

inkubationstid på cirka fyra dagar söker patienten (ofta barn under fem år eller äldre människor) för ett par dygns anamnes på diarré, i regel blodig. Andra symtom är krampartade buksmärter, smärter i höger fossa, illamående och kräkning.

Vid undersökning är status ofta normalt, en viss ömhet och uppspändhet i buken kan förekomma. Mild feber förekommer i upp till hälften av fallen.

Bortsett från en leukocytos med vänsterförskjutet bild är rutinmässiga laboratorieprov väsentligen normala. Dia-gnosen fastställs genom påvisande av *E coli* O157:H7 eller verotoxin i feces.

Inflammationen i tjocktarmen är oftast mest uttalad i högercolon, såväl röntgenologiskt som koloskopiskt. Vid rektoskopi ses ofta en normal eller måttligt hyperemisk slemhinna. Högre upp i colon ses ödem, rodnad och fläckvisa ulcerationer. Mindre vanligt är blödningar och nekros. Såväl makro- som mikroskopiskt anses bilden likna ischemisk kolit och/eller *Clostridium difficile*-inducerad enterokolit, inkluderande pseudomembranös kolit.

Veckolång diarré

Diarrén varar en vecka eller något längre. Den mer komplicerade bilden med hemolytiskt uremiskt syndrom (HUS – mikroangiopatisk hemolytisk anemi, trombocytopeni och njursvikt) eller trombotisk trombocytopen purpura, TTP, brukar uppträda abrupt fem till tio dagar efter diarrédebuten. Det är dock färre än tio procent av patienterna med EHEC-utlöst diarré som drabbas av HUS eller TTP. Riskfaktorer för dessa komplikationer är leukocytos, hög feber initialt och mycket låg eller mycket hög ålder. TTP, som anses vara en allvarligare form av HUS, inkluderande feber och neurologiska symtom, drabbas dock enbart vuxna.

Vår patient, som klarat sig från HUS och TTP, är inte typisk vad beträffar ålder och lokalisering av koliten, men representerar i övrigt väl den tidiga bilden vid en svår EHEC-infektion.

Litteratur

1. Su C, Brandt LJ. *Escherichia coli* O157:H7 infection in humans. *Ann Intern Med* 1995; 123: 698-714.

Subaraknoidalblödning:

Anamnesen oftast avgörande för diagnostiken

Anamnesen är oftast avgörande för diagnostiken vid subaraknoidalblödning, men den kan variera inom ganska vida gränser.

Tre patienter som drabbades av huvudvärk som avsevärt skilde sig från vad de tidigare upplevt presenteras i Riskronden nummer 3 1996. Smärtdebuten var akut och alla hade en subaraknoidalblödning.

En 30-årig man sökte med smärter i bakhuvudet och nacken. Jourhavande ortoped noterade i journalen att mannen haft besvär från nacken flera år och att han behandlats av kiropraktor.

Den senaste veckan hade värken ökat. Citodon och Distalgesic hade inte hjälpt.

Mannen kunde inte sova. Han var uppjagad, skakade och hyperventilerade. Blodtrycket var 240/140. Nacken var stel och palpationsöm längs paravertebrala muskulaturen samt i trapezius och levator scapula på vänster sida.

Mannen avled

Mannen remitterades till medicinjouren, en AT-läkare, som fick veta att mannens smärter intensifierats de senaste 3-4 dagarna i anslutning till att denne för första gången på länge styrketränat och simmat. Blodtrycket var nu 210/110.

Remissvaret till ortopedien blev att patienten behövde adekvat smärtlindring samt kontakt med vårdcentralen för blodtrycks kontroll. Mannen fick en sömntablett och skickades hem.

En halvtimme senare blev han medvetslös och hämtades till sjukhuset med ambulans. Återupplivning lyckades inte.

Obduktion visade att dödsorsaken var en subaraknoidalblödning, som troligen utgick från ett medfött pulsåderbräck på hjärnans basala pulsåder.

Vid utredningen berättade mannens sambo att han ett par dagar tidigare klagat över en pulserande smärta i nacken med utstrålning mot hjässan.

Nästa natt gick mannen omkring och jämrade sig. Han sade att det smällt till i nacken. Det var då de åkte till akutmottagningen. Där påminde sig sjuksköterskan att mannen klagat över yrsel och sagt till ortopedjouren att han kände pulsationer i huvudet.

En 50-årig kvinna fick vid toalettbesök akut svår huvudvärk. Dagen efter

var hon tung i huvudet. Primärjouren misstänkte en subaraknoidalblödning. Bakjouren ordinerade datortomografi och, om den inte visade något onormalt, lumbalpunktion.

Datortomografin utföll negativt och lumbalpunktion genomfördes. Liquorproven innehöll ca 10 000 röda blodkroppar/ml. Fyndet misstolkades och patienten fick åka hem.

En vecka senare insjuknade patienten igen med huvudvärk, kräkningar och kramp. Datortomografi visade då att hon hade en subaraknoidalblödning. Hon opererades med bra resultat.

En 45-årig kvinna beskrev sin huvudvärk som akut, intensiv, pulserande samt framför allt lokaliserad till vänster tinning. Den liknade inte alls hennes tidigare migränfall.

Jourhavande neurologunderläkare bedömde huvudvärken som sannolikt godartad men beställde för säkerhets skull datortomografi. Denna visade ingen blödning.

Patienten for hem på eget initiativ. Hon hade fortsatt ont i huvudet och värken blev mer molande med spridning till nacken, berättade hon i ett brev till läkaren. När läkaren försökte kontakta kvinnan fick han veta att hon fallit ihop och dött på tunnelbanan.

Obduktion visade subaraknoidalblödning från ett rupterat aneurysm i bifurkationen av den intrakraniella delen av arteria carotis interna och ett uttalat hjärnödem.

Ett fall ur läroboken

Riskronden konstaterar att alla tre patienterna hade haft en huvudvärk som var avsevärt mer intensiv än vad de tidigare upplevt. Hos en debuterade smärtan vid ansträngning, hos en annan vid krystning.

Om AT-läkaren som undersökte den förste patienten hade intervjuat denne och hans sambo, som var med, hade han fått en beskrivning av en subaraknoidalblödning som hämtad ur en lärobok. I stället utgjorde hans journal en upprepning av ortopedläkarens utan diagnostiska överväganden.

I de två andra fallen misstänkte jourhavande läkare diagnosen och beställde helt korrekt datortomografi av huvudet. Då resultatet blev negativt fullföljdes utredningen bara i ett av fallen med lumbalpunktion. Dessvärre tolkades liquorundersökningen fel på grund av bristande erfarenhet. ●