

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!»

Lærerike kasuistikker

Høsten da senkningen (SR) fikk sin renessanse

Med 17 år bak meg i allmennmedisin føler jeg at jeg sann noen lunde behersker faget. Likevel må jeg stadig revurdere min praksis i lys av erfaringer gjort gjennom arbeid med pasientene. I år 2000 jobbet jeg et år ved indremedisinsk avdeling og gjennom arbeidet der ble en del av mine rutiner belyst. Jeg fant ut at mine evner som kommunikator var tilfredsstillende, – men måtte revurdere en del av mine diagnostiske prosedyrer. Spesielt gjaldt dette bruk av en del laboratorieanalyser. Blant flere andre ting så jeg at i løpet av 90-årene hadde jeg nesten sluttet å bruke senkning aktivt i diagnostikken. CRP hadde overtatt helt. Dette gjaldt også mine erfarne kolleger på Sola legesenter.

I løpet av høsten 2002 hadde jeg tre pasienter hvor betydningen av senkning som diagnostisk verktøy, var tankevekkende. For å vise dette blir disse kasuistikkene trukket fram:

KASUS 1.

Kvinne født -29. Har gått til meg siden 1992. Har tidligere hatt en del hofteplager, men har vært god av det de siste årene. Operert for vaginaldescens -96.

Aktuelt:

02.10.02: Kommer som Ø.HJ. I 14 dager har hun hatt smerter i h.ø.re/h.ø.side av hals, og vondt i hodet. Natt til 02.10. hadde hun så vondt at hun ikke greide sove. Ikke sykdomsfølelse. Fant intet galt med hals eller øre. God puls i a. temporalis preaurikulært h.ø.side, – men kunne ikke følge den stort lenger. På venstre side kunne artien følges til temporalt. Valgte å ta CRP/ SR som Ø.HJ. analyser. Pasienten hadde CRP: 35 og SR: 80. Starter Prednisolonbehandling på mistanke om temporaliserteritt.

03.10.02: Pasienten er nesten symptomfri. Får time til Ø.HJ. temporalisbiopsi.

07.10.02: Pasienten er symptomfri. SR: 44.

07.11.02: Diagnosen verifisert.

KASUS 2.

Mann født -58. Gått ved vårt legesenter siden 1994

Tidligere sykdommer:

-94, salmonellose

-01: tjenestegjorde i fredsbevarende styrker. Rutinekontroll etter dette i februar -02 avdekket ikke sykdom, men pasienten hadde lett leucocytose (12.4) (SR ble ikke kontrollert)

Aktuelt:

04.11.02: Henvist fra bedriftslegen pga forhøyet SR/ leucocytose. Han hadde ikke følt seg helt på topp. Hadde muligens hatt litt vekttap og stivhetsfølelse i skuldre og armer. Fant to lymfeknuter på halsen, – ellers negativ klinisk us.

SR 67 Hv.: 14.6 CRP: 30

I løpet av november og desember ble pasienten sjekket ut i allmennmedisin med tanke på det en her rår over av undersøkelser inklusive:



Anne Korsæth

Cand. med. Oslo 1982. Spes. allmennmed. 1991 Godkjent veileder allmennmed. 2003. Jobbet i allmennmedisin fra 1986, – ved Sola Legesenter, – 4 legepraksis i Sola Sentrum, – 15 km sørvest for Stavanger siden 1988. 1 års pause hvor jeg jobbet ved indremed. avd., Sentralsjukehuset i Rogaland i 2000.

Full serologisk gjennomgang, rtg. thorax, skjelettsintigrafi, UL abdomen og rtg. bihuler. Fant ingen ting som kunne forklare pas. SR. SR: november: 80, desember 90. Pasienten ble fulgt og følte seg bedre initialt, deretter økende trøtt og slapp. Pasienten ble henvist for fjerning av lymfeknute desember-02. Pasienten ble henvist medisinsk poliklinikk februar -03. Fikk diagnosen thymuscancer juli -03.

KASUS 3.

Kvinne født i -40. Har gått til meg siden 1988. Jobbet i kassen i matvarebutikk.

Tidligere sykdommer:

Angstnevrose. Medikamentelt behandlet til -99.

Røykeindusert KOLS.

Ryggsmerter. Rtg. -95 viste: Skoliose med økt thorakal kyfose.

Aktuelt:

17.09.02: Akutt rygg siden torsdag i uka før. Verst nederst i ryggen, – med utstråling mot nakken. Fant som før en lut holdning, nedsatt bevegelse og uttalte myalgier i nakken. CRP 29 og SR 30 (SR lå tidligere rundt 10) Innkalt til kontroll pga CRP/SR

30.09.02: Noe bedre, – men ikke mye. Noe vekttap. CRP 87 SR 35.

02.10.02: Innkalt til kontroll for infeksjons og malignitetsutredning.

Uendrede ryggsmarter. Nå også magerelaterte smerter, forstoppelse og økt bukromfang. Vekttap 2–3 kg siste 14 dagene. Fant økt bukromfang, nesten ikke tarmlyder, muligens småknudrete forandringer innerst i vagina. Hemofec neg. Innlagt som Ø.HJ. Obs. malignitet/ subileus.

07.10.02: Diagnostisert ovarialcancer, ascites og svære tumormasser i det lille bekken, carcinomatose. Fått cytostatcabehandling. Lever fortsatt.

Jeg har altså festet meg på bruk av SR som diagnostikum i disse 3 kasuistikker fordi det i alle disse 3 tilfellene er brukt som en slags screeningsmarkør sammen med CRP. Det er tatt som en Ø.HJ. analyse og det er har i alle tre tilfellene vært med på at alvorlige, behandlingstrengende diagnoser er blitt stilt. I to av de tre tilfellene ganske raskt, – noe som kan ha hatt prognostisk og terapeutisk betydning. I det 3. tilfelle hadde pasienten en meget sjelden kreftsykdom som var vanskelig å diagnostisere selv for onkologen.

Jeg tror at bare å bruke CRP i slike tilfeller ikke ville ha vekket mistanken om noe mer alvorlig bakenforliggende, på samme måte som når en finner en forhøyet SR.

Jeg har etter året på indremedisinsk avdeling og etter disse opplevelsene begynt å bruke senkning på mye mer liberal indikasjon. Det gir meg og pasientene gevinst. Analysen må derfor sies å ha fått sin renessanse.

Anne Korsæth