

Klavikelduplikation efter traumatisk klavikelepifysiolyse

Reservelæge Lasse Pedersen & overlæge Lars Henrik Frich

Hos børn er clavícula den hyppigst frakturerede knogle i skulderbæltet. Skader på clavícula skyldes som oftest fald på skulderen i forbindelse med sport eller efter fald fra cykel [1]. Skader på den laterale klavikelende udgør ca. 10-12% af alle klavikelskader.

Hos børn op til ca. trettenårsalderen [2] er klaviklen omgivet af en kraftig skede af periost. Lateralt holdes klaviklen fikseret mod acromion af ligamentii acromioclaviculare og mod processus coracoideus af ligamentii coracoclaviculare. Disse ligamenter er sammenvævet med periost og udgør en stærk fiksa-tion lateralt. I klaviklen ossificeres den laterale epi-fyse først i 19-årsalderen og er dermed ikke synlig på almindelige røntgenbilleder. Den avulsion i epifyse-linjen (egentlig fraktur), der kan forårsages ved et skuldertraume, kommer derved på røntgen til at fremstå som en løsnig mellem klaviklen og acro-mion i akromioklavikulærledet (AC-leddet).

SYGEHISTORIE

En 15-årig dreng opsøgte skadestuen efter fald på

højre skulder i forbindelse med fodboldspil. Han kla-gede over smerter ved aktiv bevægelse af skulderen.

Objektivt fandtes kraftig hævelse og palpations-ømhed af laterale klavikelende. Initiale røntgenbille-der af højre skulder blev tolket som komplet AC-luk-sation, og patienten behandlet med løs mitella (Figur 1A).

Seks måneder senere havde patienten genopta-get håndboldspil, men havde fortsat lette smerter i skulderen. Der fandtes på dette tidspunkt tvedtelt la-teral klavikelende samt smerter ved udadrotation på abduceret skulder.

Røntgenbilleder (og supplerende computertomo-grafi (CT)) viste todelt lateral klavikelende, med én ende artikulerende med acromion, og den anden pe-gende bagud lateralt (Figur 1B).

Den oprindelige posteriore klavikelende blev grundet kosmetiske og funktionelle gener fjernet ope-rativt cirka otte måneder efter traumat. Ved opføl-gende kontrol fandtes skulderen og armen at fungere normalt.

KASUISTIK

Odense Universitetsho-spital, Ortopædkirurgisk Afdeling O

FIGUR 1

A. Initialt røntgenbillede af højre skulderled umiddelbart efter traume. Den laterale klavikelende står lukseret i superior-posterior retning. **B.** Samme patient otte måneder se-nere. Den oprindelige klavikel ses i samme stilling som på primære røntgenoptagelse. Endvidere ses duplikation af den laterale klavikelende, med »neoklaviklen« artikuleren-de med acromion, svarende til det oprindelige akromioklavikulærled.



DISKUSSION

Vores sygehistorie viser, at traumer mod skulderen hos børn kan resultere i epifysiolyse mellem epifysen og metafysen i den laterale clavikelende. Stærke ligamenter holder klaviklen fikseret distalt, og er deformationskræfterne tilstrækkeligt store, vil de hos børn resultere i en klavikelfraktur, da ligamenterne er stærkere end knoglen [3]. Resultatet vil derfor være en bananskræslæsion, hvor den mediale del af klaviklen penetrerer periost indefra; og efterfølgende dannelse af en »neoklavikel« i den tomme periostskede.

Hos børn ser man således ikke akromioklavikulærluksationer (AC-luksationer) som hos voksne [3, 4]. Imidlertid forveksles lateral klavikelepifysiolyse på røntgenbilleder ofte med AC-luksation, idet epifysen hos børn endnu ikke kan erkendes på almindelig røntgen. Hos børn og yngre, hvor den laterale klavikelende står lukkeret efter traume, bør der således på vid indikation foretages supplerende billeddiagnostisk undersøgelse i form af CT eller magnetisk reso-

nans (MR)-skanning for at udelukke bananskræslæsion [5].

Hos vores patient blev klavikelduplikationen erkendt efter ca. seks måneder og blev herefter opereret grundet bevægeindskrænkning, funktionsrelaterede smerter samt kosmetiske gener. Såfremt tilstanden diagnosticeres umiddelbart efter traumet, er der indikation for operation akut eller subakut for at genplacere klaviklen i den tomme periostskede [3].

KORRESPONDANCE: Lasse Pedersen, Stadionvej 22, 1. th., DK-5200 Odense V.
E-mail: lasse_pedersen99@hotmail.com

ANTAGET: 14. maj 20008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Kubiak R, Slongo T. Operative treatment of clavicle fractures in children: A review of 21 years. *J Pediatr Orthop* 2002;22:736-9.
2. Eidman DK, Siff SJ, Tullos HS. Acromioclavicular lesions in children. *Am J Sports Med* 1981;9:150-4.
3. Havránek P. Injuries of distal clavicular physis in children. *J Pediatr Orthop* 1989;9:213-5.
4. Ogden JA. Distal clavicular physeal injury. *Clin Orthop Relat Res.* 1984;188:68-73.
5. Black GB, PcPherson JA, Reed MH. Traumatic pseudodislocation of the acromioclavicular joint in children. A fifteen year review. *Am J Sports Med* 1991;19:644-6.



RETTELSE

Rettelse til »Nyt fra EMEA – april 2009«

I indlægget »Nyt fra EMEA – april 2009« (Ugeskr Læger 2009;171:2118) er det fejlagtigt angivet, at Victoza er en gastrisk lipase-1-analog.

Det korrekte er, at Victoza er et glukagonlignende peptid 1.

Overlæge, næstformand i Registreringsnævnet *Mark A. Ainsworth*,
Lægemiddelstyrelsen