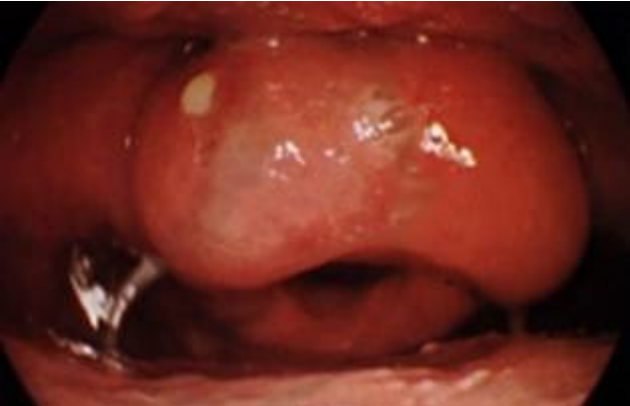


Diagnose	Epiglottitis acuta
<p>DJ05.1</p> <p>Retn. linie: Aarhus ØNH</p>	<p>Epiglottitis må betragtes som den farligste akutte luftvejsinfektion, og hurtig diagnostik samt overflytning til ØNH-afdelingen med henblik på korrekt behandling er afgørende.</p> <p>Ved mistanke om epiglottitis skal anæstesen tilkaldes med henblik på evt. akut intubation/nødtracheotomi (se nødtracheotomi instruks).</p> <p>Anamnese/symptomer: Patienten er ofte bleg, har dårlig almen-tilstand og febrilia. Ofte vil patienten helst sidde op med hovedet let foroverbøjet. Synkesmerter, spisevægtring. Sekretophobning i svælget med savlen. Kraftig palpationsømhed sv.t larynx. I begyndelsen evt. beskeden inspiratorisk eller ekspiratorisk stridor. Sjældent ses pludselig forværring af respirationen med bleghed eller cyanose til følge. Der er ikke krupal hoste, og patienten er ikke hæs. Spørg til om patienten har fulgt det danske vaccinationsprogram.</p> <p>Undersøgelser: Palpation af larynx. OBS! Epiglottit-patienter må ikke instrumenteres i mund/hals på grund af risiko for, at epiglottis blokerer luftvejen og som følge heraf respiratorisk insufficiens. Når patienten skal fiberskoperes, skal dette altid ske under intubationsberedskab. Evt. blodprøver (infektionstal,trombocytal, ventyler) – Dette må ikke forsinke overflytningen.</p>  <p>Figur 1 Epiglottis (her set med fiberskop) bliver rød, opsvulmet og kirsebærlignende.</p> <p>Patienten meldes til vagthavende læge på ØNH-afdelingen. Ved overflytning fra andet sygehus, skal det ske akut (kørsel 1) og anæstesi-ledsaget og under intubations/ nødtracheotomi beredskab. Under transporten skal patienten have ilt og anbringes i siddende stilling, evt. let foroverbøjet.</p> <p>Overvej fiberlaryngoskopi ved anæstesi-læge og evt. intubation inden transporten. Såfremt der er tid, opstartes antibiotisk behandling med ampicillin.</p> <p>Differentialdiagnoser: Pseudocroup Fremmedlegemer i luftvejene Peritonsillær absces Allergiske reaktioner</p>