

Akuta tillstånd i psykiatrin. Sammanfattning av två föreläsningar av Mussie Msgina våren 2015, Michael Rangne

<i>Tillstånd</i>	<i>Utmärkande</i>	<i>Symtom</i>	<i>Utredning och lab</i>	<i>Behandling</i>
Malignt neuroleptikasyndrom (MNL)	<p>Hyporeflexi, bradyreflexi (jfr SS) Ökad risk vid dosökning (smyg alltid in NL)</p> <p>Alla nl (även Leponex) kan ge MNS, men vanligare vid typiska NL</p> <p>Vanligen 3-14 dagar efter insättning/dosökning, men kan komma efter flera års behandling</p> <p><i>Riskfaktorer:</i> Höga doser, plötslig dosökning, äldre NL, underliggande hjärnskada, CVL, dehydrering, fysisk utmattning, agitation, katatoni, postpartum, malnutrition, lågt s-järn, lågt s-natrium,</p> <p>Atypiskt MNS av nyare NL: lindrigare förlopp, mindre x-pyramidala biverkningar, mindre rigiditet, mindre hypertermi</p>	<p><i>Neurologiska:</i> Hypertermi (allvarligaste symtomet) Muskelrigiditet, tremor, rörelsestörning, katatoni, mutism Sluddrigt tal Dysfagi Hyporeflexi, bradyreflexi</p> <p><i>Mentala:</i> Sänkt/växlande medvetande, delirium, agitation</p> <p><i>Autonom instabilitet:</i> Takykardi Svettning Svängande blodtryck Inkontinens Mydriasis (pupillutvidgning) Inkontinens Dyspné, tacypné</p>	<p>Anamnes – förlopp, medicinering (samtliga syndrom) Lågt p-järn Förhöjt CK, myoglobin LPK, Asat, Alat Myoglobinuri och rabdolys predicerar dödrisk</p>	<p>IVA, livsuppehållande insatser (ej behandla inom psykiatrin) Neurolog Sätta ut NL, även Phenergan, Lergigan m fl. Nedkylning (febern dödar) Häva dehydreringen Dantrolen, bromocriptin ECT Lorazepam</p> <p>Efter två veckor ev försiktigt återinsättande (kan ge samma preparat)</p>
Agranulocytos	<p>Av clozapin, ev karbamazepin</p> <p>Riskfaktorer: äldre kvinna, andra benmärgshämmande Im (karbamazepin)</p> <p>80% inom tre månader efter behandlingsstart. Följ blodbild en gg/vecka i 18 veckor, sedan en gg/månad</p>	Feber, infektionskänslighet, infektioner	<p>LPK < 3000/mm³, neutrofila granulocyter < 1500</p> <p>Även vid eosinofili ska Leponex sättas ut (risk för organskada)</p>	<p>Eventuellt ha is i magen och följa tätt i st f akut utsättning, Leponexutsättning kan ge mycket svåra symtom</p> <p>Kontraindicerat med återinsättning om man väl satt ut det (40% recidiverar, och då med värre förlopp)</p>

<p>Clozapin utsättningsyndrom</p>	<p>Konfusion och delirium. Dramatiskt tillstånd!</p> <p><i>Annan bild än den man behandlat från början</i></p> <p>Inom någon vecka, kan vara fyra veckor. Drabbar upp till 40 % (försämring i grundtillståndet kommer inte lika snabbt efter utsättandet)</p> <p>Får alltid kvarstående sviter p g a hjärnskada</p>	<p>Antikolinerg rebound: Illamående, kräkningar, rastlöshet, sömnbesvär, influensalika symtom</p> <p>Antidopaminerg effekt: Ökad psykos, ökade EPS, katatoni, desorganiserat beteende, agitation, delirium, hallucinationer, vanföreställningar, aggressivitet, defekerar, hyperaktiv, går ej att kommunicera med. Galen!</p> <p>Antihistaminerg effekt: Sömlöshet, rastlöshet, akatisiliknande symtombild</p> <p>Samt autonom instabilitet</p>		<p>Lägg in på avdelning för planerad Leponexutsättning. Sätt ut långsamt (1-2 v) om alls möjligt (ej vid agranulocytos)</p> <p>Omvårdnad, undvik dehydrering</p> <p>Antikolinergt Im (Akineton, Theralen, Zyprexa) kan lindra och förkorta förloppet, när utsättningen beror på agranulocytos.</p> <p>Om patienten själv satt ut Leponex så ge snabbt 50 mg</p>
<p>Serotonergt syndrom (SS)</p>	<p>Akut försämring, direkt efter insättandet. Dramatiskt, våldsamt förlopp. Kan snabbt döda!</p> <p>Vanligen ett kombination av flera serotoninaktiva Im, men ett kan ibland räcka. Kolla alla Im i FASS och Janus interaktionsguide</p> <p>Assymetrisk hyperreflexi, f a nedre extremiteterna, inducerad myoklonus</p> <p>Ökade tarmljud (jfr antikolinergt syndrom som ger minskade tarmljud)</p> <p>Cave SSRI + Petidin (kan ge SS)</p> <p>"Förvirring" vid ECT + litium är egentligen ett SS.</p>	<p>Mentala Förvirring, agitation, psykisk påverkan, "konstig", rastlös, ångest, hypomani, sänkt medvetande, koma Desorganiserat beteende Osammanhängande tal</p> <p>Neurologiska Tremor, myoklonus, hyperreflexi, muskelrigiditet, kramper (diffdiagnos MNL) Ataxi, koordinationsstörning, nystagmus Ickereaktiva pupiller</p> <p>Autonom instabilitet Feber (centralt medierad, ej från muskulär hyperaktivitet), svettning Svängande puls och blodtryck, hypo-/hypertension Tacykardi, tacypné Illamående, diarré</p>	<p>Kolla reflexerna i benen</p>	<p>Agera snabbt! Sätt ut alla serotoninergt verkande farmaka IVA - dialys, vätska, sänk febern Symtomatisk behandling Bensodiazepiner Periactin Hibernal kan vara bra</p> <p>Kan återfå serotoninergt läkemedel när återställd (men ej i kombination)</p>

<p>Antikolinergt syndrom</p>	<p>Demensliknande tillstånd, kan bli jätteförvirrad, stökig, svår att hantera. Risk att man försöker "behandla" med ännu mer medicin, varpå personen blir ännu stökigare.</p> <p>Vanligt även vid terapeutiska läkemedelsnivåer.</p> <p>"Blind as a bat, red as a herring".</p> <p>Rödflammig torr hud, torra slemhinnor (skiljer mot MNS och SS).</p> <p>Nästan alla psykoaktiva Im synes även vara antikolinerga, så kolla i FASS!</p> <p>Ge inte antikolinergt/antihistamin samtidigt med Leponex ("inbyggt Akineton").</p>	<p>Medvetandesänkning, förvirring, delirium, plockig</p> <p>Minnessvårigheter</p> <p>Takykardi</p> <p>Feber (sällan mer än 38,5)</p> <p>Torra slemhinnor, muntorr, hyposekretion, Urinretention</p> <p>Förlångsammad tarmtömning, obstipation</p> <p>Nedsatt kräkreflex</p> <p>Mydriasis, ackommodationssvårigheter, kan ej fixera blicken, ser rakt igenom dig, som blind</p> <p>Kramper</p>	<p>Anamnes på antikolinerga Im?</p> <p>TCA, Theralen, Propavan, antihistaminer (Lergigan, Atarax), nyare neuroleptika (Klozapin, Olanzapin, Seroquel), Tegretol.</p> <p>På EKG ökad QT-tid, trots takykardi (var försiktig med att ge neuroleptika vid bradykardi; ta EKG först)</p>	<p>Sätt ut misstänkt medicin</p> <p>Kontakta medicinjour; somatisk avd eller IVA</p> <p>Kolinergt Im, fysiostigmin, bensodiazepin</p> <p>KAD v b (scanna)</p>
<p>Postinjektion delirium/sede-ringssyndrom av Olanzapin</p>	<p>Överdosis av olanzapin (i blodet vid injektionen) 1-3 timmar efter injektion, normaliseras inom 24-72 timmar.</p> <p>Förebygges genom övervakning 3 tim efter injektion.</p>	<p>Sedering, delirium, yrsel, illabefinnande, svaghetskänsla, dysartri, ataxi, aggression, hypertoni, kramp</p>		
<p>Steven-Jonssons syndrom</p>	<p>Ovanlig men livshotande hudreaktion av Lamictal, f f a i början av behandlingen.</p> <p>Lindrigare harmlösa hudutslag är vanliga i början av behandlingen (10 %).</p>	<p>Hudförändringar och blåsor f f a i slemhinnorna</p>		<p>Följ instruktionerna i FASS för insättning noga</p> <p>Informera patienten om risken</p> <p>Konsultera hudspecialist vid misstanke</p>

Litiumintoxikation	Vid förgiftning dominerar CNS-symtom och gastrointestinala symtom samt tecken till njurfunktionsstörning. Den vanligaste typen av förgiftning är den kroniska med en långsamt stigande koncentration av S-lithium. Akut förgiftning är relativt ovanlig men förekommer vid suicidförsök.	<p>CNS: trötthet, rastlöshet, tremor, koncentrationssvårigheter</p> <p>Vid allvarlig förgiftning: agitation, hallucinationer, nystagmus, ataxi, uttalad tremor, muskelfascikulationer, hyperreflexi, EEG-förändringar</p> <p>Vid livshotande förgiftning: kramper, medvetslöshet, hjärnödem</p> <p>GI-kanalen: illamående, kräkningar, diarré</p> <p>Njurar: polyuri, polydipsi, albuminuri, glukosuri, tubulär atrofi</p> <p>EKG-förändringar: T-vågsförändringar, sinus node dysfunktion med SA-block</p>	S-litium > 1,3-1,4	IVA
Förlängt QTC-syndrom och Torsades de Pointes (TdP)	<p>Av bl a NL (Sertindol, Zeldox potenta), Atarax (maxdos 100 mg/dygn), Lergigan, AD, SSRI</p> <p>Dosberoende; kontrollera farmakodynamiska interaktioner samt långsamma metaboliserare</p> <p>Riskpatienter: kvinnor (90 %), äldre, bradykardi, hypokalemi, medfödd lång QT, tidigare episod</p>	QTC > 500 eller ökning > 60 innebär ökad risk för TdP	EKG i förväg vid riskindivid eller kombinationer av Im	<p>Sätt ut ansvariga läkemedel</p> <p>Konsultera kardiolog</p> <p>Zeldox 120-180 mg, ska alltid tas med föda</p> <p>Var försiktig med att ge neuroleptika vid bradykardi; ta EKG först!</p>