

Mikael, 68 år, allmän sjukdomskänsla och ofrivillig viktnedgång

Termin: T7

Tema: RC

Ansvarig: Antonis Valachis

Ingress

Mikael, 68 år söker primärvården på grund av allmän sjukdomskänsla och ofrivillig viktnedgång de senaste månaderna. Mikael får en tid hos dig på vårdcentralen för en bedömning och vidare planering.

## Del 1

Mikael är en pigg och aktiv 68-årig man. Han är pensionär och arbetade som busschaufför. Han står på enalapril 20 mg mot hypertoni sedan några år tillbaka samt atorvastatin 20 mg mot hyperlipidemi. Han uppger att han märkte symtomen han söker för de senaste 2-3 månaderna men de har blivit mer tydliga den senaste månaden.

Aspekter i anamnesen som måste tillfrågas:

- Ärftlighet för malignitet.
- Tidigare cancersjukdom.
- Alkohol-, tobak- och droganamnes.
- Yrkesexponering, till exempel asbest, bekämpningsmedel.
- Psykosocial anamnes.
- Utförlig anamnes av viktnedgång (omfång, period) för en objektiv bedömning av omfattning.
- Fråga efter symtom som kan hjälpa differentialdiagnostik: dysfagi/svårigheter att svälja, dyspné vid ansträngning eller vid vila, feber (om det finns måste man ta en utförlig anamnes med dygnsvariation, period, metod för mätning, febernedsättande läkemedel och dess effekt), nattliga svettningar (tillsammans med oförklarlig feber och viktnedgång > 10 % på 6 månader utgör B-symtom), smärtor, bukbesvär (ändrade avföringsvanor, blod i avföring)

Patientens farbror avled i ventrikelcancer när han var 75 år men i övrigt finns det inga kända fall av cancer i släkten. Patienten har själv inte drabbats av någon cancersjukdom. Han är före detta rökare som slutade röka för 25 år sedan och har totalt 20 paketår. Han dricker alkohol, 1-2 gånger per vecka (1-2 standardglas per tillfälle) men inte starksprit. Han bor med sin fru och har två barn och 3 barnbarn. Han upplever att det fungera bra i hans relation med familjen.

Avseende allmän sjukdomskänsla beskriver patienten att han känner sig trött och han orkar göra saker som har gjort tidigare. Han upplever att han blir hängig och får en feberkänsla (han har inte kontrollerat temp) speciellt på kvällarna. Han vägde 87 kg för 8 månader sedan och nu väger han 78 kg.

Han har inte känt några smärtor eller bukbesvär. Han har inga svårigheter att svälja men upplever att aptiten är nedsatt. Han blir inte andfådd vid ansträngning utan närmare trött och har inte upplevt att benen svullnar upp.

*Om man skulle göra en lista med potentiella diagnoser som differentialdiagnoser utifrån ovanstående information, vilka diagnoser skulle ingå?*

Del 2.

Nästa steg i utredningen är status som bör innehålla följande aspekter:

- Inspektion av munhåla, särskilt tandstatus och hud.
- Hjärt- och lungstatus inklusive blodtryck och puls.
- Palpation av buk, leder, lymfkörtlar (*vilka lymfkörtelstationer måste undersökas?*).
- Riktad undersökning beroende på symtom.
- Temperatur, vikt, längd.

Patienten har 37,2 °C, han väger 77 kg och är 186 cm lång (viktnedgång med 10,5 % på 8 månader; *vilken nivå av viktnedgång anses objektivt som tillräckligt för att initiera utredning för ofrivillig viktnedgång?*).

Blodtryck ligger på 135/80 mmHg, pulser ligger på 84/minut. Inspektion av munhåla är utan anmärkning. Hjärt- och lungauskultation utan anmärkning. Inget avvikande vid palpation av buk och leder. Vid palpation av lymfkörtelstationer känner man förstorade lymfkörtlar i fossa supraclavicularis höger samt i ljumskar bilateralt. Lymfkörtlar är max 2 cm stora i ljumskar och 1,5 cm i fossa supraclavicularis, inte fasta mot underliggande strukturer eller huden, elastiska i konsistens (*vilka egenskaper måste ingå när man beskriver en förstorad lymfkörtel?*).

Patienten lämnar blodprover som beställs utifrån patientens symtom, status och initiala lista med diffdiagnoser.

- Hb, leukocyter, trombocyter
- SR, CRP
- glukos
- natrium, kalium, kreatinin
- korrigerat kalcium/joniserat kalcium
- B12, folat, ferritin, LD, albumin
- S-Proteinprofil (S-Elektrofores)
- Bilirubin, ALAT, alkaliskt fosfatas
- TSH
- PSA

Provsvar som är avvikande sammanfattas i tabellen nedan.

<b>Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Referens</b>	<b>Enhet</b>
Hb	108	134-170	g/L
LPK	2,8	3,5-8,8	x10 <sup>9</sup> /L
TPK	106	165-387	x10 <sup>9</sup> /L
CRP	32	< 4	mg/L
SR	28	< 20	mm/h
Albumin	32	34-45	g/L
Ferritin	467	20 - 320	µg/L
LD	7,8	1,8 - 3,4	µkat/L
Kreatinin	132	60 - 105	µmol/L
eGFR	45	> 60	ml/min
Korrigerat kalcium	3,0	2,18 - 2,60	mmol/L

*Utifrån status och initiala laboratoriska analyser, vilka diffdiagnoser kan uteslutas och vilken är mest sannolikt? Hur går man vidare i utredning?*

*Hur skulle man patofysiologiskt förklara laboratoriefynd med sviktande benmärgsfunktion, påverkad njurfunktion samt hyperkalcemi?*

### Del 3

Patienten remitteras till Onkologiska kliniken enligt Standardiserat Vårdförlopp (SVF; *vad menar man med SVF och vad är syftet?*).

Mikael genomgår en CT hals-torax-buk som initial bilddiagnostisk utredning och man noterar förstorade lymfkörtlar i lymfkörtelstationer i fossa supraclavicularis, mediastinum, paraortalt och ljumskar bilateralt. Största lymfkörtelpaketet paraortalt med 4 cm i största diametern. Det finns inga andra avvikande fynd vid CT.

*Vilken är nästa steg i utredning för att kunna ställa diagnos?*

Det är histopatologisk analys som bekräftar eller avfärdar en misstanke om malignitet. Vid lymfommisstanke bör man försöka få så mycket vävnadsmaterial som möjligt eftersom diagnostik av lymfom är svårt och underliggande vävnad kan ha betydelse för diagnosen. Man föredrar således lymfkörtelextirpation för histopatologisk analys av hela lymfkörtel. I fall då lymfkörtelextirpation medför stora ingrepp, t ex i buken, kan ultraljudsvägledd (eller CT-ledd) mellannålsbiopsi vara ett alternativ. Cytologisk analys ska undvikas. Om flera körtlar finns att tillgå skall den största körteln väljas (om möjligt utifrån tekniska förutsättningar).

I patientens fall extirperades en lymfkörtel från ljumске där man fick diagnos av diffust storcelligt B-cellslymfom.

Hur skulle man svara på patientens följande frågor:

*Jag har hört att man kan ha olika stadier av cancersjukdom. Vad har jag för stadium?*

*Är denna sjukdom botbar?*

*Vad får jag för behandling?*

## Fallet del 1.

Stadieindelning vid lymfom följer Ann-Arbor klassifikation utifrån antal och lokalisation av lymfkörtelstationer som är engagerade, om det finns engagemang av extralymfatiska organ/vävnader och om det finns b-symtom.

Stadium	Engagemang
I	En lymfkörtelregion
II	Två eller flera lymfkörtelregioner på samma sida om diafragma
III	Lymfkörtelstationer på båda sidor av diafragma
IV	Spridd sjukdom i flera extra/lymfatiska organ/vävnader med eller utan associerat lymfkörtelengagemang

Om allmänsymtom (oförklarlig feber, nattsvett eller viktnedgång >10 % senaste 6 mån) finns så anges bokstaven B.

Patienten hade ett stadium IIIB diffust storcelligt B-cellslymfom. Prognosen har successivt förbättrats och många patienter blir idag botade. Sjukdomen är botbar med en kombination av cytostatikabehandling (CHOP; består av cyklofosamid, doxorubicin, vinkristin, prednison) och monoklonala antikroppar mot det transmembrana antigenet CD20 som uttrycks på >95 % av alla B-cells non-Hodgkins lymfom (rituximab). Behandlingen ges i 6 kurer med 14 dagars intervall (ibland 21 dagar).

Fallet redovisar hur en utredning av patient med nytillkomna symtom utan förklaring som ger misstanke om cancer ser ut i primärvården. Det finns olika typer av symtom som ger misstanke om cancer ("red flags" symtom) och en generell algoritm om hur dessa symtom kan utredas i primärvården anges nedan:

