

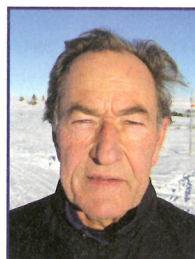
To damer og en mann med tung pust, en ung mann med synkope

AV NILS RUNE NILSEN OG HARALD LYSTAD



Kasuistikk 1

- Pasienten er en 66 år gammel overvektig kvinne med diabetes mellitus type II som blir behandlet med metformin og insulin. Hun hadde angina pectoris fram til 2003 da hun ble koronar by-pass-operert. Bruker statin, betablokker og Albyl for hjertet, Atrovent og Symbicort mot KOLS.
- Flere eksacerbasjoner av sin KOLS i året.
- Hun konsulterte lege pga. noe tung pust og tetthet. Fastlegen fant lett obstruksjon over lungene, men har hørt henne verre før. CRP er < 8, og O₂-metning 94 prosent.
- Hun ble satt på 30 mg Prednisolon i sju dager.
- Tre og en halv uke senere ny konsultasjon pga. hoste, mer tungpustethet og feber 38,8. Over lungene var det noe knatrelyder bilateralt, men mest venstre side basalt bak. CRP 23. Pasienten hadde nå i fire uker opplevd dyspné ved anstrengelse, og lurte selv på om hun hadde fått residiv av sin angina, noe fastlegen ikke trodde. EKG ble ikke tatt. Tilstanden ble oppfattet som en mulig pneumoni og hun fikk Doxylin.
- Hun fikk en akutt konsultasjon hos legevakslege en uke senere fordi hun på morgenen hadde opplevd svær dyspné. Denne hadde bedret seg ved konsultasjon utpå formiddagen. Hun hadde hatt noe lignende kvelden før, men det hadde glidd fort over igjen.
- Over lungene hørtes lett obstruksjon, men ikke verre enn det hun pleier å ha i sin habituelle tilstand. O₂-metningen var på 91 prosent. Hun fikk Ventoline og Atrovent på pariapparat, væske i.v., og kom seg betraktelig. Hun ble likevel innlagt i sykehus hvor man fant store sentrale hemodynamisk betydningsfulle lungeembolier som ble behandlet med trombolyse.
- Denne behandlingen responderte hun meget godt på, og ble utskrevet etter sju dager i god respiratorisk og sirkulatorisk tilstand.



Harald Lystad

61 år, cand.med. Bergen 1970, distriktslege i Lofoten 1971–1975, distriktslege/kommunelege i Hemsedal fra 1975–, spesialist i allmenntilleggsmedisin i 1985 og i samfunnsmedisin i 1987. Spesialinteresse er skiskader som han har registrert siden 1997. Kjører legevakt fortsatt.



Nils Rune Nilsen

53 år, født og oppvokst i Bergen, cand. med. Dublin 1979, 1 år indremedisin ved Ringerike sykehus, spesialist allmenntilleggsmedisin fra 1994, allmenntilleggs/kommunelege i Gol fra 1981 sammen med tre andre leger, har glede av å bruke ultralyd i allmenntilleggspraksis, har student i praksis to ganger per år som han mener er en plikt man bør gjøre.

Kasuistikk 2

- Varsling akutt fra AMK: «Mann med synkope/epilepsi? i bowlinghallen på hotell».
- Vakthavende lege rykker ut og finner en 22 år gammel svensk mann som ligger på gulvet og brekker seg. Han er våken med antydning dyspné? Svett i huden og noe rask puls. Mor er til stede og forteller at han plutselig besvimte med rykninger i armene. Legen spør mor om tidligere sykdommer og medikamentbruk. Hun forteller at han har en alvorlig ulcerøs kolitt som behandles med Imurel, Prednisolon og Salazopyrine. Legen spør videre om sykehusopphold siste måneder hvorpå mor svarer at det for fire uker siden ble påvist en slags propp i ene leggen. Gutten tar en sprøyte daglig for dette.
- Pasienten blir kjørt i ambulanse til legekantoret fem minutter unna. BT er 80 systolisk, O₂-metning 80 prosent, puls

120. Pasienten er fortsatt svett. EKG er uten sikker patologi. På direkte spørsmål til pasienten om han i løpet av dagen har opplevd noe tungpustenhet, svarer han bekreftende. På grunn av *anamnesen* med sannsynlig dyp venetrombose i leggen er bildet forenlig med akutt svær lungeemboli.

- Han blir fløyet med luftambulans til sykehus hvor man finner store sentrale lungeembolier. Han blir trombolysebehandlet og samme dag overført Rikshospitalet med tanke på embolektomi.

Kasuistikk 3

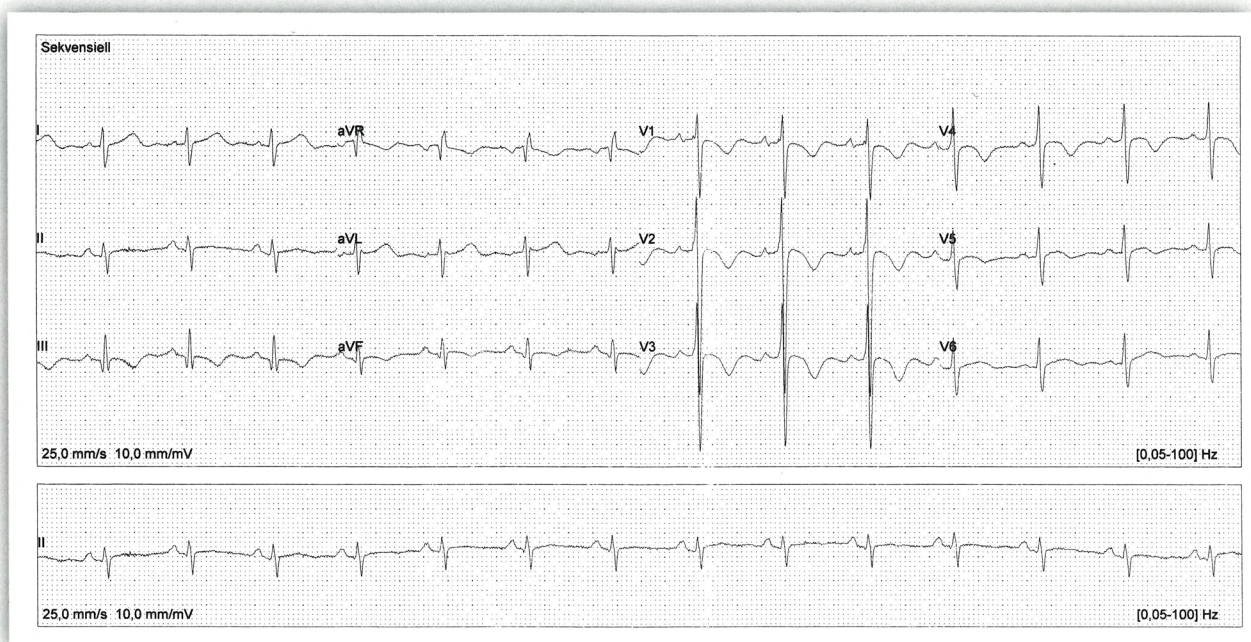
- Pasienten er en 87 år gammel dame som de siste 14 dagene har opplevd tiltagende dyspné ved mindre anstrengelser. Hun slo brystkassen for 14 dager siden da hun falt på kjøkkengulvet, og har hatt smerter i thorax på fallstedet siden da. Hun har en kjent astma som hun bruker Symbicort for. De siste 10 årene har hun hatt ulcus duodeni, ulcus ventrikuli med melena, og øsofagitt som gav blødningsanemi. Bruker av den grunn Losec.
- Ved undersøkelsen finner man en relativt ubesværet pasient, muligens antydning litt hviledyspné i perioder.
- BT 140/80. Hun har normale funn over hjerte og lunger, og det er ikke tegn til obstruksjon. Hvile EKG er normalt, og hun har O₂-metning på 95 prosent. Hb 14,2 CRP 12.
- Pasienten har altså ikke anemi som kan forklare hennes dyspné. Man finner heller ikke tegn til noe gjennomgått hjerteinfarkt eller til lungeinfeksjon.
- Med normalt EKG og normal klinisk status er heller ikke hjertesvikt overveiende sannsynlig. Pasienten blir innlagt med diagnosen dyspné/lungeemboli?

- På sykehuset finner man forhøyet D-dimer på 3,5, og spiral CT viste en større emboli i første deling av høyre pulmonalarterie.

Kasuistikk 4

- Pasienten er en 62 år gammel stort sett tidligere frisk mann. Han er slank og røyker ikke, kolesterol og LDL innenfor normalområdet. Han er i ganske bra fysisk form. Far hadde angina som gammel, mor døde av hjerneblødning i 80-årene. Det er ingen spesielle hjerte/kar- eller blodsykdommer i familien.
- I 2003 ble han behandlet på Rikshospitalet/Radiumhospitalet for ondartet tumor i kjeven. To uker etter sykehusoppholdet ble han innlagt med dyp venetrombose i lyske og lår, og ble Marevanbehandlet i seks mnd.
- Han oppsøker fastlegen et og et halvt år senere etter at han i tre til fire uker har merket økende tung pust ved anstrengelse.
- Han går daglig opp en lang bakke til jobben, men må nå stoppe fire til fem ganger på vei opp.
- Han har ingen brystmerter, ligger flatt i sengen om natten og sover godt.
- Ved undersøkelse finner man BT 155/84, normale forhold over hjerte og lunger, og CRP er <8. EKG viser store negative T bølger i avledningene III, AVF, V1-V4, og noen mindre i V5. Det er en Q-takk i III avledning, og en høyre akse. Det hele er vel forenlig med McGinn-White mønster for høyre ventrikelbelastning som kan være forårsaket av en hemodynamisk betydningsfull lungeemboli..

EKG fra mann 62 år gammel som viser hø. akse, Q i avl. III, neg. T avl. III, aVF, V1-V4, såkalt belastningsmønster – eller McGinn White mønster.



- Pas blir innlagt sykehus under diagnosen lungeemboli.
- Ved innkomst var D-dimer forhøyet, spiral CT viser tromber i første forgreining bilateralt, samt i underlapp begge sider. Han blir behandlet med Fragmin og Marevan.
- Pasienten er i dag i full jobb, går den vanlige turen til jobben, men må ta det mer rolig enn før han fikk sin lungeemboli. Han står på livslang antikoagulasjon med Marevan.

Diskusjon

Forfatterne – som begge arbeider i allmennpraksis – har det siste året hatt fire pasienter med alvorlig lungeemboli. Vi har av den grunn måttet gjøre om på vår diagnostiske tankegang vedrørende dyspné som symptom.

Lungeemboli kan være en vanskelig diagnose, og feildiagnostisering av denne har vært gjenstand for flere tilsynssaker fra helsetilsynet. Klinikken kan være mangeartet som beskrevet i tidsskriftet nr. 3/2005.

Spesielt vil vi understreke betydningen av nyoppstått eller kronisk (uker) dyspné hvor lungeemboli kan være en viktig årsak til symptomene. Ved dyspné tenker man vanligvis først astma, KOLS, hjertesvikt, pneumoni, lungecancer, anemi eller pneumothorax. Lungeemboli tenker man sjeldnere på, eller den ligger vanligvis lenger nede på listen over våre differensialdiagnoser.

Ved dyspné og normale lungefysikalia bør man alltid ha lungeemboli som mulig årsak i bakhodet. EKG kan være helt normalt, men kan også vise belastningsmønster eller McGinn-White mønster, som i kasus fire over.

Brystsmerter, hemoptyse, synkope og takykardi er symptomer som alle kan være forårsaket av lungeemboli – med eller uten dyspné.

Anamnesen er viktig som alltid ellers. Det må blant annet spørres etter tidligere dyp venetrombose, langvarig sengeleie, lange fly- eller bussreiser, kreftsykdom, p-pille, østrogen, overvekt eller trombofili. Leiden-mutasjon og infeksjoner kan også være disponerende for dyp venetrombose, og dermed lungeemboli. Om pasienten har hjertesvikt, KOLS, astma eller annen hjerte/lungesykdom, så er det ikke alltid at denne grunnsykdommen er årsaken til pasientens symptomer.

Kasuistikk nr. 1

Her kan man i etterpåklokskapens lys se at pasienten klaget over subjektiv dyspné uten større funn ved klinisk undersøkelse av lungene. Hun hadde stort sett noe obstruksjon i sin habituelle tilstand og var i hvert fall klinisk ikke verre enn ved undersøkelsene hos fastlegen. Pneumoni med CRP på 22 og subjektivt følt dyspné var lite sannsynlig ved annen gangs

konsultasjon. Pasienten hadde KOLS, men det er ikke alltid pasientens grunnsykdom som er årsak til nye symptomer. Sannsynligvis har hun gått med sine lungeembolier i fire uker før hun ble innlagt akutt med en større emboli.

Kasuistikk nr. 2

Her understrekes viktigheten av anamnesen. Hypotensjon, takycardi, svette, lett hviledyspné og hypoksi er vel forenlig med større lungeemboli. Andre årsaker som akutt blødning med sjokk vil imidlertid også kunne gi det samme bildet. Anamnesen løste problemet og større lungeemboli kunne i hvert fall ikke utelukkes. Lungeemboli kan også gi synkope!

Kasuistikk nr. 3

Her hadde man en pasient som var relativt ubesværet med normal klinisk status, men med en subjektiv opplevd dyspné i 14 dager som hun ikke hadde hatt før. Lungeemboli kunne ikke utelukkes og pasienten ble innlagt.

Kasuistikk nr. 4

Her opplevde også pasienten dyspné av tre til fire ukers varighet ved gange i motbakke til jobben. Alle kliniske funn var normale. Anamnesen med tidligere utbredt DVT i underekstremiteten gav mistanke om lungeemboli, og med et patologisk EKG som kunne være forenlig med større lungeembolier, var diagnosen emboli sannsynlig og pasienten ble innlagt.

Laboratorieprøver

Kan D-dimer testen hjelpe oss i allmennpraksis? Ved forespørsel til Noklus helse sør blir det ikke anbefalt bruk av D-dimer-test i allmennpraksis. Men siste ord er ikke sagt om dette emnet. En ny test - Simplify-D-dimer fra Orion – virker lovende med svært få falske negative svar ifølge litteratur og studier som er tilsendt fra Orion. Generelt har D-dimer-testen en negativ prediktiv verdi på 95–99 prosent for DVT/LE. For en mer inngående diskusjon om dette emnet trenger man å skrive en egen artikkel.

CRP kan være forhøyet, O₂-metning med pulsoksymeter kan være for lav, men normale verdier for begge utelukker ikke lungeemboli.

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
Utposten nr. 4–2005, Nilsen kasuistikk: kvinne med brystsmerter.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
nilsrune@bommelibom.com
hlystad@online.no