

Udredningen bør suppleres med bestemmelse af thyroideaantistoffer. Differentiering af HD fra CJD afhænger af påvisning af den for CJD typiske CSF-markørprofil og de karakteristiske MR-DWI-fund (Figur 1). HE er en vigtig differentialdiagnose til CJD og har en god prognose med steroidbehandling.

**KORRESPONDANCE:** Daniel Kondziella, Neurologisk Klinik, Afsnit 2094, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. E-mail: daniel\_kondziella@yahoo.com

**ANTAGET:** 18. maj 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 25. juli 2011

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

#### LITTERATUR

1. Seipelt M, Zerr I, Nau R et al. Hashimoto's encephalitis as a differential diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66:172-6.
2. Castillo P, Woodruff B, Caselli R et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Arch Neurol* 2006;63:197-202.
3. Shiga Y, Miyazawa K, Sato S et al. Diffusion-weighted MRI abnormalities as an early diagnostic marker for Creutzfeldt-Jakob disease. *Neurology* 2004;63:443-9.
4. Marcocci C, Chiovato L. Thyroid-directed antibodies. I: Braberman L, red. *The thyroid*. Vol 8. Baltimore, Md: Williams & Wilkins, 2000:414-31.

## Allergisk reaktion i forbindelse med anæstesi kræver grundig postoperativ udredning

Louise Blichfeldt<sup>1</sup>, Lene Heise Garvey<sup>2</sup>, Mogens Krøigaard<sup>2</sup> & Holger Mosbech<sup>2</sup>

Allergiske reaktioner i forbindelse med anæstesi er sjældne og forekommer kun ved en ud af 5.000-20.000 anæstesier [1]. Reaktionen kan være svære at diagnosticere, da patienten ofte er tildækket, og symptomer som hypotension og takykardi kan forveksles med forventelige reaktioner i forbindelse med anæstesi. Førstevalgsbehandlingen er adrenalin injektion hos patienter, hvor man har mistanke om anafylaksi med cirkulatorisk eller respiratorisk påvirkning [1]. Der gives oftest mange forskellige medikamenter samtidigt, og det er svært at vide, hvilket stof der udløste reaktionen. En grundig postoperativ udredning er nødvendig for at stille diagnosen.

#### SYGEHISTORIE

En 19-årig, tidligere rask kvinde kom til cystoskopi som led i et udredningsforløb. Hun havde tidligere fået Quinckes ødem efter morfinbehandling. Det præoperative blodtryk var 125/65 mmHg, og pulsen var 95/min. Der blev indledt anæstesi med fentanyl og propofol givet intravenøst (i.v.) med forventeligt blodtryksfald til 100/45 mmHg og pulsfald til 55/min. Anæstesen blev vedligeholdt med remifentanyl og propofol i.v., og patienten var kredsløbsstabil under hele indgrebet. Ved anæstesiens slutning fik hun ketorolac i.v. Ved opvågningen havde hun kraftige smerter, og der blev givet fentanyl i.v. før overflytning til opvågningsafsnittet. Under overflytningen udvikledes der dyspnø, hævelse af læberne og kinder samt rødme i ansigtet. På mistanke om en allergisk reaktion med hævelse i svælget, men uden cirku-

latorisk påvirkning fik hun initialt adrenalininhaltationer efterfulgt af clemastin og hydrocortison i.v., hvorefter tilstanden bedredes. Hun fik igen ketorolac i.v. uden reaktion. Efter tre timers observation blev hun udskrevet i velbefindende. Hun blev henvist til Dansk Anæstesi Allergi Center (DAAC) mhp. udredning af mulig allergisk reaktion i relation til generel anæstesi. Serum tryptase taget to timer efter reaktionen var ikke forhøjet. Prik- og intrakutantest og i.v. provokation med en tiendedel af terapeutisk dosis var alle negative for propofol, fentanyl, remifentanyl og morfin. Test med ketorolac, chlorhexidin, latex og etylenoxid, som hun var eksponeret for, var også negative. Det blev konkluderet, at reaktionen højst sandsynligt skyldtes en uspecifik histaminfrigørelse udløst af opioider. Forbehandling med antihistamin blev tilrådet ved fremtidigt behov for anæstesi eller opioidbehandling.

#### DISKUSSION

I de skandinaviske retningslinjer anbefales det, at patienter, som har haft en moderat/svær allergisk reaktion i forbindelse med anæstesi, bør udredes postoperativt [1]. Ikke alle patienter henvises til en sådan udredning, hvilket måske skyldes manglende viden om, hvor den foretages. I nogle tilfælde fravælges udredning muligvis, fordi man mener at kunne identificere årsagen blandt de mange stoffer, patienten har været eksponeret for.

I 2005 viste en retrospektiv undersøgelse i DAAC, at der sjældent var overensstemmelse mellem stoffet,

#### KASUISTIK

- 1) Anæstesiologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
- 2) Dansk Anæstesi Allergi Center, Allergiklinikken KAA 816, Dermatologisk Afdeling K, Gentofte Hospital

På Dansk Anæstesi Allergi Center modtager man henvisninger af patienter, hvor man har mistanke om allergisk reaktion i forbindelse med generel anæstesi. (E-mail: daac@geh.regi-onh.dk Hjemmeside: www.gentoftehospital.dk/daac).



der blev mistænkt af den henvisende læge, og konklusionen efter endt udredning. Kun hos 7% af de henviste var der fuld overensstemmelse. Hos 73% var der ingen overensstemmelse, enten fordi patienten ikke var allergisk over for nogen af de testede stoffer, eller fordi patienten var allergisk over for et andet end det ved henvisningen mistænkte stof [2].

En fejlagtig påhæftet cave kan føre til suboptimal behandling f.eks. insufficient smertebehandling eller fravalg af den mest hensigtsmæssige anæstesi-form, antibiotika eller anden behandling. Herudover er der risiko for, at patienten igen eksponeres for det uidentificerede allergen og får en fornyet, måske mere alvorlig, allergisk reaktion. Dette er bl.a. set efter en al-

lergisk reaktion ved urinkateteranlæggelse, hvor man havde mistanke om lidocain som årsag, men det viste sig at være chlorhexidin [3].

Vores patient reagerede umiddelbart efter indgift af fentanyl, som man derfor mistænkte. Allergi over for fentanyl forekommer dog meget sjældent [4], og vor udredning kunne ikke bekræfte mistanken. Patienten havde tidligere reageret i forbindelse med indgift af opioider, som er kendt for at kunne udløse uspecifik histaminfrigørelse [5]. Uspecifik histaminfrigørelse er relateret til dosis, koncentration og injektionshastighed og kan ofte blokeres ved behandling med antihistamin f.eks. tabl. cetirizin 10 mg aftenen før indgrebet og samme morgen [1]. Udredning af patienter, hvor man har mistanke om allergiske reaktioner i forbindelse med generel anæstesi, er en højt specialiseret opgave, som varetages med landsfunktion i DAAC, Gentofte Hospital.

**KORRESPONDANCE:** Louise Blichfeldt, Anæstesiologisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, 6700 Esbjerg. E-mail: louise@blichfeldt.net.dk

**ANTAGET:** 21. juni 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 1. august 2011

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

#### LITTERATUR

1. Krøigaard M, Garvey LH, Gillberg L et al. Scandinavian Clinical Practice Guidelines on the diagnosis, management and follow-up of anaphylaxis during anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:655-70.
2. Krøigaard M, Garvey LH, Menné T et al. Allergic reactions in anaesthesia: are suspected causes confirmed on subsequent testing? *Br J Anaesth* 2005;95:468-71.
3. Garvey LH, Roed-Petersen J, Husum B. Allergi over for chlorhexidin – en vigtig differentialdiagnose. *Ugeskr Læger* 2004;166:382-3.
4. Cummings KC, Arnaut K. Case report: fentanyl-associated intraoperative anaphylaxis with pulmonary edema. *Can J Anesth* 2007;54:301-6.
5. Nasser SM, Ewan PW. Opiate-sensitivity: clinical characteristics and the role of skin prick testing. *Clin Exp Allergy* 2001;31:1014-20.

## Aortakaval fistel som komplikation i forbindelse med abdominalt aortaaneurisme

Jens Peter Provstgaard Schmidt-Holm<sup>1</sup> & Vibeke Brogaard Hansen<sup>2</sup>

### KASUISTIK

1) Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus  
2) Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus

Abdominalt aortaaneurisme (AAA) er oftest asymptomatisk og tilfældigt verificeret, men kan udvikle sig til en akut livstruende tilstand, hvis aneurismet rumper. AAA med komplicerende rumpering udgør 1,3% af årsagerne til død hos mænd i alderen 65-85 år i den vestlige verden [1]. Trods akut intervention er 30-dages-mortaliteten på 39-48% [2]. Kompliserende aortokaval fistel (ACF) ses i 0,22-6% af tilfældene [3]. Tilstanden kan opereres, men har som de øvrige AAA høj mortalitet.

Vi bringer her en kasuistik om en ACF-komplikation i forbindelse med et infrarenalt rumperet AAA (rAAA).

### SYGEHISTORIE

En 84-årig mand, der havde velreguleret, lettere hypertension, men i øvrigt i det væsentligste var rask, blev indlagt akut under diagnosen obs. akut koronart syndrom, da han havde haft kvalme og svære smerter i thorax og epigastriet med udstråling til ryggen. Ved