

Hvornår EKG og hvornår blodprøver ved psykofarmakologi Hvilke spørgeskemaer og til hvad

Tomas Toft, pr. speciallæge i psykiatri, Svendborg

Om mig:

Lærer 1978-89

Tommerup skole og Mejeriskolen (nu Kold College)

Læge siden 1990

PhD om behandling af somatisering i almen praksis 2005, ÅUC

**Overlæge P-Odense 2005 Akut team, Affektivt team, P-skadestue,
Mobilteam, Center for selvmordsforebyggelse,
Specialeansvarlig, Lektor m.m.**

**Siden 2015 privatpraktiserende i Svendborg
(Bedste valg EVER!)**

Vi skal se på hvornår EKG (og blodprøver jf. SS's vejl.)

Psykofarmaka desværre kendt for risiko for

Cardiomyopati

AV-blok

QTc forlængelse

Forværret lipidstatus og blodsukker

Pludselig død

Det stiller nogle etiske krav...

Risikofaktorer for Lægemedelinduceret Torsade de Pointes – ventrikelflimmer (TdP-VT)

- Strukturel hjertesygdom, hjertesvigt, herunder tidligere myokardieinfarkt
- 2 eller flere QTc forlængende farmaka
- Præeksisterende QTc forlængelse
- Elektrolytforstyrrelse (lavt K)
- Diuretika
- Høj alder
- Kvindeligt køn
- Nedsat leverfunktion
- Bradycardi
- Anorexia Nervosa
- Hypothyreose

Patienterstatningen

- **QTc over 500ms er livsfarligt**
- **PUNKTUM**
- **(-det er ikke altid rigtigt ifølge cardiologer, men spørg!)**
- **DERTIL: visse farmaka kan give AV-blok**
- **TCA, Noritren (nortriptylin) Saroten (Amitriptylin) mm.**
- **Carbamazepin og Oxcarbazepin**
- **Risiko for Adam-Stokes anfald fra 2. til 3. grads blok**
- **-og dermed risiko for pludselig død.**

Ryggen fri:

CAVE især:

Metadon,

Lithium, (Litiumkarbonat, Litarex)

Ziprazidon (Zeldox),

Sertindol (Serdolect),

Clozapin (Leponex)

Pimozid (Orap) og

Haloperidol (Serenase).

(Hvis EKG viser QTc > 480 ms (uden grenblok)

anbefales drøftelse med kardiolog)

Spørg altid ved ≥ 500 ms

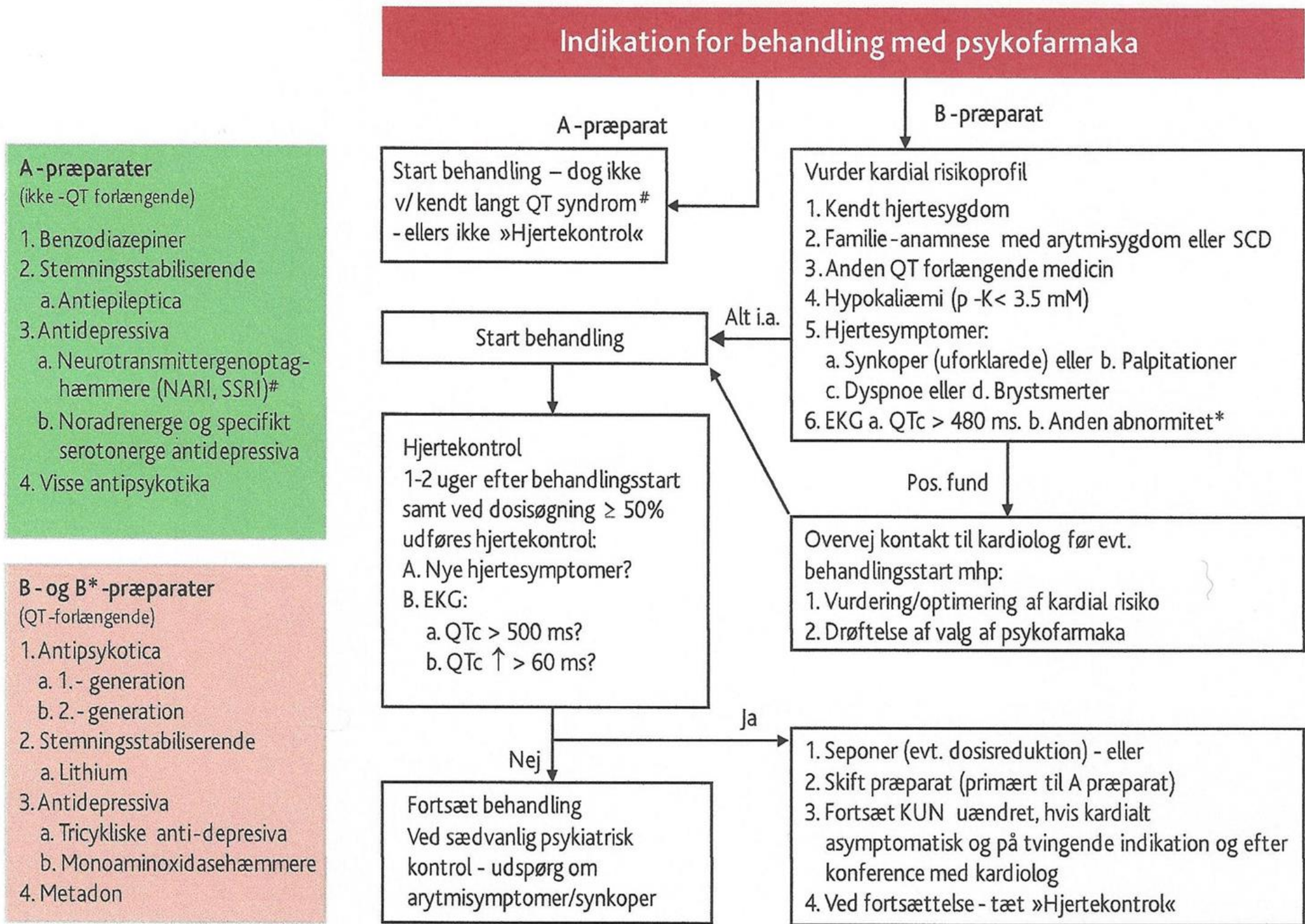
A, B og B+ farmaka (Pro-arrytmiske drugs, så vel Qtc som PR) Link i kompendiet

Tabel 3. Psykofarmakas proarytmiske sikkerhedsprofil.

Lægemiddel	Medicin.dk	EMA/DKMA	FDA	Drugdex	Maudley	Arizona	Rapport-gruppens anbefalinger
Første generations antipsykotika							
Chlorprotixen	JA	JA		NEJ			B
Flupenthixol	NEJ	JA		NEJ	Lidt		B
Haloperidol	JA	JA	JA	JA	Meget	JA	B*
Levomepromazin	JA	JA					B
Perphenazin	NEJ	JA		NEJ	Lidt		A
Zimozide	JA	JA	JA	JA	Meget	JA	B*
Sulpirid	JA	JA		NEJ			B
Zuclopenthixol	JA	JA		NEJ			A
Anden generations antipsykotika							
Amisulprid	JA	JA		JA	Lidt		B
aripiprazol	JA	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ		A
Cluzapin	JA	NEJ	NEJ	NEJ	Lidt	Mulig	B*
Olanzapin	NEJ	JA	NEJ	JA	Noget		A
Paliperidon	JA	JA	JA	JA	NEJ	Mulig	B
Quetiapina	JA	JA	NEJ	NEJ	Noget	Mulig	B
Risperidon	JA	JA	NEJ	JA	Lidt	Mulig	B
Sertindol	JA	JA		JA	Meget	Mulig	B*
Ziprazidon	JA	JA	JA	JA	Noget	Mulig	B*
Tricykliske antidepressiva og MAO-hæmmere							
Amitriptylin	NEJ	Blok		JA	Noget	Betinget Risiko	B
Clomipramin	JA	JA	NEJ	NEJ	Noget	Betinget Risiko	B
Doxepin		Blok	NEJ	NEJ	Noget	Betinget Risiko	B
Imipramin	JA	JA		JA	Noget	Betinget Risiko	B
Isocarboxazid	NEJ	NEJ	NEJ		NEJ		A
Moclobemid	NEJ	JA		NEJ			B
Nortriptylin	Blok	JA	Blok	JA	Noget	Betinget Risiko	B
»Uptake-hæmmere«							
Citalopram*	NEJ	JA	JA	JA	Lidt	JA	B
Escitalopram*	NEJ	JA	JA	JA		Mulig	B
Fluoxetin	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ		Betinget Risiko	A
Paroxetin	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	Betinget Risiko	A
Sertralin	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	Betinget Risiko	A
Duloxetin	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ			A
Reboxetin	NEJ	NEJ		NEJ	NEJ		A
Venlafaxin	NEJ	JA	NEJ	JA	Lidt	Mulig	B
Mianserin	NEJ	NEJ		NEJ			A
Mirtazapin	NEJ	NEJ	NEJ	Nej	NEJ		A
Agomelatin	NEJ	NEJ					A
Bupropion	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ			A
Stemmingsstabiliserende midler							
Lithium	NEJ	Blok	Blok	NEJ	Lidt	Betinget Risiko	B*
Carbamazepin	NEJ	NEJ	Blok	NEJ	NEJ		A
Lamotrigen	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ		A
Valproat	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ		A
Angst							
Benzodiazepin	NEJ		NEJ	NEJ	NEJ		A
Gabapentin	NEJ	NEJ		NEJ	NEJ		A
Pregabalin	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ			A
Medicin mod bivirkninger							
Biperiden	NEJ	NEJ		NEJ			A
Orphenadin	NEJ	NEJ		NEJ			A
Opioid-substitution							
Buprenorfin	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ			A
Metadon	JA	JA	JA	JA		JA	B*

Korrektioner er december 2011 indarbejdet, i henhold til notat side 2.

Figur 5. Algoritme mhp. reduktion af risiko for hjertearytmi og pludselig død ved anvendelse af psykofarmaka.



**SS beder om metaboliske faktorer og EKG
i forb. med SGA (Målepunkt i akkreditering):**

Test/Uge	0	2	4	8	12	Årligt	Bem.
Klinisk ctrl. sympt. effekt, biv.	+	+	+	+	+	+	Konsultation
Vægt og BMI	+	+	+	+	+	+	+ KRAM årligt
Taljemål	+					+	
Blodtryk	+				+	+	
Lipider	+	+			+	+	
HbA1c	+				+	+	
EKG	+	+			+	+	

OG NU TIL NOGET HELT ANDET

Spørgeskemaer i praksis

Spørgeskemaer er mere eller mindre fintmaskede fiskenet, der er beregnet til at fange en speciel slags fisk (Makrel) og helst ikke andre arter (sild og torsk).

Maskestørrelse og hvor og hvor dybt man fisker vil have indflydelse på fangsten.

OG NU TIL NOGET HELT ANDET

Spørgeskemaer i praksis

Fisker vi med for fintmaskede eller forkerte net, fanger vi en for stor bifangst til skade for en overloadet udredningsindsats, unødigt bekymring for patienten, måske behandling af tilstande, som ikke er der, med bivirkninger osv. til følge.

Fisker vi med for grovmaskede net fanger vi ingenting.

Kaster vi vod i forkert dybde (setting) fanger vi for det meste noget forkert (differentialdiagnoser, sild frem for makreller).

PSYKOMETRISKE TESTS

Se hjemmesiden under spørgeskemaer

(Undersøgelse over 125 patienter med mistænkt depression)

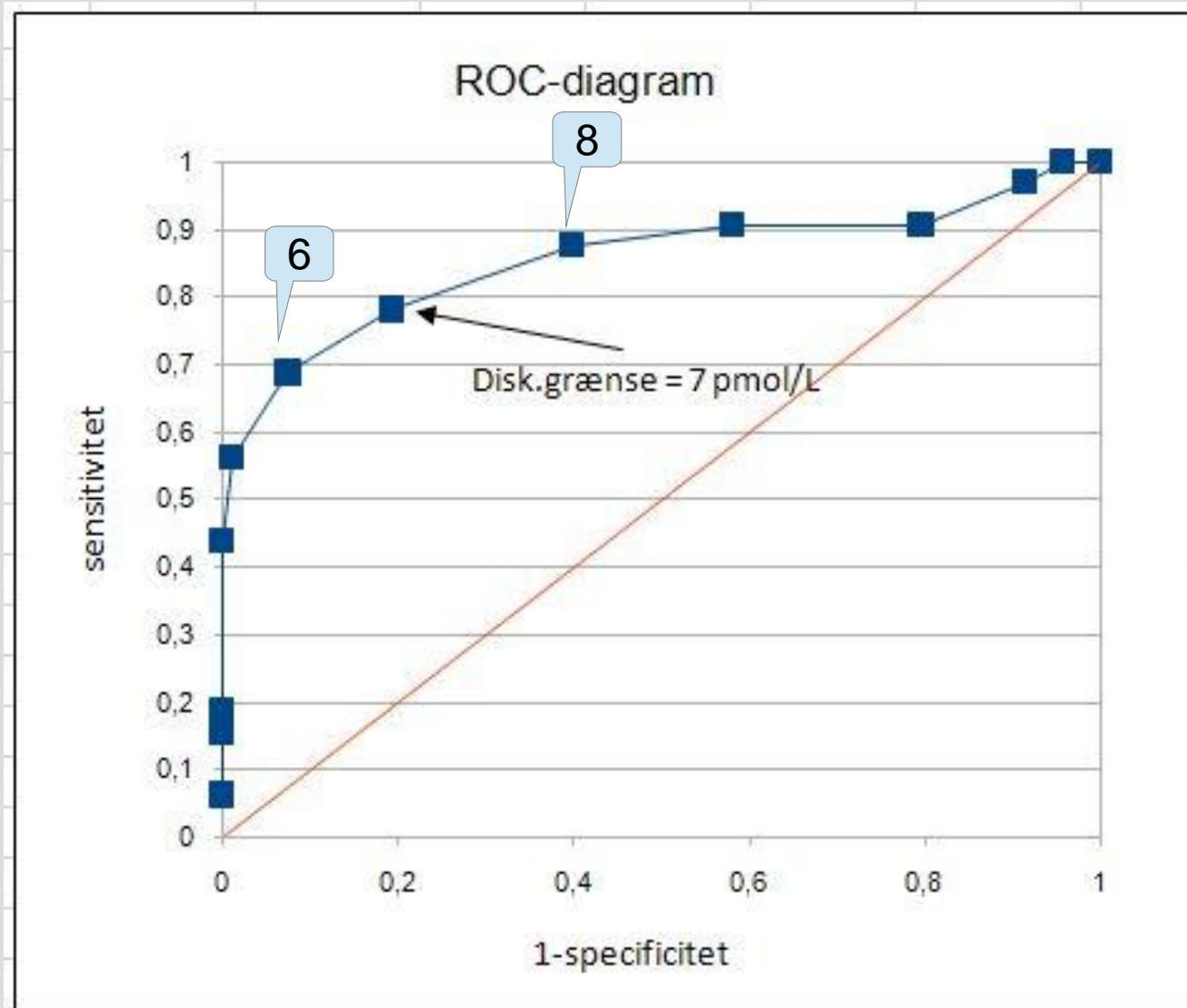
125 patienter med Mistrænkt depression Testet med Hamilton-17	Ham-D-17 (0-52 p.) Score ≤ 12	Han-D-17 (0-52 p.) Score ≥ 13
Patienter med depr. 32	Falsk negative 7	Sandt positive 25
Patienter uden depr. 93	Sandt negative 75	Falsk positive 18

Sensitivitet: $25/32 = 78\%$ af deprimerede fanget i vores net.

Specificitet: $75/93 = 81\%$ af de raske

1 -specificitet: $18/93 = 19\%$ "bifangst"

For hver diskriminationspunkt kan vi opregne sensitivitet mod specificitet i en ROC-kurve: her hvilken T4 koncentration, der bedst diskriminerer for myxødem



For hver diskriminationspunkt kan vi opregne sensitivitet mod specificitet i en ROC-kurve:

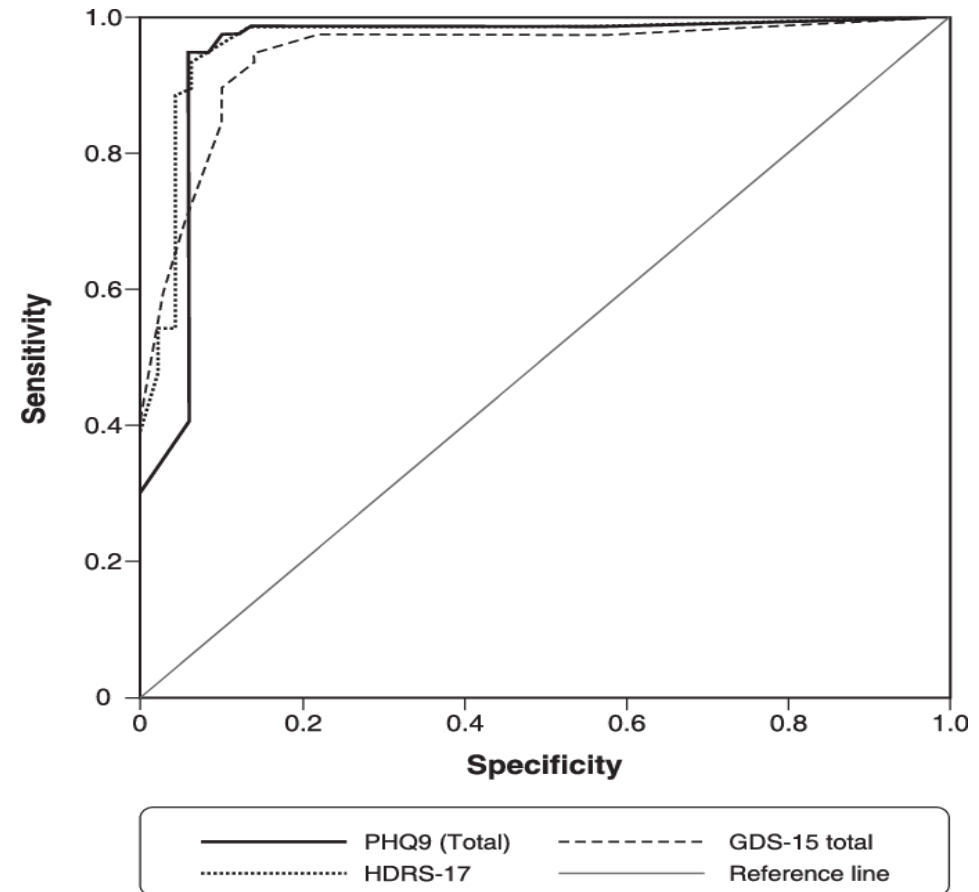
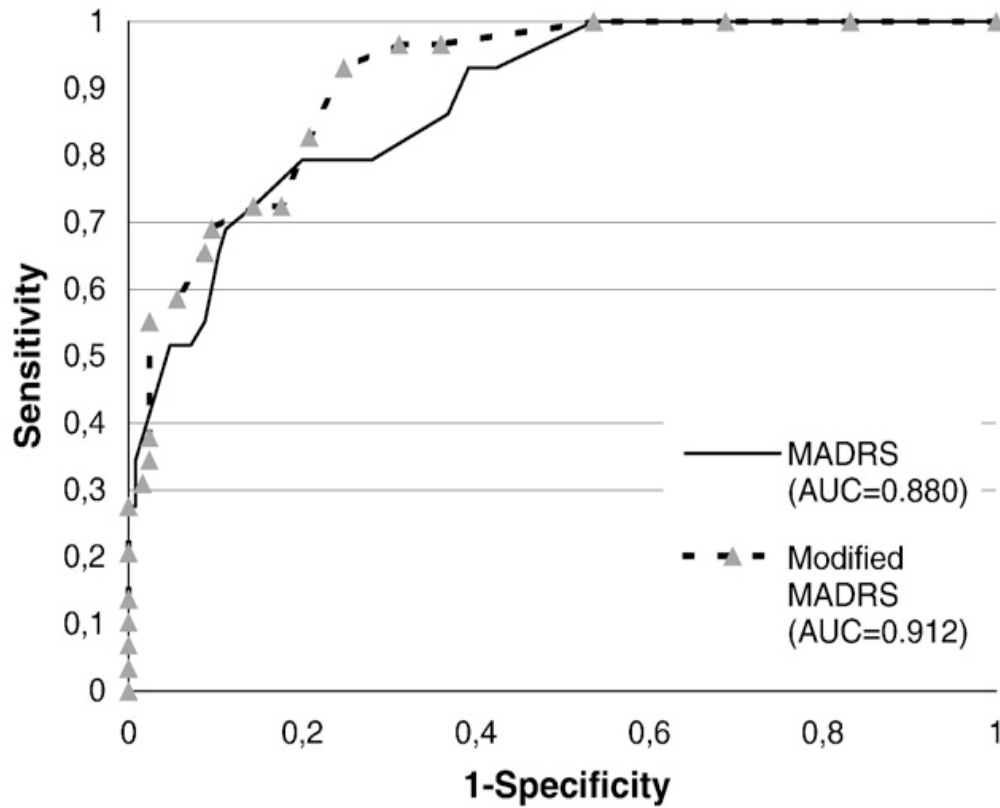


Fig. 2. ROC curve comparing MADRS (left) and Modified MADRS (right).

DET KOMMER DOG AN PÅ

Hvis vi screener befolkningen (mange slags fisk, relativt få makreller) får vi for stor bifangst: vi fanger for mange raske (falsk positive) og for få makreller (deprimerede).

Det er den tilbagevendende diskussion med befolknings-screeninger for bryst- og tarmkræft, prostatacancer osv.

Hvis vi screener på MISTANKE om depression skal vi først have mistanken, men til gengæld har vi kastet nettet ud over en stime med makreller og så bliver specificiteten langt bedre.

Vi står os derfor ved at spørge specifikt ind til de forskellige syndromer for at sikre os at vi (HELST) ikke fanger en differentialdiagnose.

SPØRGESKEMAER

Web-patient : ASS

ASS spørger ind til specifikke angsttilstande:

1-2 Generaliseret angst (Murphys lov: Alt kan gå galt)

3 Evasivitet og agorafobi (angst for at være uden sikkerhedsnet)

4-5 Panikangst (voldsom angst med svære fysiske symptomer og typisk dødsangst i anfald)

6-7 OCD. (Spørg ind til checking, cleaning, symmetri og orden, talmagi, tællemani, tvangstanker om alt hvad er forbudt/frækt/farligt/blasfemisk og virkeligt frastøder én), obsessive slowness (tvivlesyge), samlermani

8 Socialfobi (angst for at dumme sig / tabe ansigt under kritisk observation)

9 PTSD (efter katastrofeagtigt traume)

10 Funktionsnedsættelse

**WEB-patient kommer selv med "diagnoserne" til udredning
Meget sensitiv, formentlig ikke særlig specifik**

SPØRGESKEMAER

Web-patient: CMDQ

CMDQ er udviklet af forskningsklinikken for funktionelle lidelser i Århus og "fanger"

Somatisering (hvor mange undersøgelser har du været igennem og hvor meget er fundet ?) Plagsomme symptomer mere end angst for sygdom.

Sygdomsbekymring eller helbredsangst - - - -

("hypokondri" er nok obsolet) med svær angst for at fejle noget alvorligt trods små eller ingen symptomer

Angst (helt generelt)

Depression (også generelt)

Alkohol: CAGE (Control, Anger, Guilt, Eyeopener)

Differentialdiagnosen er bl.a. kronisk fysisk sygdom

SPØRGESKEMAER

Web-patient: KRAM

KRAM

Der skal kontrolleres KRAM-faktorer hos patienter i behandling med antipsykotika, især SGA, mindst årligt

Kost

Rygning

Alkohol

Motion

Web-patient returnerer advarsel til lægen om usunde punkter og beregner cigaret pakkeår m.m.

Web-patient giver mulighed for at man kan bede om at tale med sin behandler omkring hvert af punkterne

SPØRGESKEMAER

Web-patient: MDI

**MDI spørger ind til de 3 kernesymptomer og 7 ledsagesymptomer på depression
Web-patient beregner om de er signifikante.**

Intelligente spørgsmål:

Har du oplevet noget lignende før?

Hvor mange af denne slags ture har du haft?

Hvor længe har denne tur varet ?

Hvor længe plejer de at vare?

Har du nogensinde oplevet det modsatte (øget humør, interesse, energi, trods nedsat søvnbehov)

Er der nogen god grund til at du har fået det sådan?

(Differentialdiagnoser : Korte udsving pga. krise, pres, Emotionel Ustabil Personlighed, Narcissisme, bipolar)

SPØRGESKEMAER

Web-patient Stress score

Stress score

**Spørger ind til anspændthed, søvn, humør,
arousal, tanker.**

kropslig

Angiver et pointantal (20 til 60 point) og alvorlighed

**Intelligente spørgsmål: Udløsende faktorer,
hvordan har du det i weekender, ferier,
når du fjerner dig fra "åstedet" ?**

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

ASRS (flere udgaver: 6 karakteristiske spørgsmål først eller delt op i 9 + 9 spørgsmål)

Desværre: Alle tilstande, der bringer hjernen i kog, slår ud på ASRS

Intelligent spørgsmål: Har det altid været sådan ?

Mest synligt i 0. til 5. klasse før der gik hormoner i klassen...

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

CBI: Copenhagen Burnout Inventory (Udbrændthed)

**Spørger på 3 akser: Personligt-, arbejds-og klientrelateret
Tolker selv resultaterne efter antal point**

Oprindeligt var udbrændthed noget, man diagnosticerede ved behandlere og omsorgspersoner. "Man skal brænde for noget for at blive udbrændt". Det gælder fortsat

Karakteristisk er en ændring af personlig stil fra at være engageret og socialt indigneret til at være hårdhudet, mere kynisk, og "bliv mig fra livet med problemer".

SPØRGSMÅL: Hvad trækker energien ud af dig. Hvordan har du det når du nærmer dig dit arbejde (eller andet hot-spot)

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: GAD-10

Beregnet på generaliseret angst men slår også ud på andre Angsttilstande (måske lige med undtagelse af enkeltfobi)

Generaliseret angst er en angst overfor alt hvad der kan gå galt. (Murphys lov: Alt, hvad der kan gå galt VIL gå galt før eller siden).

Intelligent spørgsmål:

Er du en bekymret type?

Har du altid været det (ængstelig personlighed) ?

Hvornår begynder du at bekymre dig over, hvad der kunne gå galt når du har inviteret gæster? Mange Hv-ord?

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: LSAS Lobowitz social anxiety scale

Liste over de 24 mest almindelige hade-ting for socialfobikere.

Spørgeskemaet er delt op i 2 kolonner: angst/ubehag og undgåelse.

Lidt kompliceret

Bør instueres med patienten med de første spørgsmål og udfyldes hjemme for resten.

Karakteristisk (kernesymptom): Angst ved udsættelse for kritisk observation, angst for at tabe ansigt eller for at dumme sig

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: MDQ (ikke at forveksle med MDI)

Mood disorder Questionnaire

Tester bipolar lidelse ved at spørge ind til maniske episoder.

Høj sensitivitet, lav specificitet og derfor god screenig for videre udredning (foreslår selv).

Differentialdiagnoser er emotionel ustabil

personlighedsstruktur (udsving timer til dage) eller

narcissistisk personlighedsstruktur (ditto eller længere perioder, hvis der bliver for stille omkring vedk.)

SPØRGSMÅL: Er der noget specifikt, der banker dig ned i et dårligt humør? (Følelsen af svigt=EUP, følelsen af nederlag eller at have fejlet eller ikke at kunne agere og baske med armene: NP)

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: MDQ fortsat

Husk at 1 af 10 deprimerede i virkeligheden er bipolare, som vi bare ikke har opdaget endnu....

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-compulsive scale) 13 sider og meget grundig. Kræver tålmodig patient (hvilket en OCD'er ofte er)

NB: Det kan være svært for en patient at tale om sine obsessioner, fordi det er så skamfuldt og stik imod, hvad patienten vil kendes for.

HINT: en lidt "tør", tilbageholdende, afmålt type er arketyperen for en tvangspræget person eller OCD'er

Mange typer OCD:

Cleaners, checkers, kompulsiv orden og symmetri, obsessive slowness (tvivlesyge), tællemani, talmagi, hoarding (samlermani er et dårligt udtryk: de kan ikke smide ud)

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: HTQ Harvard Trauma Questionnaire

Forudsætter at man HAR været udsat for et svært traume.

Den spørger ikke ind til traumet men til de fysiske og psykiske symptomer der følger med.

SPØRGSMÅL: HAR du være udsat for voldsom(me) begivenhed(er), hvor du var helt overbevist om, at nu dør du eller at dit liv vil blive ødelagt.

Pr. definition skal traumet være af katastrofeagtig karakter.

SPØRGESKEMAER

www.toftpsyk.dk

Spørgeskema: Hamilton Depression Scale – 17 og – 6

**Hamilton -17 er internationalt valideret grundigt og virker.
Det er ikke selv-udfyldt selvom det findes på nettet
Det er samtidigt en huskeliste om at spørge ind til de relevante symptomer og tanker.**

**Sjovt nok virker Hamilton-6 tilsyneladende med NÆSTEN samme sensitivitet og specificitet.
Til gengæld mere overskuelig og hurtigere at lave.**

Begge findes selvudfyldt med mindre specificitet og sensitivitet