

Subkutant emfysem, atrieflagren og prækordiale brystmerter udløst af næsepudsning efter kæbekirurgi

Lars Erik Larsen & specialtandlæge Jens J. Thorn

Pludseligt opståede postoperative brystmerter giver bl.a. kardiovaskulære, respiratoriske og muskuloskeletale differentialdiagnostiske overvejelser [1].

En differentialdiagnose er mediastinalt emfysem, som ofte er sammenfaldende med brystmerter på grund af irritation af den parietale pleura. Dette er tidligere beskrevet i forbindelse med astma, vaginal fødsel, hyperemesis med øsofagusruptur, inhalations-stofmisbrug, efter tonsillektomi, tandekstraktion, laparoskopi og hos en glaspuster [2-4].

Her beskrives et tilfælde med subkutant emfysem, atrieflagren og svære brystmerter udløst af en kraftig næsepudsning efter en dento-alveolær operation i generel anæstesi.

Sygehistorie

En 50-årig tidligere rask kvinde blev henvist til operation i dagkirurgisk regi for atrofi af processus alveolaris i venstre underkæbe. I generel anæstesi med propofol, remifentanil og desfluran samt nasotrakeal intubation gennem venstre næsebor blev der gennemført osteotomi på processus alveolaris og indsat distraktionsapparat gennem en 5 cm lang incision i sulcus alveo-buccalis inf. sin. Der blev sutureret tæt bl.a. om distraktionsskruen, der penetrerer slimhinden til brug for den senere distraktion. Anæstesi, operation, opvågning og ekstubation forløb komplikationsfrit bortset fra en let blødning fra venstre næsebor.

Fem minutter efter ekstubationen pusede patienten næse med et kraftigt pust. Umiddelbart herefter opstod der voldsomt subkutant emfysem med tydelig krepitation i venstre ansigtshalvdel med en udstrækning 30 min senere ned over hals og begge skuldre og øverste thoraxhalvdel (**Fig. 1**). I umiddelbar tilslutning til næsepudsningen sås der på overvågnings-ekg'et atrieflagren, som forsvandt spontant efter 1-2 min.

To timer senere fik patienten pludselig svære prækordiale og respirationssynkronne brystmerter og dyspnø. Et ekg viste regelmæssig sinusrytme uden iskæmitegn. Der var tvivlsom effekt af nitroglycerin, men god effekt af intravenøst givet opiat. Stetoskopi af lungerne viste normale forhold, men der hørtes en pulssynkron krepitation langs sternums venstre kant.

Koronarenzymer var normale. En røntgenoptagelse af thorax viste tegn på subkutant emfysem på skuldre og hals samt mediastinalt emfysem, men ingen tegn på pneumothorax. Patienten fik endnu to tilfælde af pludseligt indsættende

brystmerter i løbet af eftermiddagen og aftenen, men herefter gik tilstanden i ro.

Emfysemet var aftaget noget dagen efter, og patienten kunne udskrives i velbefindende. Ved en kontrol en uge senere sås der normale forhold (**Fig. 1**).

Diskussion

Centrale brystmerter ledsaget af dyspnø efter anæstesi og operation er et symptom, som skal tages yderst alvorligt. Differentialdiagnoser som akut koronarinfarkt og pneumothorax skal hurtigt afklares, evt. skal der overvejes ekkokardiografi.

Subkutant og mediastinalt emfysem er tidligere beskrevet i forbindelse med dento-alveolær kirurgi, hvor mekanismen tilskrives subkutan luft fra højhastighedsluftturbinebor [3], der af samme grund ikke bør anvendes til kirurgiske formål. I det beskrevne tilfælde opstod det subkutane emfysem sandsynligvis under den voldsomme trykstigning i næse, svælg og mundhule i forbindelse med næsepudsning. Den nedsyede slimhindelap med penetrerende distraktionsskruer har formentlig været indgangsporten for emfysemet. Der sås en kortvarig atrieflagren i umiddelbar tilslutning hertil, hvilket tyder på, at luft er trængt ned i mediastinum allerede på dette tidspunkt. Nogle timer efter optrådte der pludselige brystmerter formentlig på grund af luftdissektion af den parietale pleura.

Hammanstegn (en knasende, skurrende lyd synkron med hjertefrekvensen, som høres over prækordiet) høres ofte ved mediastinalt emfysem [5] og skyldes formentlig fri pleural luft, som cyklisk presses gennem en lungefissur.



Fig. 1. Subkutant emfysem i ansigtet, specielt i venstre side, fire timer postoperativt (t.v.) og otte dage senere (t.h.).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

En anden mulig indgangsport for luften er en slimhindelæsion i næsehulen fremkaldt af den nasale in- eller ekstubation, og man skal således have denne tilstand in mente hos patienter med brystmerter efter anæstesi med nasal intubation.

Korrespondance: *Lars Erik Larsen*, Anæstesiologisk Afdeling, Centralsygehuset Esbjerg Varde, DK-6700 Esbjerg. E-mail: lel@dadlnet.dk

Antaget den 23. juli 2003.
Centralsygehuset Esbjerg Varde, Anæstesiologisk Afdeling og Tand-, mund- og kæbekirurgisk Afdeling.

Litteratur

1. Labbe D, Thiberville L, Dominique S et al. Idiopathic spontaneous pneumomediastinum: a not to be mistaken diagnosis of chest pain. *Rev Mal Respir* 1995;12:492-5.
2. Raley JC, Andrews JI. Spontaneous pneumomediastinum presenting as jaw pain during labor. *Obstet Gynecol* 2001;98:904-6.
3. Davies DE. Pneumomediastinum after dental surgery. *Anaesth Intensive* 2001;29:638-41.
4. Maravelli AJ, Skiendzielewski JJ, Snover W. Pneumomediastinum acquired by glass blowing. *J Emerg Med* 2000;19:145-7.
5. Hamman's sign. www.whonamedit.com/synd.cfm/3001.html / feb 2003.

Titler/stillingsbetegnelser på alle forfattere i Ugeskrift for Læger

Det har hidtil været praksis at kun ikkelæger fik påført stillingsbetegnelse ved artikler og indlæg. Da Ugeskrift for Læger læses af mange, som ikke kender alle de forfattere og debattører, som skriver til os, vil vi gerne være så informative som muligt i vores angivelser af forfattere. Derfor er det besluttet at anføre stillingsbetegnelser på alle. Endvidere vil e-mail-adresse på den korrespondanceansvarlige forfatter blive oplyst.

I de seneste måneder er dette allerede indført i den politiske del af Ugeskriftet og under debatten, men fra den 1. januar 2004 vil det også gælde for de videnskabelige artikler i Videnskab og praksis. Derfor bedes man allerede nu påføre stillingsbetegnelser for samtlige forfattere ved indsendelse af manuskripter.

Generelt anføres kun én stillingsbetegnelse og der medtages ikke akademiske grader. Der skrives f.eks. kun enten professor eller overlæge, ikke begge dele.

Ønskes et indlæg optaget som et privat debatindlæg, skal det anføres specifikt.

Det er forfatterens ansvar, at vi modtager de korrekte oplysninger.

Redaktionen