udviklede febrilia (39° C) inden for det første døgn. Efter 60 timers indlæggelse havde hun spontan lindring og blev afebril. Blodprøverne normaliseredes og bloddyrkning var uden vækst af bakterier. Hun blev behandlet med kaliumtilskud og på mistanke om cannabisabstinenser sporadisk med diazepam og quetiapin, der begge var uden klar effekt, og udskrevet til opfølgning i et misbrugscenter.

DISKUSSION

Det kendte cannabismisbrug og ønsket om et bad hos patienten i sygehistorien rettede hurtigt mistanken mod CHS. Hun havde to gange tidligere været indlagt under et lignende symptombillede, men uden misbrugsdokumentation. Tilstanden blev da tolket som pyelonefritis, trods sparsomme kliniske resultater og insignifikant bakteriuri. I begge tilfælde havde hun diffuse mavesmerter, eksplosive opkastninger, let leukocytose og var subfebril. Begge gange blev hun behandlet med antibiotika, og hun fik én henvisning til UL-skanning af nyrer/urinveje, som hun udeblev fra.

Differentialdiagnostisk blev ileus, ketoacidose, Addisons krise og øget intrakranielt tryk overvejet, hvilket anamnesen, de objektive fund og parakliniske undersøgelser ikke var forenelige med. Desuden blev gastroenteritis, graviditet, torkveret ovariecyste og migræne overvejet. Da hun blev højfebril, blev hun udredt for infektion uden fokus og serotonergt syndrom, der begge blev afkræftet.

Elektrolytforstyrrelser, leukocytose, low-grade pyrexia, diaforese, diarré, pludselig opkastning og epigastriel ømhed er beskrevet ved CHS [1]. Patienter med CHS får ofte udført multiple undersøgelser inkl. gastro- og koloskopi samt CT, før mistanken falder på CHS.

Ved CHS er kvalmen oftest refraktær over for antiemetika. Der er begrænset viden om CHS-behandling, men haloperidol og benzodiazepin kan være effektive [4, 5]. Patienten i sygehistorien oplevede kun klar lindring ved varme bade.

Der findes flere ufuldstændige teorier til forklaring af effekten. Cannaboidreceptorer (CB1) i hypothalamus' termoregulationscenter påvirkes dosisafhængigt af tetrahydrocannabinol. »Cutaneous steal« ændrer blodgennemstrømningen til de splankniske kar og lindrer abdominalt ubehag. Angsten og dysforien lindres ved varme bade. Den nociceptive transientreceptor potential vanilloid 1 (TRPV1) i huden aktiveres af varme og regulerer kvalme og emesis. TRPV1 er lokaliseret nær CB1 gennem hele kroppen og deaktiveres af cannabis [4, 5].

Nyere studier tyder på, at topisk capsaicin, det virksomme stof i chili kan have lindrende effekt (via TRPV1) og dermed reducere anden behandling og indlæggelsestiden, dog mangler der større studier [5].

Hos en patient med gentagne anfald af kvalme og cykliske opkastninger, der lindres af varme bade, bør CHS overvejes, og det anbefales at spørge til cannabismisbrug inkl. brug af CBD-olie, så patienten kan undgå unødvendige undersøgelser og blive behandlet for sit misbrug.

Korrespondance *Maria Birgitte Søndermølle*. E-mail: maria.sondermolle@rm.dk

Antaget 15. februar 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. april 2021

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V12200914

SUMMARY

Cannabinoid hyperemesis syndrome can be relieved by hot showers

Maria Birgitte Søndermølle & Else Randers

Ugeskr Læger 2021;183:V12200914

This is a case report of a 19-year-old woman with cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS), which is characterised by cyclic vomiting and nausea, relieved by hot showers and caused by chronic cannabis usage. Many diagnoses must be ruled out, but the suspicion of cannabis usage must be present. Early suspicion of CHS can prevent overtreatment and unnecessary investigations. Lack of evidence makes treatment difficult and is primarily symptomatic. Attention to cannabis usage is needed when admitting patients with emesis.

REFERENCER

1. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L et al. Cannabinoid hyperemesis syndrome: diagnosis, pathophysiology, and treatment – a systematic review. J Med Toxicol 2017;13:71-87.
2. Sundhedsstyrelsen. Skøn over antallet af stofbrugere med et højrisikoforbrug - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 2. 2019. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/02-National-rapport-08-udgivelse.ashx? (14. nov 2020).
3. Laborde-Casterot H, Larabi IA, Dufayet L et al. Does cannabidiol induce cannabinoid hyperemesis syndrome? Clin Toxicol (Phila) 2020;58:1351-2.
4. Richards JR, Gordon BK, Danielson AR, Moulin AK. Pharmacologic treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome: a systematic review. Pharmacotherapy 2017;37:725-34.
5. McConachie SM, Caputo RA, Wilhelm SM, Kale-Pradhan PB. Efficacy of capsaicin for the treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome: a systematic review. Ann Pharmacother 2019;53:1145-52.