

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

ankomsten var patienten upåvirket, men to timer senere recidiverede symptomerne i svær grad, og parallelt hermed blev han akut påvirket, klamtsvedende, takypnøisk og hæmodynamisk ustabil med blodtryk på 70/40 mmHg. En elektrokardiogrammåling viste nu takykardi og ST-depression i afledninger V5-6. En akut *bedside*-ekkokardiografi viste normale forhold. Akut computertomografi af thorax og abdomen viste et 8 × 10 cm stort infrarenalt AAA. Dette havde en 10 mm stor fistel imellem aorta abdominalis og vena cava inferior. Det drejede om en arterie-venøs fistel med retrograd fyldning af det venøse system (Figur 1).

Efter stabilisering på en intensivafdeling blev patienten akut flyttet til en karkirurgisk afdeling på et andet sygehus, hvor der blev foretaget bilateral iliaca-bypass og indlæggelse af aortaprotese samt lukning af fistlen uden komplikationer. Proceduren blev foretaget initialt med tang på aorta over aneurismet og på begge arteriae communes ved midtlinjelaparotomi. Ved en efterfølgende aortotomi blev fistlen mellem aorta og vena cava lukket via suturering med væggen fra aortaaneurismet. En protese på 16/8 mm blev herefter påsyet *end-to-side* til aorta. Der blev anlagt proteseanastomose med højre arteria iliaca communis efter klipping af denne *end-to-side* og proteseanastomose mellem venstre arteria iliaca communis og venstre arteria iliaca externa *end-to-side*. Peroperativt var der god puls i begge lysker, og fødderne var velvaskulariserede.

Patienten fik tre dage postoperativt kritisk iskæmi i venstre underekstremitet fra knæniveau og distalt pga. trombedannelse med okklusion af venstre arteria femoralis. Det var nødvendigt at foretage femuramputation, og patienten havde midlertidigt dialysekrævende nyresvigt (akut tubulointerstitiel nefropati) i otte dage. Han blev herefter overflyttet til nyremedicinsk afdeling på et lokalsygehus og efterfølgende udskrevet til ambulant opfølgning i et nyremedicinsk ambulatorium.

## DISKUSSION

Denne sygehistorie illustrerer, at patienter med rAAA og ACF trods postoperative komplikationer kan opereres succesfuldt, selv ældre patienter. I modsætning til andre patienter med rAAA havde den her omtalte patient dog ingen tegn på akut ekstravaskulær blødning. Dette og hurtig billeddiagnostik har formentlig været medvirkende til det prognostiske forløb.

ACF ses primært som komplikation i forbindelse med AAA, men kan i endnu sjældnere tilfælde ses ved traumer mod abdomen og iatrogenet betinget ved kirurgiske indgreb som f.eks. endovaskulær kateterisation [4].

FIGUR 1



Computertomografi med kontrast i arteriel fase. Bemærk, at der også er kontrastfyldning på venesiden pga. den aortakavale fistel (pile).

AA = aorta abdominalis  
ICV = v. cava inferior  
F = aortakaval fistel.

Det kliniske billede ved en ACF er beskrevet i litteraturen som varierende grader af pulserende abdominal masse, akut indsættende abdominale smerter og/eller rygsmerte, ofte med udstråling til lyske eller lår, hjertesvigt (*high output*), svære underekstremitetsødemer, mislyd over abdomen og hæmaturi [3, 4]. Hurtig diagnostik og behandling er af afgørende prognostisk betydning. Endelig er korrekt præoperativt diagnosticering væsentlig for den præoperative planlægning, stabilisering af patienten, den kirurgiske intervention og det postoperative forløb.

**KORRESPONDANCE:** Jens Peter Provstgaard Schmidt-Holm, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus, 7000 Fredericia. E-mail: Jenspeterholm@hotmail.com

**ANTAGET:** 7. juni 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 1. august 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

## LITTERATUR

1. Sakalihan N, Limet R, Defawe OD. Abdominal aortic aneurysm. *Lancet* 2005;365:1577-89.
2. Banke ABS, Andersen JS, Johansson PI et al. Mortalitet og morbiditet ved operation for rumperet abdominalt aortaaneurisme. *Ugeskr læger* 2008;170:3430-4.
3. Matsubara J, Nagaske M, Nakatani B et al. Aorto-caval fistula resulting from rupture of an abdominal aortic aneurysm: report and review of Japanese reported cases. *Eur J Vasc Surg* 1991;5:601-4.
4. Cinara IS, Davidovic LB, Kostic DM et al. Aorto-caval fistulas: a review of eighteen years experience. *Acta Chir Belg* 2005;105: 616-20.