

Revision af bipsien viste hyperplastisk epidermis med fokal ulceration samt dilaterede follikelstrukturer med reaktivt hyperplastisk epitel og akutte follikulitter med ruptur. Dybt i follikelrum sås talrige svampehyfer og -sporer, der opsplittede keratinet. Svampfundet blev bekræftet ved supplerende *periodic acid Schiff*- og sølvfarvning. I omgivende dermis og subcutis fandtes tæt betændelsesinfiltration i områder med abscedering. Der var ingen maligne forandringer. Dyrkningssvar fra både hårprøver og svampeskrab viste *T. verrucosum*.

Uddybende anamnese afslørede, at naboens kvæg var smittet med kalveringorm forårsaget af *T. verrucosum*.

Ved seks måneders kontrol resterede et reaktionsløst, blivende alopetisk område over vertex cranii, der målte 4 × 5,5 cm, hvorfor patienten blev henvist til parykteknisk løsning.

DISKUSSION

Cikatrici alopeci er en kendt komplikation til kerion og ses som regel efter protraherede tilfælde, hvilket understreger vigtigheden af tidlig diagnosticering [2]. Follikulitis i skalpen kan forårsages af andre mikrobielle patogener, herunder *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og gærsvampe. Differentialdiagnostisk kan man overveje bl.a. seboroisk dermatitis, atopisk dermatitis, areat alopeci, syfilis og kutan lupus erythematosus som årsag til udslæt i skalpområdet.

Udredning af udslæt i hårbunden kan være kom-

pliceret, men hos ivoirigt raske børn med absces- eller tumorlignende inflammation i skalpen bør man overveje dermatofyinfektion og tidligt i forløbet sikre såvel bakterielle podninger som mykologiske prøver. Svampeinfektion i hårbunden kræver altid systemisk behandling og er en dermatologisk specialopgave.

Opsporende arbejde i patientens nærmiljø er yderst vigtigt for at forhindre smittespredning og sikre behandling af inficerede individer samt bærere.

Systemisk steroidbehandling er omdiskuteret til behandling af kraftig inflammation ved kerion, men lokalsteroid benyttes hyppigt som supplement ofte i kombination med clioquinol [3].

Der findes ingen dokumentation for, at kirurgi er at foretrække ved behandling af kerion. Tværtimod lader det til, at incision og/eller excision kan forlænge ophelingsfasen og direkte medvirke til dannelse eller forværring af postinflammatorisk cikatrici alopeci [4, 5].

KORRESPONDANCE: Henrik Kralund, Dermato-venereologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: Kralund@gmail.com

ANTAGET: 31. august 2010

FØRST PÅ NETTET: 20. december 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Seebacher C, Bouchara JP, Mignon B. Updates on the epidemiology of dermatophyte infections. *Mycopathologia* 2008;166:335-52.
2. Bonven TF, Iversen E, Kragballe K. Permanent hårtab efter kerion Celsi. *Ugeskr Læger* 1991;153:3151-2.
3. Pomeranz AJ, Sabnis SS. Tinea capitis: epidemiology, diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs* 2002;4:779-83.
4. Thoma-Greber E, Zenker S, Röcken M et al. Surgical treatment of tinea capitis in childhood. *Mycoses* 2003;46:351-4.
5. Von Laer Tschudin L, Laffitte E et al. Tinea capitis: no incision nor excision. *J Pediatr Surg* 2007;42:E33-6.

Miltruptur efter sectio

Anya Eidhammer & Ingrid Randbøll Petersen

KASUISTIK

Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Næstved Sygehus

Spontan miltruptur i forbindelse med graviditet er sjældent forekommende. Den opstår hyppigst i tredje trimester eller i puerperiet hos ældre gravide eller ved flerfoldsgraviditeter. Miltruptur (MR) er en akut tilstand, der kræver øjeblikkelig intervention. Der er kun beskrevet få tidligere tilfælde af MR post partum i litteraturen. Vi beskriver her et tilfælde i forbindelse med sectio.

SYGEHISTORIE

Denne sygehistorie omhandler en 33-årig kvinde, med dikoriske gemelli, der var sat til elektivt sectio på

indikationen gemelli og sectio antea i uge 38. Kvinden havde tidligere født tre gange; to normale vaginale fødsler og et sectio på grund af underkropspræsentation. Graviditeten forløb ukompliceret. På grund af vandafgang blev der foretaget akut sectio i uge 36 + 5. Sectio og samtidig sterilisation blev udført uden komplikationer. På opvågningen (**Figur 1**) fik patienten en time og 25 minutter efter sectio opsat et koncentreret syntocinondrop og fik cytotec rektalt på grund af atoniblødning. Uterus var herefter velkontraheret. På grund af vedvarende stigende puls og faldende hæmoglobinniveau havde man mistanke om

fortsat blødning. Syv timer og 25 minutter efter sectio kom der frisk blod fra cicatricen. Der blev udført akut laparotomi med fund af siveblødning fra myotomien. Initialt blev der opsøgt en liter blod. Desuden var der store mængder koagler fra øvre abdomen. Blødningen kom fra en miltkapsellæsion centralt i milten, der var to centimeter i længden, og fra et lille colonkrøskar, der gik til milten. Hæmostasen blev sikret med TachoSil-meche (kollagent vævsplaster beklædt med koagulationsfaktorerne humant fibrinogen og humant trombin) på læsionen. Patienten blødte i alt tre liter. Herefter var forløbet ukompliceret. Patienten blev udskrevet på ottendedagen i velbefindende.

DISKUSSION

MR hos gravide kan ses i alle trimestre, under og efter fødsel, efter sectio og under amning. Hyppigst ses det hos ældre multipara i tredje trimester.

Symptomerne ved MR (smerter i øvre kvadrant, smerter i venstre skulder og shock) er uspecifikke og ses ved uterusruptur eller blødning fra andre organer. Den kroniske strækning af peritoneum parietale, af den voksende uterus, giver et fald i antallet af afferente sensoriske nervefibre pr. kvadratcentimeter [1], især i tredje trimester, hvilket forårsager en ændret smerteoplevelse, som kan sløre symptomerne og forsinke diagnosen.

Spontan MR ligner traumatisk MR med subkapsulært hæmatom, rifter i kapslen og parenkymet og overrivning af miltstilk. Forløbet kan være opdelt i to stadier [2]. Primært bløder milten ind i lille sæk. Hæmatomet danner tamponade, hvilket giver en midlertidig forbedring, indtil den anden fase indtræder, når blødningen bryder gennem foramen Winlowii eller gennem en ruptur i lille sæk. I de tilfælde, hvor blødningen når til andet stadie, er mortaliteten høj.

Årsagerne til spontan MR er multifaktorielle. MR ses ved traumer eller hændelser, der øger det intraabdominale tryk, eksempelvis hoste, nys, veer eller ruptur af miltarterieaneurismer (MAA).

Multiparitet øger risikoen for MAA som følge af ændringer i arteriens struktur [3]. Hormonelle ændringer under graviditet, hvor øget østrogen og progesteron dels påvirker arterievæggen, og dels medfører øget blodvolumen og *cardiac output*, bidrager sandsynligvis til dannelse af MAA. Relaxin menes at have en effekt på elasticiteten af miltens arterie.

Uterus' kompression af aorta og iliacakarrene giver ændringer i flowet i miltarterien, hvilket medfører et relativt øget portalvenetryk.

Graviditet medfører et øget blodvolumen. Milten bliver let forstørret som følge af øget vaskularitet. Hypervolæmi kan øge miltens volumen, hvilket øger

FIGUR 1

Opvågningskema efter sectio. Bemærk udviklingen i pulsen. Formentlig rumperede milten ved første pulsstigning, hvorefter blødningen brød igennem til store sæk ved anden pulsstigning.



risikoen for ruptur. Hurtig plasmæksponering kan være en prædisponerende faktor til ruptur.

Forløsning med fundustryk er endvidere en teoretisk årsag til MR [4]. Fundustryk kan medføre tryk på oment og milthilus. Ved sectio kan der trækkes stumpet både nedad og opad, hvilket kan medføre organlæsioner [5]. Anvendelse af pakning kan medføre organlæsioner på blodfyldte organer.

KONKLUSION

Miltruptur er en sjælden komplikation efter sectio, men det er en vigtig differentialdiagnose ved intraperitoneal blødning. Hurtig intervention hindrer fatale konsekvenser.

MR skal overvejes ved kliniske tegn på hypovolæmi eller intraperitoneal blødning.

Splenektomi kan være nødvendig for at opnå hæmostase, men TachoSil kan forsegle MR, så splenektomi kan undgås.

KORRESPONDANCE: Anya Eidhammer, Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Næstved Sygehus, 4700 Næstved. E-mail: aeidhammer@hotmail.com

ANTAGET: 1. september 2010

FØRST PÅ NETTET: 20. december 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

- Rudloff U. Trauma in pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2007;276:101-17.
- Selo-Ojeme DO, Welch CC. Review: Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol 2003;109:124-7.
- Di Vella G, Arpaio A, Marzullo A et al. Rupture of the spleen or splenic vessels (splenic emergency syndrome) in late pregnancy: A case report of two autopsy cases. Forensic Sci Int 2008;176:e1-e5.
- Christau S, Klebe JG. Rupture of the spleen during delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 1978;57:187-8.