

rekommenderas vanligen serumkoncentrationer på 0,5–0,8 mmol/l och dosering med dagens depåberedning två gånger per dygn. Enstaka patienter måste på grund av gastrointestinala biverkningar behandlas med konventionell litiumtablett (licens) eller med liti-umcitrat ex tempore.

Om patienten inte klarar att sköta sin behandling tillfredsställande, t ex genom att inte följa provtagningsrutinerna, kan behandlingen behöva avbrytas. Detta kan också bli nödvändigt vid biverkningar som psoriasis eller svår njurpåverkan, men inte enbart på grund av försämrad koncentrationsförmåga med bevarad filtrationskapacitet i njurarna, inte heller vid hypotyreoos.

Vid graviditet måste behandlingen individualiseras. Den försiktighet som bör iakttagas med litium, speciellt under första delen av graviditeten, får vägas mot riskerna för fostret under en svår manisk eller depressiv fas.

Litium bör inte utsättas på grund av utebliven profylaktisk effekt förrän behandlingen pågått i minst två år. Om behandlingen avslutas bör detta ske mycket försiktigt under loppet av ett par månader.

Karbamazepin eller valproat kan användas som komplement eller alternativ till litium. Dokumentationen är dock begränsad.

Psykoterapi

Varje läkare som möter deprimerade patienter måste tillämpa ett psykoterapeutiskt förhållningssätt, men egentlig psykoterapi skall ges endast av därför utbildad personal. Somatisk antidepressiv behandling, psykoterapi och socioterapeutiska åtgärder kan med fördel kombineras, understryks det i rekommendationerna, som ger en kort översikt över olika metoder för psykoterapi.

Positiv effekt av psykoterapi har visats hos 50–60 procent av depressiva patienter i primärvården, och psykoterapi har visat betydande effekt för att förebygga recidiverande depressioner. Effekten inträder dock långsammare än för läkemedel. Om psykoterapi efter sex veckor inte gett klinisk förbättring måste tillägg med psykofarmaka övervägas.

Särskilda patientgrupper

Rekommendationerna diskuterar depression hos en rad särskilda patientgrupper, t ex äldre, barn och ungdomar, kvinnor post partum, patienter med somatisk sjukdom, kronisk smärta, schizofrena syndrom eller missbruksproblem. Här refereras endast några få synpunkter från dessa avsnitt.

Depressioner förekommer hos cirka 15 procent av äldre människor i allmänhet och i dubbelt så hög frekvens bland

patienter på sjukhem. Sjukdomen är ofta långdragen hos äldre, symtomen mindre tydliga och det är vanligare med ångest, oro och sömnproblem än hos yngre. För äldre rekommenderas i första hand SSRI-preparat, men i lägre initial dosering. De antikolinerga effekterna av tricykliska antidepressiva kan försämra kognitiva funktioner, och de sederande egenskaperna hos mianserin kan påverka vissa äldre negativt.

Prevalensen av depression hos barn och unga ökar från 1–2 procent före skolåldern till uppåt 5 procent i tonåren, där särskilt risken för självmordsförsök måste uppmärksammas. I behandlingen kommer avlastning av stressande moment, stöd och samarbete med familj och skola i förgrunden. Hos äldre barn och ungdomar kan psykoterapi ha positiv effekt. Läkemedelsbehandling bör alltid ske i samråd med specialist, och kan vara indicerad vid djupa melankoliska depressioner, grav funktionsnedsättning i skolan, hemmet eller socialt, respektive när annan terapi inte gett effekt.

Vid somatisk sjukdom förekommer depressiva symtom hos 20–30 procent av sjukhusvårdare patienter. Eftersom dessa ofta är äldre är SSRI-preparaten vanligen förstahandsval.

Långvariga smärtsyndrom som kräver medicinska åtgärder uppskattas förekomma hos omkring 10 procent av befolkningen, och i en fjärdedel av fallen föreligger också egentlig depression. Antidepressiva medel kan ges som adjuvans vid kroniskt smärtsyndrom, även utan depression. Fullgod dokumentation finns endast för amitriptylin, imipramin och klomipramin. Studier med SSRI har gett motsägelsefulla resultat.

10–15 procent av alkoholberoende personer anses ha egentlig depression. Antidepressiva medel kan vara indicerade, dock sällan under abstinensfasen efter en period av missbruk. Patienterna följer inte sällan ordinationen dåligt. Risken för överdosering och suicidförsök gör att daglig utdelning av tabletter kan vara nödvändig. •

Virusinfektion var malaria

Om läkaren inte tar upp en omsorgsfull anamnes för en patient som söker för feber eller andra infektionssymtom kan man riskera att ställa en ödesdiger feldiagnos.

Varningen finns i Riskronden nr 9 1995 och illustreras med ett fall av malaria, som först bedömdes som en virusinfektion.

En 45-årig kvinna sökte akut på en vårdcentral för feber. När hon sex dagar tidigare kommit hem från en resa till Nigeria hade hon ett finprickigt exantem över armarna och bröstet. Exantemet bleknade och hon fick feber.

Hon blev tillfälligt feberfri, men när febern återkom gick hon till doktorn. Hon tog själv upp frågan om det kunde röra sig om t ex malaria.

Doktorn fann kvinnan allmänt opåverkad samt status för öron, munhåla och svalg utan anmärkning liksom lymfkörtelstatus. C-reaktivt protein var förhöjt. Kvinnan uppmanades att återkomma om hon blev sämre eller om hon inte blivit bra på tre dagar.

Den mest fruktade formen

På morgonen tre dagar senare hade hon 39,7 graders feber och obehagskänsla i epigastriet. Hon sökte akut vid en infektionsklinik. Av anamnesen framgick att febern varit av varannandagskaraktär, att hon i Nigeria blivit myggbiten samt att hon haft diarré.

CRP hade stigit liksom bl a även sänkan, ASAT och ALAT. Malariautstryk visade rikligt med infekterade erythrocyter, ett flertal med binukleära plasmodier. Det rörde sig alltså om den mest fruktade malariaformen.

Kvinnan fick direkt Fansidar. Dagen efter fick hon hög feber och cerebral påverkan. Hon utvecklade positiv Babinski och generell svullnad av hjärnan.

Hon respiratorbehandlades i 80 timmar samt fick kinin och en anti-TNF-faktor (tumörnekrotisk faktor). Efter en veckas behandling kunde kvinnan skrivas ut, trött men i stort sett återställd.

Det är uppenbart att kvinnans anamnes på vårdcentralen borde ha motiverat att hon remitterats till infektionsklinik. En något grundligare anamnes om febern och myggbitten hade givit ytterligare belägg för att misstänka malaria.

Riskronden påpekar också att vid misstanke om malaria bör patienten uppmanas att komma tillbaka när febern återkommer – inte som i det här fallet efter ett visst antal dagar. •