

## Kommentar

# Affektiv tilstand ved tertiær syfilis

Denne sykehistorien er en viktig påminnelse om flere forhold. Før det første – det var flere grunner til å mistenke at den maniforme tilstanden skyldtes en organisk lidelse. Pasienten hadde ikke noen tidligere psykiatrisk diagnose, og det var ikke noen opphopning av affektive eller andre psykiske lidelser i slekten.

For det andre viser den at anerkjente testmetoder som Mini-Mental Status (MMS) kan ha sine begrensninger. Dette instrumentet er mye brukt, særlig i geriatrien. Man må imidlertid være klar over at det skal foreligge relativt omfattende kognitiv svikt før dette fanges opp av testen. I det aktuelle tilfellet stolte man heldigvis mer på de kliniske tegnene enn på MMS-testen og gikk videre i utredningen. Nevropsykologiske tester bekreftet det kliniske inntrykket. Selv om dette er ressurskrevende undersøkelser, bør de nok gjøres oftere enn det som er vanlig for å avdekke kognitiv svikt i tidlig fase.

Det er også viktig å merke seg at EEG og MR viste normale funn. Selv om MR med spesialbilder ikke har vist noe galt, skjer det ikke sjelden at det likevel foreligger redusert mental funksjon på organisk grunnlag. Positronemisjonstomo-

grafi (PET) kan i noen av disse tilfellene vise organiske forandringer. Hovedpoenget er imidlertid at utredningen ikke må stoppe så lenge det kliniske bildet ikke kan forklares.

De medisinske rutiner endrer seg relativt raskt. Mange av dagens klinikere husker at testing for syfilis ble utført hos alle innlagte pasienter. Etter hvert som sykdommen ble mer sjelden, opphørte denne rutinen (1, 2). Siden det nå er mange leger som ikke har sett tertiær syfilis, skal det i våre dager mer til før denne tilstanden mistenkes og diagnostiseres.

Nevrosyfilis var kjent som «den store imitator» (3). Sykdommen kan manifestere seg som nærmest alle psykiatriske diagnoser. Når personer over 50 år får psykotiske symptomer for første gang, bør det som hovedregel søkes en organisk forklaring. For å komme frem til en presis diagnose må mulige infeksjose, sirkulatoriske, neurologiske, farmakologiske, rusrelaterte, ernæringsmessige eller neoplastiske årsaker utredes. Blant alle disse er nevrosyfilis bare én mulighet.

Behandlingen av de psykiske symptomene er stort sett som behandlingen ved andre psykiatriske tilstander. Betydnin-

gen av å diagnostisere den underliggende grunnlidelsen er åpenbar, siden behandling av denne vil være avgjørende for prognosen.

I tider med økende grad av spesialisering og spisskompetanse på avgrensede områder kan det bli vanskelig å opprettholde tilstrekkelig bredde i forhold til sammensatte problemer. Mer enn noen gang er det derfor påkrevd med høy somatisk kompetanse i psykiatriske avdelinger og høy psykiatrisk kompetanse i somatiske avdelinger.

### Øivind Ekeberg

oivind.ekeberg@uus.no  
Akuttmedisinsk avdeling  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Hem E, Small T, Opjordsmoen S et al. Nevrosyfilis – fortsatt aktuell differensialdiagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2469–71.
2. Bekkelund SI, Grønli O, Johnsen SH. Syfilis-screening av neurologiske pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 786–8.
3. Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review. Psychosomatics 2001; 42: 453–60.

### Litteratur

1. Bech-Rafaelsens maniskala. Acta Psych Scand 1979; 59: 420–30.
2. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2004. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, 2004.
3. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 382–9.
4. Hem E, Small T, Opjordsmoen S et al. Nevrosyfilis – fortsatt en aktuell differensialdiagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2469–71.
5. Simon RP. Neurosyphilis. Arch Neurol 1985; 42: 606–13.
6. Wilner E, Brody JA. Prognosis of general paresis after treatment. Lancet 1968; 2: 1370–1.
7. Swartz MN, Healy BP, Musher DM. Late Syphilis. I: Holmes K, red. Sexually transmitted diseases. 3. utg. London: McGraw-Hill, 1998: 487–97.
8. Nilsen Ø, Blystad H, Aavitsland P. Genital chlamydiainfeksjon, gonoré og syfilis i Norge i 2003. MSIS-rapport 2004; 13.
9. Nilsen Ø, Aavitsland P, Blystad H. Seksuelt overførbare sykdommer I 1999. MSIS-rapport 2000; 6.
10. Rundell JR, Wise MG. Neurosyfilis: a psychiatric perspective. Psychosomatics 1985; 26: 287–90.
11. Akiskal HS. Mood disorders: clinical features. I: Sadock BJ, Sadock VA, red. Comprehensive textbook of psychiatry. 7. utg. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1338–77.
12. Tramont EC. Treponema pallidum (syphilis). I: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, red. Principles and practice of infectious diseases. 4. utg. New York: Churchill Livingstone, 1995: 2117–33.