

MEQ 1

Man född 1969, arbetar som sjukhusfysiker, är gift och har barn. Använder ingen tobak. Sedan 10-årsåldern tränat och tävlat i orientering dock ej på elitnivå. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Tidigare frisk förutom misstänkt astma sista 10 åren.

Sedan början på 2008 inte kunnat träna ordentligt eftersom han vid hårdare ansträngning får en krampliknande smärta mitt i bröstet som försvinner efter 10-15 sek vila. Samtidigt också mer andfådd vid dessa episoder. Sökt vårdcentral under våren 2008 som ökat astmamedicineringen utan effekt. Dynamisk spirometri var också normal. I början på juni fått värk och svullnad i höger vad och söker akutmott där man diagnostiserar en låg DVT i höger ben. Insätts på Waran och vadbesvären försvinner.

Kommer nu på remiss från vårdcentral i oktober 2008 till hjärtmottagning på regionsjukhus under frågeställning oklara andningsbesvär och bröstsmärtor. Bröstsmärtebesvären/andfåddheten vid hårdare ansträngning fortsatt oförändrat sedan början på året.
Läkemedel: Pulmicort 200ug 1x2, Bricanyl 0,5 mg vb, Waran enl ord

Status:

AT: Gott och opåverkat. Normalbyggd. Saturation 98% på luft. Inga perifera inkompensationstecken.

Cor: Regelbunden rytm, inga hörbara bi eller blåsljud.

Lungor: Normalt andningsljud bilateralt.

Blodtryck: 130/90

Buk: Palperas mjuk och oöm. Ingen säker leverförstoring.

Lab: Hb 160, Na 140, K 3.7, Kreatinin 99, NT-proBNP (<90) 990, INR 2.2, leverstatus ua
EKG Bifogas

Fråga 1:

Utifrån befintlig information kan flera differentialdiagnoser misstänkas. Nämn de 3 troligaste och motivera kort det som talar för eller emot. (3 p)

MEQ 1

Man född 1969, arbetar som sjukhusfysiker, är gift och har barn. Använder ingen tobak. Sedan 10-årsåldern tränat och tävlat i orientering dock ej på elitnivå. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Tidigare frisk förutom misstänkt astma sista 10 åren.

Sedan början på 2008 inte kunnat träna ordentligt eftersom han vid hårdare ansträngning får en krampliknande smärta mitt i bröstet som försvinner efter 10-15 sek vila. Samtidigt också mer andfådd vid dessa episoder. Sökt vårdcentral under våren 2008 som ökat astmamedicineringen utan effekt. Dynamisk spirometri var också normal. Under sommaren fått värk och svullnad i höger vad och söker akutmott där man diagnostiserar en låg DVT i höger ben. Insätts på Waran och vadbesvären försvinner.

Kommer nu på remiss från vårdcentral i oktober 2008 till hjärtmottagning på regionsjukhus under frågeställning oklara andningsbesvär och bröstsmärtor.

Bröstsmärtebesvären/andfåddheten vid hårdare ansträngning fortsatt oförändrat sedan början på året.

Läkemedel: Pulmicort 200ug 1x2, Bricanyl 0,5 mg vb, Waran enl ord

Status:

AT: Gott och opåverkat. Normalbyggd. Saturation 98% på luft. Inga perifera inkomensationstecken.

Cor: Regelbunden rytm, inga hörbara bi eller blåsljud.

Lungor: Normalt andningsljud bilateralt.

Blodtryck: 130/90

Buk: Palperas mjuk och oöm. Ingen säker leverförstoring.

Lab: Hb 160, Na 140, K 3.7, Kreatinin 99, NT-proBNP (<90) 990, INR 2.2, leverstatus ua

EKG Bifogas

De 3 mest troliga differentialdiagnoserna är angina pectoris, lungemboli eller hjärtsvikt.

Fråga 2:

Vilka första undersökningar vill du beställa för att komma vidare i diagnostiken och varför? (1.5 p)

MEQ 1

Man född 1969, arbetar som sjukhusfysiker, är gift och har barn. Använder ingen tobak. Sedan 10-årsåldern tränat och tävlat i orientering dock ej på elitnivå. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Tidigare frisk förutom misstänkt astma sista 10 åren.

Sedan början på 2008 inte kunnat träna ordentligt eftersom han vid hårdare ansträngning får en krampliknande smärta mitt i bröstet som försvinner efter 10-15 sek vila. Samtidigt också mer andfådd vid dessa episoder. Sökt vårdcentral under våren 2008 som ökat astmamedicineringen utan effekt. Dynamisk spirometri var också normal. Under sommaren fått värk och svullnad i höger vad och söker akutmott där man diagnostiserar en låg DVT i höger ben. Insätts på Waran och vadbörsven försvinner.

Kommer nu på remiss från vårdcentral i oktober 2008 till hjärtmottagning på regionsjukhus under frågeställning oklara andningsbesvär och bröstsmärtor.

Bröstsmärtebesvären/andfåddheten vid hårdare ansträngning fortsatt oförändrat sedan början på året.

Läkemedel: Pulmicort 200ug 1x2, Bricanyl 0,5 mg vb, Waran enl ord

Status:

AT: Gott och opåverkat. Normalbyggd. Saturation 98% på luft. Inga perifera inkompenationstecken.

Cor: Regelbunden rytm, inga hörbara bi eller blåsljud.

Lungor: Normalt andningsljud bilateralt.

Blodtryck: 130/90

Buk: Palperas mjuk och oöm. Ingen säker leverförstoring.

Lab: Hb 160, Na 140, K 3.7, Kreatinin 99, NT-proBNP (<90) 990, INR 2.2, leverstatus ua

EKG Bifogas

De 3 mest troliga differentialdiagnoserna är angina pectoris, lungemboli eller hjärtsvikt.

Du beställer arbetsprov där patienten klarar 190 W (normalt) med tilltagande bröstsmärta men normal EKG reaktion. Lungscint visar låg sannolikhet för lungemboli och CT-thorax normalfynd.

Ekokardiografi: LV måttligt dillaterad, LV-EF skattas markerat sänkt 0.15-0.3 pga främst septal och apikal hypokinesi, övriga väggpartier mer normal väggförtjockning. RV normalstor och med normal funktion. Lindrig TI med Vmax 3 m/sek. CVP skattas normalt till 5mmHg.

Fråga 3:

Vad är den troligaste förklaringen till patientens besvär och vad har sannolikt inträffat?

1p

MEQ 1

Man född 1969, arbetar som sjukhusfysiker, är gift och har barn. Använder ingen tobak. Sedan 10-årsåldern tränat och tävlat i orientering dock ej på elitnivå. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Tidigare frisk förutom misstänkt astma sista 10 åren.

Sedan början på 2008 inte kunnat träna ordentligt eftersom han vid hårdare ansträngning får en krampliknande smärta mitt i bröstet som försvinner efter 10-15 sek vila. Samtidigt också mer andfådd vid dessa episoder. Sökt vårdcentral under våren 2008 som ökat astmamedicineringen utan effekt. Dynamisk spirometri var också normal. Under sommaren fått värk och svullnad i höger vad och söker akutmott där man diagnostiserar en låg DVT i höger ben. Insätts på Waran och vadbesvären försvinner.

Kommer nu på remiss från vårdcentral i oktober 2008 till hjärtmottagning på regionsjukhus under frågeställning oklara andningsbesvär och bröstsmärtor.

Bröstsmärtebesvären/andfåddheten vid hårdare ansträngning fortsatt oförändrat sedan början på året.

Läkemedel: Pulmicort 200ug 1x2, Bricanyl 0,5 mg vb, Waran enl ord

Status:

AT: Gott och opåverkat. Normalbyggd. Sturation 98% på luft. Inga perifera inkomensationstecken.

Cor: Regelbunden rytm, inga hörbara bi eller blåsljud.

Lungor: Normalt andningsljud bilateralt.

Blodtryck: 130/90

Buk: Palperas mjuk och oöm. Ingen säker leverförstoring.

Lab: Hb 160, Na 140, K 3.7, Kreatinin 99, NT-proBNP (<90) 990, INR 2.2, leverstatus ua

EKG Bifogas

De 3 mest troliga differentialdiagnoserna är angina pectoris, lungemboli eller hjärtsvikt.

Du beställer arbetsprov där patienten klarar 190 W (normalt) med tilltagande bröstsmärta men normal EKG reaktion. Lungscint visar låg sannolikhet för lungemboli och CT-thorax normalfynd.

Ekokardiografi: LV måttligt dillaterad, LV-EF skattas markerat sänkt 0.15-0.3 pga främst septal och apikal hypokinesi, övriga väggpartier mer normal väggförtjockning. RV normalstor och med normal funktion. Lindrig TI med Vmax 3 m/sek. CVP skattas normalt till 5mmHg.

Sannolikt ischemisk kardiomyopati efter genomgången hjärtinfarkt och kvarstående angina pectoris och hjärtsvikt. Coronarangiografi bekräftar detta och visar en stängd LAD (i mellersta delen) med god kollateralförsörjning från LCX och RCA.

Fråga 4:

Patienten har ett förhöjt NT-proBNP värde på 990. Ange 2 orsaker utöver hjärtsvikt som kan orsaka/accentuera ett förhöjt värde? (1p)

Fråga 5:

Ange utifrån ekokardiografisvaret skattat systoliskt lungartärtryck? (1p)

Fråga 6:

Patienten insätts på behandling mot hjärtsvikt (och angina pectoris) i form av betablockad och ACE-hämmare. Vid måldoser av dessa preparat är patienten fortfarande i NYHA 2 ur hjärtsviktsynpunkt. Vilken ytterligare farmakologisk tilläggsbehandling är indicerad enligt guidelines och vilken studie ligger till grund för detta ? (1p)

Fråga 7:

Med farmakologisk behandling upphör patientens bröstsmärtebesvär.

Vad är en rimlig ytterligare undersökning att göra för att avgöra om eventuell revaskularisering av LAD ska anses indicerad ur hjärtsviktsynpunkt och vad skulle i så fall tala för en revaskularisering? (1.5 p)