

Addisonpatienter kan leva farligt i vården.

Det finns ungefär 1000 patienter med diagnosen Addisons sjukdom, primär binjurebarksinsufficiens, i Sverige. Sjukdomen innebär att produktionen av kortisol och aldosteron i binjurebarken är nedsatt. Obehandlad leder sjukdomen till döden, men prognosen vid rätt behandling är mycket god.

Det ringa antalet patienter innebär att de flesta läkare aldrig kommer i kontakt med någon Addisonpatient under hela sitt yrkesverksamma liv. I kurslitteraturen för blivande sjuksköterskor nämns sjukdomen endast på några få rader.

Därför har Addisonpatienter en ökad risk för fatal felbehandling i samband med att man söker vård för andra sjukdomstillstånd.

Bristande kommunikation och okunskap.

Det här är ett typexempel som beskriver situationer som kan uppstå när en patient med Addison kommer in för vård av andra sjukdomstillstånd.

En äldre kvinna med Addisons sjukdom läggs in på ett av landets universitetssjukhus för en sårinfektion efter en operation och drabbas i samband med det av cirkulationssvikt med hjärtstopp. Kvinnan kräks och får senare även lunginflammation. De anhöriga som vakade hos kvinnan efter hjärtstoppet, tog för givet att hennes Addison-diagnos var känd hos personalen eftersom de påpekat det ett antal gånger och att det även stod i hennes journal, och noterade därför med förvåning att varken Solu-Cortef eller dropp med saltlösning hade satts in, utan enbart syrgas och glukosdropp. Efter att förgäves försökt uppmärksamma personalen på behovet av tillförd kortison och dropp med saltlösning, fick en av de anhöriga kontakt med en läkare på sjukhusets akut som satte in rätt behandling efter ca 6 timmar från hjärtstoppet. Hjärtstoppet kan ha utlösts av kortisolbrist.

Ytterligare ett exempel är en medelålders kvinna med Addison som läggs in på sjukhus efter ett benbrott. Kvinnans medföljande dotter uppfattar att personalen på ortopedavdelningen inte känner till Addisons sjukdom och att det är den sjukdomen som ger de största problemen, inte benbrottet. Kvinnan börjar kräkas och hennes blodtryck sjunker drastiskt. Först efter flera påtryckningar från dottern får kvinnan Solu-Cortef.

Viktigt att behandla primärsjukdomen först.

Eftersom patienter med Addisons sjukdom inte kan producera eget kortisol, står man på en individuellt anpassad daglig dos av kortison. Detta påverkar som framgått tidigare behandlingen vid andra sjukdomstillstånd. När en patient läggs in på en vårdavdelning ska personalen informeras om att patienten är i behov av tillförsel av kortison och att dosen inte är fast, utan anpassas efter patientens tillstånd.

Det är därför viktigt att dels lyssna på patienten och anhöriga, dels att uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd. Allt som stressar kroppen fysiskt och psykiskt påverkar behovet av kortison. Därför kan en enkel urinvägsinfektion utlösa en Addison-kris om man inte ökar kortisonet i tid. Kortisondosen kan behöva höjas även vid lättare tillstånd av stress. Det är viktigt att en endokrinolog involveras när en Addisonpatient läggs in på en vårdavdelning. Vid operation måste alltid, utan undantag, en endokrinolog konsulteras. Även vid mindre kirurgi, endoskopi och vid undersökningar med kontrast, behövs ofta substitutionen med kortison ökas för att undvika komplikationer i form av Addisonkris.

Addisonkris är ett livshotande tillstånd.

Addisonkris är ett livshotande tillstånd, som oftast visar sig i symptom som buksmärta, illamående och kräkningar. Patienten måste då omedelbart ges Solu-Cortef i.v. samt dropp med saltlösning för att undvika cirkulationssvikt.

Odiagnostiserade patienter upplever ofta buksmärta, muskelsvaghet, hypotoni och salthunger. I laboratorieprover ses ofta ökat kalium och sänkt natrium.