



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

Trombe på tur

MEDISINEN I BILDER

MATHIAS NIKOLAI PETERSEN HELLA

mathias.nikolai.petersen.hella@sus.no

Mottaksklinikken

Geriatrisk avdeling

Stavanger universitetssjukehus

Mathias Nikolai Petersen Hella er lege i spesialisering i geriatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN FAGERENG

Anestesiavdelingen

Stavanger universitetssjukehus

Kristin Fagereng er spesialist i anestesilogi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYUNN KLEIVEN

Hjerteavdelingen

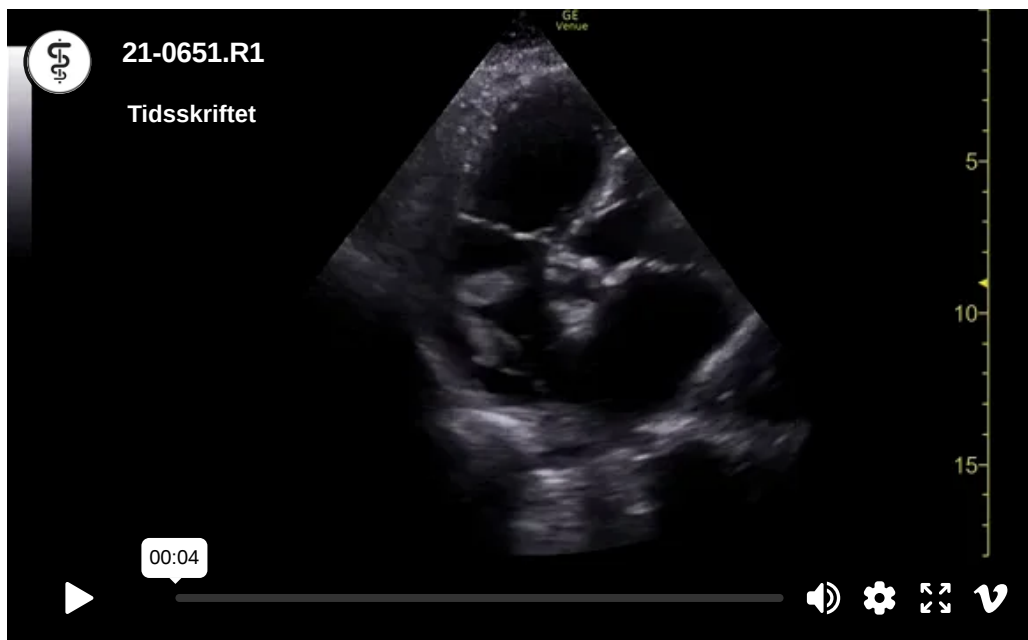
Stavanger universitetssjukehus

Øyunn Kleiven er ph.d. og konstituert overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



Bildet viser høyre atrium og ventrikkel ved ekkokardiografisk undersøkelse av en kvinne i 80-årene med synkope og tungpust. Man ser en større, fritt bevegelig intrakardiell masse som representerer en trombe i høyre atrium, på engelsk ofte kalt *clot in transit* (se video). Høyre atrium og ventrikkel er dilatert som følge av en akutt høyrebelastning grunnet massiv lungeembolisme.



Pasienten hadde kjent hypertensjon og hyperkolesterolemi, og hadde fått andre dose covid-19-vaksine (Comirnaty, Pfizer-BioNTech) om lag to uker før den aktuelle hendelsen. Hun hadde de siste én til to ukene hatt hoste og tungpust, og innleggelsesdagen ble hun betydelig tungpustet på vei opp kjellertrappen og besvimte. Ved ankomst i mottak hadde hun blodtrykk på 88/61 mm Hg og nyoppdaget atrieflimmer med frekvens på 110–120 slag/min. EKG viste for øvrig inkomplett høyre grenblokksmønster og nytilkomne T-inversjoner i V₃–V₆. SpO₂ var 83 % med oksygen 3 L/min, og respirasjonsfrekvens var 28 pust/min. Arteriell blodgassanalyse viste verdier forenelige med akutt respirasjonssvikt type 1: pH 7,45 (referanseområde 7,36–7,44), pCO₂ 3,4 kPa (4,3–6,0), pO₂ 7,0 kPa (9,6–14,6), HCO₃⁻ 17,4 mmol/L (23–29), baseoverskudd -5,9 mmol/L (0 ± 3) og laktat 2,6 mmol/L (0,3–1,8). Røntgen toraks viste ingen sikker patologi. Alvorlig lungeembolisme fremsto som mest sannsynlige årsak til funn og symptomer. Ekkokardiografisk undersøkelse i akutmottaket bekreftet den kliniske mistanken. Det ble straks gitt alteplase (10 mg intravenøs bolusinjeksjon) mot antatt stor lungeembolus med hemodynamisk påvirkning og prehospital sirkulatorisk kollaps, og deretter alteplase (90 mg over to timer) og heparininfusjon.

Lungeembolisme er en vanlig og potensielt dødelig tilstand (1). Samtidig trombe i høyre atrium er beskrevet hos om lag 3–18 % av pasienter med lungeembolisme, og gir vesentlig dårligere prognose (2). En nylig Cochrane-gjennomgang konkluderte med at trombolytisk behandling av store lungeemboluser sannsynligvis er effektivt for å forhindre død (3), og

det anbefales trombolytisk behandling ved lungeembolisme med hemodynamisk påvirkning etter nøye vurdering av nytte og kontraindikasjoner (4). I vårt tilfelle responderte pasienten godt på slik behandling, og hun ble flyttet fra medisinsk intensivavdeling til sengepost etter om lag 30 timers observasjon. Pasienten ble skrevet ut fra sykehuset etter fire dagers innleggelse.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH et al. Prevalence of pulmonary embolism among patients hospitalized for syncope. *N Engl J Med* 2016; 375: 1524–31. [PubMed][CrossRef]
2. Barrios D, Rosa-Salazar V, Morillo R et al. Prognostic significance of right heart thrombi in patients with acute symptomatic pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis. *Chest* 2017; 151: 409–16. [PubMed][CrossRef]
3. Zuo Z, Yue J, Dong BR et al. Thrombolytic therapy for pulmonary embolism. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 4. doi: 10.1002/14651858.CD004437.pub6. [PubMed][CrossRef]
4. UpToDate. Approach to thrombolytic fibrinolytic therapy in acute pulmonary embolism: patient selection and administration. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-thrombolytic-fibrinolytic-therapy-in-acute-pulmonary-embolism-patient-selection-and-administration> Lest 19.12.2021.

Publisert: 17. mars 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0651

Mottatt 11.9.2021, første revisjon innsendt 19.12.2021, godkjent 19.1.2022.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. september 2023.