

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. 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 om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens

*Lærerike
kasuistikker*

En 73 år gammel mann med lett anstrengelsesdyspnoe

Vi kjenner tilstanden godt. Vi har lært om den i studiet. Vi har møtt pasienter med den både i og utenfor sykehus. Og vi har bommet på diagnosen – igjen og igjen. Så også hos denne pasienten.

Mann 73 år, tidligere stort sett frisk, bortsett fra osteomylitt i en arm etter et åpent armbrudd som tenåring, en operasjon for galstein og en for prolaps i korsryggen mange år tilbake. To epileptiske anfall i godt voksen alder. Anfallsfri etter oppstart med karbamazepin. Sannsynlig dyp venetrombose i venstre legg i 2001. Ingen behandling.

Fra september 2006 økende ubehag baktill i høyre legg ved gange. Først i november 2006 søkte han lege. Over uker hadde han fått økende hevelse i leggen og kjent en stivhet i hele benet ved gange. I tillegg stusset han over at blodårene øverst på låret ble mer tydelige enn vanlig og at han ble noe tungpusten når han gikk litt raskt på flat mark – det til tross for at han mente han var veltrent. Ingen smerter i brystet.

Pasienten ønsket å bli lagt inn, men legene han møtte på sykehuset fant ikke indikasjon for innleggelse. Men han insisterte.

På den medisinske avdelingen fant man:

Blodtrykk 145/80, puls 75, regelmessig. Normale funn over hjerte/lunger. Høyre legg fire cm tykkere enn venstre, – den samme differansen forelå også 15 og 20 cm ovenfor kneleddslinjen. God puls distalt begge underekstremiteter.

Hb 13,9, SR 12, CRP 32, D-dimer 4,0. Normalt antall hvite og normal fordeling. Omfattende laboratorie-screening normal. INR 1,1, protein S og C var henholdsvis 85 prosent og 100 prosent. Fibrinogen normal.

Ultralyd viste dyp venetrombose til lysken høyre side, mens vena iliaca var åpen. Normale funn venstre side. Rtg. thorax normalt, spesielt normale hiluskar, ingen infiltrater og ingen pleuravæske. EKG normalt.

Så det forelå altså en dyp venetrombose, ingen tvil om det. Men hva med pusten? Utførte analyser inklusive røntgen thorax og EKG var helt normale.

Men oksygenmetningen ved innleggelsen var 93 prosent målt i fingertuppen, og der ble den liggende i dagene som fulgte. Pasienten var som sagt veltrent og hadde vanligvis en hvilepuls på 55–60/minutt. Nå var den steget til 70–75/minutt.

Pasienten er en erfaren kollega, en professor emeritus i indremedisin (1). Han var klinisk overbevist om at han måtte ha fått lungeemboli og ba om en spiral-CT av lungene. Denne viste multiple bilaterale lungeembolier.

Han fikk heparin (Fragmin) 18000 enheter (vektjustert). Fra tredje dag også standard warfarindose (5+3+2 tabletter daglig de neste tre dagene). Men warfarindosen måtte gradvis økes til syv til åtte tabletter pr. dag før INR økte til 2,7/3,0 etter henholdsvis fire og 11 dager på denne dosen. Vedlikholdsdosen ble satt til ukentlig åtte tabletter daglig i tre dager og syv tabletter daglig i fire dager.

Ved utskrivningen etter fem dager var hvilepuls 55–60. Hb var 15,6 g/100 ml, CRP <7, SR 7 og øvrige laboratorieprøver normale. Oksygenmetning 98 prosent. Trombocytter hele tiden normale.

Etter ca. tre dager forsvant hevelsen av høyre underekstremitet, venetegningene likeså, og pusten kjentes normal igjen.

Den observerte warfarin-resistensen kan komme av samtidig bruk av karbamazepin. Det er også kjent at dette medikamentet kan indusere trombosering (Felleskatalogen).

Et score-system for diagnosen DVT

Når det foreligger mistanke om DVT, kan et validert score-system bidra til å styrke eller tvert om redusere mistanken om tilstanden. I score-systemet benyttes ja/nei-svar (+1 hhv. -1) på en rekke kliniske funn/risikofaktorer for DVT, slike som aktiv cancer, paralyse/parese i aktuell ekstremitet, gipsing av ekstremiteten, sengeleie i mer enn tre døgn, gjennomgått operasjoner, tidligere gjennomgått DVT, lokalisert smerte langs venestrengene, sideforskjell på leggen mer enn 3 cm og ensidig ødem. Et score på minst to anføres som et funn som bør benyttes som «inngangsport» for videre diagnostiske undersøkelser. Dette er beskrevet i en artikkel i CMAJ fra 2006 (2).

D-dimer

Undersøkelse på forekomsten av fibrin-nedbrytningsprodukter (D-dimer) benyttes for å utelukke DVT når mistanken er lav eller usikker, ikke som diagnostisk metode ved sterk mistanke. Ved lav mistanke, men med positiv D-dimer-test går man videre med diagnostikk.

Behandlingsprinsipper

De fleste tilfellene av DVT kan behandles poliklinisk. Unntak vil være DVT med komplikasjoner som lungeemboli eller kjent økt blødningsrisiko. Det startes med kroppsvekt-justert dose lavmolekylært heparin (LMWH), som ifølge randomiserte studier bør foretrekkes framfor ufraksjonert heparin – unntatt når det foreligger nyresvikt (2). Etter tre dager med LMWH startes det med vitamin K-antagonist – i praksis warfarin – med ønsket terapeutisk INR-nivå på 2.0–3.0. Til gravide gis lavmolekylært heparin.

Varigheten av antikoagulasjonsbehandlingen bør ta hensyn til om det dreier seg om

- a) første DVT oppstått i forbindelse med en forbigående økt risiko (traume, operasjon etc.)
- b) første DVT hos pasient med kjent cancer (der langtidsbehandling med lavmolekylært heparin er aktuelt)

- c) DVT hos person med en av en rekke trombofile defekter (2)
- d) DVT-residiv – kort eller lang tid etter foregående DVT
- e) Idiopatisk DVT, dvs. uten kjente risikofaktorer

Avhengig av klinisk bakgrunn anbefales varierende varighet og type av antikoagulasjonsbehandling, fra tre måneder for a), lavmolekylært heparin ved b) (og hos gravide) og seks måneder eller mer for de andre DVT-tilstandene.

Til ettertanke

Klinisk dyp venetrombose (DVT) er en risikofylt lidelse (2). «DVT i leggen» har allerede i tre av fire tilfeller progrediert til lårvenene. Og når disse er affisert, er sjansen for å få lungeemboli meget stor slik at tilstanden kan bli alvorlig.

Et normalt røntgen thorax og et normalt EKG utelukker ikke forekomst av til og med multiple lungeembolier. De fleste av disse er asymptomatiske eller gir symptomer og funn som er meget lette å overse. Faktisk vil lungeemboli som gir symptomer vanligvis være forutgått av fire til fem tilfeller som ikke har gitt symptomer (2). (Denne pasienten hadde lett tachycardi, lett anstrengelsesdyspnoe og lett ned-satt oksygenmetning). Spiral-CT viste imidlertid en uttalt lunge-emboli-sykdom.

Referanser

1. Berg E. Rasjonaliteten kan svikte. Intervjuet: Jan Emil
2. Scarvelis D, Wells PS. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis. CMAJ 2006 Oct 24; 175(9): 1087–92.

Eli Berg og Jan E. Eriksen

