

Livstruende astma kan være svær at skelne fra akut koronart syndrom

Stine Skipper Madsen & Kirsten E. Sidenius

KASUISTIK

Allergi og Lungeklinikken, Helsingør

Ugeskr Læger
2014;176:V05140290

Tankevækkende sygehistorier bør belyses med henblik på udveksling af erfaring og forbedring af patientforløb. Denne sygehistorie omhandler en astmapatient, hvor god anamnese, simple differentialdiagnostiske overvejelser, spirometri og god opfølgning kunne have forkortet forløbet med ukontrolleret astma og eksacerbation.

SYGEHISTORIE

En 47-årig kvinde blev indlagt på en kardiologisk afdeling på mistanke om akut koronarsyndrom pga. brystmerter og tiltagende dyspnø. Hun var aldrigryger, tidligere astmabehandlet og disponeret for såvel hjerte-kar-sygdom som astma. I indlæggelsesjournalen blev der angivet hvile- og funktionsdyspnø samt klemmende og pressende brystmerter uden udstråling. Der blev udført hjertestetoskopi, a-punktur, røntgen af thorax, CT med kontrast af thorax og abdomen, elektrokardiografi, ekkokardiografi og målt koronarenzymer og D-dimer. Alle undersøgelserne viste normale forhold. Efter seks dage blev hun overflyttet til en lungemedicinsk afdeling, hvor det blev noteret, at dyspnøen opstod om natten og særligt i koldt vejr. Astmadiagnosen blev fastlagt ved en spirometri, der viste forceret udåndingsvolumen i første sekund (FEV1) på 36% af forventet og reversibilitet efter korttidsvirkende beta₂-agonist (SABA) på 39%. Man påbegyndte behandling med budesonid 400 mikrogram 2 sug × 2 samt SABA, og patienten blev udskrevet til opfølgning hos egen læge.

Efterfølgende havde patienten funktionsdyspnø, natlig trykken for brystet og behov for SABA 3-17 gange dagligt. To måneder efter udskrivelsen blev hun henvist til behandlingsoptimering hos en praktiserende lungemedicinsk speciallæge. En spirometri viste her obstruktivt nedsat lungefunktion (FEV1 1,31 l (43% af forventet), forceret vitalkapacitet (FVC) 2,29 l (64% af forventet), FEV1/FVC 57%) (Tabel 1). Koncentrationen af nitrogenoxid i udåndingsluften (15 ppb) og eosinofilytter ($0,04 \times 10^9$) var normale. Man fandt ved brug af en træningsfløjte insufficient inspiratorisk flow i forhold til brug af turbohaler. Astmabehandlingen blev optimeret med et for patienten anvendeligt *device* i form af inhalations-spray på *aerochamber*, tillæg af langtidsvirkende

beta₂-agonist, ændring af højdosisinhalationssteroid (salmeterol/fluticasonpropionat 25/250 mikrogram/sug 2 sug × 2), SABA på spray anvendt alene eller på *aerochamber* samt en prednisolonkur på 37,5 mg × 1 i ti dage.

Ved en kontrol 14 dage senere følte patienten betydelig forbedring, og der sås en FEV1-stigning på 118% siden første besøg (FEV1 2,85 l (93% af forventet), FVC 3,61 l (102% af forventet), FEV1/FVC 79%).

DISKUSSION

Astmabehandlingen stiler overordnet mod vedvarende kontrol af symptomer (ingen/få dagsymptomer, ingen begrænsning af daglig aktivitet, ingen naturlige symptomer, ≤ 2 SABA/uge og normal lungefunktion) og forebyggelse af eksacerbationer [2]. Efter flere måneders oppressionsfølelse, ukontrolleret astma og hospitalisering medførte behandlingsoptimeringen kontrol af patientens astma. Men er der tilgængelige redskaber til at forbedre et sådant forløb?

Patientens adhærens bør belyses. Ud fra det fælles medicinkort blev adhærens bedømt som ringe forud for indlæggelsen og god efter udskrivelsen. Sandsynligvis kunne indlæggelsen være undgået, hvis behandlingsplanen var blevet overholdt, og patienten havde forstået sygdommens alvorlighed.

Hernæst bør forløbet under og efter indlæggelsen belyses. Ved indlæggelsen blev den kardiologiske udredning sat i fokus med et intensivt undersøgelses-

TABEL 1

Spirometrier før og efter prednisolonkur, højdosisinhalationsteroid og langtidsvirkende beta₂-agonist.

	Ved første konsultation	14 dage senere
FEV1, l (% af forventet)	1,31 (43)	2,85 (93)
FVC, l (% af forventet)	2,29 (64)	3,61 (102)
FEV1/FVC, %	57	79

FEV1 = forceret udåndingsvolumen i første sekund;
FVC = forceret vitalkapacitet

program. Først da patienten efter seks dage blev overflyttet til en lungemedicinsk afdeling, blev det noteret, at hun var disponeret til astma og tidligere havde været i behandling herfor, og der blev foretaget spirometri. Astma er en hyppig årsag til dyspnø samt oppressionsfølelse og bør altid være en differentialdiagnose. Med tiltagende specialisering og pakkeforløb påhviler det den behandlingsansvarlige læge at have skærpet opmærksomhed på differentialdiagnoser fra nærliggende specialer.

Ved udskrivelsen af patienten blev der påbegyndt astmabehandling, men uden prednisolonkur. Efter skadestuebesøg eller hospitalisering med svær astma har den ordinerende læge ansvar for, at patienten udskrives med prednisolon, højdosisinhalationsteroid med anvendeligt inhalations-*device* samt fastlæggelse af den videre behandlingsplan. Patienter med astma skal ses hurtigt til kontrol og følges tæt via en lungemedicinsk speciallæge eller egen læge, indtil astmakontrol er opnået, og den nødvendige patientuddannelse er givet [1, 3].

Der er herved flere relativt lettilgængelige tiltag, der kunne have forkortet sygdomsforløbet hos patienten i sygehistorien. Ydermere er en patient som den beskrevne, med dårlig adhærens før hospitalisering, svær astma samt et stort og stigende SABA-forbrug, en risikopatient for fremtidige eksacerbationer og (nær-) fatale astmaanfald [1, 4].

SUMMARY

Stine Skipper Madsen & Kirsten E. Sidenius:

Late diagnostics and inadequate follow-up of asthma exacerbation

Ugeskr Læger 2014;176:V05140290

Late diagnostics and inadequate follow-up of an asthma patient could have been avoided by use of accessible initiatives. Several differential diagnoses to dyspnoea and oppression of the chest exist and in this case a spirometry would have established the asthma diagnosis. Increasing specialization causes necessity to focus on differential diagnosis from nearby specialities. After hospitalization with asthma, the patient should be followed closely until asthma control is achieved and the necessary education is given so that inhalation technique and adherence is optimized.

KORRESPONDANCE: Stine Skipper Madsen, Haraldsgade 20, st.tv., 2200 København N. E-mail: stine_madsen1312@hotmail.com

ANTAGET: 19. august 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 3.11.2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J 2005;26:319-38.
2. Asthma G-TGf. Global strategy for asthma management and prevention 2012. www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_March13.pdf (5. sep 2014).

3. Zeiger RS, Heller S, Mellon MH et al. Facilitated referral to asthma specialist reduces relapses in asthma emergency room visits. J Allergy Clin Immunol 1991;87:1160-8.
4. Alvarez GG, Schulzer M, Jung D et al. A systematic review of risk factors associated with near-fatal and fatal asthma. Can Respir J 2005;12:265-70.