

Karlmaður með þrota í andliti og mæði

Sjúkratilfelli

**Sverrir I.
Gunnarsson**
læknir

**Pétur H.
Hannesson**
röntgenlæknir

**Tómas
Guðbjartsson**
brjóstholsskurðlæknir

91 árs áður hraustur karlmaður leitaði á heilsugæslu utan höfuðborgarsvæðisins vegna fjögurra daga sögu um vaxandi mæði og þrota í andliti. Hann tók engin lyf að staðaldri og hafði ekki þekkt ofnæmi. Nokkrum dögum áður hafði hann hlotið áverka á vinstri síðu við fall. Við skoðun var öndun hröð og andlit greinilega þrútið (mynd 1). Vegna gruns um ofnæmislost var manningum

gefið adrenalín og bólgueyðandi sterar í æð. Honum versnaði enn frekar eftir lyfjagjöfina og var því fluttur með sjúkrabíl á Landspítala þar sem gerðar voru frekari rannsóknir, meðal annars myndrannsóknir af lungum (mynd 2).

Hver er greiningin, helstu mismunagreiningar og meðferð?



Mynd 1.



Mynd 2.

Svar við tilfelli mánaðarins

Greiningin í þessu tilfelli er húðnetjuþemba (subcutaneous emphysema), en það er frítt loft undir húð sem myndast oftast á brjóstkassa og í andliti. Húðnetjuþemba er nokkuð algengt fyrirbæri og sést í einhverjum mæli hjá allt að þriðjungi sjúklinga með rifbrot.¹ Í þessu tilfelli barst loft undir húð frá brjóstkassa upp á andlit. Loft getur einnig borist niður eftir líkamanum að grindarbotni og kynfærum, en sjaldnar á neðri útlími. Í svænum tilfellum getur húðnetjuþemba verið dreifð um nánast allan líkamann og er slíkum sjúklingum stundum líkt við Michelinmanninn úr frægri dekkjaauglýsingu. Klínísk greining á húðnetjuþemba er yfirleitt einföld og þegar þreifað er á húðinni má greina einkennandi brak (crepitus), sem líkist marri í snjó.²

Orsakir húðnetjuþemba eru fjölmargar en tengjast yfirleitt áverkum þar sem loftbrjóst eða loftmiðmæti eru jafnframt til staðar.³ Auk þess getur loft borist undir húð eftir brjóstholsskurðaðgerðir eða við rof á barka.⁴ Í ofangreindu tilfelli er líklegast að rif hafi stungist inn í lunguð eftir áverka sem maðurinn hafði hlotið nokkrum dögum áður. Við slíkar aðstæður berst loftið fyrst út í fleiðruholið þar sem það veldur samfalli á lunganu (loftbrjósti). Ef lunguð er vaxið fast við brjóstvegginn getur loftið klofið sig eftir miðmætinu og þaðan undir húð á hálsi.^{5,6}

Einkenni húðnetjuþemba eru oftast væg og loftið veldur sjaldan teljandi verkjum. Undirliggjandi áverki getur þó verið sársaukafullur (til dæmis rifbrot). Önnur algeng einkenni eru kyngingarörðugleikar, verkur í hálsi, öndunarörðugleikar og truflanir á sjón vegna bólginna augnloka.⁷

Greining er yfirleitt augljós en helstu misunagreiningar eru bráðaofnæmislost, efri-hol-

æðarheilkenni (superior vena cava syndrome) og holdfúi (gas gangrene) vegna clostridiumskýkingar. Greiningin er staðfest með hefðbundinni röntgenmynd (mynd 2) þar sem loft undir húð sést greinilega, auk loftbrjóst í flestum tilvikum. Tölvusneiðmyndir geta einnig verið hjálplegar (mynd 3).⁸

Meðferð húðnetjuþemba beinist að undirliggjandi orsök sem jafnframt ræður batahorfum. Hægt er að stinga á húðinni og tæma út loft en slíkt er oftast óþarft og getur aukið sýkingarhættu. Ef loftbrjóst er til staðar er komið fyrir brjóstholskera. Það var gert í þessu tilfelli og gekk þá húðnetjuþemban til baka á fjórum dögum (mynd 4), en vegna lofteleka frá lungu tafðist útskrift um nokkra daga.

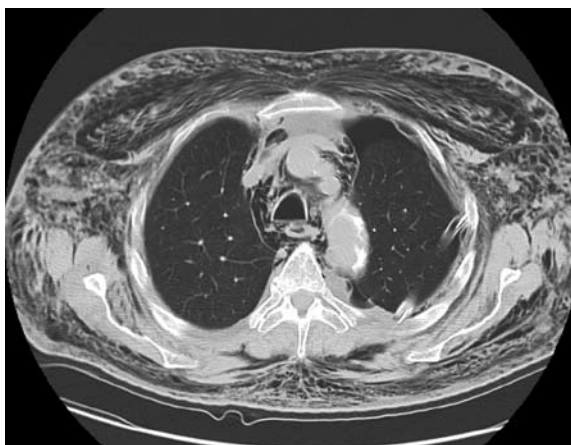
Þakkir fá Martin Ingi Sigurðsson kandídat og Tryggvi Þorgeirsson læknir fyrir yfirlestur og ábendingar. Myndir eru birtar með skriflegu leyfi sjúklings.

Case of the Month: Facial subcutaneous emphysema

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Sverrir I. Gunnarsson
sverringunnarsson@gmail.com

Heimildir

1. Schnyder P, Wintermark M. Radiology of blunt trauma of the chest. Springer, Berlin, New York 2000.
2. Peart O. Subcutaneous emphysema. Radiol Technol 2006; 77: 296.
3. Hafberg E, Guðmundsson G, Guðbjartsson T. Sjálfsprottið loftmiðmæti eftir iðkun jóga - sjúkratilfelli. Læknablaðið 2009; 95: 279-81.
4. Pearson FG. Thoracic surgery. 2nd ed.: Churchill Livingstone, New York 2002.
5. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis, and management. Arch Int Med 1984; 144: 1447-53.
6. Findlay CA, Morrissey S, Paton JY. Subcutaneous emphysema secondary to foreign-body aspiration. Pediatr Pulmonol 2003; 36: 81-2.
7. Parker GS, Mosborg DA, Foley RW, Stiernberg CM. Spontaneous cervical and mediastinal emphysema. Laryngoscope 1990; 100: 938-40.
8. Wicky S, Wintermark M, Schnyder P, Capasso P, Denys A. Imaging of blunt chest trauma. Eur Radiol 2000; 10: 1524-38.



Mynd 3.



Mynd 4.