
Neseblødning etter testing for covid-19

KORT KASUISTIKK

DAGFINN LUNDE MARKUSSEN

dagfinn.markussen@gmail.com

Mottaksklinikken

Haukeland universitetssjukehus

Dagfinn Lunde Markussen er spesialist i indremedisin og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON ERIK HAGEN

Øre-nese-halsavdelingen

Haukeland universitetssjukehus

Jon Erik Hagen er lege i spesialisering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANETTE TVEDT

Mottaksklinikken

Haukeland universitetssjukehus

Anette Tvedt er assisterende avdelingssykepleier ved Korttidsposten.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OLE MARTIN STEIHAUG

Mottaksklinikken

Haukeland universitetssjukehus

Ole Martin Steihaug er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bruken av penselprøver fra øvre luftveier har økt sterkt under pandemien. Vår kasuistikk viser at dette ikke er uproblematisk.

En mann i 70-årene med kjent koronarsykdom og infrarenalt aortaaneurisme ble innlagt ved lokalsykehus med brystmerter. Tilstanden ble der vurdert som ustabil angina pectoris. Han brukte før innleggelse acetylsalisylsyre 75 mg peroralt daglig. I tillegg ble det nå startet behandling med tikagrelor 90 mg peroralt morgen og kveld og enoksaparin 7 000 internasjonale enheter (IU) subkutant morgen og kveld.

Han ble deretter overflyttet til universitetssykehus for koronar angiografi. Ved ankomst akuttmottaket ble han screenet for symptomer på covid-19, og han oppga at han hadde hatt hoste og tungpustethet de siste dagene. Sykepleier tok penselprøve for SARS-CoV-2 fra bakre svelgvegg og nasofarynks, hvorpå han begynte å blø friskt fra neseboret. Øre-nese-hals-lege ble tilkalt, og det ble lagt bakre og fremre tamponade bilateralt før man fikk stoppet blødningen. Fokus for blødningen ble ikke visualisert, men det ble vurdert at den kom fra langt bak i nesehulen. Ved bakre neseblødning er det ikke alltid mulig å se nøyaktig blødningsfokus, og av smittevernhensyn valgte man å ikke utføre skopi av nesekaviteten.

Koronar angiografi ble utsatt til neste dag. Den viste ingen behandlingstrengende stenoser, men invasiv kardiolog anbefalte livslang behandling med acetylsalisylsyre 75 mg og tillegg av tikagrelor 90 mg morgen og kveld i tre måneder. Behandling med enoksaparin ble avsluttet. I henhold til rutine ved stor epistaksis med ukjent fokus ble pasienten liggende inne for observasjon, først tre døgn med nesetamponade og deretter ett døgn til ytterligere observasjon. Kompresjon med bakre tamponade er ofte smertefullt, og vår pasient trengte smertelindring, inkludert morfin intravenøst ved behov. Han fikk ingen reblødning. Hemoglobinnivået sank i løpet av oppholdet fra 14,1 g/dL til 11,3 g/dL (referanseområde 13,4–17,0). Trombocytallet var innenfor normalområdet. Andre blødningsparametre, som protrombintid-INR og aktivert partiell tromboplastintid, ble ikke målt.

En uke etter utskrivning ble han reinnlagt med frisk blødning fra begge nesebor. Undersøkende lege fikk ikke oversikt, men det ble antatt at blødningsfokus var langt bak i samme nesekavitet som ved forrige innleggelse. Grunnet kommunikasjon i epifarynks er det ikke uvanlig at det kan blø ut fra begge nesekaviteter selv om fokuset for en neseblødning er ensidig. Man måtte på ny legge bakre og fremre nesetamponade bilateralt for å få kontroll på blødningen.

På grunn av fall i hemoglobinnivået til 10,2 g/dL og generelt nedsatt allmenntilstand valgte man å gi blodtransfusjon med ett erytrocyttkonsentrat. Denne gangen ble han liggende på sykehus i fire døgn før nestetamponaden kunne fjernes, og deretter ett døgn for observasjon. Det var også denne gangen behov for smertelindring.

Da man undersøkte nesekaviteten etter fjerning av tamponaden, var slimhinnen så traumatisert at det var vanskelig å finne blødningsfokus. Han ble derfor innkalt til skopi av nesekaviteten og CT nese/bihuler noen uker etter

utskrivning. Ingen annen bakenforliggende årsak til neseblødningen ble funnet.

Diskusjon

Den pågående pandemien har verden over gitt store endringer i håndteringen av pasientstrømmen i akuttmottak (1, 2). Fra andre land har det vært rapporter om nosokomial spredning av covid-19 (3). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at alle personer som ankommer akuttmottak, gjennomgår screening for covid-19 på et så tidlig tidspunkt som mulig (4). De første covid-19-tilfellene ved Haukeland universitetssjukehus ble ikke identifisert ved ankomst i akuttmottak, og dermed ikke håndtert med tilstrekkelig bruk av smittevernutstyr. Dette førte til at en stor gruppe av personalet måtte i karantene. For å forebygge flere slike hendelser ble det satt i gang screening av alle pasienter ved ankomst akuttmottaket.

Kriteriene for å gjennomgå mikrobiologisk prøvetaking for SARS-CoV-2 har variert i løpet av perioden, og alt ifra 20 % til 45 % av pasientene har blitt testet. I henhold til WHOs anbefalinger har penselprøver fra øvre luftveier blitt brukt som primærttest (4). Tidligere har vi ved mistanke om viral luftveisinfeksjon tatt én penselprøve fra nasofarynks og én fra orofarynks. For andre luftveisvirus enn SARS-CoV-2 tyder en del data på at prøve fra nasofarynks er mer sensitiv enn orofarynksprøve, men for covid-19 er det fortsatt usikkert hva som er den beste metoden, og ulike studier har vist svært sprikende resultater (5–8). Fordi det var usikkerhet rundt levering av testutstyr ved starten av pandemien, har man ved Haukeland valgt å screene med samme testpensel i oro- og nasofarynks.

Epistaksis er en relativt vanlig komplikasjon ved penselprøve fra nasofarynks, men hos de fleste pasienter er blødningen selvbegrensende (9). Pasienter som behandles med blodplatehemmende eller antikoagulerende legemidler, har økt risiko for alvorlig epistaksis (10). Når det innføres nye tiltak som omfatter en stor gruppe pasienter, er det nødvendig å veie fordelene mot ulempene. For vår pasient var det lav sannsynlighet for positiv test, men økt risiko for komplikasjoner.

Vi har funnet enkelte rapporter om komplikasjoner til testing (11–13), men antallet rapporterte komplikasjoner er lavt sett i lys av det store antallet tester som er gjennomført. Fram til mars 2021 er det tatt mer enn 3,5 millioner tester for covid-19 i Norge, hvorav omtrent 98 % av testene har vært negative (14). Det er viktig for planlegging av teststrategier på gruppenivå at sjeldne, men alvorlige komplikasjoner ved testing blir rapportert.

Vår pasient fikk som en konsekvens av prøvetakingen et forlenget sykehusopphold og måtte gjennomgå flere ubehagelige prosedyrer. Vi har nå endret rutinen for testing slik at screeningprøve primært tas fra orofarynks, mens lege gjør en individuell vurdering av om det også skal tas prøve fra nasofarynks.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

LITTERATUR

1. Chua WLT, Quah LJJ, Shen Y et al. Emergency department 'outbreak rostering' to meet challenges of COVID-19. *Emerg Med J* 2020; 37: 407–10. [PubMed][CrossRef]
2. Wammer ACP, Pedersen SF, Hatleskog ML et al. Covid-19-pandemien i et mottaksperspektiv. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0477. [PubMed][CrossRef]
3. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382: 1708–20. [PubMed][CrossRef]
4. Clinical management of COVID-19. Geneva: World Health Organization, 2020: 62. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1> Lest 31.3.2021.
5. Bwire GM, Majigo MV, Njoro BJ et al. Detection profile of SARS-CoV-2 using RT-PCR in different types of clinical specimens: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* 2021; 93: 719–25. [PubMed][CrossRef]
6. Wang W, Xu Y, Gao R et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *JAMA* 2020; 323: 1843–4. [PubMed][CrossRef]
7. Wang X, Tan L, Wang X et al. Comparison of nasopharyngeal and oropharyngeal swabs for SARS-CoV-2 detection in 353 patients received tests with both specimens simultaneously. *Int J Infect Dis* 2020; 94: 107–9. [PubMed][CrossRef]
8. Yu F, Yan L, Wang N et al. Quantitative detection and viral load analysis of SARS-CoV-2 in infected patients. *Clin Infect Dis* 2020; 71: 793–8. [PubMed][CrossRef]
9. Gupta K, Bellino PM, Charness ME. Adverse effects of nasopharyngeal swabs: Three-dimensional printed versus commercial swabs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2020; 41: 1. [PubMed]
10. Krulewitz NA, Fix ML. Epistaxis. *Emerg Med Clin North Am* 2019; 37: 29–39. [PubMed][CrossRef]
11. Suresh V. Anesthesia for extraction of a fractured COVID-19 nasopharyngeal swab. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2021; 143: 110611. [PubMed][CrossRef]
12. Azar A, Wessell DE, Janus JR et al. Fractured aluminum nasopharyngeal swab during drive-through testing for COVID-19: radiographic detection of a retained foreign body. *Skeletal Radiol* 2020; 49: 1873–7. [PubMed][CrossRef]
13. Hussein MS, Hameed M, Allangawi M et al. An unusual and unexpected result of diagnostic sampling for COVID-19. *Cureus* 2020; 12: e10979.

[PubMed][CrossRef]

14. Folkehelseinstituttet. Statistikk om koronavirus og covid-19.
<https://www.fhi.no/sv/smittestomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/> Lest 10.2.2021.

Publisert: 13. april 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0114
Mottatt 11.2.2021, første revisjon innsendt 17.3.2021, godkjent 31.3.2021.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.