

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com.

Kast dere frampå, folkens!

Smerter kan skyldes flere ting

– en kvinne med mangeårige smerter

EN LETT OMSKREVET KASUISTIKK

En 68 år gammel kvinne kommer til legekonsultasjonen i mai 2009 for smerter over nates- og bekkenregionen. Dette er kjent fra før; hun ble uførepensjonert 58 år gammel for tilsvarende smerter. Men denne dagen er hun mer plaget enn tidligere og dessuten klager hun over slapphet.

BAKGRUNN

Ulcus ventriculi 20 år gammel. Fra 40-årsalder tiltagende urininkontinens, operert to ganger for blæredescens med dårlig resultat.

58 år gammel uførepensjonert etter en lang periode med smerter i lavrygg og thoraxregion. Ble den gang utredet ved revmatologisk poliklinikk Haukeland Universitetssykehus.

KONKLUSJON: degenerativ rygglidelse.

59 år gammel diagnosen morbus Crohn – etter dette jevnlig kontrollert ved GE-poliklinikk HUS.

60 år gammel ny henvisning til revmatologisk poliklinikk bl.a. for vurdering av sammenheng mellom tarmlidelse og smerter fra bevegelsesapparatet.

KONKLUSJON: degenerativ lidelse, fyller ikke kriteriene for ankyloserende spondylitt.

66 år gammel utvikler hun utover høsten og vinteren 2007–08 mer ryggmerter. Hun har nå også smerter i nates- og bekkenregionen og har problemer med å sitte pga smerter. Mye morgenstivhet.

I februar 2008 kommer hun til fastlegen: «Går med stort besvær, tydelig stiv i lumbalryggen, Schober 2 cm, thoraxekskursjon 1,5 cm. Uttalt palpasjonsøsm langs costalbuene baktill bilat.» Henvises til CT LS-columna med IS-ledd: «forandringer suspekt på ilio-sacralleddsartritt». Rehenvises revmatologisk poliklinikk.

Vurdert på revmatologisk poliklinikk i mai 2008 med konklusjon: CT-funn i IS-ledd bekrefte. SUPPLERENDE PRØVER: SR 43, CRP30, LPK1,2, ANA: positiv i grenseområdet, CK lett forhøyet (627) og HLA B27-negativ.

KONKLUSJON: «Tarmassosiert spondylartritt» – «pasienten fyller også kriteriene for morbus Bekhterev». Startet behandling med Remicade (TNF-hemmer).

AKTUELL PROBLEMSTILLING: Allergisk reaksjon på Remicade i april 2009. Innlegges på revmatologisk avdeling. Pådrar seg samtidig pneumoni som behandles med Ciproxin og deretter Apocillin. Ved kontroll hos undertegnede 8. mai 2009 beskriver hun betydelige smerter i bekken- og natesregionen, er dessuten slapp. Starter i slutten av mai med Humira (ny TNF-hemmer). Kjenner seg ytterst uvel – kvalm, redusert appetitt, vekttap. Tilskriver selv dette oppstart av Humira – hadde fått beskjed om at magesmerter var vanlig bivirkning.

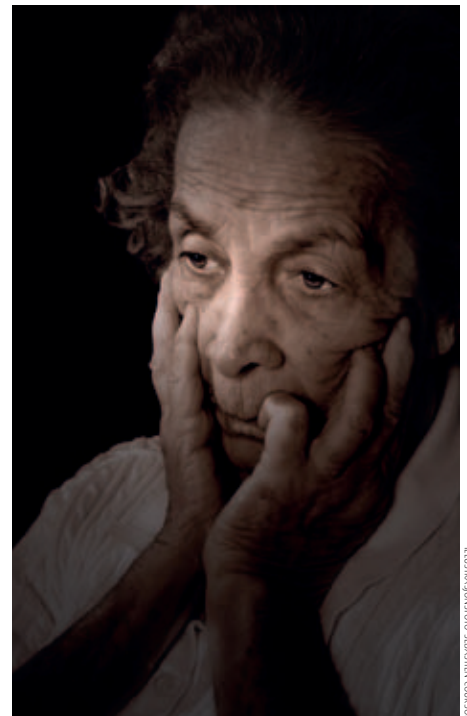
Hun kommer til ny konsultasjon hos undertegnede 16. juli 2009; har da fått tiltagende urinlekkasje, dessuten gått ned åtte kilo i vekt fra konsultasjonen 8. mai.

Ved rektovaginal eksplorasjon kjennes en solid tumor utgående fra det lille bekken, måles til 22 cm i diameter.

Pasienten utredes videre og får diagnosen cancer ovarii (serøst papillært adenocarcinom) med spredning til peritoneum. Hun dør høsten 2010.

VURDERING

Pasienten har i en årrekke har vært plaget av smerter fra thorax, rygg, bekken og abdomen i tillegg til intermitterende urinlekkasje. Hun blir uføretrygdet 58 år gammel for degenerativt betingede ryggplager. Når hun så i en alder av 67 år får ytterligere smerteplager fyller hun kriteriene for diagnosen spondylartritt. Samtidig får hun behandling med TNF-hemmer. Hun blir syk under innføring av denne behandlingen, har forhøyede akutfaseprotein hele tiden. Får vekttap og smerteforverring.



Hele utviklingen vår og sommer -09 kunne godt tilskrives hennes grunnsykdommer morbus Crohn, degenerativ lidelse og spondylartritt. Diagnosen cancer ovarii ble imidlertid stilt ved en enkel rektovaginal eksplorasjon. Kreftsykdommen kunne nok vært oppdaget to til tre måneder tidligere hadde denne undersøkelsen blitt gjort da.

KONKLUSJON: Prognostisk hadde kanskje en tidligere stilt diagnose ikke hatt noen avgjørende betydning. Men allikevel lærer kasuistikken oss: I en medisinsk hverdag mer eller mindre dominert av avansert billediagnostikk og laboratorieprøver må vi ikke la vanlig somatisk undersøkelsesteknikk gå i glemmeboken.

Brigt Bovim