

Handledarversion

Lydia 65 år med dyspné och pip i bröstet

Termin: T7

Tema: RC

Ansvarig: Josefin Sundh

Lärandemål: Symptomatologi (S4): Identifiera och utreda typiska symtom vid lungsjukdom (S4).
Vanliga sjukdomstillstånd (S4): Obstruktiva lungsjukdomar. Vanliga och viktiga metoder inom klinisk fysiologi (S4): Lungfunktionstester. Läkemedelsgrupper vid sjukdomar/tillstånd inom respektive tema (S4): Obstruktiva sjukdomar.

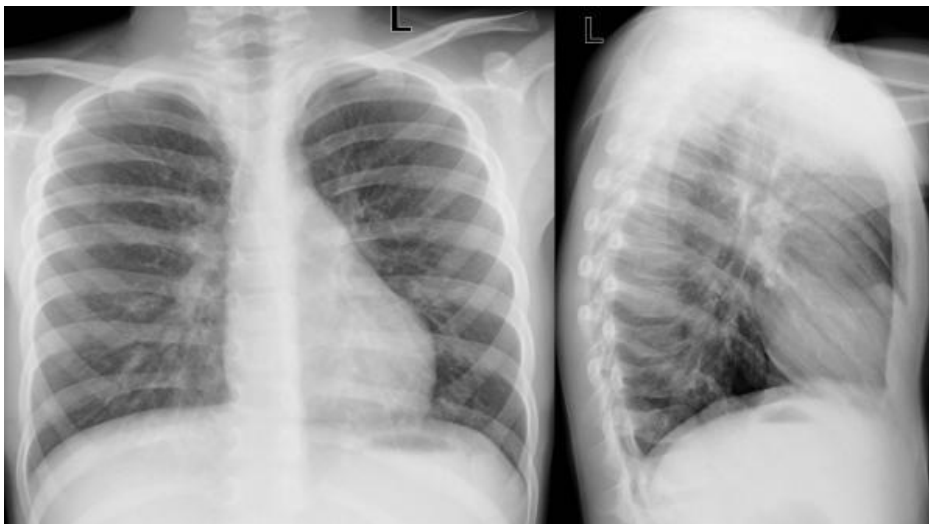
Symtom och tillstånd som fallet berör och som bör diskuteras: Utredning, differentialdiagnostik och behandling av obstruktivitet.

Ingress

Lydia 65 år har vårdats inläggande på medicinavdelning pga andningsbesvär och pip i bröstet, och kommer nu på uppföljande besök.

Del 1

Lydia, 65 år har inga kända sjukdomar eller regelbundna mediciner, men har nyligen vårdats inläggande fem dagar pga andningsbesvär och pip i bröstet. Lungröntgen under vårdtiden genomfördes enligt nedanstående.

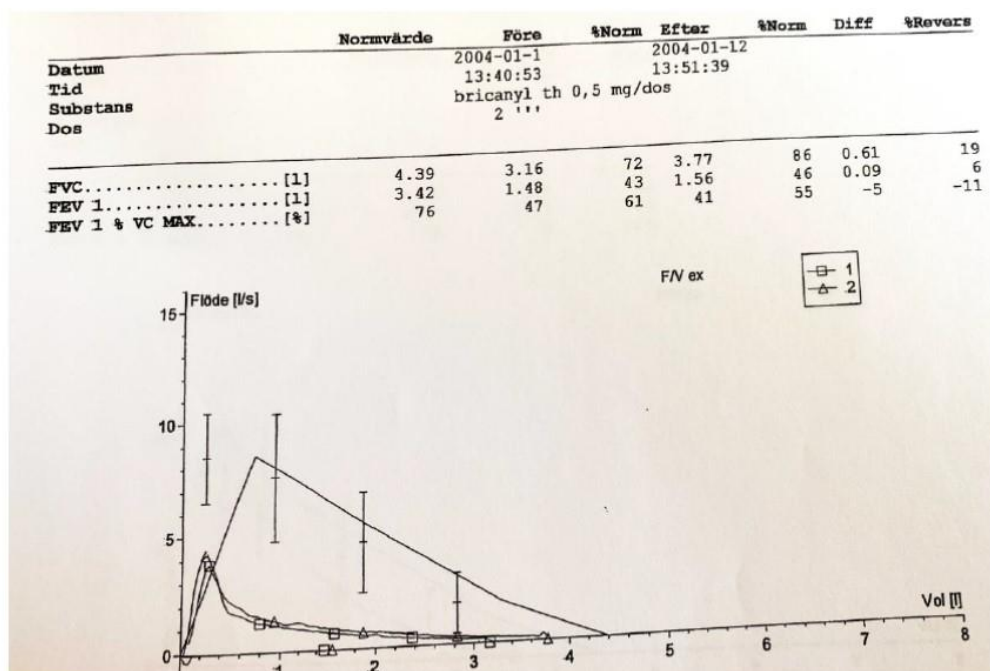


Lydia behandlades med kortisonkur och bronkodilatantia i nebulisator, och skrevs ut med Bricanyl vid behov. Hon kommer nu på ett uppföljande återbesök till lungmottagningen, fyra veckor efter utskrivningen.

Lydia berättar att hon mår mycket bättre nu. Hon känner sig inte så begränsad i vardagen så länge hon "får göra allt i sin takt". Hon blir fortfarande andfådd vid ansträngande aktiviteter såsom att gå i backar eller om hon försöker skynda sig, fast så har det varit i många år. Hon hostar lite normalfärgat

slem på morgnarna. Hon har rökt ca ett halvt paket cigaretter per dag sedan tonåren, med uppehåll för två graviditeter.

Lydia genomgår nu nedanstående spirometri.



Att diskutera:

Vad visar spirometriundersökningen?

Obstruktivitet motsvarande KOL stadium III.

Vilken diagnos är troligast utifrån spirometrfynd och övriga kliniska uppgifter?

Med tanke på ganska uttalad tobaksanamnes, bild som vid emfysem på slätröntgen samt att patienten precis tagit steroidkur torde KOL föreligga. Observera att den påvisade signifikanta reversibiliteten av FVC inte alls talar emot KOL.

Finns det differentialdiagnostiska förklaringar till denna spirometribild?

Behöver ytterligare undersökningar göras för att fastställa diagnos?

Påvisad obstruktivitet kan principiellt bero på KOL, icke optimalt behandlad astma och astma med kroniskt nedsatt lungfunktion. Dessa tillstånd kan se likadana ut spirometriskt men den underliggande patofysiologin, behandlingstrappan och prognosen är olika. Vid påvisad obstruktivitet där man anamnestiskt inte kan utesluta astma bör steroidtest göras, antingen peroralt med ny spirometri om ca två veckor eller med inhalationssteroid med ny spirometri om ca tre månader. Om spirometrien då normaliseras är KOL-diagnos utesluten och det rör sig om astma. Om spirometrien inte normaliseras kan det fortfarande vara KOL eller astma med kroniskt nedsatt lungfunktion pga remodelling. Att skilja dessa två tillstånd åt kan vara svårt, och man kan också ha dubbeldiagnos tex om man har

astma som barn och senare utvecklar emfysem pga rökning. Anamnes på astma/allergi och luftrörsbesvär som barn samt frånvaro av exponering talar för astma, medan radiologiskt emfysem och/eller sänkt diffusionskapacitet tyder på KOL vid påvisad obstruktivitet. I det specifika fallet tyder anamnes, röntgenbild och kvarvarande obstruktivitet efter genomgången kortisonkur på KOL och inga ytterligare undersökningar behöver göras.

Del 2

Lydia får vid besöket återkoppling från läkare att hon har diagnos kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), och att behovet av sjukhusvård alltså berodde på en försämringsepisod (exacerbation). Hon träffar vid besöket även astma/KOL-sjuksköterska och fysioterapeut.

Att diskutera:

Vilka behandlingar/åtgärder är viktiga nu? Vad är syftet med dem?

Den viktigaste åtgärden är rökstopp, där såväl insatser med motiverande samtal/beteendevetarstöd, nikotinersättningspreparat som farmakologisk behandling i första hand med cytisiniklin kan vara aktuella. Fysisk träning är också av stor vikt, man kan inte träna upp lungvolymerna men man kan förbättra kondition och muskelstyrka för att kompensera den fysiska funktionsförlusten. Detta är av allra störst vikt just efter en exacerbation. Slutligen bör farmakologisk behandling sättas in.

Kommentar till handledare:

Fallet är till för att illustrera utredning, differentialdiagnostik och behandling vid KOL.

Övriga insatser (utöver rökstopp, fysisk träning och farmakologisk behandling) som också är viktiga och kan tas upp till diskussion är:

- Inhalationsteknik och fördelar/nackdelar med olika typer av inhalatorer (Pulverinhalator bäst ur miljösynpunkt, kan vid mycket svår KOL vara svårt med tillräcklig inhalationskraft, spray/soft mist kräver synkronisering men kan kopplas till spacer)
- Utredning samsjuklighet lungcancer/hjärtsvikt (minimum lungröntgen, EKG och NT-proBNP om detta ej gjorts)
- Vaccinationer (Influensa, pneumokocker, COVID-19, ev i framtiden RS men ej subventionerat ännu)

KOL graderas på två sätt enligt nedanstående figur. GOLD grad eller stadium 1-4 ger information om prognos/svårighetsgrad. GOLD grupp A, B och E (tidigare A, B, C och D) baseras på exacerbationsfrekvens senaste året och skattning av hälsostatus med COPD Assessment Test. I det aktuella fallet föreligger grupp E oavsett resultat av CAT, pga sjukhusvårdad exacerbation. Farmakologisk behandling hos tidigare obehandlad patient baseras på GOLD grupp och ges enligt rekommendation från Läkemedelsverket. Syftet med behandlingen är dels minskade symptom och dels förebyggande av exacerbationer och i förlängningen minskad mortalitet.