

Idiopatisk ødem kan føre til mange lægebesøg i forskellige specialer

Hanne Kalleklev Velure¹, Emiliya Vatsko² & Anette Bygum¹

KASUISTIK

1) Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital
2) Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger
2017;179:V06170466

Kronisk tendens til væskeophobning i kroppen ses ved det såkaldte idiopatiske ødem, som synes at være en overset diagnose. Klassiske sygdomstræk er periodisk hævelse af ben, hænder og ansigt, evt. i kombination med opdrejet abdomen og periodisk polyuri. Hvis diagnosen ikke erkendes, er der risiko for, at patienterne gennemgår lange og ressourcerekrævende udredningsforløb uden terapeutiske konsekvenser.

SYGEHISTORIER

I. En 40-årig kvinde blev henvist fra en praktiserende dermatolog på mistanke om hereditært angioødem. Hendes symptomer begyndte efter en ferierejse til Tunesien, hvor hun fik influenzalignende symptomer med træthed og generel ødemtendens. Efter to måneder havde hun mere eller mindre konstant væskeansamling i huden med forværring efter fysisk aktivitet og stående stilling. Hun beskrev ledsagende muskelsmerter, træthed, svimmelhed, tørst og pollakisuri med mere end 35

vandladninger i døgnnet. Hun havde tendens til urticaria og eksem og kunne ved svære væskeansamlinger i huden få spontan purpura (**Figur 1**). Ydermere havde hun haft anoreksi og gik i perioder til psykolog. Symptomerne var så begrænsende for hendes daglige funktioner, at hun måtte opgive sit arbejde som mellemløber.

Angioødem, vaskulitis, parasitose og hjerte-kar-sygdom blev udelukket klinisk og paraklinisk. Som led i udredningen registrerede hun sin vægt morgen og aften, og denne viste daglige udsving på > 1,4 kg (**Tabel 1**). Flere gange var der en vægtstigning på op til 3 kg i løbet af en dag. Diuretisk behandling med furosemid var uden større effekt. Hun fik i forløbet diagnosticeret fibromyalgi og depression og påbegyndte antidepressiv behandling.

II. En 38-årig kvinde blev henvist fra egen læge på mistanke om angioødem. Hun havde tidligere haft hirsutisme og vægtøgning efter brug af p-piller. Man havde mistanke om polycystisk ovarie-syndrom, hvilket dog ikke kunne bekræftes ved efterfølgende udredning. Efter oplægning af en hormonspiral tog hun 6 kg på i vægt over en måned og begyndte at hæve op over hele kroppen, især ved fysisk aktivitet. Hun fik samtidige led- og bækkenmerter og en brændende fornemmelse i huden. Hovedproblemet var generende ødemtendens, som om morgenen kunne vise sig i ansigtet og på hænderne, mens det senere på dagen viste sig ved ødematøse ekstremiteter og udspilet abdomen. I forløbet havde hun været udredt på gynækologisk, kardiologisk, organkirurgisk og reumatologisk afdeling, hvor diagnoserne havde været Cushings syndrom obs. pro, præmenstruelt syndrom, metroragi, dysmenoré, endometriose obs. pro, mavesmerter, dyspnø, familiær hyperkolesterolemie, analinkontinens og bækkenmerter.

Hun havde været behandlet med bendroflumethiazid og furosemid, hvor sidstnævnte kunne reducere vægten med 1-2 kg, men ikke i væsentlig grad afhjælpe den synlige væskeophobning, det ledsagende ubehag og de signifikante vægtudsving over døgnnet. Under et ferieophold i udlandet havde hun fået manuel lymfedrænage, hvilket gav et vægttab på 4 kg. Vægtregistrering bekræftede mistanken om idiopatisk

FIGUR 1

Spontan purpura udviklet på knæ (A) hos patienten fra sygehistorie I. Ødemet remitteret efter en uge (B). Ødem i ansigtet om morgenen (C) og samme patient uden ødem (D).



TABEL 1

Uddrag af vægtregistrering foretaget af patienten i sygehistorie I.

Dato	Vægt, kg		
	morgen	aften	stigning
2.11.	44,3	46,4	2,1
3.11.	44,1	46,7	2,6
4.11.	44	45,6	1,6
5.11.	43,3	45,5	2,2
6.11.	44	45,7	1,7
7.11.	44,5	46,5	2
8.11.	44,7	47	2,3
9.11.	45,6	47,7	2,1
10.11.	45,3	47,5	2,2
11.11.	46,5	47,6	1,1
12.11.	45,7	48	2,3

ødem, hvorefter hun påbegyndte magistrel behandling med efedrin 25 mg × 1-3 dagl., hvilket eklatant bedrede hendes symptomer.

DISKUSSION

De to patienter havde typiske symptomer på idiopatisk ødem med ledsagende nedsat livskvalitet. Patienten i sygehistorie I var psykisk sårbar, hvilket er beskrevet som led i sygdomsbilledet [1]. Det samme er spiseforstyrrelser [2, 3], som hun tidligere havde haft. I flere tilfælde havde hun observeret spontan purpura i relation til den ødematøse hud, og man har i litteraturen beskrevet øget kapillær permeabilitet ved tilstanden, hvilket evt. kan dokumenteres med Rumpel-Leede-tourniquet-test [4]. Patienten i sygehistorie II havde oplevet en odysse i sundhedssystemet, hvilket ikke er usædvanligt for denne patientgruppe.

Idiopatisk ødem har i klassiske tilfælde et distinkt klinisk sygdomsbillede, men tilstanden er ikke beskrevet i Medicinsk Kompendium og har heller ikke en specifik diagnosekode i ICD-10. Årsagen til idiopatisk ødem er ukendt, og der er ikke gode evidensbaserede behandlinger [1]. Vi ser en del patienter med denne tilstand i den dermatologiske klinik, og med øget kendskab blandt praktiserende læger og i relevante specialer vil vi sammen bedre kunne diagnosticere og behandle patientgruppen samt spare ressourcer ved at begrænse udredningsforløbene.

SUMMARY

Emiliya Vatsko, Hanne Kalleklev Velure & Anette Bygum:

Idiopathic oedema may cause many different clinical visits
Ugeskr Læger 2017;179:V06170466

Two patients with idiopathic oedema are presented describing their chronic tendency to accumulate fluid in the

body and associated clinical features. One patient also tended to develop spontaneous purpura, which has been described in this condition. The other patient had an Odyssey in the healthcare system before a final diagnosis of idiopathic oedema was reached and explained her different symptoms. Non-pharmacological interventions and various diuretics worked insufficiently, while ephedrine had an excellent efficacy in the second patient.

KORRESPONDANCE: Anette Bygum. E-mail: anette.bygum@rsyd.dk

ANTAGET: 25. juli 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 2. oktober 2017

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

LITTERATUR

1. Courtnadge C, Madsen F, Bygum A. Idiopatisk ødem. Ugeskr læger 2017;179:V06170450.
2. Anand AC, Narula AS, Anand M et al. Idiopathic oedema – a missed entity. J Assoc Physicians India 1991;39:258-9.
3. Bihun JA, McSherry J, Marciano D. Idiopathic edema and eating disorders: evidence for an association. Int J Eat Disord 1993;14:197-201.
4. Shimamoto K, Tanaka S, Ando T et al. Role of endocrinological factors in the pathogenesis of idiopathic edema. Tohoku J Exp Med 1980;130:71-8.