

# Bilateral pneumothorax efter akupunktur

Sofie Allerød Andersen

## KASUISTIK

Anæstesiologisk  
Afdeling, Regions-  
hospitalet Randers

Akupunktur er igennem de senere år blevet mere og mere anerkendt som behandling af et bredt spektrum af lidelser, og der findes i dag mindst 850 læger, der tilbyder akupunktur [1], og mere end 500 ikkelægeuddannede akupunktører. I 2004 godkendte Sundhedsstyrelsen foreningen Praktiserende Akupunktører som registreringsansvarlig brancheorganisation for ikkelægeuddannede akupunktører, og i 2007 ophævede Sundhedsstyrelsen kravet om autorisation for at udøve akupunktur under antagelse af, at akupunktur ikke bringer patienternes helbred i påviselig fare [2].

## SYGEHISTORIE

En 60-årig, slank mand med mental retardering, kronisk obstruktiv lungesygdom og dilateret kardiomyopati blev indlagt akut efter at have fået pludselig indsettende smerter i brystkassen. På skadestuen fandt man patienten svært respiratorisk dårlig med en påskyndet respirationsfrekvens på 40 pr. minut, blå marmorering over det meste af kroppen og halsvenestase. Han havde takykardi med en puls på 100, et blodtryk på 170/100 mmHg og en perifer ilt saturation på 88% med nasal ilt. Patienten blev umiddelbart behandlet med steroid givet intravenøst og terbutalininhalation uden at opnå bedring, og han var nu så påvirket, at han ikke kunne bidrage yderligere til anamnesen. Patienten svarede kun på tiltale med

enstavellesukvemsord, og det var derfor svært at vurdere smerteniveauet. Ved lungestetoskopi blev der fundet bilateralt luftskifte og ingen rhonchi. Et elektrokardiogram viste ikke tegn på akut myokardieinfarkt. En syre-base-status viste en pH-værdi på 7,1, et arterielt partialtryk for CO<sub>2</sub> på 10 kPa og et arterielt partialtryk for O<sub>2</sub> på 9,8 kPa. På mistanke om dissekerende aortaaneurisme foretog man en computertomografi af thorax og abdomen. Her kunne man konstatere svær bilateral pneumothorax (**Figur 1**), mest udtalt på højre side. Højre side blev aflastet akut med venflon, og patienten fik det klinisk en smule bedre. På intensivafdelingen blev der anlagt pleuradræn bilateralt, og han rettede sig efterfølgende nærmest momentant med normalisering af blodtryk, respirationsfrekvens og arterielle gystal.

Patienten kunne nu forklare, at smerterne og vejrtrækningsbesværet var opstået efter, at han havde været ved sin egen læge, hvor han havde fået akupunktur for rygsmerter. Det drejede sig om tre nåle i hver side af den torakale del af ryggen.

Røntgen af thorax viste efterfølgende bilateralt udfoldede lunger.

Dagen efter seponeredes det højresidige pleuradræn ukompliceret, og patienten kunne udskrives fra intensivafdelingen. Tre dage senere seponeredes det venstresidige pleuradræn, og han blev udskrevet til opfølgning hos egen læge.

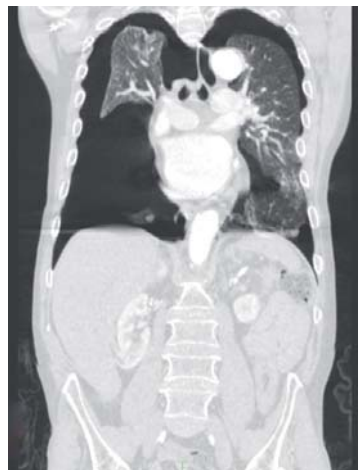
## DISKUSSION

Pneumothorax er sammen med hjertetamponade og skade på centralnervesystemet en de alvorligste komplikationer i forbindelse med akupunktur. De hyppigste komplikationer ved akupunktur er blødning og hæmatom ved indstikstedet [3]. Der er beskrevet dødsfald som følge af pneumothorax i relation til akupunkturbehandling [4], men der er ikke beskrevet tilfælde i dansk litteratur.

I Danmark er der ikke krav om skriftligt samtykke til behandling, men loven foreskriver, at lægerne oplyser patienterne om hyppige og alvorlige komplikationer [5]. Vi ved ikke, om patienten i denne sygehistorie forud for akupunkturen var blevet informeret om mulige bivirkninger forbundet med behandlingen. Der foreligger ikke nogen danske studier, hvor man kvantificerer hyppigheden af pneumothorax ved akupunktur i torakalregionen. I et større

**FIGUR 1**

Computertomografi af bilateral pneumothorax.



tysk studie med 229.230 patienter blev der kun beskrevet to tilfælde af pneumothorax, men det fremgår ikke klart, hvor mange af patienterne i undersøgelsen der rent faktisk fik akupunktur med behandlingspunkter torakalt [3].

Det er således ikke på grundlag af det foreliggende materiale muligt at kvantificere hyppigheden af pneumothorax som komplikation i forbindelse med akupunktur. Med baggrund i komplikationens alvorlighed er det et område, der fortjener opmærksomhed fra alt akupunkturudøvende personale, men i særdeleshed også fra det øvrige sundhedsvæsen i mødet med akutte patienter, der har fået akupunktur. Det kunne være både relevant og interessant, hvis man i Danmark indførte rapporteringspligt for alle behandlere ved mulige komplikationer og bivirkninger af

akupunktur. Kun på denne måde er man i stand til at danne sig overblik over omfanget af komplikationshyppigheden i forbindelse med akupunktur.

**KORRESPONDANCE:** Sofie Allerød Andersen, Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, 8900 Randers. E-mail: sofiande@rm.dk

**ANTAGET:** 21. januar 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 16. maj 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur. www.akupunkturdoktor.dk (4. aug 2010).
2. <http://www.sst.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Alternativ%20behandling/Registreringsordning/Akupunktur.aspx> (4. aug 2010).
3. Witt CM, Pach D, Brinkhaus B et al. Safety of acupuncture: results of a prospective observational study with 229.230 patients and introduction of a medical information and consent form. *Forsch Komplementmed* 2009;16:91-7.
4. Iwadate K, Ito H, Katsumura S et al. An autopsy case of bilateral tension pneumothorax after acupuncture. *Leg Med* 2003;5;170-4.
5. Sundhedsloven kapitel 5, § 16, stk. 4.

## Eksfoliativ dermatitis som bivirkning til behandling med intravenøs højdosisimmunglobulin

Lars Høj Markvardsen & Johannes Jakobsen

Intravenøs infusion af immunglobulin (IVIG) i høj dosis op til 2 g/kg legemsvægt er den foretrukne behandling af de immunmedierede polyneuropatier Guillian-Barrés syndrom, kronisk inflammatorisk demyeliniserende polyradikuloneuropati (CIDP) og multifokal motorisk neuropati (MMN) [1].

Eksfoliativ dermatitis ses oftest i forbindelse med eksacerbationer af eksisterende dermatologisk lidelse såsom psoriasis, men i sjældnere tilfælde også som en bivirkning til farmakologisk behandling med især antibiotika.

Tilstanden kan være livstruende og kendetegnes ved generaliseret makuløst udslæt med rødme, afskalning af huden, hårtab og undertiden udvikling af vesikler (**Figur 1**). Patogenesen bag eksfoliativ dermatitis er uklar, men involvering af interleukiner, intercellulære adhæsionsmolekyler og tumornekrosefaktor menes at spille en betydelig rolle for den accelererede cellulære *turnover* i epidermis [2].

#### SYGEHISTORIER

I. En 44-årig kvinde med MMN fik tre dage efter sin første IVIG-behandling (2 g/kg legemsvægt) rødme i håndfladerne, på fodsålerne og på truncus samt hår-

tab og vesikler i hænderne. Patienten havde atopisk dermatitis, som havde været i ro og ubehandlet i flere år forud for behandlingen. Hun blev undersøgt af en dermatolog, som diagnosticerede udslættet som eksfoliativ dermatitis med pompholyx på håndfladerne. Flere ugers behandling med steroidcreme blev iværksat.

Samtidig blev IVIG-dosis reduceret til 0,1 g/kg stigende til 1,6 g/kg over et år uden steroiddække, og uden at dermatologiske reaktioner forekom. IVIG-behandlingen blev siden øget til fuld dosis.

II. En 62-årig mand, der ikke tidligere havde haft hudsygdom, men havde MMN, fik otte dage efter første behandling med IVIG (2 g/kg legemsvægt) rødme, afskalning og ødemer på store dele af kroppen.

IVIG-dosis blev efterfølgende reduceret til 0,2 g/kg og givet i steroiddække med prednisolon 25 mg/dag i infusionsperioden og 10 mg/dag i de efterfølgende syv dage. IVIG-dosis blev langsomt øget til 1,3 g/kg over ni måneder i steroiddække med 10 mg/dag.

I tilslutning til behandlingen havde han fortsat et begrænset og acceptabelt eksantem.

#### KASUISTIK

Neurologisk  
Afdeling F, Aarhus  
Universitetshospital,  
Aarhus Sygehus