

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Ved gennemgang af journalen viste det sig, at der seks dage tidligere var opstået universelt småpletet eksantem umiddelbart efter TURP i generel anæstesi. Det svandt ved behandling med antihistamin før udskrivelse fra opvågningsafdelingen og var noteret på anæstesischemaet, men ikke i journalen.

Prik- og intrakutantest var negative for de medikamenter, der blev givet ved operationen, inklusive lidocain. Priktest for latex var negative. Priktest, lappeprøver og Histamin-Release Test for chlorhexidin var alle positive.

Patienten blev informeret om, at udslættet i forbindelse med TURP og reaktionen efter anlæggelse af KAD var udløst af chlorhexidin og ikke som først antaget af lidocain. Han blev advaret mod kontakt med chlorhexidin hos læge, tandlæge, på hospital eller i hjemmet.

### Diskussion

Chlorhexidin bruges meget på hospitaler og er et »gemt« indholdsstof i en del præparater f.eks. uretralgel og forbindinger.

Type I-allergi over for chlorhexidin er kun omtalt kasuistisk [2-5]. Reaktionen varierer fra udslæt til anafylaktisk shock med hjertestop og er ofte gentagne hos samme patient, da man ikke har fået mistanke om allergi over for chlorhexidin. Reaktionen på chlorhexidin opstår efter 20-40 minutter, og andre medikamenter givet tættere på reaktionen bliver derfor ofte mistænkt i stedet.

Vi har i de fleste tilfælde fundet en mild reaktion forud for den alvorlige reaktion, der førte til henvisning til Dansk Anæstesi Allergi Center (DAAC). Dette er også nævnt i litteraturen [3, 4]. Disse milde reaktioner, oftest universelle udslæt, bliver

sjældent taget alvorligt. Vi anbefaler derfor, at patienter, der får universelle udslæt efter kontakt med chlorhexidin f.eks. ved anlæggelse af KAD eller invasive procedurer, mistænkes for allergi over for dette samt over for latex og øvrige medikamenter. Her ved undgås senere og potentielt alvorligere reaktioner.

Eventuel udredning bør varetages af specialafdelinger. Vi anvender lappeprøver med 1% chlorhexidinacetat og 1% chlorhexidindigluconat og prik- og intrakutantest med henholdsvis 0,5% og 0,0002% chlorhexidindigluconat [1, 2]. Universelle udslæt bør dokumenteres i journalen og meddeles til patienten evt. i et brev med en liste over alle medikamenter, der kan være involveret. Der bør tages stilling til, om udredning er indiceret.

Korrespondance: *Lene Heise Garvey*, Anæstesiologisk Afdeling, Amtssygehuset i Gentofte, DK-2900 Hellerup. E-mail: daac@gentoftehosp.kbhamt.dk

Antaget: 4. september 2003

Interessekonflikt: Ingen angivet

Støtte til aflønning af klinisk assistent *L.H. Garvey* er givet af Abbott AS, Fresenius AS, GlaxoSmithKline AS, Organon AS og Pharmacia AS.

### Litteratur

1. Garvey LH, Roed-Petersen J, Menné T et al. Danish Anaesthesia Allergy Centre – preliminary results. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1204-9.
2. Garvey LH, Roed-Petersen J, Husum B. Anaphylactic reactions in anaesthetised patients – four cases of chlorhexidine allergy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1290-4.
3. Thune P. Two patients with chlorhexidine allergy – anaphylactic reactions and eczema. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998;118:3295-6.
4. Cheung J, O'Leary JJ. Allergic reaction to chlorhexidine in an anaesthetised patient. *Anaesth Intensive Care* 1985;13:429-30.
5. Stables GI, Turner WH, Prescott S et al. Generalized urticaria after skin cleansing and urethral instillation with chlorhexidine-containing products. *Br J Urol* 1998;82:756-7.

## Primær clubbing af fingre og tæer

Reservelæge Rikke Hein-Rasmussen & klinikchef Per Rossen Hildebrandt

H:S Frederiksberg Hospital, Kardiologisk-Endokrinologisk Klinik E

Trommestikfingre- og tæer (herefter clubbing) kan være sekundært forbundet med strukturel eller funktionel hjertelunge-sygdom, hvilket altid må forsøges udelukket. Den primære form er sjældent forekommende og sparsomt beskrevet i litteraturen.

Et tilfælde af primær clubbing præsenteres i det følgende.

### Sygehistorie

En tidligere rask 33-årig mand blev henvist til speciallæge i

kardiologi på mistanke om hjertesygdom på baggrund af udpræget clubbing.

Patientens far havde erkendt iskæmisk hjertesygdom, og patientens bror havde tilsvarende ekstremitetsforandringer som patienten, derudover var der en negativ familieanamnese for hjerte- og lungesygdomme. Patienten blev født tre uger prætermt, men havde altid været i god trivsel og haft normal kondition. Som voksen spillede han tennis- og squash uden fysiske indskrænkninger.

Patienten havde bemærket tiltagende clubbing og urglasnegle siden puberteten. Ved henvisningen arbejdede patienten som trommeslager og var ryger. Der blev ikke eksploreret i livsstilsrelateret adfærd.

Objektivt fandtes normale forhold ved en helkropsundersøgelse, og paraklinisk fandtes normale forhold ved ekg, ek-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

**Figur 1.** Udpræget clubbing med urglasnegle og hyperæmiske randzoner på højre hånd.



kokardiografi, og en seks år gammel lungefunktionsundersøgelse.

Det eneste positive fund var hænder og fødder med udpræget clubbing af samtlige fingre og tæer, kombineret med urglasnegle og hyperæmiske randzoner ved neglevoldene (Figur 1).

Sekundær clubbing blev afkræftet på baggrund af ovenstående undersøgelsesprogram, og der blev afstået fra yderligere udredning.

### Diskussion

Clubbing er i litteraturen forbundet med blandt andet kongenitte hjerte- og lungesygdomme med kronisk hypoksi, såsom Steno-Fallots tetrade, Ebsteins anomali og sjældne autosomale syndromtilstande såsom hypertrofisk osteoartropati [1] og pakydermoperiostose [2], perifer hypervaskularisation [3], tobaksrelateret respiratorisk bronkiolitassocieret interstitiel lungesygdom [4], hash- og heroinmisbrug samt kroniske inflammatoriske tilstande i såvel hjerte, lunger, lever som øvre mave-tarm-kanal. Clubbing er desuden set forbundet med maligne neoplasmer.

Patoanatomisk er clubbing smertefri symmetriske trommestikformede udvækster på fingre og tæer med hyperæmiske randzoner ved neglevoldene på grund af ødem og hypervaskularisation i neglelejet [3, 5-7]. Urglasnegle kan forekomme sammen med disse forandringer.

De histologiske fund anses fortsat for at være på et eksperimentelt plan, men ved flere in vitro- og in vivo-studier er der fundet tegn på fibroblastproliferation i terminale digit og kar med trombocyttaggregationer, megakaryocytter, hypertrofiske og aktiverede endotelceller og monocytter samt fortykket basalmembran, der leder til mikrotromber samt hypoksi distalt for de tromboserede kapillærer [1, 2, 5]. Cytokinproduceret plateletderiveret vækstfaktor, vaskulær endotelvækstfaktor og tumornekrosefaktor-alfa udtømmes fra disse celler, og den deraf øgede karpermeabilitet og fibroblastproliferation bevirker subunguinalt ødem med bindevævsaflejring og tilta-

gende karvægsfortykkelse med iskæmi og nekrose distalt for forandringerne til følge [8].

Primær clubbing angriber hyppigst mænd [5], med debuttidspunkt i løbet af puberteten. Tilstanden ses – som i dette tilfælde – i en benign arvelig form af autosomal dominant type med varierende penetrans, men kan også forekomme idiopatisk.

Standardudredningsprogram ved fund af clubbing kan være røntgen af thorax og af de pågældende ekstremiteter, lungefunktionsundersøgelse, ekg, ekkokardiografi, arbejdstest, a-gas-analyse, måling af hæmoglobin, undersøgelse af lever- og galdefunktion, hæmocult, men også invasive undersøgelser som angio- og termografi og særligt højresidig hjertekateterisation kan være en del af undersøgelsesprogrammet.

På baggrund af den her omtalte sygehistorie bør man imidlertid nøje overveje indikationerne for henvisning til undersøgelser, som kan indebære væsentlige patientrisici.

Korrespondance: *Rikke Hein-Rasmussen*, Anæstesiologisk Afdeling R, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København N.V.E-mail: rikkehein@dadlnet.dk

Antaget: 30. juli 2003

Interessekonflikt: Ingen angivet

### Litteratur

1. Reginato AJ, Schiapachasse V, Guerrero R. Familial idiopathic hypertrophic osteoarthropathy and cranial suture defects in children. *Skel Radiology* 1982; 8:105-9.
2. Hedayati H, Barmada R, Skosey JL. Acrolysis in pachydermoperiostosis. *Arch Intern Med* 1980;140:1087-8.
3. Wiesmann F, Beer M, Krause U et al. Clubbing due to peripheral hypervascularization. *Circulation* 2001;104:2503.
4. Sadicot RT, Johnsen J, Loyd JE et al. Respiratory bronchiolitis associated with severe dyspnea, exertional hypoxemia and clubbing. *Chest* 2000;117:282-5.
5. Richter T, Hettmannsperger U. Idiopathische Trommelschlegelfinger. *Hautarzt* 1994;45:866-70.
6. Leu AJ, Vesti B. Trommelschlegelfinger, Uhrglasnaegel. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1991;80:1225-8.
7. Reynen K, Daniel WG. Idiopathic clubbing. *N Engl J Med* 2000;343:1235.
8. Silveira LH, Martinez-Lavin M, Pineda C et al. Vascular endothelial growth factor and hypertrophic osteoarthropathy. *Clin Exp Rheumatol* 2000;18:57-62.