

dr. Roderick Holewijn
radioloog in opleiding, OLVG,
Amsterdam

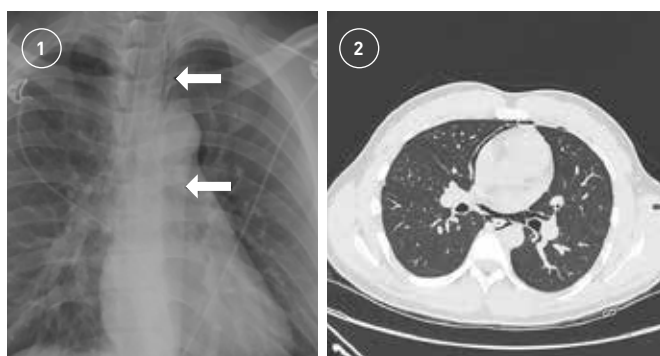
Mieke Willemsen
SEH-arts, OLVG, Amsterdam

Peter Veldhuis
SEH-arts in opleiding, OLVG,
Amsterdam

dr. Carolien Toxopeus
radioloog, OLVG, Amsterdam

Als uw casus
wordt gepubliceerd,
ontvangt u van ons het
boek **Besturen in een
doktersjas** van
Marcel Levi.

Thoracale pijn na MDMA-gebruik



X-thorax, PA-opname.

CT-thorax in longsetting.

Op de Spoedeisende Hulp kwam een 25-jarige man met thoracale pijnklachten. Zijn voorgeschiedenis vermeldde ADHD, waarvoor hij Ritalin gebruikte. De pijn was enkele uren na het gebruik van MDMA-kristallen ontstaan. De pijn nam langzaam toe, vooral aan de linkerzijde van de thorax en verergerde bij inademing. Slikken was ook pijnlijk. Er waren géén klachten van misselijkheid, benauwdheid of zweten en de pijn was niet houdingsafhankelijk. Hij was niet-dyspnoïsch, ademhalingsfrequentie: 18/min, O₂-saturatie: 99% bij kamerlucht, hartfrequentie: 59/min, bloeddruk: 105/61 mmHg en temperatuur: 36,9 °C. Over de longen hoorden we normaal ademgeruis zonder bijgeluiden en er waren normale cortonen te horen.

Om een longembolie, een pneumothorax en een cardiale oorzaak van de pijn uit te sluiten, deden we een X-thorax, ecg, laboratoriumonderzoek met D-dimeer en hs-troponine T. Het ecg en het laboratoriumonderzoek waren niet afwijkend. Op de X-thorax zagen we echter opvallende luchtconfiguraties onder andere in het mediastinum superius uitbreidend tot in de weke delen van de hals, wat past bij een pneumomediastinum (foto 1). Dit was opvallend omdat in de voorgeschiedenis heftig braken of hoesten ontbrak.

Een blanco CT-onderzoek van de thorax bevestigde de diagnose pneumomediastinum, met luchtconfiguraties zowel rond de trachea als de oesofagus en para-aortaal (foto 2). Er was ook wat lucht bij de longhili, langs de bronchovasculaire bundel en rondom het hart, echter geen pneumopericard. Daarnaast zagen we uitgebreide luchtconfiguraties in de hals, zowel in de viscerale ruimte, de carotisloge en langs de m. sternocleidomastoïdeus. We vonden geen defect van luchtwegen, tracheadivertikel of

oesofagus. Verder zagen we een normaal longparenchym, zonder emfysemateuze veranderingen of bullae en geen pneumothorax. Een pneumomediastinum kan optreden door iatrogeen trauma (beademing), braken, long- en luchtwegziekte (astma en emfyseem), maar treedt ook spontaan op. Het is spontaan als er geen directe perforatie is van een intrathoracale anatomische structuur. Er wordt van uitgegaan dat een spontaan pneumomediastinum geen direct gevolg is van de MDMA, maar van verhoogde lichamelijke activiteit in combinatie met uitademen tegen een gesloten luchtweg (valsalm manoeuvre) of juist extreme inademing. Dit resulteert in beschadiging van de alveoli waardoor lucht kan ontsnappen langs de bronchovasculaire bundel. Dit kan zich vervolgens verplaatsen naar het mediastinum en van daaruit naar de diepe cervicale fascia. Overigens kan dit fenomeen ook optreden bij andere ‘uppers’, zoals cocaïne en amfetamine. Gedurende de observatie op de SEH bleef de patiënt stabiel. Hij werd ontslagen met pijnstilling en het advies om een week lang drukverhogende inspanningen te vermijden. ■

contact

r.m.holewijn@olvg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Heeft u ook een interessante casus voor deze rubriek?

Stuur tekst (max. 300 woorden) en beeld naar redactie@medischcontact.nl.

Wat ziet u?



Een 30-jarige man komt met een diabetische ketoacidose op de SEH. Hij heeft enkele dagen fors gebraakt en heeft nu hevige pijn op de borst. Wat ziet u?

U kunt reageren op medischcontact.nl/watzietu.
Het antwoord vindt u volgende week in Medisch Contact.

