

laryngoskopi lykkedes manuel mundåbning ikke, og der blev konstateret en isoleret og svær bilateral spasme i musculus masseter uden andre tegn på dystoni. Der blev på mistanke om for overfladisk anæstesi givet 30 mg propofol som bolus uden ophævelse af trismus. To læger kunne dog med stor kraft øge maksil-mandibel-afstanden og indføre en tungeholder, som patienten bed hårdt om. Der blev givet fornyet bolus af propofol 30 mg, ligeledes uden effekt, hvorfor det vurderedes, at trismus ikke skyldtes utilstrækkelig anæstesidybde. Han var under hele proceduren respiratorisk og cirkulatorisk stabil. Da operationen ikke var af livsvigtig karakter, besluttede man i henhold til afdelingens kliniske retningslinjer (Figur 1) at vække ham. Opvågningen var ukomplikeret, og han kunne straks efter åbne munden frit. Der var ingen tegn på malign hypertermi, han havde en temperatur på 37,2 °C, og der var ikke givet muskelrelaksantia. På opvågningsafdelingen blev der udtaget to normale arteriepunkturer. Han blev udskrevet i velbefindende efter to timer. Han gav samtykke til indhentning af journal fra et privathospital, hvor et operativt indgreb i generel anæstesi med remifentanil og propofol var blevet gennemført uden komplikationer.

Patienten blev indkaldt til en fornyet præanæstesiologisk samtale og blev tilbudt en vågen fiberoptisk intubation samt et kontrolleret forsøg med propofol og remifentanil for om muligt at identificere det medikament, som kunne have udløst den bilaterale spasme i musculus masseter. Dette accepterede han.

Ti dage senere blev anæstesen indledt med infusion af remifentanil, initialt med 10 mikrogram/min stigende til 40 mikrogram/min, og der blev foretaget en ukompliceret vågen fiberoptisk intubation. Der var ingen tegn på masseterspasme. Der blev efterfølgende givet boluspropofol 100 mg for at opnå generel anæstesi, hvorefter der på ny udvikledes bilateral svær masseterspasme, som blev bekræftet af den tilstedeværende øre-næse-hals-kirurg. Anæstesen blev herefter ændret til inhaleret sevofluran. Opvågningen var ukompliceret, der var ingen tegn på masseterspasme, og patienten blev udskrevet efter observation natten over på opvågningsafdelingen.

DISKUSSION

Sygehistorien tyder på, at propofol med overvejende sandsynlighed har fremkaldt en isoleret og bilateral masseterspasme, en bivirkning som ikke tidligere er beskrevet. Ved litteratursøgning er der fundet fire kasuistiske meddelelser, hvor man beskriver masseterspasme ved brug af propofol i kombinationen med henholdsvis remifentanil [2], alfentanil [3], fentanyl [4] og midazolam [5]. Der var i ingen af kasuistik-

kerne gjort forsøg på at udspecificere det årsagsgivende medikament. Det er velkendt, at depolariserende muskelrelaksantia kan medføre masseterspasme og malign hypertermi, men dette blev ikke benyttet ved de to anæstesier i sygehistorien. Der er ikke fundet nogen kendte interaktioner af den anvendte medicin i Sundhedsstyrelsens Interaktionsdatabase.

Propofol kan ved induktion give myoklonier, og remifentanil kan i over 10% af tilfældene give muskelstivhed. Bivirkningen er meldt til Lægemedelstyrelsen. Patienten er informeret om at undgå propofol i fremtiden.

SUMMARY

René Christian Bleeg, Bodil Steen Rasmussen & Per Henrik Lambert: Propofol-induced trismus, causing an unanticipated difficult intubation due to masseter spasm
Ugeskr Læger 2014;176:V10130590

We report a case of a 54-year-old male who within a month had two events of bilateral masseter spasm (BMS) at induction of anaesthesia. The first time BMS caused unanticipated difficult intubation after infusion of remifentanil and propofol, and consequently the general anaesthesia was terminated. The second time an awake fiberoptic intubation was planned followed by infusion of propofol, and once again there was a BMS breakout. This side effect of propofol has been reported to the Danish Health and Medicines Authority.

KORRESPONDANCE: René Christian Bleeg, Klinik Anæstesi, Aalborg Universitets-hospital, Hobrovej 18-22, 9000 Aalborg. E-mail: bleeg@dadlnet.dk

ANTAGET: 31. marts 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 21. juli 2014

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

LITTERATUR

1. El-Ganzouri AR, McCarthy RJ, Tuman KJ. Preoperative airway assessment: predictive value of a multivariate risk index. *Anesth Analg* 1996;82:1197-204.
2. Wetsch WA, Böttiger BW, Padosch SA. Masseter spasm after induction of general anaesthesia using propofol and remifentanil. *Eur J Anaesthesiol* 2010;27:1069-74.
3. Carpentier JP, Sadania JB, Carjuzaa A. A rare cause of difficult intratracheal intubation: Langenbeck's disease. *Ann Fr Anesth Reanim* 1991;10:297-300.
4. Asai T, Eguchi Y, Shingu K. Masseter spasm during induction of anaesthesia using propofol and fentanyl. *Eur J Anaesthesiol* 1998;15:614-5.
5. Landman JJ, Verhamme Y, Tielens LK. Persistent masseter spasm during anaesthesia. *Anaesthesia* 2011;66:1180.