

Kommentar

Nevropsykiatri – ut av tåken

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Denne sykehistorien illustrerer på en forbillig måte hvordan utvikling av moderne neuroimmunologisk diagnostikk kan sette oss i stand til å forstå, klassifisere og behandle tilstander i grenselandet mellom nevrologi og psykiatri. Grenseoppgangen mellom disse fagfeltene har en interessant og omvekslende historie. Fra å ha en stor felles arena der nevrologen Sigmund Freud (1856–1939) la grunnlaget for ny forståelse i psykiatrien, har fagene utviklet seg i ulik retning der to helt ulike kulturer tidvis har hatt problemer med å forstå hverandres dynamikk. Kunnskapseksplasjonen innen klinisk nevrobiologi i de senere år har så igjen ført viktige deler av fagfeltene sammen, slik at nevropsykiatri i dag er et av de områder der vår økte innsikt i patofysiologi medfører at «det finnes presis diagnostikk og i mange tilfeller effektiv behandling» slik artikkelforfatterne skriver. Stadig oftere vil «mistanken om organisk årsak» kunne bekreftes.

Encefalitt – inflammasjon i hjernen – er et klassisk eksempel på en nevrologisk sykdom som ofte ledsages av «psykiatriske» symptomer som atferdsforandringer, aggressivitet og endog vrangforestillinger. Ofte vil det dreie seg om virusinfeksjoner der stadig flere agenser kan påvises i praktisk klinisk arbeid ved mikrobiologisk eller immunologisk diagnostikk. Disse infeksjoner kjennetegnes ved spinalvæskefunn med moderat forhøyet totalproteininnivå (< 1,5 g/l), moderat pleocytose og normalt glukosenivå slik som hos den beskrevne pasienten, og PCR-test vil ofte kunne påvise den spesifikke mikroorganisme. Ved encefalitt hos barn ses patologisk EEG-mønster hos ca- 90 % mens bildediagnostikk er mindre sensitiv (1).

Autoimmun encefalitt erkjennes sjeldnere i en klinisk hverdag, og vil da ofte være tegn på en underliggende malign tilstand: paraneoplastisk encefalitt. De vanligste kliniske bilder er limbisk encefalitt, som nevnt av forfatterne, og hjernestammeencefalitt. Den førstnevnte kjennetegnes ved kognitiv dysfunksjon, krampeanfoll og psykiatriske symptomer, og hos over halvparten av disse pasientene påviser man lungekreft (2). EEG viser patologiske endringer hos alle, og MR viser patologiske forhold i temporallappene hos over 80 %.

Behandling av autoimmun encefalitt avhenger av de tilgrunnliggende antistoffer; i alle tilfeller er onkologisk behandling av påvist cancer en hjørnestein. Ved antistoffer mot intraneuronale proteiner er T-cellesuppresjon viktigst (cyklofosamid, ciklosporin), mens steroider, intravenøst immunoglobulin eller plasmaferese anbefales ved antistoffer mot synapseproteiner, der encefalitt med NMDA-reseptorantistoffer er den best undersøkte varianten (3). Om bedringen i uke 9 for den omtalte pasienten var en umiddelbar effekt av plasmautskiftning eller en forsinket effekt av behandling med immunoglobulin avsluttet to uker tidligere, er usikkert. Sannsynligvis er disse behandlingsformene likeverdige med tanke på effekt. Forfatterne nevner ikke hvilken type immunsuppresjon man bør fortsette med etter avsluttet initialbehandling; men azatioprin eller mykofenolatmofetil er anbefalt (4).

I moderne nevrologisk diagnostikk har MR langt på vei utkonkurrert EEG ved andre sykdommer i hjernen enn epilepsi, men ved encefalitt og andre tilstander der nevrologi og psykiatri møtes, har funksjonsundersøkelser

som EEG fortsatt sin klare plass, noe denne sykehistorien er et talende eksempel på.

Rolf Salvesen

rolf.salvesen@Nordlandssykehuset.no
Nevrologisk avdeling
Nordlandssykehuset

Rolf Salvesen (f. 1952) er spesialist i nevrologi. Han er avdelingsoverlege ved Nevrologisk avdeling, Nordlandssykehuset og professor II ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Fowler A, Stödberg T, Eriksson M et al. Childhood encephalitis in Sweden: etiology, clinical presentation and outcome. *Eur J Paediatr Neurol* 2008; 12: 484–90.
2. Lawn ND, Westmoreland BF, Kiely MJ et al. Clinical, magnetic resonance imaging, and electroencephalographic findings in paraneoplastic limbic encephalitis. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1363–8.
3. Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Dalmau J. Encephalitis and antibodies to synaptic and neuronal cell surface proteins. *Neurology* 2011; 77: 179–89.
4. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E et al. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol* 2011; 10: 63–74.

Mottatt 30.7. 2012 og godkjent 9.8. 2012. Medisinsk redaktør Merete Kile Holtermann.