

Patientfall pneumoni

Lennart som är 60 år hör av sig till vårdcentralen i maj månad på grund av hosta, feber och andfåddhet. Han är tidigare frisk, röker inte, brukar inte ha hosta och använder inga läkemedel. Han har tagit alla rekommenderade doser med vaccin mot covid-19. En vecka tidigare insjuknade Lennart med snuva och hosta. Efter några dagar kände han sig bättre men under gårdagen blev han hastigt 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.

Frågor

1. Vad finns det för varningssignaler som gör att Lennart måste komma för undersökning och inte enbart kan få råd om egenvård?
2. Behöver vi komplettera anamnesen?

När Lennart väl kommer till vårdcentralen hittar du följande i status:

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

BT: 145/90 mm Hg

Hjärta: Regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 96 slag/minut

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

3. Saknar du något i status?
4. Vilka diagnosförslag överväger du? Och hur bedömer du allvarlighetsgraden?
5. Vilka prover vill du ta?
6. Finns det behov av mikrobiologisk diagnostik?
7. Föreligger det behov av röntgen?
8. Skulle Lennart bli frisk fortare om han fick antibiotika?
9. Behöver du följa upp patienten?

Handledarmanual – patientfall pneumoni

1. Vad finns det för varningssignaler som gör att Lennart måste komma för undersökning och inte enbart kan få råd om egenvård?

Dubbelinsjuknandet, alltså att han hade en infektion, blev bättre och sedan febrig och sämre igen, är en varningssignal om att en mer allvarlig infektion kan ha tillstött. Han har dessutom smärta i bröstkorgen och jobbigt att andas vilket kan tyda på en infektion som behöver behandlas.

2. Behöver vi komplettera anamnesen?

- Tidigare rökning? Om så, har han haft nedsatt ork den senaste tiden som sedan har förvärrats i samband med infektionen? Ökad eller missfärgad sputa?
- Tidigare/nuvarande sjukdomar?
- Medicinering?
- Utlandsresa?
- Andra sjuka i omgivningen? Har han träffat barnbarn eller andra yngre barn?

När Lennart väl kommer till vårdcentralen hittar du följande i status:

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

BT: 145/90 mm Hg

Hjärta: Regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 96 slag/minut

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

3. Saknar du något i status?

- Andningsfrekvens – normal andningsfrekvens ligger ≤ 20 andetag per minut. Har man ingen klocka i rummet kan man prova att andas med i samma takt som patienten och känna om det känns normalt eller kanske lite väl flåsig.
- Saturation – Tecken på allvarlig sjukdom är saturation $< 92\%$ hos tidigare lungfrisk patient.

4. Vilka diagnosförslag överväger du? Och hur bedömer du allvarlighetsgraden?

- **Pneumoni?** Stämmer väl med anamnes och status, patient som relativt plötsligt har försämrats, auskultationsfynden talar för att det troligen är en högersidig pneumoni, är man osäker på auskultationsfyndet kan man göra en röntgen, man kan också komplettera med CRP vid osäkerhet. Observera att feber inte alltid föreligger vid pneumoni, speciellt inte hos äldre patienter.
Både huvudvärk och gastrointestinala symtom till exempel diarré är inte ovanliga vid pneumoni.
- **Covid-19?** Vaccination utesluter inte infektion men auskultationsfynden talar för pneumoni.
- **Influensa?** Fel säsong även om man naturligtvis kan drabbas när som helst under året. Sannolikheten är inte så stor.
- **Akut bronkit?** Den här patienten är för påverkad för att det ska stämma och statusfynden talar mer för en pneumoni.

En opåverkad patient med hosta, utan känd KOL, kronisk bronkit eller astma, och utan fokala kliniska auskultationsfynd har sannolikt akut bronkit. Orena andningsljud bilateralt är vanligt, men det ska inte finnas fokala rassel eller dämpning. Mätning av CRP behövs inte för diagnos men kan vara vägledande om anamnes och status inte kan skilja pneumoni från akut bronkit. Vid akut bronkit har patienten, oavsett om den akuta bronkiten orsakats av virus, mykoplasma eller klassiska bakterier, ingen nytta av antibiotikabehandling. Se *patientfall akut bronkit*.

- **Exacerbation av kronisk bronkit/KOL?** Det finns inget i det vi fått veta om Lennart som talar för KOL eller kronisk bronkit. Se *patientfall akut exacerbation av KOL*.
- **Tuberkulos?** Huvudsymtom vid tuberkulos är långvarig hosta och anamnes på exposition. Överväg lungröntgen vid anamnes på detta.
- **Kikhosta?** Viktigt att tänka på vid frekvent kraftig hosta särskilt om det finns spädbarn i närheten och om det finns andra kända fall i omgivningen. Vid misstanke tas NPH-PCR som har hög sensitivitet första tre veckorna efter symtomdebut. Sent i förloppet vid negativ NPH-PCR kan man istället använda sig av serologi, antikroppar mot pertussistoxin, detta kan dock vara svårtolkat vid tidigare vaccination.

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

C: nyttillkommen 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. Vid CRB-65 2–4 poäng behöver patienten som regel vårdas inläggande. Saturation $< 92\%$ hos tidigare lungfrisk patient är också ett allvarligt tecken som oftast föranleder ambulanstransport till sjukhus. Se även avsnittet Tecken på allvarlig infektion hos vuxna i [Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård](#).

5. Vilka prover vill du ta?

Vid pneumoni handlagd i öppenvård behövs vanligen inte CRP, men det kan användas vid oklar diagnos och/eller vid osäkerhet om allvarlighetsgrad. Det kan också vara av värde för att följa förloppet efter insatt behandling. CRP-mätning ensamt ger ej grund för pneumonidiagnos utan måste värderas med den kliniska bilden och hur länge symtom funnits.

Vid nedre luftvägsinfektion med symtom som feber, hosta och dyspné och CRP över 100 mg/L är pneumoni vanligt, liksom om symtomen varat en vecka eller mer och CRP fortfarande är över 50 mg/L. Vid CRP-värden under 20 mg/L är en behandlingskrävande pneumoni osannolik. Värden på CRP mellan 20 och 50 ger inte tydlig diagnostisk vägledning. Om patienten inte är allmänpåverkad kan i första hand exspektans med förnyad kontakt eller fördröjd antibiotikaförskrivning rekommenderas. Utökad provtagning, som används vid handläggning på sjukhus, kan bli aktuellt i utvalda fall.

6. Finns det behov av mikrobiologisk diagnostik?

Odlingsprov används 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 man försöka med nasofarynxodling (ej barn). Vid misstanke om atypisk genes kan provtagning med PCR från svalg eller nasofarynx användas. Värde av odling ökar om diagnosen är osäker, om patientens tillstånd är allvarligt samt vid förekomst av kroniska sjukdomar som lungsjukdom eller immunsuppression.

7. Föreligger det behov av röntgen?

Röntgen krävs inte i normalfallet. Vid osäkerhet om diagnos bör patienten bli föremål för akut röntgen speciellt vid förekomst av samtidiga allvarliga sjukdomar.

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

Patienter med misstänkt pneumoni bör få antibiotikabehandling. Den vanligaste och farligaste etiologin vid pneumoni är pneumokocker, de ger störst risk för dödsfall och komplikationer som sepsis, varför empirisk behandling måste omfatta effektivt pneumokockmedel. Förstahandsmedel är PcV 1 g x 3 i 7 dagar till vuxna. Resistens hos pneumokocker mot penicillin är låg i Sverige. Vid penicillinallergi används doxycyklin 100 mg 2 x 1 i 3 dagar och därefter 100 mg 1x1 i ytterligare 4 dagar.

Hade patienten haft KOL hade det även varit viktigt att täcka för Haemophilus influenzae och då hade man satt in amoxicillin 750 mg x 3 i 7 dagar.

9. 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 före detta rökare äldre än 40 år) eller vid komplicerad pneumoni. Rökavvänjning bör givetvis erbjudas.

Om patienten inte blir bättre inom 2–3 dagar bör man göra en ny bedömning.

Referenser

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård. Folkhälsomyndigheten, Läke medelsverket och Strama. Länk: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/b/Behandlingsrekommendationer-for-vanliga-infektioner-i-oppenvard/>

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

Fallet omarbetat från VG-regionens fall för kontaktläkare i primärvården.

Reviderad juni 2023