

Adrian Razvan Pasareanu (f. 1974)

er assistentlege ved Distriktpsykiatrisk senter Solvang, Sørlandet sykehus
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Åse Mygland (f. 1958)

er spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling og Avdeling for voksenhabilitering, Sørlandet sykehus Kristiansand og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Øistein Kristensen (f. 1945)

er spesialist i psykiatri og overlege ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus Kristiansand
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: World Health Organization, 1992.
2. Ljøstad U, Skarpaas T, Mygland A. Clinical usefulness of intrathecal antibody testing in acute Lyme neuroborreliosis. *Eur J Neurol* 2007; 14: 873–6.
3. Eikeland R, Mygland A, Herlofson K et al. European neuroborreliosis: quality of life 30 months after treatment. *Acta Neurol Scand* 2011; 124: 349–54.
4. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
5. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 543–52.
6. McDonald WM. Epidemiology, etiology, and treatment of geriatric mania. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 13): 3–11.
7. Brooks JO 3rd, Hoblyn JC. Secondary mania in older adults. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2033–8.
8. Deisenhammer F, Egg R, Giovannoni G et al. EFNS guidelines on disease-specific CSF investigations. *Eur J Neurol* 2009; 16: 760–70.
9. Folkehelseinstituttet. MSIS-statistikk. www.msis.no [1.6.2011].
10. Ljøstad U, Mygland A. Remaining complaints 1 year after treatment for acute Lyme neuroborreliosis; frequency, pattern and risk factors. *Eur J Neurol* 2010; 17: 118–23.
11. Mygland Å, Ljøstad U, Fingerle V et al. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis. *Eur J Neurol* 2010; 17: 8–16, e1–4.
12. Fallon BA, Kochevar JM, Gaito A et al. The underdiagnosis of neuropsychiatric Lyme disease in children and adults. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 693–703, viii.
13. Markeljevic J, Sarac H, Rados M. Tremor, seizures and psychosis as presenting symptoms in a patient with chronic lyme neuroborreliosis (LNB). *Coll Antropol* 2011; 35 (suppl 1): 313–8.
14. Fallon BA, Nields JA, Parsons B et al. Psychiatric manifestations of Lyme boreliosis. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 263–8.

Mottatt 10.6. 2011, første revisjon innsendt 16.9. 2011, godkjent 29.9. 2011. Medisinsk redaktør Erlend Aasheim.

Kommentar

Krevende diagnostikk – viktig diagnose

Det er lite sannsynlig at en frisk pasient som ikke tidligere har hatt psykiatriske problemer, blir manisk i slutten av 50-årsalderen uten at det er et organisk grunnlag for det.

Den somatiske diagnostikken kan være krevende. Det er nødvendig å utrede mulige nevrologiske, metabolske, medikamentelle og rusmiddelrelaterte årsaker. Pasienten hadde tidlig symptomer som redusert kraft og ustø gange som pekte i nevrologisk retning. Mange tilstander vises ikke ved CT, og noe sjeldnere heller ikke ved MR. Spinalpunksjon bør foretas tidlig.

Antistoffutviklingen ved borreliose er sen, og negativ serologisk prøve er hyppig, særlig tidlig i sykdomsfasen (1). Inkubasjonstiden kan være lang, slik at pasienten i mange tilfeller ikke er kjent med eksponering. De diagnostiske utfordringene kan illustreres ved at sykdommen også kalles «den nye store sykdomsimitatoren». Nevroborreliose er blitt den hyppigste nevroinfeksjonstilstanden i Europa der smitekilden er en vektor (2). Forekomsten er økende, noe som trolig henger sammen med endret vegetasjon og mildere klima.

De vanligste psykiatriske symptomene er tretthet og depresjon, men panikkanfall, schizofrenilignende symptomer og hallusinasjoner kan også forekomme (2).

Pasienten ble innlagt to måneder senere

med mistanke om depresjon, men diagnosen ble ikke bekreftet. Derimot var hun preget av tretthet, som er en vanlig følgetilstand som kan vare lenge. Det er også påvist regional hypoaktivitet med hensyn til blodforsyning og metabolisme, særlig i temporal- og parietallappene og i det limbiske system etter gjennomgått behandling (3).

I tillegg til nevrologiske og psykiatriske symptomer er særlig hudmanifestasjoner vanlige, men også hjerte og ledd kan affiseres.

Selv om prognosen vanligvis er god, kan en snikende utvikling medføre at flere hjerneområder kan bli affisert før diagnose og behandling, med protrahtert forløp som følge.

Behandlingen kan være vanskelig fordi bakterien har utviklet mange forsvarsmekanismer. Behandlingen er ofte vellykket hvis man kommer tidlig til, men kronisk infeksjon kan være vanskelig å behandle (1).

Det er viktig med tidlig diagnose og behandling, både for å forkorte den aktive sykdommen og å forkorte restitusjonstiden. Siden symptom bildet kan være så varierende, er det nyttig at også sjeldne tilfeller, som dette, blir publisert.

Øivind Ekeberg

ovind.ekeberg@ous-hf.no
Akuttmedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Øivind Ekeberg (f. 1945) er spesialist i psykiatri og veileder i psykodynamisk psykoterapi, er overlege i psykiatri, Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og professor II i medisinske atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. Han arbeider klinisk og forskningsmessig særlig med selvmordsatferd, psykotraumatologi og psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Brorson Ø. Borrelia burgdorferi – en unik bakterie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2114–7.
2. Bär KJ, Jochum T, Häger F et al. Painful hallucinations and somatic delusions in a patient with the possible diagnosis of neuroborreliosis. *Clin J Pain* 2005; 21: 362–3.
3. Fallon BA, Lipkin RB, Corbera KM et al. Regional cerebral blood flow and metabolic rate in persistent Lyme encephalopathy. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 554–63.

Mottatt 30.10. 2011 og godkjent 3.11. 2011. Medisinsk redaktør Erlend Hem.