

Patientfall pneumoni

2016-03-17

Lennart som är 60 år söker vårdcentralen i maj månad p.g.a. hosta, feber och andfåddhet. Han är tidigare frisk, röker inte, brukar inte ha hosta och använder inga läkemedel. En vecka tidigare insjuknade Lennart med snuva och hosta. Efter några dagar kände han sig bättre men under gårdagen blev han hastigt (han skulle titta på Tv-nyheterna 19.30) återigen sämre med feber, smärta till höger i bröstkorgen och besvärliga slemupphostningar. Han har inte sovit mycket under föregående natt då han varit tvungen att sitta upp för att kunna andas ordentligt. Hustrun har fått lägga sig i gästrummet.

Status

AT: Trött, hostar under undersökningen, men kan adekvat lämna anamnes. Temp 38,5.

BT: 145/90

Hjärta: Regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 96.

Lungor: Svårt att lyssna då han hostar, dock slembiljud bilateralt, kanske dämpning hö flank?

Frågor

1. Har du behov av att komplettera anamnesen?
2. Saknar du något i status?
3. Vilka prover vill du ta?
4. Finns det behov av mikrobiologisk diagnostik?
5. Vilka differentialdiagnoser överväger du?
6. Föreligger det behov av att remittera akut till sjukhus och/eller röntgen?
7. Skulle Lennart bli frisk fortare om han fick antibiotika?
8. Behöver du följa upp patienten?

1. Har du behov av att komplettera anamnesen?

Anamnes syftar till att avgränsa **diagnos** och **agens/resistens**. Följande anamnesfrågor har dock begränsad specificitet och sensitivitet men kan ge vägledning.

- **Rökning (både pågående och tidigare)?** Viktig anamnesfaktor både med hänsyn till misstänkt agens (patienter med kronisk bronkit/KOL är ofta koloniserade med *Haemophilus influenzae*) och uppföljning (ökad risk för bakomliggande lungmalignitet). *Vår patient rökte inte och var heller inte f.d. rökare.*
- **Utlandsresa nyligen?** Penicillinresistenta pneumokocker är vanligare utomlands. Legionella kan förekomma vid pneumoni hos patienter som nyligen vistats på hotell.
- **Frossa och därefter andningskorrelerad smärta, hastigt insjuknande?** Pneumokocker.
- **Hosta före feber?** Mykoplasma.
- **Torrhosta?** Influensa, mykoplasma.
- **Sjuka i omgivningen?** Atypisk pneumoni med mykoplasma/*Chlamydophila pneumoniae* smittar inom familj.
- **Fågelkontakt?** Det förekommer *Chlamydophila psittaci*-smitta från burfåglar.
- **Träffat eventuella barnbarn eller andra förskolebarn?** Barn är ofta koloniserade med pneumokocker/*Haemophilus influenzae*.
- **Yrke?** Arbete som innebär frekvent kontakt med grupper med förhöjd incidens av exempelvis TBC.
- **Etnicitet?** TBC är vanligare i andra etniska grupper än svensk etnicitet.

2. Saknar du något i status?

Statusundersökningen har **två** syften: dels att fastställa **diagnos** och dels att fastställa **allvarlighetsgrad**.

Diagnos: En påverkad patient med takypné (> 20/min) eller takykardi (> 120/min), feber, hosta, dyspné, nytillkommen uttalad trötthet samt nedsatta andningsljud, fokala biljud (rassel/ronki) eller dämpning vid perkussion har sannolikt pneumoni.

I vårt fall saknas andningsfrekvens, det bör alltid kontrolleras på patienter med misstänkt pneumoni. Vid kontroll hade mannen 24/minut i andningsfrekvens och i kombination med feber, hosta, dyspné, nytillkommen trötthet, misstänkt dämpning således misstanke på pneumoni.

Observera att **feber** inte alltid föreligger vid pneumoni, speciellt inte hos äldre patienter. Både **huvudvärk** och **gastrointestinala symtom** t.ex. diarré är inte ovanliga vid pneumoni.

Allvarlighetsgrad: Vid misstänkt pneumoni bedöms **allmäntillstånd** och **CRB-65** i kombination med **saturationmätning** för bedömning av allvarlighetsgrad.

C: nytillkommen konfusion

R: andningsfrekvens ≥ 30 /minut

B: systoliskt blodtryck under 90 mm Hg

65: ålder ≥ 65 år.

Varje parameter kan ge 1 poäng och den sammanlagda summan påverkar val av vårdnivå. Vid CRB-65 0 – 1 poäng är poliklinisk vård tänkbar. *I vårt fall hade patienten CRB-65 0 poäng.*

Saturation saknades i vårt fall, det bör alltid kontrolleras vid misstänkt pneumoni och bidrar till allvarlighetsbedömningen. Tecken på allvarlig sjukdom är saturation <92 % hos tidigare lungfrisk patient. *Vår patient hade 95 % i saturation.*

3. Vilka prover vill du ta?

Vid pneumoni handlagd i öppenvård behövs vanligen inte **CRP**, men kan användas vid oklar diagnos och/eller vid osäkerhet om allvarlighetsgrad. CRP mätning ensamt ger ej grund för bedömning utan måste värderas med den kliniska bilden och hur länge symtom funnits.

Vid nedre luftvägsinfektion med symtom som feber, hosta och dyspné och CRP>100 mg/L är pneumoni vanligt liksom om symtomen varat > 1 vecka och CRP > 50 mg/L. Vid CRP-värden < 20 mg/L är en behandlingskrävande pneumoni osannolik. Värden på CRP mellan 20 till 50 ger inte tydlig diagnostisk vägledning. Om patienten inte är allmänpåverkad kan i första hand expektans med förnyad kontakt eller fördröjd antibiotikaförskrivning rekommenderas. *Vår patient hade CRP 117 mg/L.*

Utökad provtagning, som används vid handläggning på sjukhus, med Hb, LPK, trombocyter, CRP, SR, kreatinin/urea, albumin, Na, K och ALAT kan bli aktuellt i utvalda fall.

4. Finns det behov mikrobiologisk diagnostik?

Odlingsprov är viktiga för att fastställa etiologi och resistensmönster och bör tas innan antibiotika ges vid sjukhusvård och **kan övervägas** i öppenvård. I första hand används **sputumodling**. Om detta inte är möjligt kan **nasofarynxodling** försökas (ej barn). Vid misstanke om atypisk genes kan provtagning med **PCR** från svalg eller nasofarynx användas.

Värdet med odling ökar ju osäkrare diagnosen är, desto allvarligare tillstånd som föreligger samt vid förekomst av kroniska sjukdomar som ex lungsjukdom, immunsuppression. *Vår patient har sannolik pneumoni, överväg sputumodling.*

5. Vilka differentialdiagnoser överväger du?

- **Akut bronkit?** En opåverkad patient med hosta, utan känd KOL, kronisk bronkit eller astma, och utan fokala kliniska auskultationsfynd har sannolikt akut bronkit. Örent andningsljud bilateralt är vanligt. Mätning av CRP behövs inte för diagnos. Patienten har, oavsett om den akuta bronkiten orsakats av virus, mykoplasma eller klassiska bakterier, ingen nytta av antibiotikabehandling. Se *Fallbeskrivning Akut bronkit 2015*.
- **Exacerbation av kronisk bronkit/KOL?** Se *Fallbeskrivning Akut exacerbation av KOL 2015*.
- **Oklar nedre luftvägsinfektion?** Inte sällan föreligger mindre tydlig klinisk bild med feber, hosta, varierande auskultationsfynd men opåverkat allmäntillstånd. Se diskussion om CRP/antibiotikabehandling under provtagning. Lungröntgen övervägs här framför allt vid hög ålder eller vid allvarlig bakomliggande sjukdom.
- **TBC?** Huvudsymtom vid TBC är långvarig hosta och anamnes på exposition. Överväg lungröntgen.

6. Föreligger det behov av att remittera akut till sjukhus och/eller röntgen?

Allvarlighetsbedömning görs med värdering av allmäntillstånd och CRB-65 med komplettering med saturation. Vid syrgasmättnad < 92 % hos en tidigare lungfrisk patient bör denne remitteras akut till sjukhus oberoende av CRB-65 poäng.

Vid CRB-65 1 poäng kan sjukhusvård övervägas, vid CRB-65 2-4 poäng ska alla patienter remitteras till sjukhus. Patienter med CRB-65 0 poäng kan bli aktuella att remittera vidare, exempelvis patienter med immunsuppression eller misstanke om ovanlig etiologi. *I vårt fall visade allvarlighetsbedömningen 0 poäng och saturation 95 % d.v.s. lämplig vårdnivå är öppenvård.* Röntgen krävs inte i normalfallet. Vid osäkerhet om diagnos bör patienten bli föremål för akut röntgen speciellt vid förekomst av samtidiga allvarliga sjukdomar.

7. Skulle Lennart bli frisk fortare om han fick antibiotika?

Vid misstanke om pneumoni bör alla patienter bli föremål för antibiotikabehandling. Vanligaste etiologi är pneumokocker och empirisk behandling måste omfatta effektivt pneumokockmedel. Förstahandsmedel är PcV, dosering 1 g x 3 till vuxen. Resistens hos pneumokocker mot penicillin är låg i Sverige, <5 %.

Vid penicillinallergi används erytromycin 250 mg 2 x 2 p.o. eller doxycyklin 100 mg 2 x 1 (3 dygn, därefter 1 x 1) p.o eller klindamycin 300 mg x 2 p.o.

Vid misstanke om pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (insjuknande i samband med utlandsresa, kända omgivningsfall) rekommenderas amoxicillin 1 g x 3.

Vid misstanke om *Haemophilus influenzae* (kroniskt luftvägssjuk: kronisk bronkit eller KOL) rekommenderas amoxicillin 500 mg x 3.

Vid misstanke om atypisk genes (yngre vuxen med successivt insjuknande, omgivningsfall, intensiv hosta) rekommenderas erytromycin 250 mg 2 x 2 p.o. eller doxycyklin 100 mg 2 x 1 (3 dygn, därefter 1 x 1) p.o. Observera dock att patienter med atypisk genes som erhåller PcV i lika hög grad blir återställda som patienter som erhåller riktad behandling, dock kan tid till förbättring skilja.

Behandlingstid är 7 dagar.

8. Behöver du följa upp patienten?

Vid okomplicerad pneumoni telefonuppföljning efter 2-4 veckor. Uppföljning med återbesök behövs endast vid komplicerad pneumoni (IVA-vård, empyem, abscess, immunbrist).

Lungröntgen efter 6-8 veckor görs om det föreligger riskfaktor för lungcancer (rökare eller f.d.rökare äldre än 40 år) eller vid komplicerad pneumoni. Rökavvänjning bör givetvis erbjudas.

Pneumokockvaccination skall övervägas till riskgrupper enligt Socialstyrelsen rekommendationer (SOSFS 1994:26) till personer >65 år, genomgången svår pneumokockinfektion, svåra kroniska hjärt-, lung- och njursjukdomar, diabetes, alkoholism, levercirros eller Downs syndrom, nedsatt immunförsvar genom anatomisk eller funktionell aspleni, nedsatt immunförsvar genom HIV, lymfom, Hodgkins sjukdom m.fl. eller immunsuppressiv behandling, skallfraktur eller likvorläckage

Referenser

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Strama. Länk: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Behandlingsrekommendationer-for-vanliga-infektioner-i-oppenvard/>

Farmakologisk behandling av nedre luftvägsinfektioner i öppen vård. Behandlingsrekommendation och bakgrundsdokumentation. Tryckt version: 2008:(19). Länk: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Nedre-luftvagsinfektioner/>

Medicinsk regional riktlinje Pneumoni VGR, <http://epi.vgregion.se/sv/Lakemedel-i-Vastra-Gotalandsregionen/Vardgivarstod/Medicinska-riktlinjer/>