

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

der tyder på dysfunktion af bækkenbunden, NUS og analinkontinens.

Korrespondance: *Zohreh Ketabi*, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Glostrup Hospital, DK-2600 Glostrup. E-mail: ketabi@dadlnet.dk

Antaget: 20. august 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Hannestad YS, Rørtveit G, Sandvik H et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag*. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.
- Hampel C, Wienhold D, Benken N et al. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997;32(suppl 2):3-12.
- Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:298-305.
- Health Care Consulting. Inkontinensbehandling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulante behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2001.
- Viktrup L, Summers KH, Dennett SL. Clinical practice guidelines for the initial management of urinary incontinence in women: a European-focused review. *BJU Int* 2004;94(suppl 1):14-22.
- Dansk selskab for almen medicin. Klinisk vejledning. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. København: DSAM 1999.
- Peters TJ, Horrocks S, Stoddart H, et al. Factors associated with variations in older people's use of community-based continence services. *Health Soc Care Community* 2004;12:53-62.
- Andersson G, Johansson JE, Sahlberg-Blom E et al. Urinary incontinence – why refraining from treatment? *Scand J Urol Nephrol* 2005;39:301-7.
- Lose G, Jacobsen AT, Madsen H et al. Alment praktiserende lægers viden om og holdninger til undersøgelse og behandling af kvinder med urininkontinens. *Ugeskr Læger* 2001;163:5183-8.
- Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res* 2004;13:1381-90.
- Wein AJ. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. A population-based study. *J Urol* 2003;169:2427.
- Jackson S, Donovan J, Brookes S, et al. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996;77:805-12.
- Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA et al. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Continence Program for Women Research Group*. *Neurourol Urodyn* 1995;14:131-9.
- Møller LA, Lose G, Jørgensen T. Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at one year in women aged 40-60: longitudinal study. *BMJ* 2000;320:1429-32.
- Kobelt G. Economic considerations and outcome measurement in urge incontinence. *Urology* 1997;50:100-7; discussion 108-10.
- Van der Vaart CH, de Leeuw JR, Roovers JP et al. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int* 2002;90:544-9.
- Haglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G et al. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1051-5.
- Khullar V, Damiano R, Toozs-Hobson P et al. Prevalence of faecal incontinence among women with urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1211-3.
- Walter S, Hallbook O, Gotthard R et al. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:911-6.

Kongenit spaltet sternum

Afdelingslæge Pernille Raasthøj Mathiesen,
overlæge Erik Arthur Andersen &
overlæge Birthe Merethe Egense

Storstrømmens Sygehus Nykøbing Falster, Pædiatrisk og
Radiologisk Afdeling, og
Haukeland Universitetssygehus i Bergen, Barnekliviken

Kongenit spaltet sternum (KSS) blev første gang beskrevet i 1740 [1, 2], og den første kirurgiske korrektion blev foretaget i 1888 [1]. KSS kan inddeles i tre grupper [3, 4]: partiel spaltning af øvre del af sternum, hvilket sjældent er ledsaget af andre misdannelser, partiel spaltning af nedre del af sternum og totalt spaltet sternum, hvilke kan være associerede med hjertermisdannelser [2-4] herunder Cantrells pentalogi (misdannelse af sternum, hjerte, pericardium, diafragma og abdominalvæg), midtlinjedefekter [1, 2, 4] og hæmangiomer [2-4].

KSS observeres gerne lige efter fødslen og er oftest asymptomatisk. Ved ændringer i det intratorakale tryk kan der ses paradoks respiration og symptomer i form af cyanose, dyspnø, arrytmier og gentagne lungeinfektioner [2, 5].

Der er rapporteret om knap 100 tilfælde [5]. Ætiologien er ukendt.

Embryologi

Sternum udvikles fra mesodermen. Når embryoet er seks uger, migrerer celler fra mesodermen ventralt og former to sternale bånd. De fusionerer kraniokaudalt i midtlinjen og er sammenvokset i tiende gestationsuge. Isolerede sternumdefekter skyldes sandsynligvis delvis eller manglende fusion af de sternale bånd [2-4].

Sygehistorier

I. En 11-årig dreng med KSS blev henvist til vurdering af lungefunktion og evt. operation. Ved fødslen sås en spalteformet defekt af hud og subcutis ved sternums placering og proksimalt herfor et $1\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$ cm stort område med aplasia cutis. Distalt for processus xiphoideus var en smal rafe, der fortsatte til umbilicus. Røntgen af thorax viste manglende manubrium og corpus sterni. Ekkokardiografi viste normale forhold. Neonatalt fandt man ikke indikation for operation, men foreslog revurdering senere.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Da drengen var 11 år gammel, sås der fortsat misdannelse af thorax (**Figur 1**). Der var ingen subjektive gener, og en lungefunktionsundersøgelse viste normale forhold. Ved en computertomografi (CT) af thorax fandt man ingen fusion af sternum i midtlinjen fra jugulum og helt distalt; der var således tale om totalt spaltet sternum. Mellem ribbenene sås en diastase på 1,5 cm bestående af fibrøst væv. Da lungefunktionen var normal, almentilstanden god, og de mediastinale strukturer fremtrådte beskyttede ved CT fandtes der fortsat ikke behov for operation.

II. En nyfødt dreng blev indlagt til udredning for misdannelse af thorax. Graviditet og fødsel havde været normale. Sternum så ud til at mangle opadtil, og der var et 2-3 cm langt, benet segment nedadtil mellem ribbenene. Ved øvre del sternum sås et 2 × 3 cm stort område med hypoplastisk hud. Barnet var respiratorisk upåvirket, men havde paradoks respiration ved jugulums placering (**Figur 2**). En CT af thorax viste sternumanomali med diastase på 3-4 cm mellem costae. Der var små benkerner ved sternum, hvilket tyder på manglende fusion af sternum i midtlinjen. Proksimalt sås hjertet tæt under huden. En ekkokardiografi viste normale forhold.

Man havde primært mistanke om syndrom, hvorfor der blev foretaget en række undersøgelser (bl.a. af øjnene og ultralydskanning af cerebrum, abdomen og nyrer samt magnetisk resonans (MR)-skanning af cerebrum), der alle viste normale forhold, og det blev erkendt, at det drejede sig om KSS med partiel spaltning af øvre del af sternum.

For at beskytte hjertet og de store kar og for at undgå senere lungedynamiske problemer pga. defekten af thoraxskeletet besluttede man at foretage kirurgisk korrektion. Man foretog en ukompliceret operativ lukning, da drengen var 16 dage gammel.

Ved kontrol, da drengen var 14 måneder gammel, fandt man ingen sequelae.

Diskussion

Hos barnet i sygehistorie nr. 2 havde man ved fødslen mistanke om syndrom, og han gennemgik en lang række undersøgelser. Kendskab til KSS kunne måske have reduceret antallet af disse.

Røntgen og CT af thorax, ekkokardiografi samt klinisk undersøgelse vil normalt være nok til at stille diagnosen KSS og udelukke de fleste andre misdannelser, der er associeret med tilstanden.

Indikationerne for kirurgisk behandling kan være:

- 1) beskyttelse af mediastinums strukturer, 2) at skabe normale intratorakale trykforhold og undgå paradoks respiration og 3) kosmetiske grunde [1, 2, 5].

Barnet med partielt spaltet sternum blev opereret neonatalt pga. bred diastase og ubeskyttet mediastinum samt forventet risiko for senere respiratoriske problemer. Den 11-årige dreng med totalt spaltet sternum blev ikke opereret, da

Figur 1. Kongenit komplet spaltet sternum (sygehistorie I). Den supraumbilikale rafe ses ofte ved kongenit spaltet sternum.



Figur 2. En nyfødt dreng med partiel spaltning af øvre del af sternum (sygehistorie II). Paradoks respiration, hvor sternum mangler.



de mediastinale strukturer var beskyttede af fibrøst væv og diastasen mellem ribbenene var meget smal. Endvidere var lungefunktionen normal.

Der er andre beskrivelser af ubehandlet KSS bl.a. fra Danmark [4] uden funktionelle problemer eller intratorakal patologi.

Hvis operation er indiceret, bør denne foretages inden for de første fire leveuger [1, 5] af hensyn til thorax' eftergivlighed og den større risiko for komplikationer ved senere operation [2, 5].

Konklusion

KSS ses sjældent, men det kan være af betydning at kende tilstanden for at undgå unødvendige undersøgelser og tidligt at kunne tage stilling til et evt. operativt indgreb.

Røntgen og CT af thorax og ekkokardiografi anbefales ved udredning. Operation kan være indiceret for at beskytte mediastinums strukturer, for at bedre de torakale trykforhold

VIDENSKAB OG PRAKSIS | AKADEMISKE AFHANDLINGER

og af kosmetiske grunde. De bedste operationsresultater opnås, hvis barnet opereres inden for de første fire leveuger.

Korrespondance: *Pernille Raasthøj Mathiesen*, Søagerparken 102, DK-2670 Greve. E-mail: permat@dadlnet.dk

Antaget: 30. november 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Greenberg BM, Becker JM, Pletcher BA. Congenital bifid sternum: repair in early infancy and literature review. *Plast Reconstr Surg* 1991;88:886-9.
2. Fokin AA. Cleft sternum and sternal foramen. *Chest Surg Clin N Am* 2000;10:261-76.
3. Heron D, Lyonnet S, Iserin L et al. Sternal cleft: case report and review of a series of nine patients. *Am J Med Genet* 1995;59:154-6.
4. Petersen KK, Rasmussen OS, Jurik AG. Complete sternal cleft. *Rontgenblatter* 1989;42:525-6.
5. Domini M, Cupaioli M, Rossi F et al. Bifid sternum: neonatal surgical treatment. *Ann Thorac Surg* 2000;69:267-9.

> AKADEMISKE AFHANDLINGER

Læge Kasper Rossing:

Progression and remission of nephropathy in type 2-diabetes

New strategies of treatment and monitoring

Disputats



Forf.s adresse: Malmlosevej 81b, DK-2830 Virum.

E-mail: kar@steno.dk

Forsvaret finder sted 23. marts 2007, kl. 14.00, Lille Auditorium Herlev, Herlev Hospital.

Opponenter: *Carl Erik Mogensen* og *Niels Juel Christensen*.

Afhandlingen kan rekvireres vederlagsfrit ved kontakt til: *Ingelise Holstein*, Steno Diabetes Center, Niels Steensens Vej 2, 2820 Gentofte, tlf.: 44 43 90 22, e-mail: ingh@steno.dk

Læge Christian Vestergaard:

TARC and CTACK

Two pivotal chemokines in atopic dermatitis

Disputats

Forf.s adresse: Ølstedvej 3, DK-8382 Hinnerup.

E-mail: chr-vest@post9.tele.dk

Forsvaret finder sted den 23. marts 2007, kl. 14.00, Auditorium 424, bygning 1230, Universitetsparken, Aarhus.

Opponenter: *Bernhard Homey*, Tyskland, *Klaus Ejner Andersen* og *Marianne Hokland* (fakultetets repræsentant).

Læge Linda P. Jakobsen:

Genetic aspects of cleft lip and palate

Ph.d.-afhandling

Forf.s adresse: Solsortvej 85, DK-2000 Frederiksberg.

E-mail: linda@imbg.ku.dk

Forsvaret finder sted den 19. marts 2007, kl. 14.30, Auditorium 2, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, København.

Bedømmere: Odont *Sven Kreiborg*, *Jens Michael Hertz* og *Jeffrey C. Murray*, USA.
Vejledere: *Niels Tommerup* og *Mary Knudsen*.
