

Typfall 22. Karin 64 år. Vaskulit?

Termin: 7

Tema: Reumatologi.

Ansvarig för fallet: Annika Söderbergh

Rubrik:

Karin 64 år söker vårdcentralen i oktober på grund av försämrat AT

Ingress:

För 3 veckor sedan insjuknad patienten i feber. Maken hade en vecka tidigare insjuknat i feber utan andra symptom, så patienten själv trodde att hon smittats av sin make och att hon ådragit sig en viros. Patienten mår dock fortfarande dåligt med kvarstående feber, uttalad trötthet, diffus huvudvärk. Lätt ont i halsen och lite rethosta.

Vilka frågor vill du ställa? Lab? Åtgärd?

Fallbeskrivning Del 1. (för student som leder fallet)

Soc: Gift. Jurist arbetar heltid. Aldrig rökare. Tränar vanligtvis 2 ggr i veckan på Friskis och Svettis

Nuvarande sjukdomar: Psoriasis artrit i remission på NSAID behandling. Tablettbehandlad hypertoni. I övrigt varit väsentligen frisk.

Lab: Sänka 78 mm/h, CRP 105 mg/L, Hb 117 g/L

Åtgärd: Patienten insättes på T. Doxyferm 100 mgx1 i 10 dagar på misstanke om akut bronkit.

Patienten kommer åter efter 10 dagar och är inte det minsta bättre. Sänkan är fortfarande förhöjd, 85mm/h. Patienten remitteras till infektionskliniken för sänka och feberutredning.

Fallet del 2.

Infektionskliniken i november

Fördjupad anamnes: Patienten har inte varit på någon utlandsresa det närmaste året. Febern kvarstår runt 38 grader, lite högre på kvällen. Tidigare rethosta är borta. Kvarstående lite ont i halsen. Inga urinvägssymptom. Inga ledbesvär. Inga besvär från magen men hon har minskad aptit och har gått ned 4 kg i vikt på två månader. Patienten har kvarstående diffus huvudvärk med lätt tryckande känsla vänster ansiktshalva men förnekar tuggklaudikatio eller skalpömheter. Patienten har ingen synpåverkan. I somras hade hon tre fästingbett.

Status:

AT: Gott och opåverkat i vila. Temp 38,0 C

Mos: ua

Ytliga lymfkörtlar: Inga palpabla

Hjärta: Regelbunden rytm, normofrekvent, ett svagt systoliskt blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud

Blodtryck: 150/80 mmHg

Buk: Ingen ömhet, inga palpabla resistenser. lever och mjälte kan ej palperas

Lokalstatus: Ingen ömhet över a.temporalis bilateralt, ingen skalpömheter

Lab: Serologi för tularemi, CMV, EBV och borrelia är negativa. Blododling x3 är negativa. Urin-och luftvägsodling är negativa. Tyroideaprover ua. Hb 108 g/L, LPK 6,8 10⁹/L, normal diff, TPK 409 10⁹/L, CRP 98 mg/L, sänka 100 mm/h. Elfores visar kraftig inflammatorisk reaktion med förhöjt fibrinogen och haptoglobin men ingen synlig M-komponent.

CT-Thorax/Buk: Inga tumorsuspekta förändringar, inga lymfkörtelförstoringar, inga abscesser ses. Misstänkt väggförtjockning i aorta.

Hur resonerar du utifrån dessa fynd? Hur vill du gå vidare?

I första hand bör artärduplex genomföras. PET-CT kan i vissa fall vara ett alternativ. I detta fall genomfördes dock en PET-CT.

PET-CT: Diskret väggförtjockning av aorta, mer uttalad väggförtjockning i båda sidors a. subclavia och a. carotis communis. Bild som vid jättecellsvaskulit.

Åtgärd: Patienten överremitteras till reumatologen för fortsatt handläggning av storkärlsvaskulit.

Fallet del 3.

Reumatologkliniken i december

Anamnes: Sammanfattningsvis feber, sjukdomskänsla, nedsatt aptit, viktnedgång, diffus huvudvärk, lite ont i halsen och det framkommer att patienten har haft värk i vänster överkäke upp mot örat och sökt tandläkaren för det som inte hittade något anmärkningsvärt. Förhöjd sänka och anemi.

Tillägg status: Blodtryck: 145/75 mmHg bilateralt

Lokalstatus: A.temporalis palperas sidlika och normala, ingen skalpömhets

Temporalisbiopsi a. Temporalis: inga jätteceller ses. Normal artär.

Diagnos: Jättecellsarterit utan kraniala symptom.

Behandling: T.Prednisolon 40 mgx1 och T.Kalcipos-D x 2.

Uppföljning 2 veckor senare: Ingen feber, ingen sjukdomskänsla. Ingen huvudvärk. Mår helt bra.

Lab: SR 9 mm/h, CRP 5 mg/L, Hb 123 g/L