

Röntgenkontroll efter pneumoni

# "FRISK UTGÅNGSBILD" HJÄLP VID NY DIAGNOS

Värdet av röntgenkontroll efter pneumoni har diskuterats. Förutom att upptäcka lungtumörer finns andra viktiga skäl att kontrollröntga efter pneumoni. Det viktigaste är kanske det ovärderliga underlag som en »frisk utgångsbild» utgör för bedömningen av ny lungröntgen vid misstanke om recidiv av pneumoni.

Bengt Järhult och Hans Holmberg har i Läkartidningen 23/96 respektive 34/96 ifrågasatt värdet av rutinmässig röntgen efter pneumoni. Huvudfrågan har varit om lungröntgen är en bra metod för att upptäcka lungcancer. Vi håller med om att rutinmässiga undersökningar generellt är av lågt värde. Dock tycker vi att det finns andra viktiga indikationer för att göra lungröntgenkontroll än risken för cancer. Indikationer som är applicerbara på en relativt stor andel patienter med pneumoni, framför allt om sjukhusvård varit nödvändig.

## Vanlig och långdragen sjukdom hos äldre

Pneumoni är en vanlig sjukdom med en betydande morbiditet. Den totala incidensen av pneumoni är ca 1 fall/100 invånare och år [1]. Incidensen är dock betydligt högre under första levnadsåret och hos äldre. Bland personer 60 år eller äldre är incidensen ca 2,5/100 personer och år [1]. Medianåldern bland patienter som sjukhusvårdades för pneumoni på 14 infektionskliniker i Sverige under 1995 var ca 70,5 år [2].

Pneumoni hos äldre går ej obemärkt förbi. Den akuta mortaliteten är relativt låg (<5 procent), men nedsättningen av den fysiska, och ibland psykiska, kapa-

citeten tar lång tid att råda bot på [3]. Bara ca 80 procent av personer med pneumoni känner sig subjektivt återställda åtta veckor efter utskrivning från sjukhus. Ungefär lika stor andel av patienterna är röntgenologiskt återställda vid samma tidpunkt. Vid en klinisk kontroll fyra–sex veckor efter utskrivning kommer en relativt stor andel äldre personer sålunda att ha kvarstående symptom, som t ex trötthet och nedsatt kondition.

Var dra gränsen för vilka som skall röntgas?

## Offta kronisk underliggande sjukdom

Patienter som sjukhusvårdas för pneumoni har i relativt stor utsträckning (>50 procent) kroniska, underliggande sjukdomar, framför allt kroniska hjärt-lungsjukdomar [3]. Eftersom hosta är ett vanligt symptom vid kronisk lungsjukdom, och även förekommer vid hjärtsvikt, kan det vara svårt att värdera eventuellt kvarstående hosta efter en pneumoni i dessa patientgrupper.

Röntga eller ej?

## En pneumoni medför stor risk för ny pneumoni

Patienter som har haft pneumoni löper stor risk att drabbas av en ny pneumoni inom några år. Vi visade i en retrospektiv studie att en patient som sjukhusvårdades för pneumoni hade >5 gånger högre risk för att få en ny pneumoni inom de närmaste åren efter utskrivningen än likställda kontroller avseende ålder och kön som sjukhusvårdades för andra infektioner [4].

I en nyligen avslutad prospektiv multicenterstudie av skyddseffekten av pneumokockvaccin mot pneumoni har vi kunnat konfirmera denna överrisk [5]. I denna studie inkluderades patienter 50–85 år gamla som nyligen sjukhusvårdades för pneumoni.

Patienter med känd immunsuppression eller med aktiv malign sjukdom inkluderades inte i studien och totalt hade ca 40 procent av patienterna ingen känd underliggande sjukdom.

Trots detta drabbades 120 av 691 patienter (17 procent) av en ny pneumoni under en medianuppföljningstid på ca



SERIE

## Omprövningen

Tidigare artiklar i serien »Omprövningen» har publicerats i Läkartidningen 16/96, 23/96, 26–27/96, 48/96, 3/97, 6/97 och 7/97.

2 1/2 år. Den totala incidensen av pneumoni under observationstiden var 7/100 personer och år, varierande från ca 4–5/100 personer och år i åldersgruppen 50–65 år till drygt 10/100 personer och år i åldersgruppen 76–85 år, dvs väsentligt högre siffror än i oselektat material med likartad ålderssammansättning [1].

Hos en patient med recidiv av pneumoni är det ovärderligt att ha tillgång till resultatet av en kontrollröntgen från föregående episod som jämförelse. Om infiltratet är lokaliserat till samma segment/lob är det viktigt att veta om det har varit helt borta under mellantiden.

Kronisk process eller locus minoris resistentiae?

## Konklusion

Det är ofta värdefullt med lungröntgenkontroll efter pneumoni, men inte enbart med målsättningen att upptäcka lungtumörer. Ett annat skäl att kontrollröntga är att det hos en äldre person med kronisk underliggande sjukdom kan vara svårt att veta om symptom och fynd som patienten uppvisar vid en klinisk kontroll beror på att lunginflammationen inte är läkt eller orsakas av grundsjukdomen.

Dessutom har patienter som en gång haft en pneumoni stor risk att få ny sådan infektion. Därför är kanske det viktigaste skälet för att göra röntgenkontroll det ovärderliga underlag som en »frisk utgångsbild» utgör för bedömningen av ny lungröntgen vid misstanke om recidiv av pneumoni.

Kontrollnivån efter pneumoni måste

## Författare

ÅKE ÖRTQVIST  
docent, chefsläkare

JONAS HEDLUND  
med dr, avdelningsläkare; infektionskliniken, Danderyds sjukhus.

sättas individuellt, men följande tumregler kan vara tillämpliga:

*Kontroll per telefon efter 4–6 veckor* av icke-rökare under 40 år som vårdats i öppen vård.

*Klinisk kontroll inklusive laboratorieprov vid behov efter 6–8 veckor*; minimikrav för alla övriga patienter. En telefonkontakt under mellantiden kan vara av värde.

*Klinisk kontroll + röntgen.* Röntgen bör inkluderas i kontrollen hos patienter med reciderande pneumoni oavsett ålder, hos rökare som är 40 år eller äldre, hos patienter med underliggande hjärt-lungsjukdom eller immunsuppressiv sjukdom samt hos patienter med ett komplicerat förlopp under vårdtiden.

### Referenser

1. Jokinen C. Incidence and microbial aetiology of pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland [dissertation]. Kuopio: University of Kuopio, 1991: No.2.
2. Hedlund J, Ahlqvist T, Braconier JH, Frolow I, Frydén A, Hall L et al. Vård av pneumoni vid svenska infektionskliniker – en kvalitetsanalys. Stockholm: Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea 1996; 105(1): 199.
3. Örtqvist Å, Hedlund J, Grillner L, Jalonen E, Kallings I, Leinonen M et al. Aetiology, outcome and prognostic factors in community-acquired pneumonia requiring hospitalization. Eur Respir J 1990; 3: 1105-13.
4. Hedlund JU, Örtqvist BÅ, Kalin M, Scalia-Tomba G, Giesecke J. Risk of pneumonia in patients previously treated in hospital for pneumonia. Lancet 1992; 340: 396-7.
5. Örtqvist Å, Hedlund J, Kalin M, the Swedish Pneumococcal Vaccination Study Group. Pneumococcal capsular polysaccharide vaccine (PCPV) for prevention of pneumonia in middle-aged and elderly persons: A prospective, randomized, placebo-controlled multicenter-trial. Proceedings of the 36th Interscience conference on antimicrobial agents and chemotherapy; 1996 Sept 15–18; New Orleans, Louisiana, USA. Washington DC: American Society for Microbiology, 1996.

## Fallbeskrivning

# BRONKIALKARCINOID MED ACTH-PRODUKTION

**Två fall av bronkialkarcinoid med ACTH-produktion presenteras. I det första fallet gjordes den initiala resektionen, som bedömdes vara radikal, utan att hormonproduktion hade diagnostiserats. Först när patienten återinsjuknade i en typisk Cushing-bild diagnostiserades den ektopiska ACTH-produktionen. Preoperativt kunde en lymfkörtelmetastas identifieras med oktreetidscintigrafi och avlägsnades efter peroperativ detektering av metastasen invid en bronk i lungvävnaden. Fall 2 avled innan primärkirurgi kunde genomföras.**

Bronkialkarcinoider med ACTH-produktion (adrenokortikotrop hormon) är sällsynta: färre än 80 fall är rapporterade [1]. Dessa tumörer är oftast belägna i thorax (bronker och tymus), men enstaka primära tumörer har återfunnits i pankreas. Svårigheter att tidigt lokalisera primärtumören har lett till att metastasering till lokoregionala lymfkörtlar i thorax inte är ovanlig. Dessa patienter har också i hög frekvens blivit föremål för hypofys- och adrenalectomier utan att den primära orsaken eliminerats.

### FALL 1

Patienten är en idag 55-årig kvinna som tidigare opererats transsternalt för en förmaksseptumdefekt. Hon insjuknade hösten 1988 med diabetes och hypertoni samt trötthet. Vid utredning kunde en tumör i höger lunga påvisas. Via en transsternal incision exstirperades förändringen, som visade sig vara en lågmalign karcinoid. Den bedömdes vara primär, utan tecken till lymfkörtelmetastaser. Immunhistokemisk undersökning av tumören visade ACTH-producerande celler. Efter operationen försvann patientens Cushing-bild helt.

Fyra år senare, hösten 1992, utvecklade patienten ånyo symtom av diffus

karaktär; hon kände sig tung i huvudet, dimmig i ögonen, svullen i kroppen och bedömdes närmast som »polysymtomatisk». Hypertoni diagnostiserades och behandlades. Efter ytterligare nio månader hade patienten utvecklat misstänkt cushingoida drag och nedsatt glukostolerans. Förhöjda koncentrationer av kortisol och ACTH i serum samt stegrad kortisolutsöndring i urinen påvisades. Datortomografi visade normal hypofys, men på misstanke om Cushing-syndrom på basis av ektopisk ACTH-produktion remitterades patienten för fortsatt utredning.

Dexametasonhämningstest (låg- respektive högdos) gav ingen hämning av kortisol, vilket stödde misstanken om ektopisk ACTH-produktion. Datortomografi av thorax avslöjade nytillkomna lymfkörtlar invid höger lunghilus. Oktreetidscintigrafi (<sup>111</sup>In-Octreoscan) visade upptag i en körtel medialt i höger lunga (Figur 1).

Preoperativt behandlades patienten med ketaconazol. Insulinbehovet och blodtrycksmedicinerings kunde reduceras.

### Peroperativ identifiering av tumörvävnad

Två dygn preoperativt erhöll patienten 164 MBq <sup>111</sup>In-Octreoscan. Thorax öppnades denna gång vid sjätte högra revbensinterstitiet och dissektionsarbetet koncentrerades mot det på datorbildens misstänkta området. Detektorn gav ingen riktningorientering på längre avstånd än 5 cm från tumören. Då adherens efter tidigare kirurgi lösts kunde

### Författare

VIBEKE BERGMARK  
avdelningsläkare, medicinska kliniken, Nyköpings lasarett

PETER ÖHMAN  
biträdande överläkare

BENGT E KARLBERG  
professor

STAFFAN SMEDS  
biträdande professor; samtliga vid endokrinologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.