

Workshop reumatologi, RDK – Stockholm 2011

Fall 1

Kvinna 69 år

Vårdtid tre månader

Kontaktsak: Nydiagnostiserad sklerodermi som inlägges planerat för utredning och bedömning.

Aktuell situation: Gift. Två vuxna barn. Icke rökare. Jehovas vittne. Tablettbehandlad hypertoni och Levaxinsubstituerad hypotyreo.

Patient med besvär sedan hösten 2009. Labbmässigt positiv för Scl-70 sklerodaktyli. Stigande kreatinin. Aptitlöshet, viktnedgång ont i kroppen. Accentuerade besvär sedan juni, juli 2010. Raynauds fenomen. Torr i ögon- och munslemhinna.

Vårdförlopp: Röntgen hösten 2010 ultraljud buk med njurbiopsi. Röntgen hypofarynx och esofagus påtagligt nedsatt peristaltik och motilitet i nedre två tredjedelarna av esofagus. Inga slemförändringar eller strikturer ses. CT torax visade ökad täthet i lungparenkymet basalt vänster jämfört med tidigare undersökning. Detta bedöms som alveolitbild. Spirometri med diffusionskapacitet under vårdtiden har visat uttalad lungfunktionsnedsättning av restriktiv typ. Korrigerat för Hb diffusionskapacitet 43 % av normalvärde. Njurartärduplex visar inga tecken på njurartärstenos. Hjärteko visar aortastenosen av måttlig grad. Liten perikardutgjutning EF 55. Gjort gastroskopi där inga tecken till esofagitrening ses.

Under vårdtiden utvecklar patienten en renal kris med kreatinin som högst 346. I samråd med dr XX, Medicinkliniken, och dr XY vid ett annat lasarett insättes intensifierad behandling för att sänka blodtrycket. Initialt får patienten Ilomedin i sex dagar och Kaptopril ökas till 50 mg x3 och Amlodipin till 5 mg 2x2. Blodtrycket stabiliserar sig men kreatininet fortsätter att långsamt gå uppåt. Iohexolclearance vid flera tillfällen. Patienten försämras successivt med mera illamående och apati och CDK läggs in i december 2010 och dialys påbörjas samma dag. Patienten har sedan dess fått cirka tre dialyser per vecka och kliniskt minskat illamåendet och förbättrat allmäntillståndet.

CT torax visar försämring av alveolitbild jämfört med tidigare. I diskussion med dr YY och dr XY inleds behandling med Sendoxan. Patienten får Sendoxan i låg dos 7,5 mg Sendoxan per kilo kroppsvikt enligt EULAR-schemat. Behandlingarna x flera hösten 2010 har gått bra.

Patienten har under vårdtiden haft ordentligt ont i sin sklerodaktyli framförallt i händerna. Patienten har fått behandling arbetsterapeutiskt och sista veckan ökad kortison dos med god effekt. Patienten har en ordentlig sklerodaktyli vid utskrivningen.

Bedömning: Sklerodermi med akut renal kris som kräver dislysbehandling. Samtidig behandling för interstitiella lungförändringar med Sendoxan-pulsbehandling.

Planering: Patienten utskrives till hemmet. APO-dos ordnat via Medicinkliniken. Patienten kommer att fortsätta sin dialysbehandling. Nefrologiska läkemedlen kontrolleras fortsättningsvis av njurmedicin. Vad det gäller patientens interstitiella lungförändringar kommer hon att fortsätta med Sendoxan-pulsbehandling en gång per månad, nästa vecka 5. Patienten planeras få sex stycken Sendoxan-pulsbehandlingar därefter ny spirometri och HRCT torax. Därefter ställningstagande till om Sendoxan-pulsbehandlingen kan avslutas och

då övergång till CellCept- eller Imurel-behandling. Vid nästa Sendoxan-pulsbehandling genomgång av patientens medicinering. Eventuellt kan Prednisolon-dosen minskas till 7,5 mg x 1

Workshopdeltagarnas förslag:

M34.8 Systemisk skleros

J99.1* M34.8† Sklerotiskt syndrom med lungengagemang

N08.5* M34.8† Sklerotiskt syndrom med njurpåverkan

N17.9 Akut njursvikt

I73.0 Raynauds fenomen

I35.0 Aortastenos

I10.9 Hypertoni

E03.9 Hypotyreos

Åtgärder:

Hemodialys

Läkemedelstillförsel

Spirometri

Njurartärduplex

Hjärteko

CDK

Gastroskopi

Fall 2

Kvinna 22 år

Vårdtid sex dagar

Kontaktersak: Övertages på remiss från Hudkliniken. Patienten vårdas då på IVA.

Aktuell situation: I november insjuknat med feber, ledsmärtor och plötsligt uppblossande aggressivt utslag i ansikte och hårbotten. Patienten har en hyponatremi som korrigeras på IVA. Serologi visar ANA 100, anti-DNA 100, positiv för n-RNP/SM samt positivitet för antikroppar mot SM och SSA. Inga kardiolipinantikroppar, negativ anti-CCP.

Komplementaktivering avvikande, C1q och C3D är ej färdiganalyserat. Patienten har även antikroppar mot tidigare genomgången CMV-infektion.

Labbmässigt anemi, neutropeni och trombocytopeni. Sänka och CRP u a. Ingen påverkan på njurar labbmässigt. Benmärgsbiopsi visar bild som vid MAS, Macrophage Activation Syndrome.

Patienten erhåller på Intensivvårdsavdelningen den 10-12 december Solu-medrol 500 mg x1. Aferes 9-11 december. Patienten får även färskfrusen plasma pga. trombocytopeni därefter stabiliseras patientens tillstånd. Patienten överflyttas till Reumatologavdelning.

Vårdförlopp: Patienten insättes på Prednisolon 50 mg x1 vilket motsvarar 1 mg/kg kroppsvikt. Vid dagens provtagning har penierna stabiliserat sig. Hb 99, LPK 10,6, TPK 94. Patientens utslag i ansiktet kvarstår men ser mindre aggressivt ut. Patienten har även fläckvis alopeci. Patienten är uppe men har perioder av frånvaro som vid epilepsi.

Bedömning: Patienten bedöms ha en misstänkt SLE som debuterat samtidigt med ett Macrophage activation syndrome (MAS). Labbmässigt förbättring vad det gäller penierna. Patienten har dock utvecklat epilepsi som kommer med jämna och mindre mellanrum. Både SLE i sig och MAS kan ge epilepsi symtom. MR hjärna är utförd den 13 december och visar inte några större förändringar förutom ett misstänkt hygrom. I samråd med neurolog ej säkert att det har med patientens sjukdom att göra, kontroll CT skalle om cirka en vecka för att se att hygromet inte blir större.

Planering: Patienten överflyttas till Neurokliniken för att få kontroll på epilepsin. Patienten åter till Reumatologavdelningen när epilepsin är under kontroll. Fortsatt kontroll av Hb, LPK, TPK för att se att det håller sig stabilt.

Workshopdeltagarnas förslag:

M32.9 SLE

D76.2 Hemofagocytiskt syndrom

B25.9 Cytomegalvirusinfektion

E87.1 Hyponatremi

D50.9 Anemi

D70.9 Neutropeni

D69.6 Trombocytopeni

Åtgärder

Läkemedelstillförsel

Aferes

Transfusion

Fall 3

Kvinna 65 år

Vårdtid två dagar

Inskrivningsorsak: Ställningstagande för fortsatt behandling av pats psoriasisartrit samt oklara buksmärter och kramper.

Tidigare sjukdomar: Psoriasisartrit, kemisk gastrit

Aktuellt: Pat sannolikt försämrad i sin reumasjukdom p g a avslutat Humira för ett halvår sedan p g a uttalad gallkolik med kräkningar. Dessutom Metoject utsatt för några månader sedan. Har haft diarré tio gånger om dagen. Just nu blivit bättre, vill inte äta och gått ner 23 kg i vikt. Nu insatt på Enterocort 6 mg för sina diarréer. Haft Enterocort för några år sedan. Börjat om med 1 tablett, för närvarande 2 tabletter. Beskriver senaste månaderna värk lokaliserad till epigastriet, utstrålning till ryggen och under höger kurvatur som kommer spontant några dagar utan någon anledning. Värken kan stråla upp till käken. Mycket smärtpåverkad, släpper först efter några minuter. Dessutom utvecklat tremor i kroppen med skakning i framför allt övre extremiteter. Värk i ljumskar, lymfkörtlar och axlar samt händerna, fötterna och knäna. Ökning CRP, just nu på 60. Står på Prednisolon 20 mg. Upplever lite kramper, som blivit bättre senaste dagarna.

Labb vid inkomst: CRP 60. Hb 160. LPK 12,2. Kalium 3,7. Kreatinin 76. ASAT 0,27. ALAT 0,28. Amylas 1,75. Inget avvikande vid utskrivningen.

Förlopp: Pat har under vårdtiden inte haft några smärter smärter eller kramper i magen. Var från början trött och slut och mycket ömhet i hela kroppen. Förbättras under perioden på sjukhuset, minskad trötthet samt fått träningsprogram via sjukgymnasten. Hennes utvecklade tremor har minskat med kortisondosen, men skriver remiss till neurologen för utredning om det finns någon bakomliggande Parkinson, eftersom det finns många i släkten som har det. Bytt Nexium mot Omeprazol för att pat nyligen blev förstoppad samt skrivit ut Crestol mot gallbesvär. Angående ställningstagande till medicin kontakt med patientansvarig läkare angående denna. Uppdaterat läkemedelsmodulen.

Workshopdeltagarnas förslag:

M07.3* L40.5† Psoriasisartrit

K52.8 + Y57.9 + ATC-kod Kollagen kolit på grund av läkemedel

R25.1 Tremor

Fall 4

Kvinna 55 år

Intagningsorsak: 55-årig kvinna med Sjögrens syndrom och SLE sedan många år tillbaka. Sjukdomen har varit stillsam och kombinerad med fibromyalgi. I övrigt frisk. Patienten har senaste veckorna drabbats av muskelömheter, muskelsvaghet och andningssvårigheter. Utredning inleddes för två veckor sedan med CT thorax för att utesluta lungemboli samt ultraljud höger ben utan tecken på trombos. Samtidigt gjordes HRCT som visat tecken på alveolit. Redan för tre månader sedan hade pat ett lätt förhöjt CK till 7,5, dock utan symtom. Vid kontroll för tre veckor sedan steg värden till 185, som stigit till 220. Patienten har haft kliniska tecken tydande på myosit i form av svaghet samt muskelömheter. Inga neurologiska symtom och inga pågående infektionssymtom. Har behandlats med 40 mg Prednisolon i en vecka och snarast försämrats, varför dosen igår höjdes till 60 mg men detta har inte givit någon förbättring och kommer idag för förnyad bedömning. Ter sig försämrad i musklerna jämfört med för en vecka sedan. Kontakt tas med specilast på X-sjukhuset som rekommenderar Solu-Medrol 500 mg dagligen i infusion i tre dagar och Sendoxanbehandling 1000 mg bör övervägas. För att bedöma eventuell förekomst av myastenia gravis görs neurologkonsult men bedömningen blir att det rör sig om ren polymyosit. Patientens lungpåverkan stärker indikationen för Sendoxan. UKG för 14 dagar sedan visade inga tecken till hjärtpåverkan. Inlägges för Solu-Medrolbehandling och på fredag ställningstagande till Sendoxan.

Epikris: Eftersom det är helg har undertecknad endast träffat pat i samband med sedan tidigare planerad hemgång. Som framgår av tidigare anteckningar inlagd p g a polymyosit med lungpåverkan, varför planerad behandling med Solu-Medrol i tre dygn och även påbörjat Sendoxan. Behandlingen given utan direkta komplikationer och pat har möjligen blivit lite bättre under vårdtiden. Steroiddosen är även uppjusterad till 60 mg dagligen. Insättes på Fosmax som osteoporosprofylax. Utskrives enligt ovan. Planerad uppföljning efter helgerna hos ordinarie läkare.

Workshopdeltagarnas förslag:

M33.2 Polymyosit

J99.1* M33.2† Polymyosit med lungförändringar (alveolit)

M32.9 SLE

M35.0 Sjögrens syndrom

M79.7 Fibromyalgi

Åtgärd

DT016

ATC-koder

Fall 5

Vårdtid 13 dagar

Sammanfattning, anamnes: Gift, bor i lägenhet, appendektomerad, hyperkolestrolemi samt meningom frontalt sedan 2004. Tidigare Waranbehandling pga sadelemboli.

Wegeners granulomatos med debut 2004, manifestationer i form av övre luftvägsengagemang. Under hösten 2010 recidiv i grunsjukdomen med fokal nekrotiserande glomerulonefrit och på nytt luftvägsengagemang och insatt på infusionsbehandling med Sendoxan vilken därefter byts till peroral behandling fram till inkomstdagen.

Extensivt utredd i samband med vårdtillfälle för 2 månader sedan pga allmän försämring. Genomgick då en utvidgad malignitet- och inflammationsutredning utan att man kunde finna någon nytillkommen patologi.

Inkommer nu från avlastningsboende på allmän försämring, nutritionssvårigheter. Vägrat äta och dricka. Ter sig depressiv. Vid inkomsten även tecken till oral candida.

Undersökningsresultat: Uttrycker livsleda, tackar nej till erbjuden psykiatrisk vård. Ej LPT-mässig. Ökad Sertralindos från 75 till 100 mg sedan några dagar. DT hjärna utan kontrast visar diskret progress av ödem runt meningomet i främre skallgropen höger, i övrigt oförändrat. Röntgen lungor visar ingen hjärtförstoring eller stas. Inga infiltrat. Liten skivatelektas basalt vänster lunga. Inga hållpunkter för någon nämnvärd mängd pleuravätska. LPK 3,0-3,6, Hb 108-92, diff med förekomst av promyelocyter, blastceller mindre än 0,1, myelocyter 0,1, U-albumin 1+, U-Ery 1+, F-Hb x1 0. ANCA: Pos PR3 14 enh.

Vårdförlopp: Initialt nedstämd, vägrar födo- och vätskeintag och får tillfälliga stöddropp samt tillfällig parenteral nutrition. Psykbedömes, diskussion föres kring ECT men pat negativ till detta. Man ökar Sertralindosen något under vårdtiden. Då sjukdomsbilden med avseende på Wegener tett sig relativt inaktiv och att patienten har psykiska symtom reduceras Prednisolon från 30 till 15 mg varpå patienten relativt snabbt förbättras psykiatriskt men fortfarande nutritionssvårigheter. Noteras att patienten sjunkit i Hb, vilket skulle kunna vara betingat av dehydrering i samband med inkomsten men för att förbättra allmäntillstånd erhåller patienten 2 enh E-konc. F-Hb x 1 u a men bör följas om patienten fortsätter att sjunka i Hb. Får Diflucanbehandling mot oral candida under vårdtiden. Enalaprilbehandling tillfälligt utsatt under vårdtiden men man bör följa blodtryck och ta ställning till återinsättande av behandlingen 5 mg x 1 framöver.

Insättes på Imurel 50 mg x 1 med planerad dosökning till 100 mg i samband med telefontid om 2 veckor, samtidigt då ev. ta ställning till Prednisolondoseringen och om möjlighet finnes reducera detta. Skulle patienten återfå sjukdomsaktivitet i Wegener, bör man överväga annan immundämpande behandling (Mabthera?).

Bedömning: Wegeners granulomatos hos patient med meningom och hydrocefalus, essentiell hypertoni. Nu dehydrerad, nedstämd, förbättras påtagligt under vårdtiden efter steroiddosreduktion och ökad antidepressiv terapi. Bedömes vara i behov av mer kontinuerlig immundämpande behandling och insättes på Imurel där dosökning får ske framöver.

Planering: Utskrives till sjukhem för fortsatt rehabilitering och mobilisering. Planerat återbesök till PAL 29/3 och telefontid om 2 veckor för ställningstagande till dosökning av Imurel och kortison dos.

Aktuella läkemedel: Omeprazol 20 mg x 1, Enalapril 5 mg x 1, tillfälligt utsatt, Prednisolon 10 mg 1½, Imurel 50 mg x 1, Sertralin 50 mg 2x1, Laktulos 10-20 ml v b, Panodil v b. Stesolide Novum v b, Zopiclone 5 mg t n v b.

Workshopdeltagarnas förslag:

E86.9 Dehydrering

M31.3 Wegeners granulomatos

B37.0 Candidainfektion

F32.9 Depressiv episod

I10.9 Hypertoni

D64.9 Anemi

Åtgärd

DR029

Fall 6

Kvinna

Vårdtid 2 dagar

Sammanfattande anamnes: Kvinna med hypothyreos, osteoporos och tablettbehandlad hypertoni. Sjögrens syndrom sedan 1985 och inklutionskroppsmyosit sedan 1995. Har successivt försämrats efter diagnosen. Tidigare provat olika behandlingar; bl. a. CellCept. Senaste åren tilltagande besvär med ökande muskelsvaghet i övre och nedre extremiteter, sitter numera i rullstol och kan ej gå. Fryser jämnt på senaste tiden, blir ofta vit om fingrarna vid köldexponering.

Påbörjade behandling med Kineret juni 2010. Läggs in för utvärdering av effekten.

Leukopeni under sista veckan, varför patienten har gjort uppehåll med Kineret.

Undersökningsresultat: Klin.Kem.lab: Hb 122, LPK 3,5, urinsticka ua. SR 26, TSH 0,02, T4 23

Vårdförlopp: Patienten mår bra under vårdtiden. Träffar sjukgymnast, arbetsterapeut och sin PAL.

Bedömning: Således kvinna med Sjögrens syndrom och inklutionskroppsmyosit. Kommer för utvärdering av Kineretbehandling. Uppger försämring efter påbörjat behandling med Kineret. Tecken på Levaxinöversubstitution, svaret anländer efter hemgång. Pat informeras telefonledes och rekommenderas kontakta sin vårdcentral för ytterligare åtgärder. Remiss till patientens husläkare samt kopia på dagens anteckning.

Planering: Telefontid till PAL om 1 vecka. Får avstå från Kineret tills telefonkontakt med PAL.

Workshoppedeltagarnas förslag:

M60.8 Inklusionskroppsmyosit

E03.9 Hypothyreos

I10.9 Hypertoni

M81.9 Osteoporos

M35.0 Sjögrens syndrom

T50.9 + Y57.9 + ATC-kod Levaxinöversubstitution