

Endometriose som årsag til pneumothorax

Anne Frost & Peter Bach

Katamenial pneumothorax (CP) er recidiverende, oftest højresidig, spontan pneumothorax hos fertile kvinder og indtræder definatorisk inden for de første 72 timer af menstruationen [1]. Tilstanden blev først beskrevet i 1958 af Maurer [2] og har tidligere været opfattet som en sjælden tilstand, men nyere litteratur synes at tyde på, at den nok er hyppigere end hidtil antaget [1]. Patogenesen bag CP er ikke endeligt klarlagt, men der synes at være en tæt sammenhæng med forekomst af torakal endometriose.

Vi beskriver her et tilfælde af CP som årsag til recidiverende højresidig spontan pneumothorax.

SYGEHISTORIE

En 34-årig kvinde, der var tidligere sund og rask fraset mild astma, ikke brugte medicin og var aldrig-ryger, blev indlagt med førstegangs spontan højresidig pneumothorax, som blev behandlet med pleuradræn. Ved en efterfølgende computertomografi af thorax blev der ikke påvist nogen bullae. Hun indvilligede i at deltage i et godkendt, randomiseret forsøg af behandlingen af førstegangs spontan pneumothorax og blev randomiseret til operation. Der blev foretaget torakoskopisk resektion af lungespidsen og apikal mekanisk pleurodese. Ved mikroskopi påviste man enkelte emfysematøse *blebs*.

To måneder senere blev patienten genindlagt med partiel højresidig pneumothorax, som blev drænbehandlet. Tilstanden recidiverede en måned senere, hvorfor man foretog fornyet torakoskopi nu med apikal pleurektomi. Man kunne ved operationen fortsat ikke påvise bullae.

Efter flere tilfælde med basal højresidig spontan pneumothorax foretog man igen torakoskopi med henblik på basal pleurektomi. Man fandt nu et område på ca. 8 × 4 cm på diafragma med fenestrationer og diafragmaruptur med delvis herniering af leveren op i thorax. Desuden fandtes et mindre, mørkt område på diafragma (Figur 1). Man konverterede derfor til torakotomi, resecerede det mørke område og fenestrationerne på diafragma og foretog diafragmaplastik og basal pleurektomi. Histologisk blev der påvist endometriose i pleura parietale og det resecerede område af diafragma.

Det postoperative forløb var komplikationsfrit, og patienten havde på opgørelsestidspunktet været

recidivfri i 12 måneder efter operationen. Ved en nærmere gennemgang af anamnesen kunne hun berette, at hun tidligere havde fået konstateret endometriose og var i fertilitetsbehandling. Hun havde selv bemærket en sammenhæng mellem menstruationscyklussen og de gentagne tilfælde af spontan pneumothorax, idet de hver gang opstod inden for de første 2-3 dage af menstruationen. Ved en nærmere gennemgang af patientens røntgenoptagelser kunne man nu genfinde den ved operationen fundne herniering af leveren (Figur 1).

Patienten blev ved udskrivelsen henvist til en gynækologisk afdeling til videre behandling.

DISKUSSION

Defekter i diafragma er ofte følger efter et tidligere traume og kan forårsage recidiverende spontan pneumothorax [3].

Patogenesen bag CP er ikke endeligt klarlagt, men man mener, at den skyldes ektopisk endometriosevæv på diafragma i thoraxhulen. Disse forårsager diafragmale fenestrationer med mulighed for luftpasage fra peritoneum via æggeledeerne i forbindelse med slimhindeafstødningen i cervix under menstruation [1, 4].

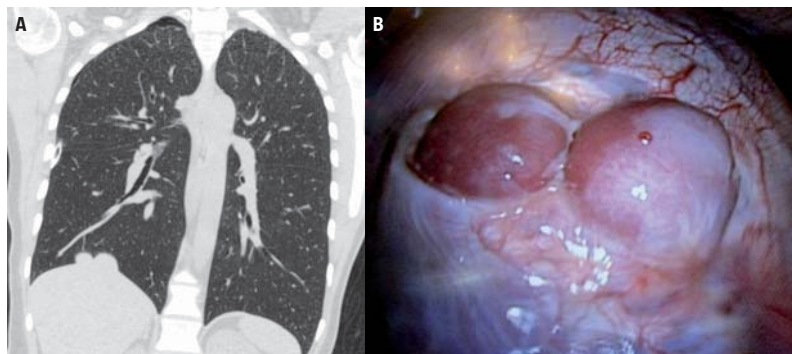
Man har hidtil antaget, at CP var en sjælden årsag til spontan pneumothorax [2], men i nyere opgørelser estimerer man hyppigheden til at være op mod 25% af tilfældene af spontan pneumothorax hos fer-

KASUISTIK

Thoraxkirurgisk
Afdeling, Aarhus
Universitetshospital,
Aalborg Sygehus

FIGUR 1

Computertomografi af thorax. **A.** Diafragmalæsion med leverherniering. **B.** Peroperativt billede. Ud over diafragmalæsionen med leverherniering ses mørkt endometriosevæv.



tile kvinder [1]. Ved recidiverende spontan pneumothorax hos fertile kvinder må CP således altid overvejes, også hos kvinder uden tidligere anamnese med endometriose. Denne sygehistorie viser også betydningen af en grundig anamnese.

Behandlingen af CP indebærer kirurgisk resektion af synligt endometriosevæv, lukning af diafragma-defekten og mekanisk pleurodese.

Efterfølgende gynækologisk kontrol, herunder hormonbehandling, er et vigtigt supplement til kirurgi for at forhindre recidiv [1].

KORRESPONDANCE: Anne Frost, Thoraxkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitets-hospital, Aalborg Sygehus, Hobrovej 18-22, 9000 Aalborg.
E-mail: annefrost@dadlnet.dk

ANTAGET: 31. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 9. april 2012

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

LITTERATUR

1. Alifano M. Catamenial pneumothorax. *Curr Op Pulm Med* 2010;16:381-6.
2. Maurer ER, Schaal JA, Mendez FL. Chronic recurring spontaneous pneumothorax due to endometriosis of the diaphragm. *JAMA* 1958;168:2013-4.
3. Lehnert P, Christensen M, Ravn J. Recidiverende pneumothorax på grund af traumatisk diafragmalesion. *Ugeskr Læger* 2011;173:2050-1.
4. Alifano M, Roth T, Broët SC et al. Catamenial pneumothorax – a prospective study. *Chest* 2003;124:1004-8.

Smerter i nakken hos børn kan skyldes retrofaryngeal absces

Ann-Marie Malby Schoos¹, Bodil Damgaard² & Eva Mosfeldt Jeppesen¹

KASUISTIK

1) Børneafdelingen, Herlev Hospital
2) Radiologisk Afdeling, Herlev Hospital

Retrofaryngeal absces (RPA) kan være medicinsk eller traumatisk betinget. Ikketraumatisk RPA ses primært hos yngre børn som resultat af udviklingen af det lymfatiske væv i bindevævet mellem fascia praevertebralis og bagvæggen af pharynx [1, 2]. Med stigende alder atrofierer disse regionale lymfeknuder, hvorfor incidensen af RPA falder efter femårsalderen [1]. Infektionen udgår hyppigst fra nasopharynx, de paranasale sinusser eller mellemøret [1]. Symptomerne er typisk feber, respirations- og synkebesvær samt nakkestivhed [2]. Der kan også ses ømhed af nakken, takypnø og evt. stridor [3]. Prognosen kan være alvorlig pga. komplikationer såsom sepsis og kvælning pga. larynxødem eller aspiration af pus [1, 2]. Hos små børn er diagnosen svær at stille, da det kan være vanskeligt at se og/eller føle frembulingen på pharynx' bagvæg [2]. Den foretrukne billeddiagnostiske teknik i forbindelse med at stille diagnosen er computertomografi af columna [1]. Behandlingen består i kirurgisk drænering af pusansamligen og antibiotika [4].

SYGEHISTORIE

En seksårig dreng blev henvist til børnemodtagelsen (BMT) af egen læge pga. intermitterende feber (38-39 °C) gennem 12 dage, nakkesmerter og venstresidige øresmerter. Han var blevet udredt hos en øre-næse-hals-læge, der ikke havde fundet noget abnormt. Ved en objektiv undersøgelse i BMT fandt man, at drengen var alment upåvirket, hans tempera-

tur målt i øret var 37,9 °C, og han havde nakkesmerter, der blev tolket som muskulære. Der var normale forhold i cavum oris. Drengen blev efter første henvendelse udskrevet med smertestillende midler i form af paracetamol. Det næste døgn blev hans tilstand ikke bedre, hvorfor moderen atter henvendte sig med ham i BMT. Han havde da tvangsstilling af hovedet og smertebetaget indskrænket bevægelighed af nakken, og det blev føjet til anamnesen, at han også havde haft synkesmerter og ondt i halsen. Han havde ikke været udsat for noget traume. Ved en objektiv undersøgelse fandt man nu perkussions- og palpationsømheden af processu spinosi C5-C6, men en kompressionstest gav negativt resultat. Han kunne ikke

FIGUR 1

En magnetisk resonans-skanning med T1W-post-kontrast-væske viser en meget forstørret venstresidig retrofaryngeal lymfeknude med manglende central opladning.

