

MIKA LAITINEN

LKT, sisätautien erikoislääkäri,
kliininen opettaja
Helsingin yliopisto ja HUS
Meilahti, sisätaudit ja kuntoutus

JARKKO SUOMELA

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,
terveyskeskuslääkäri ja
lääkärikouluttaja
Helsingin yliopisto ja Helsingin
kaupunki

Keski-ikäinen mies kuumeilee ja laihtuu

– tapauksen ratkaisu

Anamneesin kertaus

50-vuotias mies hakeutui puolison vaatimuksesta yksityislääkärin vastaanotolle painon putoamisen ja kuumeilun takia. Lääkäri kirjoitti lähetteen sisätautipoliklinikalle, mutta näköoireet ajoivat potilaan neurologian päivystykseen.

Paino oli pudonnut lyhyessä ajassa 5 kg, kuumetta oli iltapainotteisesti ylimmillään 38,4 astetta ja lisäksi esiintyi yöhikoilua. Mies oli armeija-aikoina sairastanut myokardiitin. Siitä oli jäänyt hieman pienentynyt sydämen ejektiofraktio ja vasemman kammion laajentuma. Aorttaläppä oli synnynnäisesti kaksiliuskainen ja siinä oli kohtalainen vuoto. Mies oli käynyt säännöllisesti kardiologin seurannassa, ja löydökset olivat pysyneet ennallaan ja toimintakyky hyvänä.

Kliinisessä tutkimuksessa lääkäri totesi potilaan yleistilaltaan hyväkuntoiseksi. Sydäimestä kuului auskultoiden diastolinen sivuääni aortan kuuntelualueelta, keuhkojen auskultaatiolöydös oli normaali. Ainoana säännöllisenä lääkityksenä miehellä oli asikloviiri herpesksen estoon. Tarvittaessa hän otti kipulääkettä migreenioireisiin.

”Jos kirjoittaa sairaalalähetteen väärälle spesialiteetille, tapaus voi olla menetetty.”

Lääkäri teki yksityisvastaanotolta kiireellisen lähetteen keskussairaalan sisätautipoliklinikalle. Sinne pääsyä odottaessaan potilas kuitenkin hakeutui neurologian päivystykseen yliopistosairaalaan, kun hänelle ilmaantui vuorokauden aikana uusina oireina tutun aurallisen migreenin tyyppinen pysyvä näköhäiriö sekä lievää kipua silmän takana vasemmalle puolelle. Kuumetta oli käynyt 39,3 asteessa.

Muutamaa päivää aiemmin otetuissa laboratoriotuloksissa oli infektiota sopivia tuloksia (taulukko 1 osassa 2, SLL 18/2018). Vartalon TT:ssä ainoa poikkeava löydös oli lievästi suurentunut perna.

Neurologian päivystyksessä potilaan puhe oli selkeää, lämpö normaali ja verenpaine 109/63 mmHg. Silmien liikkeet olivat konjugoidut, nystagmusta ei ollut. Sormiperimetrialla tuli esiin vasemman näkökentän puutos.

Verkosta poimittua

”Pysyvä näköhäiriö ja puutosta näkökentässä? Päättä pitäisi varmaankin kuvata”, totesi verkkolääkäri ensimmäiseksi.

Veriviljelyvastauksia kaivattiin myös, samoin tuoretta sydämen kaikututkimusta, vaikka potilas oli kardiologin säännöllisessä seurannassa. Uusien oireiden syyksi verkkolääkäri ehdotti bakteeriembolusta aivoihin endocarditis lentasta. Subakuuttiin endokardiittiin sopisi myös lievästi suurentunut perna.

Verkkokollega kiinnitti huomiota laboratoriotuloksissa siihen, että hemoglobiinitaso näytti jatkavan laskuaan, todennäköisesti infektiota liittyen. Lisäksi oli lievä lymfopenia. Hän totesi, että löydöksellä ei ehkä ole merkitystä, ja HIV-infektiokin oli suljettu pois.

Silmäoire toi mieleen myös vaskuliitin, vaikka laboratoriotulokset eivät olekaan tyypillisiä eikä päänsärystä, lihas- tai niveloireista, iho- oireista, keuhko- tai sinusongelmista ole mainintaa, totesi eräs verkkokollega. ”Temporaaliarteriitti tuo on”, totesi toinen kollega. Hän suosittelee seuraavaksi biopsiaa ja sitten nopeaa kortisonilääkitystä riittävän suurin annoksin.

Verkossa pohdittiin myös, mikä merkitys on sillä, että potilas lähetetään oikealle erikoisalalle. ”Se onkin yksi vaikeimpia avohoidon lääkärin tehtäviä, kun monioireisen potilaan hoidossa tai diagnostiikassa tulee tenkkapoo eteen. Jos kirjoittaa sairaalalähetteen väärälle spesialiteetille, tapaus voi olla menetetty.”

Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Airaksinen J, Aalto-Setälä K, Hartikainen J ym, toim. Kardiologia. Kustannus Oy Duodecim 2016:895–910.
- 2 Aikuisen pitkittynyt kuumeilu. Lääkärin käsikirja 6.4.2018. www.terveysportti.fi
- 3 Tahaton laihtuminen aikuisella. Lääkärin käsikirja 26.4.2018. www.terveysportti.fi



Potilaan jatkohoito

Neurologian päivystyksessä pään magneettikuvassa todettiin oikealla okkipitaalisesti tuore infarkti ja ventrikkeliin rupturoitunut vuoto. Tuossa vaiheessa heräsi epäily endokardiitista ja potilas jäi osastohoitoon. Veriviljelyissä kasvoikin *Streptococcus mutans*. Ennen tuloksia aloitettu kefuroksiimilääkitys vaihdettiin ensin keftriaksoniin ja lopulta infektiolääkärin konsultaation jälkeen bentsyylipenisilliiniin vielä yli kuukauden ajaksi. Osastohoidon aikana tehdyssä magneettikuvauksessa näkyi sydämen vasemman kammion laajentuminen ja bikuspidaalisisessa aorttaläpässä vuotoa sekä vaikutelma pienestä vegetaatiosta.

Hammaspuolen selvittelyissä ei löytynyt infektiotokukseksi sopivaa, mutta hammaskiven poisto tehtiin antibioottiprofylaksiasuojassa. Ruokatorven kautta tehdyssä sydämen kaikututkimuksessa synnynnäisesti kaksiliuskaisen aorttaläpän nonkoronaarisessa purjeessa todettiin erillinen massa ja lisäksi vuoto aorttaläpästä. Vuodon taustalla oli läppäpurjeiden vajaatoiminta sekä nonkoronaarisen purjeen prolapsi ja ehkä myös pieni perforaatio. Vuodon aste oli kohtalainen. Molemmiin puolin sydänlokeristossa systole oli hyvä. Lisäksi potilaalla oli lievä trikuspidaalivuoto.

Osastohoidon aikana CRP-arvo nousi kertaalleen lievästi, mutta tilanne korjaantui spontaanisti; syynä lienee ollut punoittava kanyylin juuri. Osastohoidon aikana potilaan vointi oli koko ajan hyvä eikä kuumetta ollut. Herpeslääkitys mennyt viimeisellä viikolla hoitoannoksella, koska potilas arveli tyypillisen herpesihottuman alkavan oikean polven seudussa.

Kardiologi ja sydänkirurgi päätyivät pohdinnan jälkeen aorttaläpän korjaukseen, ja se on suunnitteilla avosydänleikkauksena. Perusteena on endokardiitin runtelema kaksiliuskainen aorttaläppä, jossa on kohtalainen vuoto. Vasemman kammion mitat alkavat muutoinkin lähennellä leikkausrajaa. Preoperatiivisina selvittelyinä on tehty myös sepelvaltimoiden ja aortan TT-tutkimus, eikä niissä todettu sepelvaltimotautiin viittaavaa. Aortan mitat ovat normaalit, mutta aorttaläpässä on edelleen vegetaatiota. Lievän CRP-nousun yhteydessä kuvattiin myös vartalon TT, eikä siinä havaittu syviä infektiotoksia.

Aivoverenvuoto on muutamassa kuukaudessa pääosin resorpoitunut ja selvästi pienentynyt, ja jäljellä on enää lähinnä hentoa residuaalia. Neurologisista syistä potilas on ollut sairauslomalla noin 3 kuukauden ajan. Nykyisellään kognitiiviset löydökset ovat kuitenkin sen kaltaisia, että

ne saattavat vaativissa työtehtävissä heikentää selviytymistä aiheuttamalla herkemmin esimerkiksi väsymistä ja kuormittuvuutta. Sairausloma on edelleen jatkumassa sydänleikkaukseen saakka. Neuropsykologisten tutkimusten perusteella autolla ajamiseen ei ole nykyisellään estettä, ja neuro-oftalmologin arvio vielä tulossa. Potilas itse kokee toipuneensa jo hyvin aivotapahtumasta.

Sisätautilääkärin kommentti

Endokardiitin kliininen kuva on monimuotoinen ja vaihteleva. Se voi ääripäissään ilmetä akuuttina vaikeana septisenä infektionä tai toisaalta useita viikkoja jatkuvana subkliinisenä tautitilana, johon liittyy lämpöilyä ja laihutumista. Erotusdiagnostiikassa onkin siksi huomioitava mm. maligniteetit, reumasairaudet ja tuberkuloosi (1).

Endokardiitin tavallisin oire on kuume, yli 90 %:lla potilaista. Sivuaäni on myös tyypillinen löydös, se on kuultavissa noin 85 %:lla potilaista. Aina läppä ei vuoda merkittävästi, joten sivuaänen puuttuminen ei sulje pois endokardiittia.

Lähetteen kiireellisyyttä joutuu pohtimaan päivittäin perusterveydenhuollossa.

Diagnoosivaiheessa embolioista johtuvia oireita tai löydöksiä on 25–40 %:lla potilaista (1). Tavallisimpia ovat neurologiset oireet, mutta myös perna- ja munuaisinfarktit ovat yleisiä. Osalla potilaista voidaan käsissä ja jalkaterissä nähdä Janewayn leesioita (kivuttomat hemorrhagiset makulaariset plakit) tai kynsien alla ns. splinter-verenvuotoja. Sen sijaan immunologisella mekanismilla syntyvät Oslerin kyhmyt (sormenpäiden ja varpaiden pienet aristavat kyhmyt), silmänpohjan Roth spot -muutokset (punaiset valkokeskustaiset täplät) ja glomerulonefriitti ovat harvinaisia.

Lähinnä huumeiden käyttäjillä tavattavassa oikean puolen endokardiitissa oireet saattavat keuhkoembolisaation vuoksi muistuttaa enemmän keuhkokuumetta: yskä, pleuraalinen kipu, veriyskä tai hengenahdistus.

Potilaalla oli alkuvaiheen oireina lähtuminen, lämpöily ja yöhikoilu. Ne sopivat hyvin endokardiittiin, mutta sen diagnosoiminen pelkän taudinkuvan perusteella on usein mahdo-

tona. Suurentunut perna sopii hyvin endokardiittiin, joskin myös se on epäspesifinen löydös. Tärkeintä onkin tunnistaa sellaiset tilanteet, joihin liittyy endokardiitin mahdollisuus, kuten tällä potilaalla aiemmin todettu läppävika. Tällöin tarvittavat tutkimukset saadaan tehtyä viipymättä ja hoito aloitetaan nopeasti. Tauti selvisikin varsinaisesti vasta okkipitaalisen aivoinfarktin jälkeen, kun heräsi selvä epäily endokardiitista.

Terveyskeskuslääkärin kommentti

Kun miespotilas hakeutuu puolison aloitteesta vastaanotolle epäselvän etenevän oireiston vuoksi, on syytä erityiseen tarkkaavaisuuteen. Kattavan anamneesin ja hyvän tutkimisen merkitystä ei voi liikaa korostaa, koska vaihtoehtoina voi olla useita kiireellistäkin hoitoa vaativia sairauksia. Toisaalta sekä epäselvä kuume (2) ja merkittävä laihuminen (3) ovat tavallisia oireita eikä kaikkien syiden selvittely etenkin kiireellisesti avohoidossa ei ole järkevää eikä mahdollista. Yleensä oireilun jatkuessa tai edetessä jatkoselvittely tapahtuu sairaalassa. Toki keuhkokuivan, virtsakokeen ja tavanomaisten laboratoriotestien katsominen kuuluvat aina hyvään hoitokäytäntöön ennen lähetettä spesialistille, ja joskus oireiden taustalla voi olla esimerkiksi helposti hoidettava infektio (2).

Potilasta itseään jäi hieman mietityttämään, olisiko aivoinfarkti ollut estettävissä, jos hoitoon oli päästy nopeammin. Tässä tapauksessa potilas oli hyväkuntoinen ja oireilu oli kestänyt viikkoja, kun hänestä tehtiin lähete keskussairaalaan, ja todennäköisesti siksi lääkäri päätyi kiireelliseen läheteeseen eikä päivystysläheteeseen. Lähetteen kiireellisyyttä joutuu pohtimaan päivittäin perusterveydenhuollossa tietäen, että joskus hoitopäätös ei toteudu optimaalisesti kiireellistä hoitokaan vaativissa sairauksissa. On erityisen tärkeää, että lähettävä taho on kirjannut läheteeseen oleelliset tiedot ja että vastaanottava taho reagoi oikea-aikaisesti läheteeseen. Oma aiheensa on verkkolääkärin esille nostama lähetteen ohjaaminen oikeaan osoitteeseen.

Hoitokapasiteetti on rajallinen, ja tutkimuksiin ja hoitopäätösyyn on todennäköisesti jonoa tulevaisuudessakin. Epävarmoissa ja kiireellisissä tilanteissa spesialistille soittaminen lienee edelleen järkevää. ●