

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

Kvinne med brystsmerter – en diagnostisk nøtt



Nils Rune Nilsen

Nils Rune Nilsen, 51 år, født og oppvokst i Bergen, cand.med. Dublin 1979, 1 år indremedisin ved Ringerike sykehus, spesialist allmennmedisin fra 1994, allmennlege/kommunelege i Gol fra 1981 sammen med 3 andre leger, har stor glede av å bruke ultralyd i allmennpraksis, har student i praksis 2 ganger per år som jeg mener er en plikt vi bør gjøre.

59 år gammel overvektig kvinne. Hypertensjonsbehandlet flere år med Blocadren og Cozaar. 1998 liten cerebral trombose i form av talevansker og lett nedsatt kraft i ve. arm. Fullt restituert. Etter det brukt Albyl E, Persantin, Blocadren, Pravachol, Cozaar.

Hun konsulterte legevakten for kraftige *bevegelsesavhengige* brystsmerter natt og dag siste 3–4 dager samt noe *halssmerter*, temp. 38 grader. Når hun lå stille hadde hun nesten ikke vondt. EKG var normalt. Hun ble innlagt sykehus med diagnosen brystsmerter.

Epikrise fra sykehuset beskriver brystsmerter av noe stikkende karakter på ve. side, to sett med hjerteenzymer var neg., EKG normalt, lett forøket CRP på 42. Lett øket D-dimer, regnet som uspesifikt, blodgasser normale. Funnet trykkømhets i brystveggen, oppfattet som myalgi. Hun ble utskrevet med diagnosen brystveggsmalgi.

Dagen etter utskrivelsen kontaktet hun fastlegen pga. *svelgsmerter bak brystbeinet* og tilkommet *hevelse på ve. side av halsen*. Ved u.s. da tydelig hevelse i ve. fossa supraclavicularis, palp. øm i dette området. Feber 38,1, CRP 107. Ikke noe å se i halsen, epiglottis blek, strep A-test neg. Fortsatt vondt i thorax på ve. side. Oppfattet som infeksjonsprosess i halsområdet muligens en abscess, innlagt sykehus igjen. På sykehuset tilsett av ØNH-lege uten at det medførte noen konklusjon, CT thorax viste litt *pleuravæske ve. side* og en *rundfortetning hø. lunge* av uklar natur. Man gav henne Dalacin pga. halssmertene og hevelsen uten bedring. Det hele gav seg spontant uten noe mer behandling. Oppfattet som mulig viral infeksjon. Utskrevet med diagnosen annen brystsmerter.

Pasienten kontaktet igjen lege en måned senere pga. tilkommet hoven ve. arm. Ved undersøkelsen da tydelig hoven ve. overekstremitet. Innlagt sykehuset igjen med mistanke om subclavia/axillær venetrombose. Det ble bekreftet ved venografi og hun fikk Fragmin og Marevan. Ingen malign prosess ble funnet i halsområdet.

Diskusjon

Diagnosen er lungeemboli ved første innleggelse, symptomatisk trombose i vena subclavia ved andre innleggelse og klinisk trombose i venen i overekstremiteten ved tredje gangs innleggelse.

Her må man legge vekt på en **nøyaktig anamnese**. Pasienten hadde bevegelsesavhengige og resp.avhengige brystsmerter, men på sykehuset var man mest opptatt av å utelukke coronar sykdom. Det er **mange årsaker til brystsmerter**. Ved bevegelsesavhengige og resp. avhengige brystsmerter er hjertesykdom lite sannsynlig bortsett fra ved pericarditt. Lungeemboli (LE), pneumothorax, myalgier og pneumoni er da mest sannsynlig. Lungeemboli bør være høyt på listen over differensialdiagnoser da denne diagnosen ofte blir oversett. Det er viktig å ta en nøyaktig anamnese og tro på det pasienten forteller. Likeledes er det viktig å få frem risikofaktorer for DVT for å sannsynliggjøre eller avkrefte mulig DVT/LE: familiehistorie på DVT (trombofili), tidligere DVT, P-pille- eller hormonbruk, immobilisering, nylig gjennomgåtte operasjoner, cancersykdom, infeksjoner, overvekt, røyking. (Se også Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 3 2005). Pasienten hadde bare en risikofaktor med sin overvekt. D-dimer ved første gangs innleggelse ble tatt og var lett forhøyet. Man har da tenkt muligheten av DVT/LE, men ikke fullført resonnementet. En negativ D-dimer kan med stor sannsynlighet utelukke DVT og lungeemboli.

I en studie sitert i Lancet i 2004 var sensitiviteten for D-dimer på DVT/LE 96,4 prosent og negativ prediktiv verdi var 99,6 prosent. Av 1106 undersøkte pasienter med klinisk mistanke om DVT/LE hadde 559 forhøyet D-dimer, 547 var normale. Av de 547 med normale D-dimerverdier var det bare to pasienter som senere viste seg å ha DVT/LE. D-dimer er også forhøyet ved infeksjon, cancer, traume og operasjon. Med denne sykehistorien med respirasjonsavhengige smerter og forhøyet D-dimer burde ytterligere utredning for LE vært gjort ved første gangs innleggelse.

Ved annen gangs innleggelse (dagen etter utskrivelsen) ble det funnet litt pleuravæske på ve. side og en fortetning i

høyre lunge. Pleuravæske kan dannes av så mangt: Lungeemboli, pleuranær pneumoni, virusinfeksjoner («pleuritt»), maligne prosesser, kollagenoser, hjertesvikt etc. Man burde ved 2. gangs innleggelse tatt konsekvensene av CT funnet og lest epikrisen fra innleggelsen første gang med forhøyet D-dimer og resp. avhengige brystmerter. Spiral CT eller lungescintigrafi burde vært utført.

Ved tredje gangs innleggelse leste primærlen legene epikrisene og med det kliniske bildet var det ikke vanskelig å mistenke trombose i overekstremiteten.

Hennes brystmerter som var respirasjons- og bevegelsesavhengige har sannsynligvis vært lungeemboli (pleuravæske samt fortetting på CT, forhøyet D-dimer), halsmertene (retrosternalt ved svelging og supraclaviculært samt hevelse i fossa supraclavicularis) har hele tiden vært en trombotisk prosess i vena subclavia og høyt i vena axillaris som ikke ble erkjent. Man kan få lungeemboli fra overekstremitetene og!

Årsaken til trombose og lungeemboli i halsområdet kan være at vena subclavia blir utsatt for trykk mot 1. ribbe eller halsribbe og clavicula med intimaskade og trombose som resultat. Uvant fysisk aktivitet som komprimerer venen her kan være årsaken. Det er beskrevet hos malere, golfspillere, vektløftere og tennis spillere. I en kasuistikk i Lancet i 2004 ble det beskrevet en Kendo-utøver på 15 år med gjentatte hemoptyser. I Kendo svinger man et bambussverd over hodet. Hos 15 åringen fant man multiple lungeembolier og subclavia trombose. 1. ribbe ble senere fjernet og pasienten forble uten symptomer. En annen viktig gruppe som kan få trombose i overekstremitetene og risiko for lungeemboli herfra er pasientene med innlagt sentralt venekateter.

Litteratur:

Tidsskriftet nr. 3 2005, Rett og urett.
Lancet April 17-April 24, 2004, Goldhaber, seminar: pulmonary embolism.
Lancet August 28-September 3 2004, Case report: A Kendo player with haemoptysis.
Lancet March 26-April 1 2005, Eichinger, seminar: Deep vein thrombosis.

Nils Rune Nilsen

klikk...

klikk...

klikk...



- det var det!

Er det mulig? Ja, det er det! Det oppleves godt å kunne gjøre bestillingen unna på sekunder og være ferdig med det. De mange, mange telefonene som du ikke får svar på og som du må huske å ta, sliter. I dag er mobiltelefonen det apparatet som vi bruker absolutt mest. **Å bestille time, resept eller attest med en enkel tekstmelding burde vært alle forunt.** Flere og flere legekontorer har i dag tatt i bruk Helserespons og deres pasienter bestiller nå tjenester via SMS. For kr. 1190,- pr år kan hele legekantoret være i gang. I tillegg leveres det med en informasjonspakke til kr. 1590,-. Priser eks mva. Se også www.helserespons.no



WapTheWeb AS Sverdrupsv.18, 7020 Trondheim
adm@waptheweb.no tel: 93008369 fax: 72563466