

Kirners deformitet kan fejltolkes som frakturfølger eller dropfinger

Mikkel Christensen

Kirners deformitet er en sjælden tilstand, der er karakteriseret ved en ofte bilateral påvirkning af lillefingeren med palmar og radial kurvering af den distale phalanx samt en varierende grad af rotation [1]. Klinisk ses der ofte neglepåvirkning i form af timeglasnegl og den distale phalanx flekteret, som der også ses ved dropfinger [2]. På grund af den kliniske fremtoning kan tilstanden let forveksles med en overset fraktur eller dropfinger med deraf følgende fejlbehandling og misforståelser som i nedenstående sygehistorie.

SYGEGISTORIE

En 11 år gammel dreng blev henvist til håndambulatoriet på et regionssygehus på grund af skævvækst i distale phalanx på både højre og venstre femte finger. Det blev bemærket, at den distale phalanx var større og lidt volart flekteret bilateralt. Neglen på specielt højre lillefinger blev vurderet til at være større end normalt. Patienten fortalte, at han fem år forinden havde slået den venstre lillefinger og et år forinden havde slået den højre lillefinger. Han var umiddelbart efter begge traumer blevet tilset på skadestuen, hvor der blev diagnosticeret en hhv. udisloceret subkapital fraktur af mellempalanx på venstre femtefinger og en udisloceret fraktur af basis af den proksimale phalanx på højre femtefinger.

Efter frakturen på højre lillefinger blev patienten tilset i ambulatoriet til kontrol, hvor man som bifund fandt en klinisk dropfinger på samme finger. Patienten blev udstyret med en carstamskinne i fem uger. Behandlingen var uden effekt, idet der stadig var skævhed i den distale phalanx. Patienten og dennes familie henvendte sig til håndambulatoriet, da de mente, at den opståede skævvækst af begge lillefingers distale phalanx var et resultat af oversete eller fejlbehandlede frakturer. Der blev i forbindelse med ambulatoriebesøget taget et nyt røntgenbillede, hvoraf det fremgik, at den distale phalanx bilateralt var krummet, og den blev beskrevet som nærmest osteonekrotisk. Der blev taget et klinisk foto, og tilfældet blev tværfagligt konfereret. Her blev diagnosen Kirners deformitet stillet, og patienten kunne få vished om, at skævheden ikke skyldtes fejlbehandling eller oversete frakturer.

DISKUSSION

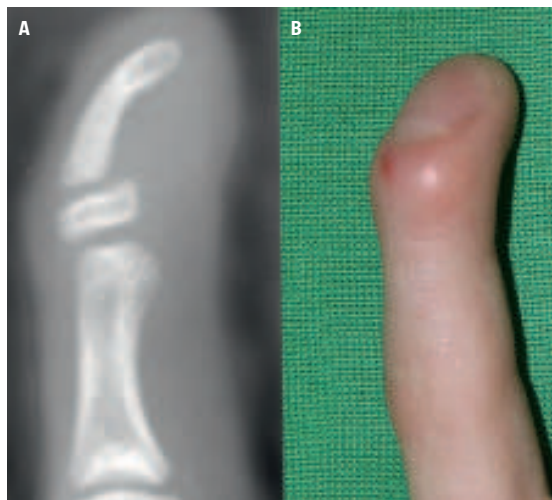
Kirners deformitet af lillefingeren er en sjælden tilstand og har en incidens på 0,15-0,25% [2]. Deformiteten ses fra omkring otteårsalderen og er dobbelt så hyppig blandt kvinder som blandt mænd [1]. Der er ofte bilateral, symmetrisk affektion af lillefingerene. Der er sjældent symptomer, og tilstanden giver ikke anledning til smerter [3]. Generne kommer oftest i forbindelse med instrumentspil, hvor fingeren kan være i vejen. Det største problem kan dog være af kosmetisk karakter, når lillefingeren er fejlstillet, og den distale phalanx er forstørret [3, 4]. Ætiologien er ukendt, men en af de hypoteser er, at tilhæftningen til flexor digitorum profundus er mere distal og dermed trækker den distale phalanx skæv [4]. Der er beskrevet tilfælde, hvor tilstanden går i arv og følger en autosomal dominant arvegang med inkomplet penetrans [1, 2]. Tilstanden kan let forveksles med følger efter fraktur som f.eks. epifysiolyse, idet destruktion af vækstpladen giver skævhed, eller med en dropfinger som i ovenstående sygehistorie. Der kan skelnes mellem disse tilstande, hvis man sammenholder et klinisk billede med et røntgenbillede (**Figur 1**). Klinisk er den distale phalanx forstørret, flekteret og

KASUISTIK

Ortopædkirurgisk
Afdeling,
Hillerød Hospital

FIGUR 1

Røntgenbillede (A) hhv. klinisk præsentation (B) af Kirners deformitet.



med negledeformitet. Røntgenbilledet viser en deviation af diafysen med bevaret akse mellem epifyse, metafyse og leddet. Diafysen ses forsnævret og med tab af trabekulær knogle. Ved epifyseskivens lukning genvinder diafysen sin vidde og ses med trabekulær knogle [1]. Den palmare og radielle deviation persisterer dog. Ved en akut dropfinger vil røntgenbilleder vise normale forhold muligvis med dorsal avulsion af den distale phalanx, og tilstanden kan således let kendes fra Kirners deformitet. Følger efter fraktur eller epifysiolyse er en oplagt differentialdiagnose, men kan skelnes fra Kirners deformitet på det karakteristiske røntgenbillede med tab af trabekulær knogle i diafysen ved sidstnævnte. Kirners deformitet kræver sjældent behandling, men deviationen kan oprettes ved osteotomier og K-tråds-fiksering i den distale phalanx, hvilket har givet gode kosmetiske resultater [3, 5]. En rutinemæssig henvisning til et håndambu-

latorium vil dog som udgangspunkt ikke være indiceret, medmindre der er udtalte gener på grund af tilstanden. Oftest vil der ikke være behov for behandling.

KORRESPONDANCE: Mikkel Christensen, Ortopædkirurgisk Afdeling, Hillerød Hospital, Dyrehavevej 29, 3400 Hillerød. E-mail: jmmikkel@hotmail.com

ANTAGET: 16. juli 2012

FØRST PÅ NETTET: 4. februar 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Gouda A, Davison IM. Images for surgeons. Kirner's deformity of little finger. ANZ J Surg 2010;80:741-2.
2. Song WC, Koh KS. Kirner's deformity: progressiveness and classification. Surg Radiol Anat 2005;27:459-62.
3. Carstam N, Eiken O. Kirner's deformity of the little finger. J Bone Joint Surg Am 1970;52:1663-5.
4. Lee J, Ahn JK, Choi SH et al. MRI findings in Kirner deformity: normal insertion of the flexor digitorum profundus tendon without soft-tissue enhancement. Pediatr Radiol 2010;40:1572-5.
5. Dykes RG. Kirner's deformity of the little finger. J Bone Joint Surg Br 1978;60:58-60.

Abdominal cocoon er en sjælden årsag til ileus

Kim Bøgelund Laugesen¹ & Ken Ljungmann²

KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

2) Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, Aalborg Sygehus

En sjælden årsag til tyndtarmsileus er en hel eller delvis indkapsling af tyndtarmene i en sækformet membran.

Der skelnes i litteraturen mellem tre typer af indkapsling: den kongenitte, den sekundære (*sclerosing encapsulating peritonitis*) og den idiopatiske også kaldet abdominal *cocoon*. I nedenstående sygehistorie beskrives en patient, der blev indlagt med ileus som følge af abdominal *cocoon*.

SYGEHISTORIE

En 37-årig mand, der var fra Mellemøsten og aldrig tidligere havde været hospitaliseret, blev indlagt efter ét døgn med ileussympotomer.

Et år forud for indlæggelsen havde han haft to lignende, men mildere tilfælde, der ikke gav anledning til indlæggelse. Desuden havde han siden 14-års-alderen ca. en gang ugentligt haft postprandielle opkastninger. Patienten var smertepåvirket med distenderet, diffust ømt abdomen, afebril og cirkulatorisk stabil.

Fraset let forhøjede leukocytal var biokemien upåfaldende. En computertomografi (CT) af abdo-

men viste tyndtarmsileus med dilaterede tyndtarms-slynger på op til 3 cm. Der fandtes ingen velmarkeret overgangszonzone, der kunne indikere streng eller adhærens som årsag til ileus. De dilaterede tyndtarme var koncentrisk organiseret i *closed loops* uden tegn til mesenteriel torsion, hvilket rejste mistanke om intern herniering.

Den efterfølgende operation blev indledt laparoskopisk, men måtte konverteres til åben operation pga. manglende overblik over anatomien. Den proximale halvdel af ileum og et mindre ileumkonglomerat analt herfor blev fundet indlejret i sækformede membranøse fortykkelser med dilateret tyndtarm oralt herfor (**Figur 1A**).

Tyndtarmen blev fridissekeret til fuld mobilitet med fjernelse af synligt patologisk væv. Den patologiske undersøgelse viste fibrose og let kronisk inflammation, der var ingen granulomdannelse eller tegn til malignitet.

Patienten havde et ukompliceret postoperativt forløb og blev udskrevet på sjattedagen med normaliseret tarmfunktion. Ved ambulant kontrol på trettedagen var han fortsat i velbefindende.