

FALLBESKRIVNING 1

En 64 årig man som, sedan några år behandlas för högt blodtryck, söker sjukhusets akutmottagning på grund av svårigheter att andas; det känns tungt, han känner sig andfådd med en känsla av andnöd, det vill säga symtom som vanligen går under benämning dyspné. Han har dessutom yrsel och hjärtklappning som successivt förvärrats under de senaste 2–3 dyggen. Under det senaste dygnet har det även tillkommit bröstsmärta, smärtor upp till höger i buken och illamående.

Han är mentalt påverkad, orolig, konfusorisk, ångestladdad och svår att få kontakt med. Han har svårt att ligga still och vill inte ligga ner plant på undersökningsbritten. Radialispulsen känns svag och oregelbunden. Blodtrycket mäts till 105 mm HG systoliskt. EKG visar förmaksflimmer med en hjärtfrekvens runt 135 slag/minut. Andningsfrekvens, med 4 liter syrgas/mask 25 andetag/minut, syremättnad 87 procent. Normala andningsljud kan auskulteras över hela lungfälten. Hjärtstatus svårbedömt på grund av den höga och oregelbundna hjärtfrekvensen. I bukstatus noteras en ömhet, men utan defense under höger arcus. Inget anmärkningsvärt i benstatus

Kapillära blodprov: B-Hb 135 g/l, B-glukos 12 mmol/l, D-Dimer 5 mg/ml (referens mindre än 0,25), Troponin T 20 ng/l (referens mindre än 15), NT-proBNP 4 200 ng/l (referens mindre än 200). Datoriserad lungangiografi (DTLA) visar bilateral centrala lungembolier och att högerkammare diameter är större än den för vänster kammare, kvot 1,4 (normalt mindre än 0,9), att intraventrikulära septum, inverst bukter in i vänster kammare, att levern är förstorad och att magsäcken är dilaterad. Ekokardiografi bekräftar att höger kammare är förstorad och att den är hypokinetisk och att det finns en uttalad trikuspidalisinsufficiens samt, p.g.a. den sviktande högra kammaren endast en obetydlig ökning av det pulmonella artärtrycket till knappt 30 mm Hg.

FALLBESKRIVNING 2

En 25 årig kvinna med tre normala och okomplicerade graviditeter bakom sig, söker akutmottagning på grund av andningsrelaterad smärta till vänster i bröstet. Hon har efter sina graviditeter en del åderbräck. I vänster vad har hon en uttalad flebitretning i ett variköst vensegment som uppkom i samband med en längre flygresor för ett par dagar sedan. Hon har aldrig använt p-piller. Hennes mor har haft liknande besvär med flebiter och även hennes bror. Hon är helt opåverkad med undantag för andningsrelaterad bröstsmärta till höger i bröstet och en ömhet och rodnad i den varikösa venen i vaden. Hon har normalt blodtryck, hjärtstatus, andningsfrekvens och syremättnad. D-dimer 0,5 mg/ml. DTLA visar ett par subsegmentella embolier, en mindre högersidig lunginfarkt och ingen påverkan av höger kammare.

KOMMENTAR TILL FALLBESKRIVNING 1

Massiv, till synes oprovocerad lungemboli med cirkulatorisk påverkan och chock. Han behandlades på akutmottagningen med syrgastillförsel och 10 000 enheter heparin intravenöst. Efter DTLA, jourhavande läkare medföljde till röntgenavdelningen, som gjordes omgående fördes han direkt med pågående syrgastillförsel till akutvårdsavdelning för kontinuerlig övervakning av hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, mentalt status och syremättnad. Behandlades med trombolys och reglering av hjärtrytm och ångest under fortsatt sängläge. Nästföljande dag var han påtagligt fysiskt och mentalt bättre, hade sinusrytm och normalt blodtryck. EKO och BNP visade minskad hjärtpåverkan och han kunde på eftermiddagen mobiliseras för att sedan efter ytterligare två dagar åka hem. Vid kontroll efter tre månader hade hans fysiska arbetsförmåga helt normaliserats, BNP och Eko var normala. Han ville uttryckligen inte att detta ska kunna upprepas och han fortsätter nu med antikoagulantia, tills vidare som profylax mot ny lungemboli.

KOMMENTAR TILL FALLBESKRIVNING 2

Submassiv, provocerad mindre lungemboli hos en ung person utan andra sjukdomar. På akutmottagningen fick hon behandling med LMH och efter viss information om lungemboli. Hon fick lära sig injicera LMH subkutant och gick hem med ett par sprutor LMH för de närmaste dagarna. Hon hade sedan återbesök vid klinikens öppna mottagning dag tre för ytterligare information. Hon fortsatte med LMH subkutant en gång dagligen. Vid uppföljande återbesök efter sex veckor är hon sedan flera veckor helt besvärsfri och behandlingen avslutas. Hon väljer själv, efter förfrågan att det görs en ”koagulationsutredning”. Den visade, inte förvånande att hon är heterozygot för faktor V Leiden (APC-resistens). APC-resistens är ofta förenad med flebiter, ömmande och smärtande, i ytliga vener.