

Influenza

med overraskende forløp

I oktober kom en 70 år gammel mann til en øyeblikkelig hjelp-time med en tromboflebitt etter en flytur. Med relativt nystartet liste er det ikke uvanlig med nye pasienter, med manglende oversikt over tidligere sykdommer. For en gangs skyld var ikke det noe savn, han var frisk, veldig sprek og syklet flere mil flere ganger i uken. Han hadde bare vært i Roma, og fått en tromboflebitt i en av de mange synlige venene han hadde utviklet på venstre bein etter en kneoperasjon for noen år siden.

To måneder senere kom han tilbake, på lille julaften:

«Angina for over 20 år siden, brukte da NG en kort periode. Nå kun Vesicare 10 mg for vannlatingsplager. Sykler mye, dette holder slitasjen i skuldre og knær i sjakk. Ingen smertestillende. Har i høst følt seg trøtt på dagtid, sover godt om natten. Mistet sønnen sin i fjor, langvarig sykeleie. Ellers ingen kroppslige symptomer. BT 170/75, p 52, cor/pulm ua. V: Tar lab mtp slitenhet og hjertekar, ktr BT om tre mnd, da med EKG, brev om noe skal følges opp før det.»



Ikterus

- Ikterus er gulfarging av hud og sclera på grunn av opphopning av bilirubin i kroppen. Gulfargen blir klinisk synlig når bilirubin stiger over 50 mikromol/l. Forklaringen kan være prehepatisk (hemolyse), hepatisk som følge av parenchymskade eller posthepatisk ved okklusjon av gallegangene.
- Vanligste årsaker til ikterus i Norge er akutt hepatitt, alkoholisk leverskade, gallesten og malign sykdom.
- Av hepatittene er hepatitt A den vanligste årsaken til ikterus. Gjennomsnittlig 40 tilfeller årlig etter 2005 hvorav noe under halvparten er innenlands smitte. Smittemåten er fekal-oral med en inkubasjonstid på 15–50 dager, gjennomsnittlig 28 dager.
- Cancer pancreas rammer ca 600 personer pr år i Norge, ved legekontakt har bare 5–10 prosent av pasientene resektabel sykdom.

KILDE: NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK



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!

Pasientens også uttalte ønske var å få sjekket ut at det ikke var noe galt med kroppen som gjorde at han var sliten. Med normale blodprøver for nyrer, lever, hematologi, stoffskifte, glukose, folsyre, B12 og D-vitamin, negativ urinstix og ingen tegn til mikroalbuminuri var jeg rimelig trygg på at det var en «normal» trøtthet, enten det var alder, sønnens sykdom og død året før og julen som nærmet seg eller vinteren som gjorde utslaget akkurat nå. Alt vel, nok en gang.

Så kom han til turnuslegen vår i starten av februar:

«Litt bedre en stund etter at han var her sist. Nå forkjølelse som startet for ca 14 dager siden. Svært trøtt etter det, sover 20 timer i døgnet, sovner lett. Orker ingenting, blir sliten av ingenting. Litt tungpustet. Svært tørr i munnen. Dårlig matlyst. Kvalm. Vannlating som vanlig, litt mørk. Avføringen har siden desember blitt økende treg. Ikke avføring siste 4 dager, usikkert mtp luftavgang. Ikke oppkast, sporadiske magesmerter, ikke sett blod i avføring eller urin. Sønnen døde etter langvarig sykeleie med kreft i fjor, sto da på liste for hjertettransplantasjon. Mistet en datter for 12–13 år siden, trolig en type lungesykdom, skulle lungetransplanteres. Kjenner seg tidvis noe deprimert, går litt opp og ned. US: BT 140/75, p 76 rgm, cor/pulm ua. Abdomen: Tarmlyder tilstede, ikke klingende, lett ømhet i epigastriet, lipom høvre kvadrant. Palpable lymfeknuter lysker bilat, ikke forstørrede. Ellers ingen palpable lymfeknuter hals/axiller. U-stix neg. Ok farge nedre konj, svært tørr i munnen, tørre hender. Vurdering: Konf fastlege: mulig post-viral slitenhet, ser an. Han tar kontakt om det vedvarer. Kommer for SR om en til to uker, resterende lab normal des-11.

Han var veldig sliten, men ingen funn. Dagen etter sammenfatter turnuslegen at svært mange av pasientens plager kan forklares som bivirkninger av Vesicare, men den har han brukt i tre år. Alternativt vurdere bindevevsykdom som årsak om plagene vedvarer, med opphopning av organtransplantasjon (to av fire barn) i familien.

Tre dager etter kontaktet pasienten legevakta da han var blitt gul i huden, han ønsket bare råd om han trengte undersøkelse akutt eller kunne avvente over helgen. Hadde da en stille ikterus ved undersøkelse, og med vekt-tap to til tre kilo i løpet av to uker, nattesvette og forstørret lever var cancer pancreas mest sannsynlig diagnose klinisk, uten at dette var uttalt til pasienten. Han fikk heldigvis ultra-

lyd bare fire dager senere, fikk tatt nye blodprøver samme dag og kom til time 8 dager etter legevaktsbesøket for å få vite resultatene. Til pasientens, og min, store glede, var ultralydundersøkelsen helt normal, men han hadde som forventet forhøyede leverprøver, ALAT 757 og bilirubin 98. Notat:

«I noe bedring, både allment og mindre gul. Ikke vært utenlands siden Roma i oktober. Har selv lurt på om Vesicare kan være medvirkende? Ingen familiær bindevevsykdom, heller ikke som årsak til barnas tidlige død. US: Lett ikteriske konjunktiva. V: Sannsynlig infeksjøs hepatitt, med forbigående serumøkning og bivirkninger av Vesicare? Kontrollprøver og serologi, beskjed når svarene foreligger».

Leverprøvene hadde falt, men mikrobiologisk undersøkelse viste at pasienten hadde hepatitt A, bekreftet ved ny prøve etter anbefaling fra laboratoriet. Selv ved ny, nøyere gjennomgang av anamnese kom det ikke frem sannsynlige smittesituasjoner for hepatitt A eller sannsynlig sykdom i familien. Etter diskusjon med Folkehelseinstituttet ble reisen til Roma i oktober vurdert å ikke være årsak til smitten på grunn av for lang inkubasjonstid. Etter råd ble det gitt gammaglobulin til kona og tre barnebarn han var mye i kontakt med. Pasienten er nå frisk igjen av sin hepatitt, men hvordan han ble smittet vet vi fortsatt ikke.

Underveis i atypiske pasientforløp – når ting ser ut til å være virkelig ille, som de dagene jeg var rimelig sikker på at pasienten hadde kreft i bukspyttkjertelen – gjør man seg noen tanker om hva som er riktig håndtering av det som sannsynligvis er ufarlige men plagsomme tilstander, men som en sjelden gang kan være første tegn på en alvorlig sykdom. Da jeg tittet tilbake til desember i løpet av dagene pasienten «hadde» en cancer pancreas, konkluderte jeg for meg selv at om så var, hadde jeg ikke hatt mulighet til å oppdage den i desember. At det i stedet var en hepatitt A, var en nyttig påminnelse for meg om at dette også forekommer innenlands og viktigst: en stor lettelse for pasienten, som selvfølgelig hadde lest litt om sine plager på internett og kommet til at den sannsynlige diagnosen var kreft i bukspyttkjertelen...

Ann-Kristin Stokke