



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) [annkristin\\_stokke@hotmail.com](mailto:annkristin_stokke@hotmail.com).

*Kast dere frampå, folkens!*

# Når angsten tar overhånd

For omtrent tre år siden fikk jeg en ny pasient, en dame i 40-årene som var LAR-pasient. Hun hadde startet med metadon i forbindelse med en innleggelse på medisinsk avdeling med sepsis allerede i 2003, og hadde etter det klart å få et tilnærmet rusfritt og ganske stabilt liv og bodde med samboer i egen leilighet. Gradvis hadde hun også fått bedre kontakt med barna sine igjen. Før hun kom inn i LAR hadde hun gjentatte innleggelser i psykiatrisk sykehus, og hadde i forbindelse med både avrusning og aktiv rus hatt episoder med hallusinasjoner. Under et av oppholdene fikk hun diagnosen generalisert angstlidelse. Hun hadde derfor brukt oksazepam 15 mg x 3 daglig siden hun startet i LAR i tillegg til varierende antipsykotika, og da hun begynte hos meg sto hun på quetiapin 200 mg og escitalopram 20 mg for angst. I tillegg til uttalte angstplager har hun en aktiv hepatitt C og hypotyreose.

I fjor sommer, da jeg kom tilbake etter et års permisjon fra fastlegepraksisen, kom hun til time fordi hun var kvalm. Dette hadde startet i løpet av våren, i forbindelse med at hun hadde redusert dosene med metadon gradvis med målsetning om å trappe seg ut av LAR. Hun hadde også andre abstinenssymptomer hver morgen med løs mage og svette, men disse ga seg etter inntak av dagens dose metadon. I løpet av noen uker trappet vi opp metadon til tidligere dose og abstinenssymptomene forsvant, bortsett fra kvalmen som vedvarte i noen grad. Hun hadde samtidig økende søvnproblemer og økende angstplager, og det var en tydelig sammenheng mellom kvalme og angst, slik hun fortalte det, for oxazepam hjalp på kvalmen. En 14 dagers kur med protonpumpehemmer hjalp derimot ikke på kvalmen. Gjentatte kliniske undersøkelser var normale, men UL lever viste begynnende tegn til chirose og blodprøvene lett forhøyede ASAT og ALAT-verdier forenelig med hepatitt C. Jeg bekymret meg, som resten av ansvarsgruppen, for at hun ikke klarte å kutte ut sine to til tre øl hver helg, både med tanke på kombinasjonen med oxazepam og metadon og med hensyn til forverring av en aktiv hepatitt C. Pasienten bekymret seg mest for angst og dårlig søvn, og at hun og sambo-

eren i perioder var voldelige mot hverandre ofte i forbindelse med alkoholinntak fredag eller lørdag.

Parallelt med dette hadde vi en felles plan om at hun kunne søkes til antiviral behandling for HCV, men det forutsatte urinprøver som over lengre tid var negative for alkohol. Dette og stadige alkoholutfall på urinprøvene gjorde alkoholinntak til et stadig tilbakevendende tema i konsultasjonene våre, noe pasienten opplevde var til lite hjelp, noe hun også sa. Etter en statusoppsummering i desember 2011 med grad av leverskade, leverprøver, alkoholinntak og nok en ny informasjonsrunde fra meg, ble vi derfor enige om å la alkohol som tema ligge til hun selv brakte det på baren igjen - hun opplevde at stadige påminninger om at hun absolutt burde være totalavholdende på grunn av leveren ikke var til hjelp, kun gav dårlig samvittighet.

Når angsten og kvalmen ikke forsvant etter opptrapping av metadon, kom det i januar frem at hun i forbindelse med en vurdering i spesialisthelsetjenesten hadde misforstått en beskjed og derfor sluttet med escitalopram på våren, samtidig som hun forsøkte å trappe ned metadon. Etter opptrapping av escitalopram til tidligere dose på 20 mg sov hun for første gang på et år en tilnærmet normal natt, og jeg fikk inntrykk av at det gikk gradvis bedre.

Dessverre var effekten borte fire uker senere. Midt i februar kom hun til en vanlig kontrolltime for angsten, og det viste seg at hun da nesten ikke fikk i seg hverken mat eller drikke, sov tre til fire timer om natten, og hadde besvirket samme dag på vei til timen. Hun bekreftet at hun fortsatt drakk alkohol i helgene, men benektet at det var noe mer enn det. Hun hadde blodtrykk 120/100, puls på 120 og ellers normal organstatus, normalt EKG, men nystagmus. Jeg vurderte det som synkope pga dehydrering og manglende mat og drikke, og la henne inn på medisinsk avdeling på lokalsykehuset. Hun ble utskrevet etter tre dager, den foreløpige epikrisen konkluderte med øsofagitt og hypertensiv gastropati, og hun fikk omeprazol 20 mg x 2 for kvalme. Quetiapin var også økt uten at det var angitt noen årsak. Hun hadde også fra

sykehuset fått sterk anbefaling om totalavhold for alkohol.

Da hun kom til oppfølging 11 dager etter utskrivningen, hadde fullstendig epikrise ikke kommet. Hun kunne fortelle at hun hadde hallusinert og vært veldig urolig under innleggelsen, og at det var grunnen til økningen av antipsykotika. Hun var ikke blitt nevneverdig bedre, selv om hun hadde tatt syredempende som hun hadde fått beskjed om. Nok en gang like langt, og mine differensialdiagnoser og gode råd – begynte å tynnes. Det var en travel dag, og hun fikk med seg et blodprøveark, en kontrolltime og råd om å se an noen dager til effekt av omaprazol. Deprimert følte hun seg også. Hun orket ikke lenger å gå den lille turen til legekantoret når hun skulle avlegge urinprøve og hun klarte heller ikke å holde orden i huset, som hun alltid hadde vært så stolt av – orket var borte. Hun syntes også hukommelsen var blitt dårligere.

Hun hadde virkelig vært tufs den dagen, og det samme kommenterte helsesekretæren vår, da jeg kom ut til lunsj hun hadde sett sliten ut, dratt, det var vanskelig å sette fingeren på hva det var.

Tanken datt ned i hodet på meg neste kveld; det var nystagmus som hadde gjort det så vanskelig å møte blikket ordentlig, og det var en ny, bredbent gange som gjorde at hun gikk så klossete. Jeg hadde oversett en mulig Wernickes encephalopati. Hun ble oppringt for en ny vurdering dagen etter, og kom sammen med mannen.

**NOTAT:** Mannen forteller at hun over uker er blitt tiltagende ustø. Har lagt merke til flakkende øyne de siste månedene. Omtrent siste måneden daglig inntak av seks til åtte øl, og også noe mer oxazepam enn vanlig. Breknings hverter kvarter siste dager, han har måttet hjelpe henne på toalettet. Periodevis ikke orientert dag/natt. Dårlig korttidshukommelse. Siste uken bare en til to bananer daglig.

**US:** Orientert for tid og sted nå. BT 148/99, p 105 rgm. Går med bredbent gange, klarer ikke knebøy, klarer ikke reise seg fra stol. Kortvarig tångang, ikke hæl-gang. Nystagmus. Romberg og finger-nesetipptest ua. Kaldsvetter. Glukose 8,8, neg CRP.

**V:** Dårlig allmenntilstand. Ingen akutt forverring i forbindelse opptrapping Cipralex/Seroquel mtp serotonergt syndrom. Wernickes/annen encephalopati? Reinnlegges for videre utredning/behandling.

Hun ble innlagt på nevrologisk avdeling, og ingen annen årsak enn Wernicke ble påvist. Hun fikk behandling med tiamin, B-kompleks, hvile, væske og mat og kom seg i løpet av ni dagers opphold.

I ettertid er historien logisk: hun misforsto en beskjed og sluttet med antidepressiva, samtidig trappet hun ned metadon og utviklet både økende angst og kvalme. All behandlingen kom for sent i gang igjen, ting tok for lang tid, og hun begynte å selvmedisinere med økende alkoholemengder, det eneste som hjalp mot både nerver og søvnløshet. Hun var ikke informert om endringene i LAR-ret-

ningslinjene og underrapporterte alkoholinntaket fordi hun var redd for å miste metadonbehandlingen.

Et halvt år etter innleggelsen er heldigvis er pasienten fortsatt selvhjulpen, har igjen tilnærmet normal kraft i høyre side og kan nå gå mange kilometer. Måltidene er blitt regelmessige og huset ser igjen velstelt ut. Pasienten har etter innleggelsen hatt en kortvarig periode med alkoholinntak daglig, noe hun imidlertid klarte å avslutte selv med tett oppfølging fra ruskonsulentens sin en periode. Hun føler takknemlighet for at hun var blitt så bra igjen, også overfor meg, fordi jeg ringte henne opp og ba henne komme en ekstra gang. Selv fikk jeg en påminning om hvor vanskelig det er å se det en ikke ser etter, og ble skremt av at jeg kunne overse hvor syk hun var. Historien kan være et eksempel på hvordan pasienters lege-

søking kan styres av frykt for represalier, også ved alvorlig sykdom. I ettertid har jeg også tenkt på hvordan man ivaretar balansen mellom det som er pasientens agenda og ønsker og eget fokus som lege i konsultasjonene. Selv om hun ble alvorlig syk av alkohol, har jeg landet på at min avtale med pasienten om å la alkohol som tema ligge i konsultasjonene, var en riktig avgjørelse fordi det i alle fall gjorde at vi kunne ta opp andre tema. Dersom jeg hadde fortsatt med alkoholspørsmål hver gang hadde hun sannsynligvis bare uteblitt. Derimot mener jeg at jeg burde oppdaget at hun var alvorlig syk tidligere, slik at hun kunne blitt lagt inn senest to dager tidligere. Hvorvidt det har hatt noen konsekvens for utfallet, vet jeg jo ikke.

Pasienten har samtykket til at historien publiseres.

**Ann-Kristin Stokke**