

Letalt forløb efter overset fremmedlegeme i luftvejen

Karen Schow Jensen¹, Jesper Sommer², Jan Green Toft³ & Jacob Steinmetz⁴

Kvælning efter aspiration af et fremmedlegeme er en kendt, men hyppigt overset årsag til pludselig, uventet død [1]. Vi beskriver et tilfælde, hvor et fremmedlegeme i luftvejen initialt blev overset.

SYGEHISTORIE

En tidligere rask 52-årig kvinde fik under et måltid på en restaurant pludselig hoste, tog sig til halsen og mistede bevidstheden. Der blev givet brystkompressioner ved lægmand på ulykkesstedet. Ved paramedicinernes ankomst havde patienten svag puls, hvidt skum om munden, urinafgang og var respirationsløs. Initialt kunne hun ventileres til perifer ilt saturation (SAT) på 98%, men under transporten blev ventilationen vanskelig, og SAT faldt til 50-60%. Der blev under transporten anvendt tungeholder.

Patienten blev modtaget af hjertestopteamet på sygehuset. En arteriepunktur ved ankomsten viste pH 6,8, SAT 56%, laktatniveau 8,3 mmol/l og umåleligt høj kuldioxidtension. Hun blev umiddelbart orotrakealt intuberet, uden at man observerede fremmedlegemer i larynx eller øverste del af trachea. Ved overleveringen var de primære arbejdsdiagnoser cerebralt eller kardielt insult, men som følge af en uddybet anamnese, vedvarende ventilationsvanskeligheder efter intubationen og atelektatisk venstre lunge set på et røntgenbillede af thorax fik man mistanke om et fremmedlegeme i luftvejen.

Vagthavende øre-næse-hals-reservelæge blev tilkaldt fra hjemmet og fjernede ved direkte laryngoskopi et 2 × 2 cm stort kødstykke fra trachea. Herefter bedredes oxygeneringen til en SAT på 95-100%, men en fiberskopi gennem trachealtuben synliggjorde fortsat et fremmedlegeme. En øre-næse-hals-speciallæge blev tilkaldt og fjernede ved stiv bronkoskopi endnu et kødstykke, der målte 3 × 4 cm, fra tracheas bifurkatur (**Figur 1**), hvorefter patienten var let at ventilere, og SAT blev målt til 100%. Samlet tid fra tilskadekomst til endelig etablering af frie luftveje var ca. 90 minutter.

I de følgende døgn var patienten fortsat bevidstløs, men med spontan respiration. På femtedagen udførte man en klinisk neurologisk undersøgelse og undersøgelse af *somatosensory evoked potentials*, begge uden påviseligt kortikalt respons. Den aktive behandling blev indstillet.

DISKUSSION

I forbindelse med hjertestop bør de reversible årsager altid overvejes og forsøges behandlet. Det fremgår, at fremmedlegemeaspiration ikke var blandt de primære diagnostiske overvejelser i denne sygehistorie. Vigtige anamnesticke informationer kom ikke frem initialt ved overlevering af patienten til hjertestopteamet.

Ved dødeligt forløbende fremmedlegemeaspiration vil fremmedlegemet typisk være lokaliseret over stemmelæbeniveau [1]. I ovenstående sygehistorie indikerer progressionen fra ventilerbar til ikkeventilerbar tilstand og fundet af en kødklump, der var indkilet i carina tracheae, at kødklumpen blev displaceret fra larynx til carina under overtryksventilation.

Ifølge gældende europæiske kliniske retningslinjer [2] inddeles luftvejsobstruktion som følge af fremmedlegemeaspiration i tre sværhedsgrader: svær obstruktion med eller uden bevidstløshed samt mild obstruktion. Behandlingen følger denne inddeling. I sygehistorien var der tale om en bevidstløs patient med svær luftvejsobstruktion, og den korrekte behandling er basal hjerte-lunge-redning og laryngoskopi med henblik på fjernelse af fremmedlegemet, så snart en person med kompetence hertil er til stede. Ud over at opretholde blodcirkulationen er formålet med hjertemassage at øge trykket i luftvejene for herved at fjerne fremmedlegemet. Patientens mundhule bør inspiceres indledningsvist og under hjertemassa-

KASUISTIK

- 1) Anæstesiologisk Afdeling, Roskilde Sygehus
- 2) Anæstesiologisk Afdeling, Køge Sygehus
- 3) Øre-næse-halskirurgisk Afdeling, Køge Sygehus
- 4) Anæstesi- og Operationsklinikken, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet

FIGUR 1



Kødstykker.

gen for at se efter et evt. synligt fremmedlegeme, der kan fjernes. I en situation med svær luftvejsobstruktion, men bevaret bevidsthed, er den korrekte behandling at alternere mellem fem kraftige dunk i ryggen og fem gange Heimlichmanøvre. Ved mild luftvejsobstruktion skal patienten opmuntres til fortsat hoste.

Der foreligger nogen evidens for lægers betydning præhospitalt i forbindelse med traume og hjertestop, men det er vanskeligere at dokumentere betydningen, når det gælder forholdsvis sjældne situationer som et fremmedlegeme i luftvejene [3]. Erkendelse heraf indgår dog som et vigtigt element i avanceret, akut luftvejshåndtering, og sikring af frie luftveje samt endotrakeal intubation hører til de anæstesiologiske kernekompetencer. Det betydelige erfaringsvolumen, der kræves for at tilegne sig og vedligeholde disse færdigheder, kan næppe opnås af andre faggrupper end speciallæger i anæstesiologi [4]. Såfremt fremmedlegemet var beliggende i de

øvre luftveje, er det muligt, at en anæstesiolog allerede præhospitalt kunne have fjernet fremmedlegemet med en Magilltang.

KORRESPONDANCE: Karen Schow Jensen, Anæstesiologisk Afdeling, Roskilde Sygehus, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde. E-mail: karenshawjensen@gmail.com

ANTAGET: 13. juni 2012

FØRST PÅ NETTET: 30. juli 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Tak til Joakim Cordtz for praktisk bistand under udarbejdelsen af manuskriptet.

LITTERATUR

- Berzlanovich AM, Fazeny-Dörner B, Waldhoer T et al. Foreign body asphyxia. *Am J Prev Med* 2005;28:65-9.
- Lockey A, Ballance J, Domanovits H et al. Chapter 7: Airway management and ventilation. *Advanced life support. ERC guidelines. Edegem: European Resuscitation Council, 2010:55-74.*
- Bøtker MT, Bakke SA, Christensen EF. A systematic review of controlled studies: do physicians increase survival with prehospital treatment? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2009;17:12-9.
- Konrad C, Schüpfer G, Wietlisbach M et al. Learning manual skills in anaesthesiology: is there a recommended number of cases for anesthetic procedures? *Anesth Analg* 1998;86:635-9.

Neurologiske symptomer som bivirkning af infliximab

Anna C.K.M. Bebe¹, Kirstine Moll Harboe² & Camilla Nøjgaard³

KASUISTIK

- 1) Medicinsk Afdeling I, Bispebjerg Hospital
- 2) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
- 3) Medicinsk Afdeling, Helsingør Hospital

Infliximab blev i 2006 godkendt til behandling af plaquepsoriasis hos voksne patienter ved intolerans over for eller manglende respons på anden systemisk behandling [1]. Infliximab er et immunglobulin G1-antistof, der inaktiverer tumornekrosefaktor (TNF)- α og har immunsupprimerende effekt. Behandlingen gives som infusion 5 mg/kg, gentaget efter to og otte uger og derefter hver ottende uge. Behandlingen er meget effektiv og giver fuldt respons hos op til 90% af patienterne [2].

De hyppigste bivirkninger af infliximab er hovedpine, kvalme, øvre luftvejs-infektion og infusionsrelaterede reaktioner. Derudover er der beskrevet en bred vifte af mere eller mindre sjældne bivirkninger, herunder reaktivering af infektioner og autoimmune tilstande (Tabel 1).

SYGEHISTORIE

En 32-årig mand blev indlagt pga. muskelsmerter og nedsat muskelkraft i over- og underekstremiteter. To uger før indlæggelsen havde patienten fået første behandling med infliximab 500 mg givet intravenøst

mod plaquepsoriasis med god effekt. *Psoriasis area and severity index*-score var ved ordinationen 3,7. En uge før infliximabbehandlingen havde man påbegyndt behandling med isoniazid 300 mg og pyridoxin 60 mg på mistanke om latent tuberkulose (positiv Quantiferontest). Derudover fik han 15 mg methotrexat og 5 mg folinsyre ugentligt.

To uger efter den første infliximabbehandling fik patienten nedsat muskelkraft i højre hånd, derefter fik han smerter i højre lyske og nedsat muskelkraft i højre underekstremitet. Han havde i dagene forinden haft følgende symptomer: hovedpine, almen svækkelse, svedeture, halssmerter, krampelignende smerter i begge hænder og iridocyklitis. En uge efter symptomdebut var alle ekstremiteter afficeret, og patienten blev indlagt på medicinsk afdeling.

Ovenstående ledte til følgende tentative diagnoser: bivirkning af infliximab i form af demyelinisering, Guillain-Barrés syndrom eller infektion.

Blodprøver viste let leukocytose: 10,3 mia. leukocytter/l, (7,64 mia. neutrofile/l), C-reaktivt protein (CRP) 58 mg/l. Forgiftningsprøver og undersøgelse