Pneumoni fallbeskrivning

2016-03-17, reviderad senast 2026-03-24

Lennart, som är 60 år, söker vårdcentralen i maj månad på grund av hosta, feber och andfåddhet. Han är tidigare frisk, röker inte, brukar inte ha hosta och använder inga läkemedel. En vecka tidigare insjuknade Lennart med snuva och hosta. Efter några dagar kände han sig bättre. Under gårdagen blev han hastigt återigen sämre med feber, smärta till höger i bröstkorgen och besvärliga slemupphostningar. Han har inte sovit mycket under föregående natt då han varit tvungen att sitta upp för att kunna andas ordentligt. Hustrun har fått lägga sig i gästrummet.

Status

AT: Trött, hostar under undersökningen, men kan adekvat lämna anamnes. Temp 38,5°.

BT: 145/90

Hjärta: Regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 96.

Lungor: Svårt att lyssna då han hostar, dock slembiljud bilateralt, kanske dämpning hö flank?

Frågor

1. Har du behov av att komplettera anamnesen?
2. Saknar du något i status?
3. Vilka prover vill du ta?
4. Finns det behov av mikrobiologisk diagnostik?
5. Vilka differentialdiagnoser överväger du?
6. Föreligger det behov av att remittera akut till sjukhus och/eller röntgen?
7. Skulle Lennart bli frisk fortare om han fick antibiotika?
8. Behöver du följa upp patienten?

1. Har du behov av att komplettera anamnesen?

Anamnes syftar till att avgränsa diagnos och agens/resistens. Följande anamnesfrågor har begränsad specificitet och sensitivitet men kan ge vägledning.

- **Rökning (både pågående och tidigare)?** Viktig anamnesfaktor både med hänsyn till misstänkt agens (patienter med kronisk bronkit/KOL är ofta koloniserade med *Haemophilus influenzae*) och uppföljning (ökad risk för bakomliggande lungmalignitet). *Vår patient rökte inte och var heller inte f.d. rökare.*
- **Utlandsresa nyligen?** Penicillinresistenta pneumokocker är vanligare utomlands. Legionella kan förekomma vid pneumoni hos patienter som nyligen vistats på hotell.
- **Frossa och därefter andningskorrelerad smärta, hastigt insjuknande?** Pneumokocker.
- **Hosta före feber?** Mykoplasma.
- **Torrhosta**? Influensa, mykoplasma.
- **Sjuka i omgivningen?** Atypisk pneumoni med mykoplasma/*Chlamydophila pneumoniae* smittar inom familj.
- **Fågelkontakt?** Det förekommer *Chlamydophila psittaci*-smitta både från vilda fåglar i samband med matning och burfåglar.
- **Träffat eventuella barnbarn eller andra förskolebarn?** Barn är ofta koloniserade med pneumokocker/*Haemophilus influenzae*.
- **Yrke?** Arbete som innebär frekvent kontakt med grupper med förhöjd incidens av exempelvis TBC.
- **Etnicitet?** TBC är vanligare i andra etniska grupper än svensk etnicitet.
- Misstanke om **covid-19, RSV**?

2. Saknar du något i status?

Statusundersökningen har **två** syften: dels att fastställa **diagnos** och dels att fastställa **allvarlighetsgrad**.

Diagnos: En påverkad patient med takypné (> 20/min) eller takykardi (> 120/min), feber, hosta, dyspné, nytillkommen uttalad trötthet samt nedsatta andningsljud, fokala biljud (rassel/ronki) eller dämpning vid perkussion har sannolikt pneumoni.
I vårt fall saknas andningsfrekvens, det bör alltid kontrolleras på patienter med misstänkt pneumoni. Vid kontroll hade mannen 24/minut i andningsfrekvens och i kombination med feber, hosta, dyspné, nytillkommen trötthet, misstänkt dämpning således misstanke om pneumoni.

Observera att **feber** inte alltid föreligger vid pneumoni, speciellt inte hos äldre patienter. Både **huvudvärk** och **gastrointestinala symtom** till exempel diarré är inte ovanliga vid pneumoni.

Allvarlighetsgrad: Riskvärdering av allvarlighetsgrad kan göras med hjälp av Regnbågshäftets riskvärderingstabell i 3 kategorier: låg risk, medelhög risk och hög risk. En andningsfrekvens på 24 andetag per minut innebär att patienten hamnar i kategorin medelhög risk. Saturationen var inte kontrollerad vilket absolut bör göras. Pulsen var 96 slag per minut vilket också innebär medelhög risk.
Användning av riskvärderingssystemet DSCRB-65 (som används på sjukhus) rekommenderas inte i öppenvård.

3. Vilka prover vill du ta?

Vid pneumoni handlagd i öppenvård behövs vanligen inte **CRP**, men kan användas vid oklar diagnos och/eller vid osäkerhet om allvarlighetsgrad. CRP-mätning ensamt ger ej grund för bedömning utan måste

värderas med den kliniska bilden och hur länge symtom funnits.

Vid nedre luftvägsinfektion med symtom som feber, hosta och dyspné och CRP>100 mg/L är pneumoni vanligt. Vid CRP-värden <20 mg/L efter >24 timmar är en behandlingskrävande pneumoni osannolik. Handläggning vid kvarstående osäkerhet: Om patienten inte är allmänpåverkad kan i första hand exspektans med förnyad kontakt rekommenderas. Överväg lungröntgen. *Vår patient hade CRP 117 mg/L.*

Utökad provtagning, som används vid handläggning på sjukhus, med Hb, LPK, trombocyter, CRP, SR, kreatinin/urea, albumin, Na, K och ALAT kan bli aktuellt i utvalda fall.

4. Finns det behov mikrobiologisk diagnostik?

Odlingsprov är viktiga för att fastställa etiologi och resistensmönster och bör tas innan antibiotika ges vid sjukhusvård och **kan övervägas** i öppenvård. I första hand används **sputumodling**. Om detta inte är möjligt kan **nasofarynxodling** försökas (ej barn). Vid misstanke om atypisk genes kan provtagning med **PCR** från svalg eller nasofarynx användas.

Värdet med odling ökar ju osäkrare diagnosen är, desto allvarligare tillstånd som föreligger samt vid förekomst av kroniska sjukdomar som t.ex. lungsjukdom, immunsuppression. *Vår patient har sannolik pneumoni, överväg sputumodling.*

5. Vilka differentialdiagnoser överväger du?

- **Covid-19?** De flesta patienter med Covid-19 får en mild sjukdom med övre luftvägssymtom och feber. En mindre andel utvecklar svårare sjukdom med dyspné, hosta och allmänpåverkan. Försämringen till svårare sjukdom brukar inträffa efter 7 – 10 dagar. Den kliniska bilden kan vara lik bakteriell pneumoni med höga inflammationsparametrar. Fokala lungljud är ovanligt vid auskultation. Dessa patienter ska inte förskrivas antibiotika utan ska remitteras akut till sjukhus för ställningstagande till inläggning.
- **Akut bronkit?** En opåverkad patient med hosta, utan känd KOL, kronisk bronkit eller astma, och utan fokala kliniska auskultationsfynd har sannolikt akut bronkit. Orent andningsljud bilateralt är vanligt. Mätning av CRP behövs inte för diagnos. Patienten har, oavsett om den akuta bronkiten orsakats av virus, mykoplasma eller klassiska bakterier, ingen nytta av antibiotikabehandling. Se Akut bronkit fallbeskrivning
- **Exacerbation av kronisk bronkit/KOL?** Se Akut exacerbation av KOL fallbeskrivning
- **Oklar nedre luftvägsinfektion?** Inte sällan föreligger mindre tydlig klinisk bild med feber, hosta, varierande auskultationsfynd men opåverkat allmäntillstånd. Se diskussion om CRP/antibiotikabehandling under provtagning. Lungröntgen övervägs här framför allt vid hög ålder eller vid allvarlig bakomliggande sjukdom.
- **TBC?** Huvudsymtom vid TBC är långvarig hosta och anamnes på exposition. Överväg lungröntgen.

6. Föreligger det behov av att remittera akut till sjukhus och/eller röntgen?

Allvarlighetsbedömning görs med riskvärdering av vitala parametrar. Vår patient hade förhöjd andningsfrekvens och puls som medförde att han hamnade i kategorin medelhög risk. Detta innebär att han antingen kan gå hem eller remitteras till sjukhus. Om patienten går hem bör han ha så kallat säkerhetsnät, det vill säga att antingen sjukvården eller någon anhörig följer patientens tillstånd. Det är också möjligt att i dessa fall diskutera med sjukhusspecialist på telefon. Patienter som inte remitteras till sjukhus bör få muntlig (helst också skriftlig) information om varningssymtom (försämrat allmäntillstånd, nedsatt vakenhet, andnöd/ökad andningsfrekvens, allmän svaghet, nytillkommen smärta, tillkomst av kräkningar eller diarréer, oro hos de som följer patientens tillstånd) och observationsråd. Dessutom bör planeras för uppföljning (besök eller telefon).

Röntgen krävs inte i normalfallet. Vid osäkerhet om diagnos bör patienten bli föremål för akut röntgen speciellt vid förekomst av samtidiga allvarliga sjukdomar.

7. Skulle Lennart bli frisk fortare om han fick antibiotika?

Vid misstanke om pneumoni ska alla patienter bli föremål för antibiotikabehandling. Vanligaste etiologi är pneumokocker och empirisk behandling måste omfatta effektivt pneumokockmedel. Förstahandsmedel är PcV, dosering 1 g x 3 till vuxen. Resistens hos pneumokocker mot penicillin är låg i Sverige, <5 %.

Vid penicillinallergi (vilket är ovanligt, värdera kritiskt slentrianmässiga varningsmärkningar för penicillinallergi se Terapiråd Handläggning och provokation vid misstänkt penicillinallergi hos vuxna i primärvården) används erytromycin i form av tablett Abboticin 250 mg, dygnsdos 2 g fördelat på 2 – 4 doser (enterokapslar erytromycin tillhandahålls inte längre) eller doxycyklin 100 mg 2 x 1 (3 dygn, därefter 1 x 1) p.o. eller 100 mg 2 x 1 dag ett och därefter 1 x 1 eller klindamycin 300 mg x 3 p.o.

Vid misstanke om pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (sputumodling tas) (insjuknande i samband med utlandsresa, kända omgivningsfall) rekommenderas amoxicillin 1 g x 3.

Vid misstanke om *Haemophilus influenzae* (kroniskt luftvägssjuk: kronisk bronkit eller KOL) rekommenderas amoxicillin 750 mg x 3.

Vid misstanke om atypisk genes (yngre vuxen med successivt insjuknande, omgivningsfall, intensiv hosta) rekommenderas erytromycin eller doxycyklin, doseringar som ovan. Observera dock att patienter med atypisk genes, och icke sjukhuskrävande pneumoni, som erhåller PcV i lika hög grad blir återställda som patienter som erhåller riktad behandling, dock kan tid till förbättring skilja.

Behandlingstid är **5 - 7 dagar,** för 5 dagars behandlingstid krävs individuell bedömning vid telefonuppföljning.

8. Behöver du följa upp patienten?

Vid övervägande av 5 dagars behandling rekommenderas telefonuppföljning dag 5. En patient som varit feberfri i minst två dagar och upplever tydlig förbättring avseende allmäntillstånd och andning, kan avsluta kuren efter 5 dagar. Företrädesvis kan detta vara aktuellt för i övrigt väsentligen friska, yngre patienter.

Vid okomplicerad pneumoni rekommenderas telefonuppföljning efter 1–4 veckor för patienter som får längre behandling än 5 dagar.

Uppföljning med återbesök behövs endast vid komplicerad pneumoni (IVA-vård, empyem, abscess, immunbrist).
Lungröntgen efter 6–8 veckor görs om det föreligger riskfaktor för lungcancer (rökare äldre än 40 år eller f.d. rökare äldre än 50 år) eller vid komplicerad pneumoni. Rökavvänjning bör erbjudas.

Pneumokockvaccination ska övervägas till riskgrupper:
Se Folkhälsomyndighetens rekommendationer om pneumokockvaccination.

Referenser

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård.

Regional Medicinsk Riktlinje Pneumoni VGR