

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 Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com. Kast dere frampå, folkens!

Fibromyalgi og diffuse plager – gammelt eller nytt?

Jeg har flere pasienter i min fastlegepraksis med diagnosen fibromyalgi. De er alle kvinner i alderen 30–65 år. De fleste har fått diagnosen fibromyalgi en del år tilbake fra ulike spesialister, enkelte har fått diagnosen av revmatolog de siste fire til fem årene.

Alle disse pasientene har kroniske smerter fra bevegelsesapparatet, de fleste har fått uføreytelse med bakgrunn i sin sykdom.

Mens utredning pågår er dette pasienter fastlegen ser en del til. Pasientene gjennomgår diverse undersøkelser (biokjemiske prøver, røntgen/MR, etc.) oftest uten positive funn. Noen forsøker analgetika/NSAIDS eller fysioterapi, men blir sjelden bedre. Det kan medføre en del frustrasjoner hos både pasient og fastlege.

Det finnes diagnostiske kriterier for fibromyalgi (American College of Rheumatology). I praksis blir fibromyalgi mest en eksklusjonsdiagnose, men ofte først etter henvisning og ventetid på time hos revmatolog eller annen spesialist.

Når pasientene har fått diagnosen og ytelse fra NAV er avklart, ser jeg som fastlege mindre til disse pasientene. De lever med sine plager, innretter seg i hverdagen og kanskje vet de at fastlegen har lite å tilby utover det som allerede er forsøkt.

De siste to årene har tre av mine pasienter med fibromyalgi fått påvist annen sykdom i tillegg. Dette var vanskelig å oppdage pga. den allerede diagnostiserte fibromyalgien. For alle de tre pasientene var det nok noen grad av forsinkelse i utredningen sammenlignet med pasienter uten diagnosen fibromyalgi. Dette har gjort meg ekstra observant hos kronikere som plutselig presenterer nye symptomer. Fibromyalgi kan ha et fluktuerende forløp, gode og dårlige perioder. Det kan ses forverring av enkeltsymptomer også, alle typer stress eller belastning kan ha betydning.

Når det gjelder mine tre pasienter, så var det min umiddelbare konklusjon da de presenterte sine «nye plager» at det måtte være en forverring av grunnsykdommen som gav dem økte plager.

Dette snakket jeg med pasientene om, de gikk hjem – og kom tilbake!

PASIENT 1:

Kvinne, 42 år som har psoriasis og mye smerter i bevegelsesapparatet, mest i rygg og skuldre. Byttet fastlege til meg for ca 6 år siden, ønsket kvinnelig fastlege.

Pga. psoriasis og ryggsmarter ble hun henvist til revmatolog i 2007 med spørsmål om psoriasisartritt, konklusjonen ble fibromyalgi.

Vi har hatt en del kontakt gjennom årene, og hun pleier å komme med seks til åtte ukers intervaller til time for ulike plager (reflux, eksem, underlivsplager og annet).

På slutten av en konsultasjon høsten 2009 nevner hun sine ryggsmarter som er kroniske. Ordlyden var noe i denne retning « ryggen har slått seg helt vrang nå». Dette førte ikke til noen spesiell reaksjon fra min side, hun har mye ryggsmarter og bruker analgetika mer eller mindre fast. Det som var uvanlig var at hun ringte til meg uka etter for å snakke om ryggsmertene. Hun fikk ny time noen dager etter for undersøkelse av ryggen. Det var positiv Lasuege ved 45 grader og antydnet nedsatt dorsifleksjon i ankel.

MR ble rekvirert og viste et høyresidig prolaps med påvirkning av S1-rot på aktuelle side.

Hun fikk fysioterapi med god effekt, men var lenge «ekstra-plaget» med ryggen.

Pga hennes fibromyalgi-diagnose holdt jeg på å overse et prolaps i ryggen.

PASIENT 2:

Kvinne 65 år som har hatt fibromyalgi i mange år (> 10 år). Kommer til meg en til to ganger per år for kontroll av blodtrykk. Snakker sjelden om sin fibromyalgi, men har diffuse muskelsmerter «overalt» i kroppen og blir fort sliten, orker lite. I min sommerferie i 2009 bestilte hun akutt-time hos en kollega pga ømme kuler i nakken og hodebunnen. Da jeg kom fra ferie lå det et kryptisk ultralyd-svar til meg med følgende ordlyd:

«I høyre tinningregion ses en spoleformet forandring dypt subkutant med litt lavere ekko enn omgivende fettvev. Pas har to lignende forandringer i bakhodet. I tinningregionen ses en gren av a.temporalis i nær relasjon til angitte forandring. I et meget lokalisert område ses et mørkt område som mest sannsynlig er et nevrinom. Kan dog representere en såkalt halo som kan ses ved arteritis temporalis.»

Dette var rett og slett så rart at jeg innkalte henne til time så jeg selv kunne se og kjenne på disse kulene. Jeg fant ingen lokaliserte kuler som kunne palperes, men diffust ømme punkter flere plasser i hodebunnen. Muligens litt øm i høyre

tingning, men jeg oppfattet ikke arteria temporalis som patologisk. SR var tatt, – var på 30 – ble kontrollert, og var da 28. Jeg hadde ingen god forklaring på hennes plager og anså vel dette som et eller annet uspesifikt funn, men lovet henne å diskutere med revmatologene ved UNN i Tromsø. Pasienten nevnte selv at det kanskje kunne ha relasjon til hennes fibromyalgi og jeg var enig i den tanken.

Revmatologene var heller ikke helt entydige i hvordan man skulle oppfatte dette ultralydsåret og pasientens plager, men det endte med at det ble gjort en biopsi av arteria temporalis og denne viste:

«Deler av muskulær arterie, betennelsesinfiltrasjon av overveiende lymfoide celler, ingen kjempeceller. Kan være arteritis temporalis men ikke diagnostisk for dette».

Hun fikk raskt time hos revmatolog, startet med prednisolon og senere metotrexat, kulene i hodebunnen forsvant helt. Muskelsmertene er ikke veldig mye bedre.

I etterkant har pasienten og jeg snakket sammen om hennes muskulære smerter. Hun har hele tiden hatt dominans i skulder/nakke-region og i nedre del av ryggen. Revmatologene oppfatter dette som PMR (polymyalgia reumatica).

Pasienten lurer på om dette har vært oversett tidligere eller om polymyalgien har kommet etterhvert.

Jeg er usikker på om jeg ville ha sendt pasienten til ultralyd for disse rare symptomene i hodebunnen. Både pasienten og jeg var jo egentlig inne på tanken om at dette var relatert til fibromyalgi. Heldigvis ble hun henvist av en yngre kollega og fikk etterhvert både diagnose og behandling.

PASIENT 3:

Kvinne 58 år, også med fibromyalgi i mange år (> 10 år); smerter mange steder, mest rygg og skuldre. Kommer et par ganger i året for å måle BT. Litt vanskelig å få tilfredsstillende BT-kontroll, fordi hun lett får bivirkninger av medisinene hun forsøker. Nevner ofte at hun føler seg sliten, synes hun orker mindre år for år. Høsten 2008 nevner hun dette på nytt, lurer på bivirkninger av blodtryksmedisinene eller hypothyreose, og hun vil sjekke hemoglobin og ferritin.

Blodprøvesvar noen dager etter viser forhøyet total-kalsium på 2,90 (2,15-2,55 mmol/l)

Jeg bestiller kontrollprøve, inkl. PTH som var på 15,8 (1,1-7,5 pmol/l) og ionisert kalsium på 1,53 (1,10-1,34 mmol/l).

Pasienten blir henvist til endokrinolog og har fått diagnosen primær hyperparathyroidisme. Hun skal foreløpig ikke ha behandling/operasjon, så lenge de angitte verdier ikke stiger ytterligere. Kontroll ved endokrinolog hver annet år, og hos meg innimellom.

Hun er fortsatt sliten, men fornøyd med å ha fått «en diagnose». Hyperparathyroidisme kan gi trøtthet, men det kan jo også fibromyalgi...

Har nylig vært på time, klager nå over tungpust. Når jeg spør etter debut svarer hun «jeg synes jeg har hatt det hele tiden».

Jeg lurer på om hun har astma og hun skal gjøre spirometri snarest!

Avsluttende kommentarer

Alle disse tre pasientene har fått utredning og oppfølging i den grad det er nødvendig for sine «nye diagnoser». Deres

FIBROMYALGI:

Diagnosekriterier fra American College of Rheumatology:

Utbredt smerte

- dvs i minst tre kroppskvadranter pluss midtlinjen av minst tre måneders varighet

Trykkømhets med smerteopplevelse ved inntil 4 kg trykk med fingertupp på minst 11 av 18 tenderpoints (9 bilateraler):

- Subokspitalt.
- Lavere cervikalt, lateralt ved processus transversus på nivå C5-7.
- Midt i øvre trapezius.
- Supraspinatusutspringet ved øvre mediale skapulohjørne.
- Intercostalt over 2. costa, like lateralt for costokondrale overgang.
- 2 cm distalt for laterale albueepikondyl.
- Øvre laterale kvadrant av glutealregionen
- Trochanter major.
- Medialsiden av femurkondylen, like proksimalt for kneleddspalten.

tilleggsdiagnoser har ikke stor betydning i hverdagen, pasientene har fortsatt sine daglige plager og livskvaliteten er egentlig uendret for dem alle tror jeg.

Det som har vært viktig for disse tre pasientene er å bli trodd når de går til legen med sine plager. Mange pasienter med fibromyalgi føler seg mistrodd og lite respektert.

Det var vanskelig for meg å skjønne at det de presenterte var «noe nytt». Denne gruppen av pasienter har mange plager, ofte diffuse og kanskje er pasientene ikke så direkte når de presenterer nye plager, kanskje pga. engstelse for ikke å bli tatt på alvor. Jeg opplever ofte at det er pasienten selv som drar den mulige relasjonen til fibromyalgi, kanskje er det her legen skal være mer kritisk og tenke «kan det være noe annet?»

Som fastlege kan det være frustrerende å ha pasienter med kroniske plager som man har lite kurativt eller lindrende å tilby. Man ender ofte med å gi de samme rådene og vise til at de «må leve med plagene».

Pasientene har lært meg at det er utrolig viktig å være lydhør overfor kronikere som presenterer nye plager eller noe som har endret seg. I de aller fleste tilfeller er det ikke noe annet som feiler dem, men det er viktig å gi dem tid til å fortelle, vise interesse, lytte og spørre aktivt. Innimellom oppdager man faktisk noe nytt!

Alle tre pasienter har samtykket til at sykehistoriene kan gjengis anonymisert.

Drude Lind Bratlien
fastlege, Kirkenes