

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-

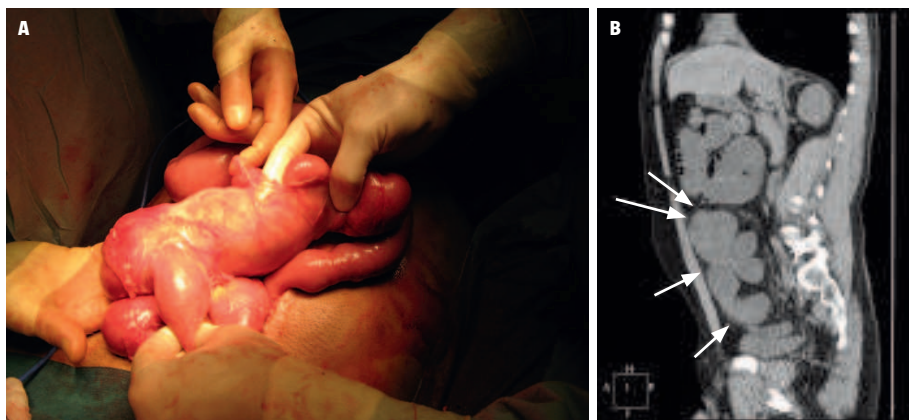
men viste tyndtarmsileus med dilaterede tyndtarms-slynger på op til 3 cm. Der fandtes ingen velmarkeret overgangszonzone, der kunne indikere streng eller adhærens som årsag til ileus. De dilaterede tyndtarme var koncentrisk organiseret i *closed loops* uden tegn til mesenteriel torsion, hvilket rejste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

FIGUR 1



A. Membran omkring et tyndtarmkonglomerat.
B. Computertomografi af abdomen. Pilene peger på membranen, der indkapsler et konglomerat af dilaterede tyndtarme.

DISKUSSION

Den patogenetiske baggrund for abdominal *cocoon* er fortsat ukendt, og den eksisterende viden er baseret på kasuistiske meddelelser. Tilstanden blev oprindeligt foreslået at være afstedkommet af retrograd menstruation eller som en immunologisk reaktion på gynækologiske infektioner, idet den primært fandtes blandt yngre kvinder [1], men den er sidenhen, som i denne sygehistorie, også beskrevet hos mænd.

Sclerosing encapsulating peritonitis er associeret med peritoneal dialyse, ventrikuloperitoneal og portovenøs shuntning eller sekundært til sarkoidose, systemisk lupus erythematosus, levercirrose eller tuberkulose. Tilstanden er behæftet med en højere mortalitets- og morbiditetsrate end de to andre typer, indkapsling pga. hyppigere kirurgiske komplikationer og komorbiditet [2].

Den kongenitte tilstand adskiller sig fra de ovenstående typer, idet tynd- og/eller tyktarmen er indlejret i en accessorisk, men ellers makro- og mikroskopisk normal peritonealsæk [3].

Diagnosen abdominal *cocoon* stilles sjældent præoperativt. Klinisk kan et asymmetrisk distenderet abdomen eller en palpabel udfyldning evt. erkendes. Ved CT af abdomen vil en sækformet membranøs fortykkelse omkring dilaterede tyndtarmsslynger være karakteristisk [4], hvilket også var tilfældet i denne sygehistorie (Figur 1B). Mesenteriel torsion, streng, adhærens og intern herniering er blandt de radiologiske differentialdiagnostiske overvejelser. Det histologiske billede er præget af inflammation og fibrose [5].

Behandlingen ved manifest ileus er kirurgi, åben eller laparoskopisk, med udløsning af adhærens og resektion af den fibrøse kapsel [3-5]. Oftest er tarm-

resektion ikke nødvendig. Peroperativt bør der sikres materiale til mikroskopi og evt. dyrkning til afklaring af mulige ætiologiske faktorer (f.eks. tuberkulose og sarkoidose).

Der foreligger ikke data fra langtidsopfølgning, men operation for recidiv synes sjældent at være nødvendig.

KORRESPONDANCE: Kim Bøggelund Laugesen, Ønsbækvej 27, 8541 Skødstrup.
 E-mail: kimlauge@rm.dk

ANTAGET: 28. august 2012

FØRST PÅ NETTET: 11. februar 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Foo KT, Ng KC, Rauff A et al. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. *Br J Surg* 1978;65:427-30.
2. Celicout B, Levard H, Hay J et al. Sclerosing encapsulating peritonitis: early and late results of surgical management in 32 cases. *Dig Surg* 1998;15:697-702.
3. Devay AO, Gomceli I, Korukluoglu B et al. An unusual and difficult diagnosis of intestinal obstruction: the abdominal cocoon. *World J Emerg Surg* 2008;3:36.