

## Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V02220111

# Spontan pneumomediastinum initialt tolket som anafylaksi hos dreng

Rie Daugberg & Ann-Marie Malby Schoos

Pædiatrisk Afdeling, Slagelse Sygehus

Ugeskr Læger 2022;184:V02220111

Pneumomediastinum defineres som tilstedeværelsen af fri luft i mediastinum og inddeles i to kategorier: 1) sekundær pneumomediastinum forårsaget af traume eller iatrogenet i forbindelse med anden undersøgelse/behandling og 2) spontan pneumomediastinum (SPM) uden tydelig ætiologi [1].

SPM er en sjælden, men måske også underdiagnosticeret tilstand hos børn og unge på grund af sparsomme symptomer og den ofte fredelige udvikling [2]. Alligevel bør læger overveje diagnosen hos børn med bryst-, nakke- og/eller halssmerter samt dyspnø eller hoste [2].

### SYGEHISTORIE

En fireårig dreng kendt med tidligere fødevareallergier kom med kørsel 1 til akutmodtagelsen på mistanke om allergisk reaktion. Drengen var blevet akut dårlig med dyspnø og pludselig hævelse af venstre kind. Han havde været syg med hoste og feber i det sidste døgn og havde kort før henvendelsen fået NSAID pga. feber, hvorefter han udviklede uventet hævelse af kinden. I ambulancen blev der registreret kraftig hævelse af venstre kind samt fin krepitation ved stetoskopi af lungerne. Der blev givet antihistamin på grund af mistanke om allergisk reaktion.

På traumestuen blev drengen fundet cirkulatorisk og respiratorisk stabil med en iltmætning på 94%. Der var let stødende respiration og marginal hævelse af venstre kind, som var uøm ved palpation. Der sås rødme og udtalt bilateral tonsilsvulst uden belægninger ved inspektion af munden. Fin krepitation blev genfundet ved stetoskopi af venstre side af thorax.

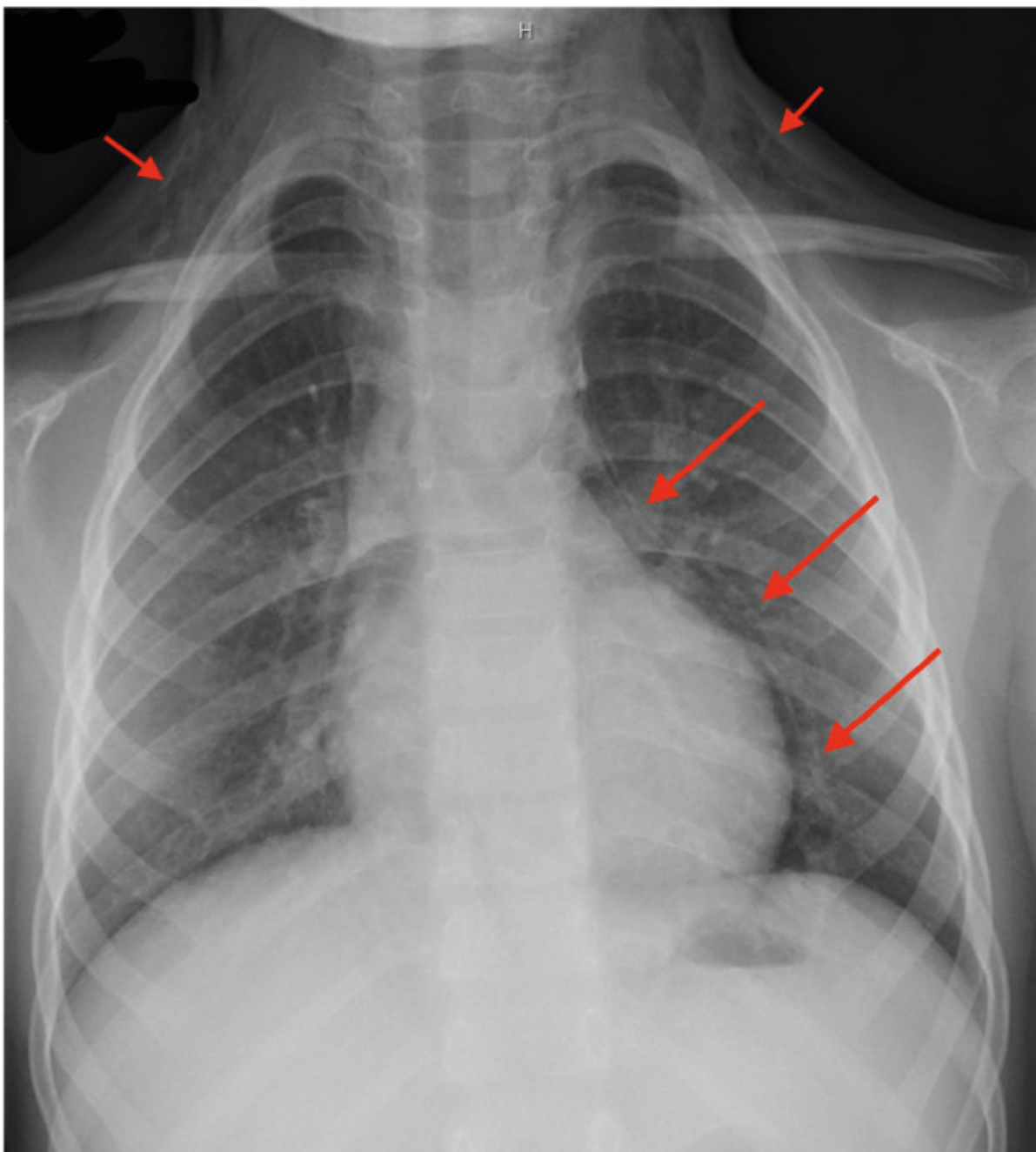
Blodprøver viste let forhøjede infektionstal. Røntgenundersøgelse af thorax, som blev set af børneafdelingens læge, men endnu ikke var beskrevet af en radiolog, blev i første omgang vurderet normal. Drengen blev indlagt til ilt- og væskebehandling på mistanke om viral pneumoni.

Dagen efter havde drengen udviklet smerter i hals og nakke. Han drak fint, men spiste sparsomt.

Objektivt virkede drengen forpint fra hals, bevægede kun nakken lidt og ville ikke palperes på hals. Fortsat lidt hævelse af venstre kind og hævede tonsiller. Svælgdyrkning og diverse viruspodninger var negative. Der blev bestilt UL-undersøgelse af hals til dagen efter på mistanke om parafaryngeal absces.

På dag to gennemgik stuegangsgående læge igen røntgenbillederne af thorax fra indlæggelsesdagen. Nu forelå beskrivelse heraf, hvor en radiolog havde fundet pneumomediastinum. UL-undersøgelse af hals viste flere reaktive glandler bilateralt. Objektivt blev der fundet normal stetoskopi, men knitren i underhuden apikalt på thorax og på halsen, hvorfra det tydeligvis gjorde ondt ved palpation. Der blev taget kontrolrøntgenbilleder af thorax for at udelukke forværring og eventuel pneumothorax. Der blev ikke fundet forværring, men der sås subkutant emfysem og fortsat tegn på pneumomediastinum (**Figur 1**).

**FIGUR 1** Frontalt røntgenbillede af thorax hos patienten i sygehistorien. Der ses pneumomediastinum med luft langs venstre side af mediastinum/hjertet (store pile) samt subkutant emfysem cervikalt (små pile).



Drengen blev udskrevet velbefindende samme dag uden yderligere opfølgning, men med mulighed for genhenvendelse ved forværring i den kommende uge, som familien ikke fik behov for, da han forblev velbefindende.

## DISKUSSION

SPM ses hyppigst hos drenge (68-78%), og hos børn og unge topper incidensen to gange: i en alder af hhv. seks måneder-fire år og 15-18 år [2].

SPM opstår på grund af forhøjet intratorakalt tryk, som medfører ruptur af alveoler. Herefter dissekerer fri luft langs de bronkovaskulære rum til mediastinum og videre til det subkutane væv på thorax, hals og overekstremiteter. Sjældnere spredes det til retroperitoneum, peritoneum, ryggraden, pericardium og pleura [3].

Ud over de tidligere nævnte symptomer er patienterne ofte relativt upåvirkede ved den kliniske undersøgelse, men der findes tit subkutant emfysem. Der kan desuden ses hævelse af ansigt eller hals, og stemmen kan være hæs. Hammans tegn er krepitation synkront med hjerteslag ved prækordial stetoskopi [4] og er nærmest patognomonisk for SPM, men er langt fra til stede ved alle tilfælde af SPM.

På trods af ofte ukendt ætiologi findes flere kendte disponerende faktorer, heriblandt astma og interstitiel lungesygdom, nylig øvre luftvej-infektion, opkastning, kraftig hoste og rygning [1].

Diagnosen stilles ofte ved frontal røntgenundersøgelse af thorax inklusive cervikalregionen, hvor der ses luft i mediastinum og subkutant emfysem cervikalt [3]. Ved tvivl om diagnosen foretages CT, men det gøres dog ikke rutinemæssigt.

Luften fra mediastinum og subcutis absorberes spontant, og forløbet af SPM er ofte benigt og prognosen derfor god. Når alvorligere differentialdiagnoser er udelukket, for eksempel øsofagusruptur, pneumothorax, perikarditis, akut koronarsyndrom og lungeemboli, kan tilstanden ses an med kortvarig observation under indlæggelse og efterfølgende udskrivelse med smertestillende lægemidler, råd om hvile og om at undgå tunge løft og andet, der medfører Valsalvas manøvre [5].

**Korrespondance** *Rie Daugberg*. E-mail: rieolsen91@gmail.com

**Antaget** 29. juli 2022

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 29. august 2022

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2022;184:V02220111

## SUMMARY

**Spontaneous pneumomediastinum initially interpreted as anaphylaxis in a boy**

Rie Daugberg & Ann-Marie Malby Schoos

Ugeskr Læger 2022;184:V02220111

Spontaneous pneumomediastinum is a rare but maybe also underdiagnosed condition in the paediatric population. Symptoms are often mild, and the disease course is often benign, but more serious differential diagnosis must be excluded. This case report is about a four-year-old boy admitted to the children's department with a suspected allergic reaction because of swelling of his chin after taking NSAID. He had pain from the throat and neck and crepitation on the left side of his thorax. X-ray showed pneumomediastinum and subcutaneous emphysema.

## REFERENCER

1. Sahni S, Verma S, Grullon J et al. Spontaneous pneumomediastinum: time for consensus. *N Am J Med Sci.* 2013;5(8):460-4.
2. Gasser CRB, Pellaton R, Rochat CP. Pediatric spontaneous pneumomediastinum – narrative literature review. *Pediatr Emerg Care.* 2017;33(5):370-374.
3. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N et al. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr Pulmonol.* 2001;31(1):67-75.
4. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 1939;64:1-21.
5. Fitzwater JW, Silva NN, Knight CG et al. Management of spontaneous pneumomediastinum in children. *J Pediatr Surg.* 2015;50(6):983-6.