

Cervikofacialt emfysem og pneumomediastinum efter tandbehandling

Line Malmer Madsen & Mette Louise Gyhrs

KASUISTIK

Anæstesiologisk
Afdeling,
Holbæk Sygehus

Ugeskr Læger
2015;177:V06130402

Cervikofacialt emfysem og pneumomediastinum er en sjælden komplikation i forbindelse med dentalbehandling. Det er en potentielt livstruende tilstand, der oftest er selvlimiterende. Den hurtigt indsættende hævelse og mulige dyspnø kan fejltolkes som en allergisk reaktion mod analgetika eller andre medikamina, der er brugt ved proceduren. Tandlæger og læger bør være opmærksomme på, at subkutant emfysem kan medføre akut hævelse af halsen og ansigtet, og dette bør overvejes differentialdiagnostisk.

SYGEHISTORIE

En 50-årig kvinde blev henvist til akutmodtagelsen på mistanke om en allergisk reaktion efter tandbehandling. Kvinden havde kort forinden været hos tandlægen og fået behandlet en fortand i overkæben (+2) med opbygning i plast, en rodstift centralt og forberedelse til opbygningen af en krone. Tandem var tidligere blevet behandlet af en anden tandlæge, og på et røntgenbillede var rodfyldning og tand uden tegn til patologi. Der var blevet brugt lokalbedøvelse, articain med adrenalin 40 mg/ml, 1,7 ml i mucosa. Rodfyldningen var blevet udboret, og kanalen var blevet skyllet med chlorhexidin og efterfølgende forsøgt tørtlagt med *paperpoints* og luft fra en trefunktionssprøjte.

Man havde bemærket, at kanalen var vanskelig at tørtlægge, og at der sivede chlorhexidin. Kanalen var dog blevet tørtlagt, og stiften var blevet cementeret. Efterfølgende blev det bemærket, at patienten var hævet i venstre ansigtshalvdel, og hun blev henvist til en akutmodtagelse på mistanke om en allergisk reaktion på chlorhexidin.

Ved ankomsten så man udtalt hævelse i venstre ansigtshalvdel med nær fuldkommen aflukning af venstre orbita. Patienten klagede over ubehag fra det hævede område og smerter ved dyb inspiration. Hun var ved ankomsten *airway-breathing-circulation* (ABC)-stabil og afebril. Stetoskopi af hjerte og lunger var fraset lidt sekretraslen normal. Ved palpation fandt man krepitation af huden i ansigtet bilateralt, mest udtalt på venstre side, på halsen og på forfladen af thorax bilateralt. Ved inspektion af mundhulen så man en ca. 3 mm lang ekskoriation bag +2. Øvrig inspektion af mundhulen viste normale forhold og ingen tegn til hævelse eller deviation af uvula. Man foretog en CT, som viste subkutant emfysem i ansigtet og på halsen, især på venstre side, luft beliggende intramuskulært, luft i begge orbita samt pneumomediastinum (**Figur 1**). Der var ingen mistanke om pneumothorax. Patienten blev indlagt på intensivafdeling til observation og tilset af en kirurg mhp. vurdering af evt. perforation af øsofagus. Der blev påbegyndt antibiotisk behandling med fluconazol, ciprofloxacin, metronidazol og tazobactam pga. risiko for spredning af mundhulebakterier og mediastinitis.

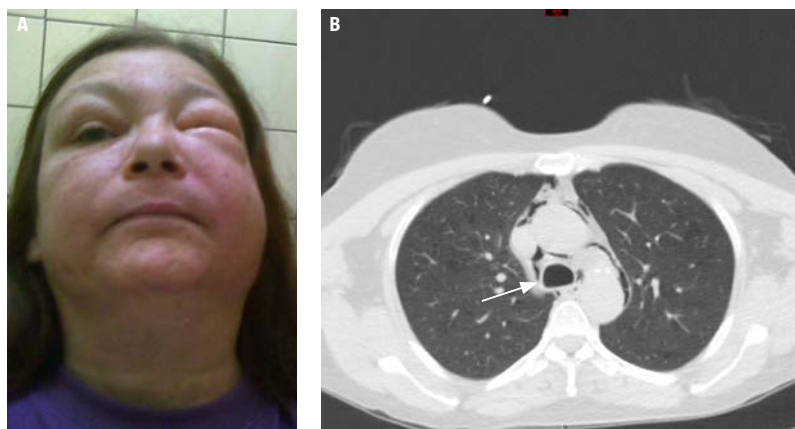
Efter et døgn observation så man tydelig regression af emfysemet, og patienten blev udskrevet til stamafdelingen.

DISKUSSION

Cervikofacialt emfysem og pneumomediastinum kan defineres som tilstedeværelsen af luft eller en anden gasart i subcutis og mediastinum. Denne tilstand er rapporteret efter brug af højtryksdentalbor eller andet trykudstyr brugt under dentale procedurer [1]. Mekanismen er en beskadigelse af den intraorale barriere, hvilket gør det muligt, at luft fordeler sig i subcutis. Luften kan herefter spredes para- og retrofaryngealt, hvor en ophobning af luft kan kompromittere

FIGUR 1

A. Cervikofacialt emfysem umiddelbart efter tandbehandling. **B.** CT af thorax taget to timer efter tandbehandling viste pneumomediastinum (pil).



luftvejene, medføre infektion, pneumothorax og endda død som følge af emboli [2].

Den kliniske præsentation er ofte en blød hævelse med fravær af rødme af huden. Krepitation af huden vil altid være til stede, men kan have en latensperiode på flere timer. Differentialdiagnostisk må man overveje øsofagusperforation, hæmatom, allergisk reaktion og angioødem [2]. CT anbefales til diagnostik og til bestemmelse af udbredelsen af emfysemet. Patienten bør forblive indlagt til observation, indtil der er sikker regression af emfysemet. Konservativ behandling er oftest tilstrækkelig, da situationen er selvlimiterende, men i enkelte tilfælde er intubation eller trakeotomi nødvendigt for at sikre truede luftveje. Under indlæggelsen bør vitale parametre monitoreres, og infektionstal kontrolleres. Der anbefales profylaktisk antibiotika til forebyggelse af sekundære infektioner [3].

SUMMARY

Line Malmer Madsen & Mette Louise Gyhrs:

Cervicofacial emphysema and pneumomediastinum after dental treatment

Ugeskr Læger 2015;177:V03130158

Pneumomediastinum with subcutaneous emphysema is a rarely observed complication of dental treatment. It is a potentially dangerous condition, but the majority of cases are self-limiting and benign. We present a case of pneumomediastinum and cervicofacial emphysema that occurred after dental treatment. The rapid onset of swelling and dyspnoea are often misinterpreted as an allergic reaction to the anaesthesia used during the procedure. Physicians and dentists should be aware that cervicofacial emphysema can cause swelling after dental procedures and may mimic an allergic reaction.

KORRESPONDANCE: Line Malmer Madsen, Dronningens Tværgade 50, 1,4, 1302 København K. E-mail: lmds@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 7. august 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 28. oktober 2013

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

LITTERATUR

1. Döngel I, Bayram M, Uysal IO et al. Subcutaneous emphysema and pneumomediastinum complicating dental procedure. *Turk J Trauma Emerg Surg* 2012;18;361-3.
2. Kim Y, Kim MR, Kim SJ. Iatrogenic pneumomediastinum with extensive subcutaneous emphysema after endodontic treatment: report of 2 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;109:e114-e119.
3. Durukan P, Salt O, Ozkan Seda et al. Cervicofacial emphysema and pneumomediastinum after a high-speed air drill endodontic treatment procedure. *Am J Emerg Med* 2012;30:2095.e3-2095.e6.