

Metabola problem vid schizofreni

Moderatorns text som gäller hela symposiet:

Metabolt syndrom vid schizofreni

Rolf Adolfsson Moderator Prof, öL, VC, Sunderby VO, Inst för Klinisk vetenskap, Avd Psykiatri, Umeå Universitet

### **Bakgrund**

Metabolt syndrom är vanligt hos patienter med schizofreni. Nya data visar att syndromet är vanligt även hos patienter utan medicinering med antipsykotika och förvärras ytterligare av de läkemedel vi ger våra patienter.

### **Sammanfattning**

Symposiet avser att beskriva problemet med metabolt syndrom hos psykiatrins patienter och även komma med förslag till hur vi bättre kan hjälpa våra patienter genom val av läkemedel och genom att hjälpa dem med livsstilsförändringar. Möjligheten att ta fram kliniska riktlinjer till stöd för en bättre vård kommer att diskuteras liksom tankar på ett kvalitetsregister till stöd för bättre uppföljning av våra patienters metabola problem.

Föredrag nr 1.

## **Understanding Current Guidelines for Managing Metabolic Issues in Schizophrenia**

Christoph U. Correll, MD, Department of Psychiatry Research, The Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, New York/U.S.A. (ccorrell@lij.edu)

Patients with schizophrenia die of cardiovascular disease at substantially higher rates than individuals without mental illness of similar age, gender, socioeconomic class and access to health care resources. This has been attributed to rising rates of obesity, dyslipidemia, diabetes mellitus, metabolic syndrome, and coronary heart disease (CHD). Reasons for this increased presence of modifiable risk factors for CHD include effects of the underlying illness, unhealthy lifestyle behaviors, substandard medical care and of psychotropic medications, particularly, second-generation antipsychotics.

More recently, the importance of medical health monitoring in patients with severe mental disorders has been recognized and several monitoring guidelines have been developed. While there are some differences, there is a general consensus that the presence of risk factors and metabolic syndrome criteria needs to be assessed at baseline and regularly thereafter.

Differences exist regarding the monitoring intervals and whether these differ by medication and/or patient characteristics. Unfortunately, several studies have shown that clinicians are not following these monitoring guidelines and that the introduction of general guidelines does

not seem to have affected this suboptimal behavior. Finally, the targeted medical treatment of mentally ill patients who have diabetes, dyslipidemia and hypertension is inadequately low in psychiatric settings, as well as medical settings even in the context of known diabetes or CHD event.

Taken together, these data indicate the presence of a serious disparity of lower physical health monitoring and management in the sev about healthy lifestyle intervention and the adverse metabolic effects of psychotropic medications is needed. Moreover, adequate monitoring strategies need to be implemented and reinforced. Finally, the management of metabolic abnormalities and CHD risk should be instituted using the same thresholds as used for the general population. Strategies that may be useful and require more study include the initial choice of or switch to a lower metabolic risk antipsychotic, and addition of healthy lifestyle interventions, or of pharmacologic interventions to reduce body weight, lipid and glucose abnormalities, metabolic syndrome and CHD risk.

Föredrag nr 2. erely mentally ill who are a high-risk group for excess CHD morbidity and mortality.  
Education of psychiatric and medical care providers, patients and families

Cardiovascular outcome in schizophrenia in Sweden

Urban Ösby MD, PhD, Senior Consultant, Psykiatri Nordväst

### **Bakgrund**

A number of studies from different countries demonstrate that patients with schizophrenia have a doubled mortality risk compared to the population for mortality from cardiovascular disease. Previous studies from Stockholm County have shown that cardiovascular mortality is the main cause of death for schizophrenia patients as well as for the population, while the number of excess deaths from cardiovascular causes in schizophrenia is second only to excess deaths from suicide. The general population of Sweden has during recent years experienced remarkable declines in mortality from cardiovascular disease resulting in increased overall life expectancy. It is unclear whether patients with schizophrenia have experienced these benefits.

### **Metod**

Register-based studies of standardized mortality ratios (SMR) for schizophrenia patients in Sweden during 1970 through 2003 have been performed, using information on diagnosis from the Swedish patient register, and information on causes of death from the Cause of death register. SMR has been calculated, standardized for age and calendar time. Secular trends for SMR was calculated in Poisson regression models.

### **Resultat**

SMR for schizophrenia patients in Sweden for all causes of death was 2.33 for men and 2.35 for women. SMR for cardiovascular death was 2.08 for

men and 2.15 for women. When more specific cardiovascular causes of death were analyzed, SMR for coronary heart disease was 1.91 for men and 2.06 for women, and for myocardial infarction 1.75 for men and 1.86 for women. There were a total of 12,083 excess, of which 3,410 from cardiovascular causes. Age standardized mortality ratios for schizophrenia patients for all causes of death, cardiovascular disease, coronary heart disease and acute myocardial infarction increased significantly for both men and women during the period of study.

### **Sammanfattning**

The substantial improvements in mortality from cardiovascular disorders including coronary heart disease and acute myocardial infarction in the general population were not observed among patients with schizophrenia during the period of study. For the medical care system in general, and for psychiatry in particular, the increasing differences in mortality from cardiovascular disease between the general population and patients with schizophrenia is a major clinical and public health concern.

Föredrag nr 3.

Förbättrat samarbete mellan allmänläkare, psykiatriker och internmedicinare/endokrinolog behövs för förbättrat omhändertagande av patienter med schizofreni och metabolt syndrom

Ulf Adamson Professor, Svenska Föreningen för Diabetologi, Överläkare vid Danderyds Sjukhus

### **Bakgrund**

Det är oerhört viktigt att uppmärksamma de metabola effekterna som diabetes, blodfettssrubbnings, högt blodtryck och därmed ökad risk för hjärt-kärl sjukdomar som är associerade med psykosjukdomar. Denna patientgrupp lever i genomsnitt 25-30 år kortare jämfört med den övriga befolkningen. Orsaken till det är bl a överdödlighet i hjärt-kärl sjukdomar. Om man tittar vidare på förekomst av diabetes så brukar man räkna med att cirka fyra procent av befolkningen är drabbade. Bland personer med schizofreni är denna siffra uppe i 15-18 procent. frågan är vem som ska ha ansvaret för dessa psykiatripatienters fysiska hälsa. Det råder ett kommunikationsproblem mellan psykiatriker och diabetologer. Dessa läkargrupper måste bli bättre på att samarbeta och upptäcka patienter som drabbas av metabola biverkningar och vidta de nödvändiga åtgärderna för att hjälpa dem.

### **Resultat**

Flera studier visar att patienter med schizofreni i mycket högre grad än övriga befolkningen lider av metabola rubbningar. Dock har få studier undersökt behandlingsgraden bland patienter med schizofreni som är drabbade av dessa rubbningar. Resultatet från en uppmärksammas studie (Nasrallah et al., Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophrenia Research 2006 Sep; 86(1-3):15-22) visade att 30,2 % av patienterna led av odiagnosticerad

diabetes, 64,2 % av högt blodtryck och 88 % av blodfettssrubbningsar. Dessa data pekar på att denna utsatta patientgrupp ofta blir försummad inom vården.

### **Sammanfattning**

Föredraget kommer att redogöra för det metabola syndromet, dess definition och komplikationer hos en generell population, hur patienterna behandlas och varför, vidare särskild betydelse för patienter med svår psykisk sjukdom, samt för psykiatrin möjliga enkla åtgärder (vikt, längd, midjemått) och handläggningsvägar i samarbete med Internmedicin/Endokrinologi och Allmänmedicin.

*Föredrag nr. 4.*

Pragmatisk modell för bedömning och behandling av metabola störningar vid schizofreni och bipolär sjukdom

Rolf Adolfsson Prof, öl, VC, Sunderby VO, Inst för Klinisk vetenskap, Avd Psykiatri, Umeå Universitet

Arne Zingmark öl., Med klin, Piteå Lasarett

### **Sammanfattning**

Prof Rolf Adolfsson redogör tillsammans med öl Arne Zingmark för den modell för metabol kartläggning av patienter med psykos - och bipolär sjukdom som man sedan 2001 använt vid Norrlands universitetssjukhus och som nu implementerats i Piteå sjukvårdsdistrikt. Inom ramen för detta arbete har man utrett mer än 1000 patienter och kontroller med ett standardiserat lab batteri kompletterat med frågor om livsstil, hereditet och somatisk ko-morbiditet. Resultaten visar att förekomsten av metabol syndrom är kraftigt förhöjd hos patienter som behandlas med neuroleptika. En betydande del av patienterna har ouppptäckta och/eller obehandlade avvikelser. Ett samarbete mellan psykiatri, internmedicin och primärvård är nödvändigt för att kunna sätta in adekvata åtgärder vid olika metabola avvikelser. Det föreslås att metabol status bör ingå som en del i psykiatrins kvalitetsregister för psykos respektive bipolär sjukdom.