

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

Nakkesmerter og hodepine

– ikke alltid lett å finne ut av

September 2001 kom en 52 år gammel dame på kontoret og klaget over plager med smerter i nakken og bakhodet. Periodevis svimmelhet. Hun kunne ikke gå tur uten at hun fikk bankende smerter i bakhodet. Ved undersøkelse var hun svært øm occipitalt, stram nakke- og skuldermuskulatur, men bra bevegelighet i nakken. Hun hadde tidligere hatt mye nakke/skuldersmerter og ble henvist til fysioterapeut som hun tidligere hadde hatt god effekt av.

En måned seinere kom hun tilbake. Smertene var blitt verre. Når hun gikk tur, fikk hun smerter i halsen og nakken, seinere hodepine. Hun klarte nesten ikke å gå, før det snørte seg i nakken. Nakkesmertene og hodepinen kom også ved stress, og hun klarte ikke jobbe. Ønsket å bli syk-meldt mens hun gikk i fysioterapi.

Hun var tidligere stort sett frisk og var i full jobb. Fikk behandling for hypertensjon med Selo-zok og Norvasc. Hadde mor og far med hjertesykdom Søster var blitt koronaroperert ca 1,5 år tidligere. I forbindelse med dette hadde pasienten en periode med anstrengelsesutløste brystsmerter. Hun var derfor blitt undersøkt med A-EKG juni 2000. Denne var normal, totalkolesterol va 4,5, LDL 2,3, og det var blitt påvist enkelte galleblærekonkrementer. Konklusjonen var at hun ikke hadde noen koronarsykdom. Hennes brystsmerter forsvant etter dette.

Hun ble gradvis bedre under fysioterapi og kom gravis tilbake i jobb, ble friskmeldt januar 2002.

I mars 2002 kom hun igjen og klaget over smerter i nakken og bakhodet når hun gikk i motbakker. Disse ga seg når hun stoppet opp, og hun fikk ikke nakkesmerter og hodepine om hun tok nitroglycerin når hun var på dansgalla. Pasienten ble på nytt henvist med. pol. med spørsmål om koronarsykdom. Hun ble undersøkt med nytt A-EKG, rtg. thorax og rtg. c-columna, ultralyd av halsarterier samt myocardscintigrafi. Konklusjonen var at det ikke var funnet



Morten Breiby

f. 1956.

Cand. med. Tromsø 1983.

Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.
Fastlege Gjøvik Legesenter

noen overbevisende tegn til ischemi. Det ble anbefalt å avvente, evt. henvise pasienten til nytt A-EKG etter noen mndr. om hun ikke ble bedre.

18. juni kom pasienten igjen. Hun hadde fortsatt sine anstrengelsesrelaterte smerter i nakken og hodet, og hadde selv bestilt time hos nevrolog neste dag. Hun ønsket en henvisning av meg. Nevrologen henviste pasienten til MR collum-angiograf, i da vertebrobasilaris-insuffisiens kan gi occipital hodepine aksentuert av anstrengelser. Denne viste ikke noe patologisk.

5. november kom pasienten igjen for å høre svaret på MR-undersøkelsen som ble gjort i august. Hun hadde hatt mindre smerter i hodet og nakken, men dagen før, da hun hadde gått tur, hadde hun fått smerter i brystet, i nakke og opp i hodet. I tillegg var hun slapp og hadde lett for å sove. Hun hadde også smerter i alle ledd, fingre og tær. Sammen gikk vi gjennom hele hennes sykehistorie, og da jeg fremdeles hadde en mistanke om at hennes plager kunne skyldes koronarsykdom, forslo jeg å henvise henne til koronar angio. Hun vegret dette, da hun alt i alt syntes hun var blitt bedre. Vi ble enige om at hun skulle tenke over dette, og kontakte meg hvis hun ønsket videre utredning av sine plager.

24.04.03 kom hun igjen. Smertene hadde økt. Hun fikk smerter i nakken og hodet ved anstrengelser. I tillegg hadde hun også brystsmerter ved enkelte anledninger, men dette kunne hun også få i hvile. Hun brukte fortsatt nitroglycerin med god effekt. Pasienten ble henvist til angiografi på mistanke om ischemi. A-EKG var uforandret fra tidligere. Angiografi viste tokarsykdom med stenose i LAD og kronisk okklusjon i høyre koronararterie. Rekanaliseringsforsøket

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slike gjør jeg det»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Stansebiopsi

Bruk av en biopsistanser er et raskt og enkelt hjelpemiddel for diagnostikk av hudsykdommer.

Både ved lokaliserte og mer utbredte hudlidelser er det viktig å stille en spesifikk diagnose. Til dette er en biopsistanser et utmerket hjelpemiddel. Denne metoden brukes av mange allmennpraktikere og hudleger, og jeg tror enda flere allmennleger vil kunne ha nytte av metoden. Viss en lurer på om det dreier seg om hudkreft, solare keratoser eller ringorm, kan en stansebiopsi være til hjelp. Ved soppinfeksjoner er det viktig å huske på å ta prøven helt i kanten av utslettet. Ved mer utbredte utslett som eksem eller psoriasis, kan en også få hjelp av en stansebiopsi til å stille en diagnose.

Biopsistansere fins i flere ulike størrelser, 2, 3, 4, 5 og 7 millimeter i diameter. For de fleste formål klarer en seg med 3 og 5. Stanser på 3 millimeter gir nok materiale ved biopsitaking. Dersom en skal ta prøver fra ansiktet, kan være nyttig med 2 millimeter stanser.

Selve prosedyren er enkel:

1. Først markeres området som prøven skal taes fra med tusj. Dette gjør det letter å finne igjen hudforandringen etter at bedøvelsen er satt.
2. Vask
3. Lokalanestesi
4. Biopsistansen stikkes loddrett ned i huden

5. Den løse sylinderformede hudbiten løsnes ved hjelp av en saks og en pinsett.
6. Stansen legges i formalin og sendes til patologisk laboratorium. Det er svært viktig at remisse inneholder kliniske opplysninger og hvilke diagnostiske overveielser som er gjort, dersom en skal få et fornuftig svar.
7. Ved bruk av 3 millimeters stanser, trenger en ytterst sjelden å lukket såret annet enn med et plaster, det må i tilfelle være dersom det skulle blø mye.

En biopsistanser er også et utmerket alternativ til et båtsnitt for å fjerne små lesjoner som eksempelvis små føflekker. Kan da bruke 5 millimeter stanser. Her må en suturere. Det kan være et godt tips å strekke huden på tvers av hudlinjene når stansen skal taes. En vil da få et mer avlangt sår, parallelt med hudlinjene som er enklere å suturere enn et helt rundt.

Pål Suhrke



var mislykket. Pasienten venter på revaskulariseringskirurgi, og det gjenstår å se om hun blir kvitt sine nakkesmerter og hodepine.

Konklusjon: Sykehistorien er nok en påminnelse om at koronarsykdom hos kvinner kan gi atypiske symptomer. Akutte nakkesmerter, eller ryggsmarter, kan være symp-

tomer på hjerteinfarkt, selv om brystsmertene mangler. Den viser også hvilken begrensning utredninger for koronarsykdom har, og at normale resultater ikke alltid bør føre til at en gir opp sine diagnostiske hypoteser. Langvarig kjennskap til pasienter og deres sykehistorie, er fortsatt av vesentlig betydning.

Morten Breiby