

# Covid-19 påvist hos eldre kvinne med akutt funksjonssvikt

---

## KORT KASUISTIKK

BJØRN ERIK NEERLAND

E-post: [bjonee@ous-hf.no](mailto:bjonee@ous-hf.no)

Geriatrisk avdeling

Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus

Bjørn Erik Neerland er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri, forsker og overlege.

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

ANDREA DOBLOUG

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus

Andrea Dobloug er lege i spesialisering i indremedisin og i infeksjonssykdommer.

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

KRISTIN GROTTLE NORE

Infeksjonsmedisinsk avdeling

Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus

og

Medisinsk fakultet

Universitetet i Oslo

Kristin Grotle Nore er medisinstudent.

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

ESPEN ELIASSON MIKAELSEN

Allmennlegevakten

Helseetaten

Oslo kommune

og

Medisinsk fakultet

Universitetet i Oslo

Espen Eliasson Mikaelson er medisinstudent.

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

ARVE HALSEN

Allmennlegevakten

Helseetaten

Oslo kommune

Arve Halsen er spesialist i allmennmedisin og assisterende seksjonsoverlege.

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

MARC VALI AHMED

Geriatrisk avdeling

En kvinne i slutten av 80-årene ble henvist til legevakts på grunn av akutt funksjonssvikt med fall og økende forvirring. To døgn senere ble det påvist sars-CoV-2. Mange eldre og beboere på sykehjem er sårbare for funksjonssvikt ved akutt sykdom. Helsepersonell må være oppmerksomme på at slike symptomer kan være forårsaket av covid-19.

En kvinne i slutten av 80-årene hadde blitt funnet hjemme på gulvet, og hjemmesykepleien oppfattet henne som mer forvirret enn hun pleide å være. Dagen før hadde hun blitt mer svimmel enn vanlig og tett i nesen, men for øvrig hadde hun ingen tegn på infeksjon. Hun ble fraktet i ambulanse til legevakten for undersøkelse.

På legevakten var pasienten afebril med blodtrykk og puls i normalområdet. Hun trengte betydelig støtte ved mobilisering. Resultat av nevrologisk undersøkelse var upåfallende. Man vurderte innleggelse på kommunal akutt døgnenhet, men det raske funksjonstapet var uavklart, og pasienten ble henvist til akuttmottaket på lokalsykehuset for supplerende diagnostikk.

Pasienten bodde alene, var mobilisert med rullator og gikk på dagsenter flere dager i uken. Hun hadde mild kognitiv svikt. Ett år tidligere hadde hun blitt behandlet med transkateter-aortaklaffimplantasjon, og kontroll med ekkokardiografi viste velfungerende aortaventil og god venstre ventrikkelfunksjon. Grunnet postoperativt totalt atrioventrikulært blokk hadde hun fått implantert pacemaker. Hun hadde polymyalgia revmatika, osteoporose og flere tidligere kompresjonsfrakturer. Av faste medikamenter tok hun metoprolol (depottabletter), pantoprazol, acetylsalisylsyre og D-vitamin- og kalsiumtilskudd. Noen uker før den aktuelle innleggelsen besøkte pasienten fallpoliklinikken på lokalsykehuset på grunn av svimmelhet og falltendens. Hun skåret da 27 av 30 poeng på MMSE-test (mini mental statusevaluering) og 5 av 5 poeng på klokketest, og ble vurdert til å ha mild kognitiv svikt. Ganghastigheten med rullator var 0,6 meter per sekund, og hun oppnådde 4 av 12 poeng på SPPB-test (*short physical performance battery*), noe som indikerte skrøpelighet med økt risiko for fall og funksjonssvikt. Det ble vurdert at ortostatisme og benign paroksysmal posisjonsvertigo var sannsynlige årsaker til funksjonsnedsettelsen.

Ved undersøkelse i akuttmottaket var pasienten desorientert og gjorde dårlig rede for hendelsesforløpet. Hun hadde kroppstemperatur på 38,3 °C, tørre slimhinner og ødemer i bena. Hun hadde 0,5 liter resturin. Man fant ingen fremmedlyder over lungene, men mulig dempet respirasjonslyd på venstre side. Respirasjonen var ubesværet med frekvens 17 pust/min (referanseområde 14–19 pust/min) og perifer oksygenmetning ( $SpO_2$ ) 95 % (> 95 %). Hun oppfylte ett av tre kriterier (mental endring) på qSOFA-skåringsverktøyet (*quick sepsis-related organ failure assessment*). Resultater av øvrige kliniske og nevrologiske undersøkelser var upåfallende. Elektrokardiogrammet var uendret fra tidligere.

Blodprøvene viste Hb 11,5 g/dl (11,7–15,3 g/dl), CRP 12 mg/l (0–4 mg/l), SR 23 mm/t (1–12 mm/t), normale verdier for leukocytter, lymfocytter og trombocytter, ferritin 66 µg/l (30–400 µg/l) og kreatinin 79 µmol/l (45–90 µmol/l). Pasienten hadde normale elektrolytt-, lever- og galleverdier. Urinstiks viste utslag på blod og leukocytter, men urindyrkning viste ingen oppvekst. Røntgen av lungene viste noe pleuravæske på venstre side, men ingen infiltrater.

Differensialdiagnoser vurdert i akuttmottaket var cystitt, dehydrering og viral luftveisinfeksjon. Pasienten fikk intravenøs væsketilførsel og ble overflyttet til akuttgeriatrisk sengepost.

Dagen etter innleggelsen var pasienten glemsk, men uten uttalt oppmerksomhetssvikt. Hun klaget over forverring av svimmelhet, men fremstod ikke akutt syk. Siden hun var tett i nesen og ble innlagt med akutt funksjonssvikt uten påvist årsak, ble det tatt nasofarynksprøve for aktuelle luftveismikrober, inkludert sars-CoV-2. Hun ble samtidig dråpesmitteisolert. På dag 2 etter innleggelsen bekreftet virologisk undersøkelse at

pasienten var positiv for sars-CoV-2, og i henhold til rutine ble hun flyttet til infeksjonsmedisinsk sengepost.

Pasienten hadde fremdeles verken luftveissymptomer, diaré eller magesmerter, men var plaget av svimmelhet og fatigue. Hun hadde varierende temperatur og oksygenmetning på henholdsvis 35–38 °C og 91–97 %. Det var ikke behov for oksygentilførsel. CRP steg til 54 mg/l, med normale leukocyt- og lymfocytverdier. Pasienten var medtatt og avkretet og fikk næringsdrikker og intravenøs væsketilførsel. Hun kom seg gradvis i løpet av oppholdet, men var hele tiden plaget med rotatorisk svimmelhet som hun selv beskrev som forverring av kjent benign paroksysmal posisjonsvertigo.

Pasienten følte seg utrygg med tanke på hjemreise, og ti dager etter innleggelsen ble hun skrevet ut til korttidsplass i kommunen med fortsatt smitteisolering før hun reiste hjem til egen bolig.

## Diskusjon

Vi presenterer her en av de første sykehusinnlagte pasientene i Norge med covid-19. De vanligste rapporterte symptomene ved covid-19 er feber, tung pust, hoste, fatigue, magesmerter, diaré og nedsatt matlyst (1, 2).

Hos eldre og skrøpelige personer kan akutt sykdom gi symptomer fra organsystemer som allerede er svekket (3, 4). Reduserte fysiologiske reserver gjør at akutte påkjenninger blir symptomgivende på et tidligere stadium enn hos mer robuste personer (4). Sars-CoV-2-infeksjon gav ikke vår pasient luftveisplager, men påvirkningen var tilstrekkelig til at hun falt, ble mer forvirret og ikke klarte seg hjemme (5). Omfanget av slik sykdomspresentasjon ved covid-19 er lite kartlagt.

Legevakten vurderer ofte pasienter i tilfeller der hjemmetjenesten eller pårørende opplever en endring i personens tilstand. Kliniske funn kan være sparsomme, og anamneseopptaket vanskelig. Gode komparentopplysninger er viktig. Raskt funksjonstap kan skyldes alvorlig til grunnliggende patologi, og innleggelse er ofte indisert.

Fra pasienten ble akutt syk og til covid-19 ble bekreftet, hadde hun kontakt med mange helsearbeidere, og flere ansatte ble satt i karantene. Vår pasient bidro til at rutinene for pretriagering i akuttmottaket ble endret, slik at pasienter med akutt funksjonssvikt eller delirium håndteres på enerom med dråpesmitteregime.

Prognosen hos multisyke eldre med covid-19 er ikke alltid håpløs, og de aller fleste blir friske igjen (6). Vår pasient kunne skrives ut til eget hjem tross høy alder og skrøpelighet.

Mange hjemmeboende eldre og beboere på sykehjem er sårbare for fysisk og kognitiv funksjonssvikt ved akutt sykdom. Helsepersonell i både førstelinje- og spesialisthelsetjenesten må derfor være oppmerksomme på at raskt funksjonstap, fall og delirium kan være forårsaket av covid-19.

---

## LITTERATUR:

1. Huang C, Wang Y, Li X et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395: 497–506. [PubMed][CrossRef]
2. Sellevoll HB, Saeed U, Young VS et al. Covid-19 med akutte magesmerter som debutsymptom. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0262. [CrossRef]
3. Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. Lancet 2013; 381: 752–62. [PubMed][CrossRef]
4. Resnick NM, Marcantonio ER. How should clinical care of the aged differ? Lancet 1997; 350: 1157–8. [PubMed][CrossRef]
5. Myrstad M, Ranhoff AH. Akutt syke eldre i koronaens tid. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0227. [CrossRef]

6. Worldometer. Age, Sex, Existing Conditions of COVID-19 Cases and Deaths.  
<https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-age-sex-demographics> Lest 7.4.2020.

---

Publisert: 9. april 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0307

Mottatt 3.4.2020, første revisjon innsendt 7.4.2020, godkjent 8.4.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no