

---

## Ikke glem Wernickes encefalopati

---

DEBATT

STÅLE NISSEN HJERTNES

stale.hjertnes@outlook.com

Ståle Nissen Hjertnes er LIS3-lege ved Avdeling for rusmedisin i Helse Bergen.

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

---

### **Wernickes encefalopati er en alvorlig, men underdiagnostisert sykdom ved alkoholavhengighet. En enkel screening kan avdekke tilstanden.**

Wernickes encefalopati er forårsaket av tiaminmangel og kjennetegnes av symptomer som ataksi, unormale øyebevegelser og kognitiv påvirkning. Diagnosen er forbundet med høy mortalitet og dårlig prognose [\(1\)](#). Ubehandlet utvikler de fleste tilfellene seg til Korsakoffs syndrom, som er en irreversibel demenstilstand [\(2\)](#).

Tiamin er essensielt for kroppens energiomsetning, og magnesium er nødvendig for at tiamin skal kunne utrette sin funksjon. Ved tiaminmangel, eller manglende funksjon av tiamin, vil det kunne oppstå celledskader [\(3\)](#). Skadene oppstår både i sentralnervesystemet og ellers i kroppen.

Tiaminmangel er spesielt vanlig blant alkoholavhengige, og 30–80 % av denne pasientgruppen har tiaminmangel [\(4\)](#). Alkohol reduserer tiaminabsorpsjonen i tarmen, hemmer transporten av tiamin gjennom blod–hjerne-barrieren og svekker aktiveringen av tiamin til sin aktive form. I tillegg fører kronisk alkoholbruk til redusert lagring av tiamin og økt utskilling via nyrene [\(5–7\)](#).

---

### **Hvor vanlig er Wernickes encefalopati?**

Obduksjon er nødvendig for å kunne sette diagnosen med sikkerhet, og obduksjonsstudier spiller en sentral rolle for å anslå prevalensen. Ved gjennomgang av 8 735 obduksjoner ved Ullevål sykehus ble det estimert Wernickes encefalopati hos 0,8 % av hele populasjonen, mens det blant

alkoholavhengige ble funnet Wernickes encefalopati i 12,5 % av obduksjonene (8). Kun et fåtall fikk diagnosen i løpet av livet. Man fant også hjerneforandringer forenlig med Wernickes encefalopati i alle pasientene med diagnosen alkoholdemens (8).

*«Blant alkoholavhengige ble det funnet Wernickes encefalopati i 12,5 % av obduksjonene»*

Dette samsvarer med tall fra European Federation of Neurological Societies (EFNS), som indikerer en prevalens blant alkoholavhengige på 9,3 % (9).

---

## Forbedringsprosjekt i Bergen

I Norge er det ulik grad av fokus på Wernickes encefalopati. Mye tyder på at den høye prevalensen og alvorligheten av sykdommen kan være underkommunisert. Da jeg i 2024 startet på avrusningsavdelingen i Bergen, ønsket jeg å undersøke om jeg gjennom screening ville finne lignende prevalens som nevnt i litteraturen. Screening ble gjort etter Caines kriterier, som også er anbefalingen fra European Federation of Neurological Societies. For å få diagnosen måtte man oppfylle to av de fire følgende kriteriene: ernæringssvikt, unormal okulomotorisk funksjon, cerebellære tegn og endret mentalstatus eller nedsatt hukommelse.

Av praktiske årsaker måtte screeningen være rask og enkel. Det ble ikke gjort utfyllende kognitive utredninger ved innkomst, men påfallende kognitive avvik ble notert. Ved behov ble også mer utfyllende testing gjort på post. I alt ble det brukt ca. 2–3 minutter ekstra på undersøkelsen. Alle funn ble deretter diskutert på daglige legemøter. Om det på grunn av høy promille eller andre årsaker ikke var mulig å gjennomføre screening ved innkomst, ble pasientene screenet dagen etter.

Diagnosen Wernickes encefalopati ble i dette lille prosjektet satt på 10 % av pasientene som var innlagt for alkoholavrusning. Flere av pasientene var gjengangere, og man hadde aldri tidligere mistenkt diagnosen. Resultatene samstemmer altså godt med tall fra litteraturen.

*«Screening basert på Caines kriterier kan være nok til å fange opp sykdommen, og dersom den behandles tidlig, kan reversering av symptomer være mulig»*

---

## Oversett diagnose

Wernickes encefalopati er en diagnose som antakelig ofte blir oversett, til tross for at den kan få alvorlige konsekvenser. Jeg vil oppfordre til å gjennomføre en enkel screening basert på Caines kriterier hos pasienter i risikogruppen. Det kan være nok til å fange opp sykdommen, og dersom den behandles tidlig, kan

reversering av symptomer være mulig. Økt bevissthet og implementering av rutiner for screening kan forhåpentligvis føre til tidlig diagnostisering og behandling, og dermed redusere både lidelse og samfunnskostnader.

---

## REFERENCES

1. Palm A, Vataja R, Talaslahti T et al. Incidence and mortality of alcohol-related dementia and Wernicke-Korsakoff syndrome: A nationwide register study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2022; 37. doi: 10.1002/gps.5775. [PubMed] [CrossRef]
2. Popa I, Rădulescu I, Drăgoi AM et al. Korsakoff syndrome: An overlook (Review). *Exp Ther Med* 2021; 22: 1132. [PubMed]
3. Hazell AS, Butterworth RF. Update of cell damage mechanisms in thiamine deficiency: focus on oxidative stress, excitotoxicity and inflammation. *Alcohol Alcohol* 2009; 44: 141–7. [PubMed]
4. Mancinelli R, Ceccanti M. Biomarkers in alcohol misuse: their role in the prevention and detection of thiamine deficiency. *Alcohol Alcohol* 2009; 44: 177–82. [PubMed]
5. Abdul-Muneer PM, Alikunju S, Schuetz H et al. Impairment of Thiamine Transport at the GUT-BBB-AXIS Contributes to Wernicke's Encephalopathy. *Mol Neurobiol* 2018; 55: 5937–50. [PubMed]
6. Laforenza U, Patrini C, Gastaldi G et al. Effects of acute and chronic ethanol administration on thiamine metabolizing enzymes in some brain areas and in other organs of the rat. *Alcohol Alcohol* 1990; 25: 591–603. [PubMed]
7. Subramanian VS, Subramanya SB, Tsukamoto H et al. Effect of chronic alcohol feeding on physiological and molecular parameters of renal thiamin transport. *Am J Physiol Renal Physiol* 2010; 299: F28–34. [PubMed] [CrossRef]
8. Torvik A, Lindboe CF, Rogde S. Brain lesions in alcoholics. A neuropathological study with clinical correlations. *J Neurol Sci* 1982; 56: 233–48. [PubMed]
9. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1408–18. [PubMed]

---

Publisert: 26. juni 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0284  
Mottatt 24.4.2025, første revisjon innsendt 22.5.2025, godkjent 30.5.2025.  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.