

symptomer. Uafklarede ensidige øresymptomer med progredierende høretab bør således foranledige, at man også udreder for mere sjældne mellemørepatologi som årsag til symptomerne. Der er i dag let adgang til CT, og derfor bør skanningen udføres tidligt ved uafklarede årsager til ensidige øresymptomer. Et eksplorativt indgreb af mellemøret er et relativt ukompliceret indgreb, der kan give den histologiske diagnose, og som eventuelt kan udføres i lokal anæstesi. Meningiomer, der præsenterer sig i mellemøret, stammer fra en intrakranial lokalisation [1-5]. Behandlingsmæssigt kan man vælge en vent-og-skannepolitik, hvor patienten følges tæt, og meningeomet skannes regelmæssigt. Er der truende nervepåvirkning, kan meningeomet opereres som i det aktuelle tilfælde. Risikoen for sequelae ved operationen skal

vurderes i forhold til risikoen ved meningeomets fortsatte vækst. Det optimale tidspunkt for operation vil være, når gevinsten ved operationen er størst i relation til risikoen for operationssequelae.

**KORRESPONDANCE:** Jesper Hvasz Schmidt, Klørvænget 26A, 11, DK-5000 Odense C. E-mail: jesper.schmidt@ouh.regionsyddanmark.dk

**ANTAGET:** 4. maj 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Ayache D, Trabalzini F, Bordure P et al. Serous otitis media revealing temporal en plaque meningioma. *Otol Neurotol* 2006;27:992-8.
2. Chang CY, Cheung SW, Jackler RK. Meningiomas presenting in the temporal bone: the pathways of spread from an intracranial site of origin. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:658-64.
3. Civantos F, Ferguson LR, Hemmati M et al. Temporal meningiomas presenting as chronic otitis media. *Am J Otol* 1993;14:403-6.
4. Khalaila J, Braun J, Lurie M et al. Meningioma extending into the middle ear mimicking chronic otitis media. *Isr Med Assoc J* 2008;10:544-5.
5. Prayson RA. Middle ear meningiomas. *Ann Diagn Pathol* 2000;4:149-53.

## Stumt traume mod larynx

Reservelæge Maria Schou Hoskin & overlæge Henrik Møller

Stumpe larynxtraumer er sjældent forekommende og næsten udelukkende beskrevet kasuistisk. Hyppigheden af larynxtraumer i skadestuen udgør 0,04%, og forholdet mellem penetrerende og stumpe traumer er 2:1 [1]. Der foreligger ikke bestemte retningslinjer for håndtering af disse traumer i skadestuen. De fleste tilfælde har et roligt forløb, men alvorlige komplikationer kan opstå. Normalt indlægges disse patienter på en øre-næse-halsafdeling (ØNH) til observation for tardivt larynxødem i 24 timer, hvis de er upåvirkede.

Vi beskriver her en kvinde, der efter et larynxtraume indlagdes til observation for tardivt larynxødem. Selv om denne sygehistorie er atypisk, og man efter en kerneårsagsundersøgelse (KÅA) har vurderet, at man har handlet korrekt under omstændighederne, vil vi prøve at give nogle retningslinjer mhp. håndtering af disse patienter i det akutte forløb.

#### SYGEHISTORIE

En 18-årig pige overflyttedes fra skadestue til nærmeste ØNH efter et cykelstyrt. Hun havde slået halsen mod et jernrør eller autoværn. På skadestuen vurderes hun af vagthavende anæstesi-læge og skadestuelæge, og røntgen af halscolumna og højre klavikel var uden frakturer. Hun vurderedes at være respiratorisk og cirkulatorisk stabil og overflyttedes grundet slaget

på halsen til ØNH. I skadestuen var hun upåvirket trods hæshed og hæmoptyse.

Vagthavende på ØNH fiberskoperede hende og fandt hende lidt hævet i halsen, men da der var god plads, og hun var upåvirket, indlagdes hun til observation. Hun var ikke længere hæs, havde ikke hæmoptyse og talte uden problemer.

Efter et par timer blev hun bevidstløs og fik krampe. Hun intuberedes, og en computertomografi (CT) viste bilateral pneumothorax og subkutant emfysem. Der anlagdes pleuradræn, og en ny skanning viste normale forhold af hals, trachea og øvre abdomen. Der blev foretaget bronkoskopi, som viste normale forhold. Hun forblev intuberet, og et nyt røntgenbillede af thorax viste, at lungerne var udfoldede. Da der ikke var tegn på opvågning, blev der foretaget en ny CT af cerebrum, som viste et cerebellært infarkt, og patienten afgik ved døden pga. inkarceration (**Figur 1**). Ved en efterfølgende obduktion kunne man ikke fastslå årsagen til infarkt.

#### DISKUSSION

En efterfølgende KÅA konkluderede korrekt behandling under omstændighederne. Årsagsrelationen mellem patientens hjerneinfarkt, dødsårsagen og patientens stumpe larynxtraume kunne ikke findes. KÅA tydeliggjorde, at skadestuen manglede klare retnings-

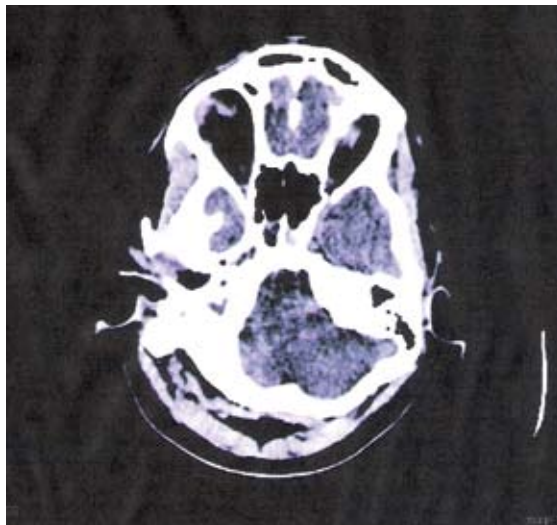
#### KASUISTIK

Gentofte Hospital,  
Øre-næse-halskirurgisk  
Afdeling E



FIGUR 1

Det cerebellære infarkt.



linjer for denne type traumer. Man kunne optimere de eksisterende retningslinjer på ØNH. På trods af den atypiske sygehistorie vedrørende stump larynxtraumer kan dette alligevel lære os noget, selv om man ikke kan lære noget af det dødelige forløb.

Patienten præsenterede symptomer, man bør tage alvorligt; nemlig hæshed og hæmoptyse. I litteraturen er det beskrevet, at et af disse symptomer eller emfysem og ændring af halsens anatomi bør føre til tættere observation og undersøges med indirekte eller direkte laryngoskopi [2]. Stumpe larynxtraumer udgør et bredt spektrum af kliniske præsentationer fra helt lette traumer, der udelukkende kræver observation for tardivt larynxødem, til svære traumer, der frakturerer eller lukserer larynxbruskene. Dette kan give trakearuptur, som muligvis ikke ses ved bronkoskopi og kan medføre emfysem på halsen, mediastinum og pneumothorax. Trakeotomi foretages, hvis luftvejen er truet, eller hvis der er større synlige brusktraumer [3]. CT af larynx kan være indiceret for at evaluere traumets udbredelse [1,2]. Dette skal dog ikke udføres ved indikation for akut trakeotomi [3]. Traumecentre udfører traumeskanning af hjerne og lunger for at udelukke pneumothorax og medinddrager halsen ved voldsomme traumer. Afoni og blødning fra luftvejene bør behandles med trakeostomi. Er luftvejen ikke truet, observeres patienten, hvis der er mulighed for intensiv overvågning, og patienten skal evt. have foretaget bronkoskopi [3, 4]. Konservativt behandlede patienter kan behandles med antihistaminer og steroid [3]. Konservativt behandlede patienter har bedre pro-

gnose, som skyldes, at disse patienter er udsat for lettere traumer.

Den optimale behandling af larynxtraumer afhænger af, at man i skadestuen tager disse typer af traumer alvorligt og sørger for at stabilisere patienten respiratorisk inden overflytning til ØNH, specielt ved alvorlige symptomer som hæmoptyse, hæshed og synkebesvær. Der bør man evt. intubere og overflytte patienten med lægefølge. På ØNH skal man være bedre til at vurdere patienter med disse symptomer. Man skal muligvis overveje oftere at indlægge patienter på intensivafdeling, fordi de her overvåges tættere end på en traditionel ØNH. Man kan overveje intubation eller trakeotomi i større udstrækning end i dag ved truet luftvej, eller hvis alvorlige symptomer konstateres.

**KORRESPONDANCE:** Maria Schou Hoskin, Strandboulevarden 121, DK-2100 København Ø. E-mail: Hoskin@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 14. april 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Duplechain JK, Miller RH. Laryngeal trauma diagnosis and management. *Otolaryng/Head & Neck Surg Rep* 2008;141:17-20.
2. Hartmann PK, Mintz G, Verne D et al. Diagnosis and primary management of laryngeal trauma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;60:252-7.
3. Atkins BZ, Abbate S, Fisher SR et al. Current management of laryngotracheal trauma: Case report and literature review. *J Trauma* 2004;56:185-90.
4. Jewett BS, Shockley WW, Rutledge A. External laryngeal trauma analysis of 392 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:877-88.