Bipolär sjukdom hos barn och ungdomar

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2022–00131) giltig till maj 2024
Utarbetad av processteam ångest och depression inom programområde Psykisk hälsa

Regional medicinsk riktlinje, RMR
Gäller för: Västra Götalandsregionen
Giltig från: 2022-06-14
Innehållsansvar: Lise-Lotte Kiso Bergenmo, (linbe), Strateg
Giltig till: 2024-05-31
Granskad av: Lise-Lotte Kiso Bergenmo, (linbe), Strateg
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Innehåll

Huvudbudskap 1
Bakgrund 1
Utredning/behandlingsindikation/diagnos 1
Behandling 3
Uppföljning av denna riktlinje 4
Vårdnivå 4
Innehållsansvarig 4

Huvudbudskap

Riktlinjen ger klinisk vägledning för diagnostik och behandling av barn och ungdomar upp till 18 år med Bipolär sjukdom för att öka förutsättningarna för jämlik vård.

Bakgrund

Bipolär sjukdom debuterar vanligtvis efter puberteten eller i tidiga vuxenår. Prevalensen för bipolär sjukdom ligger mellan 1 och 2 %. Risken att drabbas av bipolär sjukdom är förhöjd om en släkting har sjukdomen. Fördelningen är jämn mellan könen. Risken för suicid är förhöjd vid sjukdomens alla faser.

Utredning/behandlingsindikation/diagnos

Symtom

Bipolär sjukdom utmärks av återkommande sjukdomsskov av depression och mani/hypomani. Återkommande depressioner dominerar för de flesta och det är vanligast att debuten är en depression vid både bipolär I och bipolär II. Mellan de affektiva episoderna av mani, hypomani och/eller depression är stämningsläget oftast neutralt och funktionen kan vara god.

Maniska episoder kännetecknas av abnormt förhöjd, expansiv eller irritabel sinnesstämning, abnormt förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov, talträngdhet, snabba associationer, tankeflykt och ökad aktivitet som leder till kraftig funktionsförsämring. Det är vanligt med stämningskongruenta psykotiska symtom och vanföreställningar.

Hypomana episoder kännetecknas av samma symtombild men i en mildare form och med mindre funktionspåverkan samt utan psykotiska symtom.

Vid blandtillstånd kan symtom på både mani och depression samexistera under vissa tidsperioder, så kallas mixed state med exempelvis depressiva symtom som dysfori, ångest, trötthet och en känsla av hopplöshet under en manisk episod.

Före puberteten ser man ofta symtom som ångest, nedstämdhet och trots.

Maniska episoder kan utlösas av läkemedel såsom antidepressiva och ADHD-läkemedel, som då bör sättas ut.

Diagnos
Diagnostisk bedömning görs enligt DSM 5. De vanligaste diagnoserna hos barn och ungdomar är:
Bipolär sjukdom typ 1 - maniska/psykotiska och depressiva episoder.
Bipolär sjukdom typ 2 - hypomana och depressiva episoder.
Bipolär sjukdom UNS - kriterier för hypoman/manisk episod är inte helt uppfyllda

Klassifikation görs enligt ICD-10:
F31.0 Bipolär sjukdom, hypoman episod
F31.1 Bipolär sjukdom, manisk episod utan psykotiska symtom
F31.2 Bipolär sjukdom, manisk episod med psykotiska symtom
F31.3 Bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod
F31.4 Bipolär sjukdom, svår depressiv episod utan psykotiska symtom
F31.5 Bipolär sjukdom, svår depressiv episod med psykotiska symtom
F31.6 Bipolär sjukdom, blandad episod
F31.7 Bipolär sjukdom, utan aktuella symtom
F31.8 Andra specificerade bipolära sjukdomar
F31.9 Bipolär sjukdom, ospecificerad

Samsjuklighet
Vid tidigt insjuknande är psykiatrisk samsjuklighet vanligare än hos vuxna, bland annat med autism, ADHD, ångesttillstånd, emotionell instabilitet, trotssyndrom/uppförandestörning och substansbruk. Samsjuklighet innebär ytterligare belastning på symtom och funktion.

Diagnostiska rekommendationer
Klinisk bedömning av tillståndets förlopp över tid är avgörande för att skilja bipolär sjukdom från andra tillstånd. Diagnostik och differentialdiagnostik försvåras av samsjuklighet. Diagnostik av misstänkt samsjuklighet bör fastställas efter stabilisering och återhämtning. Tillståndet bör följas och diagnostiken kan behöva omvärderas. Diagnostiken är svårare hos unga än hos vuxna varför diagnostik och behandling ska ske på barn-och ungdomspsykiatrisk mottagning med erfarenhet av bipolär sjukdom.

En utredning ska innehålla:
- Fördjupad bakgrundsanamnes inklusive utvecklingsanamnes och ärftlighet
- Bipolär sjukdom hos förälder ökar risken och särskilt om föräldern insjuknat i unga år.
- Riktad anamnes avseende affektiva symtom, episodernas karaktär, livslinje över symtom, funktionsnivå, livshändelser och behandlingsinsatser. Stämningsdagboken kan användas.
- Samsjuklighet och differentialdiagnostik
- Somatisk anamnes och status, provtagning inklusive drogscreening
- Hälso- och livsstilsaspekter inklusive substansbruk
- Screening av kognitiva och exekutiva svårigheter
- Psykosocial anamnes inklusive risk- och skyddsfaktorer och familjens förmåga
- Traumascreening
- Motivation och följsamhet till behandling
- Bedöma risk för våldsamt beteende
- Suicidriskbedömning, RMR Suicidalitet hos barn och ungdom - akut bedömning/handläggning

Bipolär sjukdom diagnostiseras genom det kliniska samtalet. Samtalet bör kompletteras med en strukturerad intervju till exempel MINI-KID, K-SADS-PL. För skattning av graden av mani eller depression kan CMRS/YMRS respektive MADRS användas. Skattningsskalor såsom MDQ skall användas med försiktighet då det ofta ger falskt positiva svar.

Behandling

Består av akutbehandling, stabilisering och i stabil fas, återfallsprevention. Det är viktigt att alla behandlingsinterventioner anpassas till sjukdomens fas och till patientens och ansvarig vuxens individuella behov. Obehandlad samsjuklighet kan öka risken för återinsjuknande i nya skov.
Det är viktigt att motivera patient och ansvarig vuxen att följa rekommenderad behandling.
Suicidriskbedömning görs fortlöpande under vårdkontakten.

Läkemedelsbehandling
Akutbehandling:
Så fort diagnostiken är säkerställd ska ställningstagande till insättning av litium göras, ofta i kombination med antipsykotiska läkemedel med sederande effekt. Det är viktigt att säkerställa god sömn, ofta behov av lugnande preparat, bensodiazepiner kan behövas, ordineras en kortare period.

Underhållsbehandling:
Förstahandsvalet för underhållsbehandling är litium. Ibland behövs kombinationsbehandling med antipsykotiska läkemedel. God sömn ska säkerställas och vid behov behandlas.

Läkemedel:
Förebyggande läkemedelsbehandling rekommenderas under minst 12 - 24 månader efter uppnådd remission.

Litium: Litium har effekt vid såväl akuta tillstånd som för underhållsbehandling av manier, depressioner och blandtillstånd.

Antipsykotika: Aripiprazol och ziprasidon är de enda två preparat som har indikation för behandling av bipolära tillstånd hos barn och unga. Man behöver därför luta sig på evidens för behandling av vuxna vid användning av övriga, där ett flertal antipsykotiska läkemedel har indikation för behandling.
Ett läkemedel som ofta används vid akut mani är olanzapin då det har en god dämpande effekt. Olanzapin bör dock användas med försiktighet efter utskrivning på grund av risk för metabol påverkan.

Antiepileptika: Valproat - saknar indikation bipolär sjukdom hos barn och unga, men används som andrahandspreparat, efter litium, då indikation finns för vuxenpopulationen. Bör undvikas till flickor i fertil ålder på grund av hormonella och teratogena biverkningar. Valproat skyddar mot mani men inte depression.
Lamotrigin -saknar indikation bipolär sjukdom hos barn och unga, men kan användas vid behandling av depression men inte mani.

Godkända e-PED-instruktioner finns (förutom till ziprasidon) för information.
Vid all långtidsanvändning med antipsykotiska läkemedel ska metabola biverkningar förebyggas och uppmärksammas

RMR Läkemedel Bipolär sjukdom, för mer specifika behandlingsrekommendationer.

ECT bör övervägas vid svårbehandlade manier eller depressioner som inte svarat på ovanstående behandlingsstrategier.

Behandling/insatser i heldygnsvård

- Vid akut mani ska vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) övervägas. Patienter med depression eller mani kan ibland trots dålig sjukdomsinsikt, acceptera sjukhusvård. Man bör därför också ta ställning till om patienten är i stånd att fatta ett grundat ställningstagande.
- Vid mani begränsas stimuli och aktiviteter.
- Kommunikation skall vara tydlig, konsekvent och lätt för patienten att förstå.
- Antal personer som har kontakt med patienten begränsas.
- Vid depression och mani prioriteras sömn och intag av mat. Vätska monitoreras.
- Vid depression är struktur och aktivering viktigt, eventuellt med aktivitetsschema.

Behandling/insatser i öppenvård

- Patient och anhöriga (familjebehandling), erbjuds psykopedagogisk behandling, inklusive hjälp att identifiera tidiga tecken på sjukdomsskov och att hantera egna stress- och sårbarhetsfaktorer.
- Överväg SIP och information till skolan, eventuellt anpassad skolgång.
- Uppföljning av livsstilsfaktorer som kost, sömn, fysisk aktivitet och substansbruk.
- Stöd att hantera kvarstående symtom och funktionsnedsättning.
- Regelbunden uppföljning vilket ökar följsamheten till behandling.
- Kontakt med vuxenpsykiatrin i god tid, eventuellt bjuda in till SIP-möte inför remitteringen.
  RMR: Övergång från barn-och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri eller primärvård
- Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning och utfärdande av aktuella intyg eller utlåtanden.

Åtgärdskoder

- Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik AU006
- Strukturerad suicidriskbedömning AU118
- Psykopedagogisk behandling DU023

Uppföljning av denna riktlinje

Registrering i BipolärR
Andel patienter med diagnos F31som, inom 6 månader, erhållit psykopedagogisk behandling DU023
Andel patienter med diagnos F31 som behandlas med litium

Vårdnivå

Bipolär sjukdom utreds och behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin, på enheter där kunskap och erfarenhet finns av Bipolär sjukdom.

RMR: Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri.

Innehållsansvarig

Regionalt processteam ångest och depression inom programområde Psykisk hälsa i samverkan med samordningsrådet för barn & ungdomspsykiatrin.
Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: HS9766-305841775-314

Version: 4.0

Giltig från: 2022-06-14

Giltig till: 2024-05-31