

# Terapieresistent astma orsakades av aspirerad kräftklo

Noggrann anamnesupptagning och tidig bronkoskopi hade löst problemet



**EVA LINDBERG**, docent, överläkare, lung- och allergikliniken  
 eva.lindberg@akademiska.se  
**LEIF NORDANG**, med dr, över-

läkare, öron-, näs- och halskliniken; båda vid Akademiska sjukhuset, Uppsala

Främmande kropp i luftvägar är vanligast hos barn men förekommer även hos vuxna. I de fall då patienten inte genast söker för andningsbesvär och då lungröntgen visar normal bild finns risk att det dröjer onödigt lång tid innan rätt diagnos ställs. Här redogörs för ett sådant fall.

## FALLBESKRIVNING

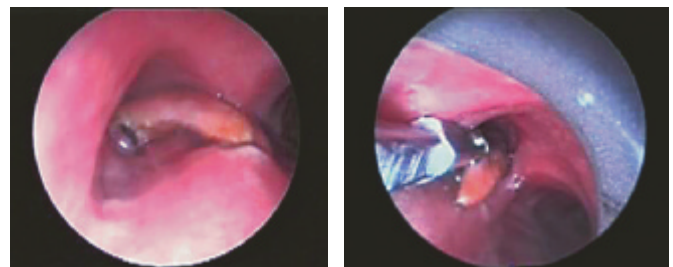
I augusti 2008 sökte en 57-årig man vårdcentralen akut på grund av andningsbesvär. Han hade behandlats för astma sedan 30-årsåldern och underhållsbehandlades nu med inhalationssteroider och kortverkande beta-2-stimulerare vid behov. Fem dagar före akutbesöket (5 augusti) hade han ätit kräftor och kände då att något fastnade i halsen. Sedan dess hade han fått tilltagande hosta och andfäddhet. Han hade distansronki men bra saturation, 98 procent, och PEF-värde 370 l/min (vid senaste läkarkontrollen var PEF-värdet 560). Efter akutbehandling med inhalation av Ventoline, Atrovent och Betapred-tabletter skedde en avsevärd förbättring, och PEF-värdet steg till 460 l/min. Mannen hade dock kvarvarande ronki över vänster lungfält och ordinerades 25 mg Prednisolon/dag i 5 dagar samt antibiotika (Tetracyklin) i 10 dagar.

Vid läkarbesök 2 en vecka senare sökte mannen vårdcentralen med liknande symtom och klinisk bild. Efter akutbehandling steg PEF-värdet från 300 till 510, men han återkom redan fyra dagar senare då han fortfarande hade hosta och andningsbesvär. EKG kontrollerades och var utan anmärkning, lungröntgen visade normal bild och man lade till Singulair till tidigare medicinering.

Under den följande tvåveckorsperioden sökte mannen vårdcentralen ytterligare två gånger och fick akutbehandling med god symtomatisk effekt. Han fick även ytterligare en kortisonkur. På grund av förvärrad astma planerades ett besök hos astmasköterska.

Läkarbesök 6 gjorde mannen i samband med vistelse i en annan stad. Han uppsökte där sjukhus akut då det tillkom plötsliga bröstsmärtor i samband med hosta. Det framgick då att hans astma hade förvärrats sedan åtta veckor och att försämringen hade debuterat i samband med att han ätit kräftor. Lungröntgen visade normal bild, och smärtorna bedömdes som muskuloskeletala. Efter inhalationsbehandling hördes enstaka ronki på lungorna. Vid det planerade besöket hos astmasköterskan (30 september 2008) framgick det att de aktuella besvärerna hade debuterat i samband med en kräftskiva då han råkat svälja en kräftklo och blödde i samband med detta kraftigt i halsen. Astmasköterskan gav sedvanlig information om astma och genomgång av inhalationsteknik.

Redan efter fyra dagar sökte mannen åter husläkare för andningssvårigheter. Han hävdade nu bestämt att besvärerna



Figur 1. Vänstra bilden visar kräftklon lokaliserad vid ingången till vänster huvudbronk med spetsen mot carina. Kräftklon kunde med viss svårighet lossas med tång via rakt bronkoskop (till höger).

debuterat i samband med att han fått en kräftklo i halsen nio veckor tidigare. Telefonkontakt togs med närmaste lungklinik, handläggningen bedömdes som brådskande och patienten hänvisades till akutmottagningen. Vid ankomsten till akutmottagningen var patienten rejält andningspåverkad med inspiratoriska och expiratoriska ronki på båda lungorna, och PEF-värdet var sänkt till 290 l/min. Efter akutbehandling med inhalationer och injektion med teofyllamin förbättrades han avsevärt och »kände sig bättre än på flera år«.

Vid fördjupad anamnes berättade mannen åter att han inte känt sig bra i sin astma sedan kräftskivan tio veckor tidigare då en kräftklo »bara försvann«. Han hade därefter hostat blod i en veckas tid och sedan dess utvecklat en mycket dålig andedräkt. På misstanke om inhalerad kräftklo sattes han upp för bronkoskopi påföljande dag. Fiberbronkoskopi bekräftade att det vid ingången till vänster huvudbronk fanns en stor kräftklo som låg transversellt med spetsen an mot carina och basen mot lateralsidan av vänster huvudbronk. Nästa dag genom-

**»Nästa dag genomfördes rigid bronkoskopi i narkos där kräftklon togs ut via bronkoskopet, och patientens andningsbesvär upphörde momentant.«**

## ■ sammanfattat

Denna fallrapport vill fästa uppmärksamhet på att främmande kropp i luftvägarna kan vara en orsak till försämring av astma. Vid misstanke om detta ska bronkoskopi utföras även om lungröntgen är normal.

Sju akuta läkarbesök på grund av andningsbesvär och två normala lungröntgenundersökningar föregick bron-

koskopin hos denne patient med tidigare välkontrollerad astma.

Fallbeskrivningen påminner om att främmande kropp i luftvägarna är en differentialdiagnos till akut astma även hos vuxna.

Med en ingående anamnes och snar bronkoskopi hade detta långdragna förlopp kunnat undvikas.

fördes rigid bronkoskopi i narkos där kräftklon togs ut via bronkoskopet (Figur 1), och patientens andningsbesvär upphörde momentant.

## DISKUSSION

I detta tragiskt långdragna fall sökte patienten med andningsbesvär i nio veckor till följd av något som borde ha varit lättdiagnostiserat om man från början varit mer lyhörd för anamnes och klinisk bild. Det faktum att han under perioden före besöket på akutmottagningen hade träffat sju olika läkare och en astmasköterska innan han remitterades för vidare utredning säger dock att det inte alltid är så enkelt i en stressig vardag.

Främmande kropp i luftvägar är vanligast hos barn [1] men förekommer även hos vuxna [2, 3]. Vanligen ger det akut insättande andningsbesvär, och diagnostiken är då uppenbar. I sent diagnostiserade fall är dock andningsbesvär och hosta typiska symtom, och tillståndet misstolkas ofta som astma och luftvägsinfektion [1, 3]. Särskilt i de fall då lungröntgen är normal kan diagnostiken fördröjas, i värsta fall i årtal, med stort lidande som följd [4].

I detta fall sökte patienten först efter fem dagar då andningsbesvär och hosta successivt hade tilltagit. Om han hade råkat ut för en akut ocklusion av vänster huvudbronk hade andningsbesvären med all sannolikhet varit mer uttalade initialt och föranlett akut sjukvårdskontakt. I stället hade kräftklon kilat sig fast mot carina och täppte endast delvis till ingången till vänster huvudbronk (Figur 1). Vid upprepade tillfällen noterades i journalen att han förbättrades avsevärt avseende PEF-värden, auskultationsfynd och subjektiva symtom på bronkvidgande behandling. Detta visar att den lokala slemhinneirritation som orsakades av kräftklon gav upphov till exacerbation av astman och att denna astmareaktion svarade på sedvanlig behandling.

Ensidiga ronki är ett kardinalsymtom på intrabronkiell process [2]. Vid det första läkarbesöket noterades i journalen att det efter antiobstruktiv behandling hördes kvarvarande ronki på vänster lungfält, ett observandum som tillsammans med anamnesen borde ha givit upphov till misstanke om främmande kropp. Å andra sidan är det inte ovanligt att det vid astma föreligger viss sidoskillnad i auskultationsfynden. Man tolkade fyndet som att astman inte var helt behandlad och ordinerade tilläggsbehandling med kortison peroralt i 5 dagar. Vid senare undersökningstillfällen (läkarbesök 6 och 7) hördes ronki på båda sidor, och de ensidiga ronki som noterades initialt kan ha berott både på främmande kropp och på astma.

Det kan vidare tyckas anmärkningsvärt att den anamnestiska uppgiften om initial blodhosta finns beskriven i journalen först vid det sjunde läkarbesöket. Blodhosta brukar upplevas som mycket skrämmande och snabbt föra patienter till läkare. I detta fall upplevde dock patienten att blodet kom från halsen och hade själv inte fäst så stor uppmärksamhet vid detta innan förloppet blev långdraget. Det är oklart om han

»Kräftklor är dock, liksom ett flertal andra främmande kroppar som kan gömma sig i luftvägar, inte röntgentäta.«

hade nämnt blodhostan tidigare, men han hade heller inte blivit tillfrågad om detta. Dålig andedrätt hade han dock tagit upp vid ett flertal läkarbesök utan att detta blivit journalfört, troligen på grund av att man inte såg något samband mellan dålig andedrätt och andningsbesvär.

Vid två tillfällen (läkarbesök 3 och 6) kontrollerades lungröntgen, vilket visar att man misstänkte att det kunde finnas en annan orsak till andningsbesvären än astma. Kräftklor är dock, liksom ett flertal andra främmande kroppar som kan gömma sig i luftvägar, inte röntgentäta. Man kan därför inte förvänta sig annat än en normal röntgenbild om inte den främmande kroppen har orsakat en totalocklusion med atelektas [3, 4]. Vid misstanke om främmande kropp bör man trots normal röntgenbild remittera patienten akut för bronkoskopi [6, 7].

Med anledning av ovanstående lärorika fallbeskrivning vill vi påminna om några basala regler:

- Lyssna på patienten – han/hon har ofta rätt.
- Ensidiga ronki bör inge misstanke om intrabronkiell process.
- Även astmatiker kan ha främmande kropp i luftvägar.
- Normal lungröntgen utesluter inte främmande kropp i luftvägarna.
- Vid misstanke om främmande kropp i luftvägar ska bronkoskopi göras snarast.

Som tillägg till ovanstående enkla regler kan vi med detta fall även addera följande lärdom: Gamla skaldjur stinker – även när de har inhalerats.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Chik KK, Miu TY, Chan CW. Foreign body aspiration in Hong Kong Chinese children. *Hong Kong Med J.* 2009;15(1):6-11.
2. Koul PA, Wahid A, Bhat TA, Husain T. Whistle in the bronchus. *Ann Thorac Med.* 2007;2(3):124-5.
3. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Bieltlot MP, Rodenstein DO. Tracheobronchial foreign bodies: presentation and management in children and adults. *Chest.* 1999;115(5):1357-62.
4. al-Majed SA, Ashour M, al-Mobeireek AF, al-Hajjaj MS, Alzeer AH, al-Kattan K. Overlooked inhaled foreign bodies: late sequelae and the likelihood of recovery. *Respir Med.* 1997;91(5):293-6.
5. Black RE, Johnson DG, Matlak ME. Bronchoscopic removal of aspirated foreign bodies in children. *J Pediatr Surg.* 1994; 29:682-4.
6. Swanson KL. Airway foreign bodies; what's new? *Semin Respir Crit Care Med.* 2004;25(4):405-11.
7. Hetzel MR. Disease of the upper airway. In: Gibson GJ, Duncan MG, Gostabel U, Sterk PJ, Corrin B, editors. *Respiratory medicine.* 3rd ed. Amsterdam: Elsevier Science; 2003. p. 1049-67.

## Läsarkommentar

På Lakartidningen.se kan du ge kommentarer i direkt anslutning till våra artiklar.

Utmanande saklig  
Läkartidningen