

Fall nr

Patienten är en man född 1965. Han är tidigare helt frisk. Röker ej men snusar. Arbetar som lagerarbetare. Pat är adopterad från Thailand och har ingen kunskap om någon hereditet för hjärtsjukdom.

Pat insjuknar sommaren 2005 i en förkylning med nästäppa och feber. Han började några dagar senare känna sig andfådd och söker vårdcentral. Vid undersökning noteras inga större avvikelser och pat behandlas med Penicillin V i 10 dagar. Trots detta ingen förbättring. En lungröntgen visar ingen stas eller parenchymförändringar men ett lätt allmänförstorat hjärta. Trots 2 påföljande antibiotikakurer ingen förbättring utan snarare försämring.

Pat söker akut vid ett svensk länsdelssjukhus på kvällen dec 2005 med vilodyspne, bilateral bensvullnad känsla av hjärklappning och stickningar i bröstet.

Status:

AT: Samtalsdyspné, svårt att ligga plant. Antydd halsvenstas halvsittande. Saturation 99% på luft. Afebril

Cor: regelbunden rytm. Frekvens 100/min. Inga hörbara blåsljud.

Pulm: Möjligtvis lösa rassel basalt bilateralt.

Buk: Ngt uppspänd. Ingen säker ascites. Hepar palperas ej förstora.

Blodtryck 160/100 mmHg.

Ben: Rejäla pittingödem bilateralt upp till knäna.

Vikt 95 kg (Uppger normalvikt 88 kg)

Fråga 1:

Man kan redan med den befintliga informationen tänka sig i flera möjliga differentialdiagnoser. Nämn de tre mest troliga och diskutera för varje diff diagnos vad i anamnes och status som stödjer respektive motsäger denna. Markera också den du finner mest trolig.

Patienten är en man född 1965. Han är tidigare helt frisk. Röker ej men snusar. Arbetar som lagerarbetare. Pat är adopterad från Thailand och har ingen kunskap om någon hereditet för hjärtsjukdom.

Pat insjuknar sommaren 2005 i en förkylning med nästäppa och feber. Han började några dagar senare känna sig andfådd och söker vårdcentral. Vid undersökning noteras inga större avvikelser och pat behandlas med Penicillin V i 10 dagar. Trots detta ingen förbättring. En lungröntgen visar ingen stas eller parenchymförändringar men ett lätt allmänförstorat hjärta. Trots 2 påföljande antibiotikakurer ingen förbättring utan snarare försämring.

Pat söker akut vid ett svenskt länsdelsjukhus på kvällen dec 2005 med vilodyspne, bilateral bensvullnad känsla av hjärtklappning och stickningar i bröstet.

Status:

AT: Samtalsdyspné, svårt att ligga plant. Antydd halsvenstas halvsittande. Saturation 99% på luft.
Afebril

Cor: regelbunden rytm. Frekvens 100/min. Inga hörbara blåsljud.

Pulm: Möjligtvis lösa rassel basalt bilateralt.

Buk: Ngt uppspänd. Ingen säker ascites. Hepar palperas ej förstora.

Blodtryck 160/100 mmHg.

Ben: Rejala pittingödem bilateralt upp till knäna.

Vikt 95 kg (Uppger normalvikt 88 kg)

Den troligaste diagnosen med tanke på anamnes och status är hjärtsvikt. Man kan också tänka sig lungemboli eller akut coronart syndrom med andfåddhet som huvudsymptom.

Fråga 2.

Ange och motivera vilka ytterligare utredningar/laboratorieundersökningar du vill ha i akutskedet. Betänk vad som är tillgängligt på jourtid vid ett svenskt länsdelsjukhus.

Patienten är en man född 1965. Han är tidigare helt frisk. Röker ej men snusar. Arbetar som lagerarbetare. Pat är adopterad från Thailand och har ingen kunskap om någon hereditet för hjärtsjukdom.

Pat insjuknar sommaren 2005 i en förkylning med nästäppa och feber. Han började några dagar senare känna sig andfädd och söker vårdcentral. Vid undersökning noteras inga större avvikelser och pat behandlas med Penicillin V i 10 dagar. Trots detta ingen förbättring. En lungröntgen visar ingen stas eller parenchymförändringar men ett lätt allmänförstorat hjärta. Trots 2 påföljande antibiotikakurer ingen förbättring utan snarare försämring.

Pat söker akut vid ett svensk länsdelsjukhus på kvällen dec 2005 med vilodyspne, bilateral bensvullnad känsla av hjärtklappning och stickningar i bröstet.

Status:

AT: Samtalsdyspné, svårt att ligga plant. Antydd halsvenstas halvsittande. Saturation 99% på luft.
Afebril

Cor: regelbunden rytm. Frekvens 100/min. Inga hörbara blåsljud.

Pulm: Möjligtvis lösa rassel basalt bilateralt.

Buk: Ngt uppspänd. Ingen säker ascites. Hepar palperas ej förstorad.

Blodtryck 160/100 mmHg.

Ben: Rejala pittingödem bilateralt upp till knäna.

Vikt 95 kg (Uppger normalvikt 88 kg)

Den troligaste diagnosen med tanke på anamnes och status är hjärtsvikt. Man kan också tänka sig lungemboli eller akut coronart syndrom med andfäddhet som huvudsymptom.

Blodprover :

Hb 139, Na 141, K 3.7, Kreatinin 154, TSH 0.9, Bilirubin 43, ASAT 0.6, ALAT 0.9, GT 1,92, ALP 1.2, Troponin I 0.35-0.38, CKMB 5-5

EKG se baksidan

Rtg pulm: Klar allmänförstorat hjärta. Något prominenta lungkärl. Ingen stas. Spetsiga pleurasinus. Inga parenchymförändringar. Aorta förefaller normalvid.

Spiral CT med frågeställning lungemboli är tänkbar men utfördes ej i detta fall.

Diagnosen hjärtsvikt ter sig nu allt mer sannolik. Pat lades in och behandlades med loopdiuretika intravenöst och producerade första dygnet 4 liter urin. Han blev kliniskt mycket bättre.

Fråga 3

Hjärtsvikt är ju ofta en följd diagnos till någon annan sjukdom. Vilka är de 2 vanligaste orsakerna till hjärtsvikt i Sverige?

2p

Fråga 4

I detta fall finns det klinik och anamnestiska uppgifter som talar för en något mer ovanlig form av hjärtsvikt. Vilken och varför?

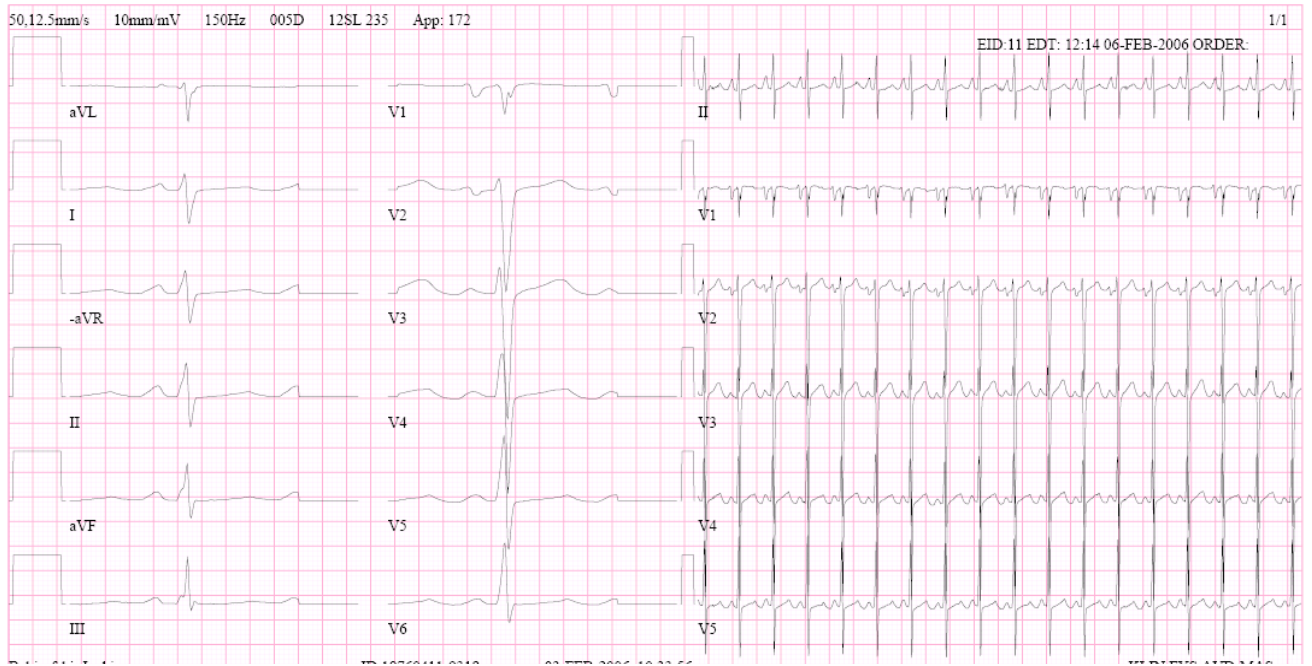
2p

Fråga 5

Vilken undersökning är nu vital för att nå närmare diagnos ?

1p

EKG



Patienten är en man född 1965. Han är tidigare helt frisk. Röker ej men snusar. Arbetar som lagerarbetare. Pat är adopterad från Thailand och har ingen kunskap om någon hereditet för hjärtsjukdom.

Pat insjuknar sommaren 2005 i en förkylning med nästäppa och feber. Han började några dagar senare känna sig andfådd och söker vårdcentral. Vid undersökning noteras inga större avvikelser och pat behandlas med Penicillin V i 10 dagar. Trots detta ingen förbättring. En lungröntgen visar ingen stas eller parenchymförändringar men ett lätt allmänförstorat hjärta. Trots 2 påföljande antibiotikakurer ingen förbättring utan snarare försämring.

Pat söker akut vid ett svensk länsdelsjukhus på kvällen dec 2005 med vilodyspne, bilateral bensvullnad känsla av hjärtklappning och stickningar i bröstet.

Status:

AT: Samtalsdyspné, svårt att ligga plant. Antydd halsvenstas halvsittande. Saturation 99% på luft.
Afebril

Cor: regelbunden rytm. Frekvens 100/min. Inga hörbara blåsljud.

Pulm: Möjligtvis lösa rassel basalt bilateralt.

Buk: Ngt uppspänd. Ingen säker ascites. Hepar palperas ej förstora.

Blodtryck 160/100 mmHg.

Ben: Rejäla pittingödem bilateralt upp till knäna.

Vikt 95 kg (Uppger normalvikt 88 kg)

Den troligaste diagnosen med tanke på anamnes och status är hjärtsvikt. Man kan också tänka sig lungemboli eller akut coronart syndrom med andfåddhet som huvudsymptom.

.Blodprover :

Hb 139, Na 141, K 3.7, Kreatinin 154, TSH 0.9, Bilirubin 43, ASAT 0.6, ALAT 0.9, GT 1,92, ALP 1.2,

Troponin I 0.35-0.38, CKMB 5-5

EKG se baksidan

Rtg pulm: Klar allmänförstorat hjärta. Något prominenta lungkärl. Ingen stas. Spetsiga pleurasinus. Inga parenchymförändringar. Aorta förefaller normalvid.

Spiral CT med frågeställning lungemboli är tänkbar men utfördes ej i detta fall.

Diagnosen hjärtsvikt ter sig nu allt mer sannolik. Pat lades in och behandlades med loopdiuretika intravenöst och producerade första dygnet 4 liter urin. Han blev kliniskt mycket bättre.

I detta fall finns det klinik och anamnestiska uppgifter som talar för någon av de mer ovanlig form av hjärtsvikt. Vilken?

Pat är relativt ung och insjuknade i en kraftig infektion vilket gör att myokardit måste misstänkas som orsak till hjärtsvikten. Idiopatisk dilaterad cardiomyopati kan ej heller uteslutas. Man kan även tänka sig klaffvitier men avsaknad av blåsljud talar emot signifikant klaffvitium som orsak till hjärtsvikten. Inlagringssjukdom är en möjlighet

Ekokardiografi se baksidan.

Fråga 6

Hur tolkar du dessa data?

Ekodata

LVIDd 72mm
IVSD 11mm
LVPWd 10mm
LA 48mm
LVEF 20% (Visuellt)
E/A kvot 1.9

MI grad 2/4 (Rak jet)
Ao V2 max 1.0m/s
TI 1/4
TR max PG 40mmHg
Ingen pericardvätska
RV ua.

Patienten är en man född 1965. Han är tidigare helt frisk. Röker ej men snusar. Arbetar som lagerarbetare. Pat är adopterad från Thailand och har ingen kunskap om någon hereditet för hjärtsjukdom.

Pat insjuknar sommaren 2005 i en förkylning med nästäppa och feber. Han började några dagar senare känna sig andfädd och söker vårdcentral. Vid undersökning noteras inga större avvikelser och pat behandlas med Penicillin V i 10 dagar. Trots detta ingen förbättring. En lungröntgen visar ingen stas eller parenchymförändringar men ett lätt allmänförstorat hjärta. Trots 2 påföljande antibiotikakurer ingen förbättring utan snarare försämring.

Pat söker akut vid ett svensk länsdelsjukhus på kvällen dec 2005 med vilodyspne, bilateral bensvullnad känsla av hjärtklappning och stickningar i bröstet.

Status:

AT: Samtalsdyspné, svårt att ligga plant. Antydd halsvenstas halvsittande. Saturation 99% på luft.
Afebril

Cor: regelbunden rytm. Frekvens 100/min. Inga hörbara blåsljud.

Pulm: Möjligtvis lösa rassel basalt bilateralt.

Buk: Ngt uppspänd. Ingen säker ascites. Hepar palperas ej förstorad.

Blodtryck 160/100 mmHg.

Ben: Rejala pittingödem bilateralt upp till knäna.

Vikt 95 kg (Uppger normalvikt 88 kg)

Frågor:

Den troligaste diagnosen med tanke på anamnes och status är hjärtsvikt. Man kan också tänka sig lungemboli eller akut coronart syndrom med andfäddhet som huvudsymptom.

Blodprover :

Hb 139, Na 141, K 3.7, Kreatinin 154, TSH 0.9, Bilirubin 43, ASAT 0.6, ALAT 0.9, GT 1,92, ALP 1.2,

Troponin I 0.35-0.38, CKMB 5-5

EKG se baksidan

Rtg pulm: Klar allmänförstorat hjärta. Något prominenta lungkärl. Ingen stas. Spetsiga pleurasinus. Inga parenchymförändringar. Aorta förefaller normalvid.

Spiral CT med frågeställning lungemboli är tänkbar men utfördes ej i detta fall.

Diagnosen hjärtsvikt ter sig nu allt mer sannolik. Pat lades in och behandlades med loopdiuretika intravenöst och producerade första dygnet 4 liter urin. Han blev kliniskt mycket bättre. Hjärtsvikt är ju ofta en följd diagnos till någon annan sjukdom.

Pat är relativt ung och insjuknade i en kraftig infektion vilket gör att myokardit måste misstänkas som orsak till hjärtsvikten. Idiopatisk dilaterad cardiomyopati kan ej heller uteslutas. Man kan även tänka sig klaffvitier men avsaknad av blåsljud talar emot signifikant klaffvitium som orsak till hjärtsvikten. Inlagringssjukdom är en möjlighet

Förutom ekokardiografi genomgår pat MR hjärta och en koronarangiografi. Den senare visar inga stenoser och den förra en dilaterad kammare med EF ca 20%. Ingen ärrvävnad tydande på genomgången infarkt. Inga hållpunkter för inlagringssjukdom.

Pat har en grav hjärtsvikt med vänsterkammardilatation troligen på basen av en tidigare genomgången myokardit.

Fråga 7

En kollega föreslår en myokardbiopsi. Vad svarar du?

Beskriv kortfattat indikationer och risker med ett sådant ingrepp.

Fråga 8.

Hur vill du medicinskt behandla en patient med symptomatisk hjärtsvikt på basen av en dilaterad cardiomyopati som troligen i sin tur beror på en genomgången myokardit. ´