



KASUISTIKK

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 til en av redaktørene, vær vennlig å se kontaktinfo, 2. omslagsside.

☞ *Kast dere frampå, folkens!*

Gastroenteritt med renale manifestasjoner

En 35 år gammel mann fra innlandet oppsøker den lokale legevakten på grunn av raskt tilkomne gastroenterittsymptomer: Han er kvalm, har kastet opp flere ganger de siste dagene og avføringen er blitt vann-tynn. Han er subfebril og CRP måles til 100. Han er palpasjonsømt periumbilikalt, men buken er ikke peritonittisk.

De to til tre siste ukene har han følt seg sjabere og tiltakende uvel. «Nei, jeg har ikke reist i utlandet», svarer han når legen spør. Han bor alene, driver et småbruk og ferdes mye i naturen. På fritiden er hundekjøring favorittsysselen – og de siste ukene har han vært mye ute med bikkjene, til tross for at han føler seg dårlig.

Legevaktlegen overveier appendicitt, men det er ingen typisk smertevandring i sykehistorien. Ved rektal eksplorasjon er det ingen ømhet som man ville forvente. Legen vurderer sigmoiditt og eventuell infeksjon i urinveiene. Men det kliniske bildet stemmer ikke. Dessuten er pasienten uømt i nyreløsjene. Lungestatus og øvre luftveier er uten anmerkning. Legen konkluderer med gastroenteritt, det svenskene kaller for mageinfluensa. Pasienten sendes hjem med råd om viktigheten av å drikke rikelig. Han får med seg paracetamolstikkpiller.

Tilstanden forverres, og ut på påfølgende dag må han be en kamerat om å kjøre ham til fastlegen. «Når han ikke kan kjøre bil, må han virkelig være syk», sier ledsageren til fastlegen. Pasienten er blek, urolig og klager over sterke smerter i magen. De er nærmest blitt konstante i løpet av formiddagen. Han kjenner det også i ryggen. Han har hatt febertokter i natt; og han klarer ikke å holde på mat eller drikke. Temperaturen er 38,0 og CRP 125. Blodtrykk er fint, puls er ca. 100, oksygenmetningen er normal.

Legen reagerer på at pasienten er så urolig; han vil helst vandre i rommet, men er så medtatt at han bare sitter fremoverbøyd på undersøkelsebenken. Nyrestein? undrer legen, men det stemmer ikke med de voldsomme brekningene. Det som kommer opp i pussbekkenet er vanntynt, fargeløst slim. Hva med nefritt?

«Det er vondt overalt», ynker pasienten når legen undersøker rygg og buk: Det er slippømheter i nedre umbilikalregion og ut mot venstre flanke. Smertene angis som «belteformet» over buken. Fastlegen legger ham inn med diagnosen enteritt/akutt abdomen, obs. nefritt – og rekvirerer ambulans. Dagen etter ringer legen til sykehuset for å vite utfallet.

Indremedisineren på sykehuset forteller:

«Ved innkomst var kreatininverdien 380, CRP var 180 og leukocytter 17. Akutt nyresvikt. I dag er kreatinin på 410. Han får væske og antibiotika intravenøst, mens vi venter på svar på infeksjonsserologien», sier han. «Vi mistenker hantavirusinfeksjon med renale manifestasjoner; vi hadde et nesten identisk tilfelle med musepest i forrige uke.»

Noen dager senere bekreftes diagnosen av de serologiske prøvene. Sykehuset seponerer antibiotikabehandlingen når prøvesvarene kommer, men fortsetter med væskebehandling. CT abdomen og rgt. thorax er normale. Natrium var 133 ved innkomst, men normaliseres første døgn. Pasienten er kvalm med oppkast og vanntynne diareer i tre dager, før vendepunktet kommer. Magesmertene avtar, kreatinin og infeksjonsparametere faller. Etter fem dager på sykehuset blir han utskrevet; CRP er nå 34, kreatinin 280 og leukocytter 9. Han får med seg antiemetika og beskjed om å drikke rikelig i tiden som kommer.

TOM SUNDAR

NEPHROPATHIA EPIDEMICA – MUSEPEST

- Definert som hemoragisk feber med renalt syndrom. Det er en zoonose som spres med smågnagere. Agens er et hantavirus.
- Smitte skjer som oftest gjennom kontakt med ekskretter og sekreter fra mus via ferdsele i skog og mark. Smitte kan også forekomme fra forurenset drikkevann.
- I Norge er utbredelsen størst i Hedmark og Oppland.
- Klinik: 3–6 ukers inkubasjonstid. Akutt influensaliknende febersykdom, men kan også være asymptomatisk. Kan medføre akutt nyresvikt med oliguri, proteinuri og hematuri. Svekket nyrefunksjon oftest 3–5 dager ut i sykdomsforløpet
- Kan forløpe i faser: influensafasen (3–4 dager), hypotensjonsfasen (timer), oligurifasen (3–10 dager) og en polyurisk fase
- Prognosen er god. I Norge er det kun meldt om ett tilfelle med dødelig utgang der det var mulig at nephropathia epidemica var dødsårsak

KILDE: NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK