

4. Smith TO, Hing CB. Is a tourniquet beneficial in total knee replacement surgery? *Knee* 2010;17:141-7.
5. Li B, Wen Y, Wu H et al. The effect of tourniquet use on hidden blood loss in total knee arthroplasty. *Int Orthop* 2009;33:1263-8.
6. Parker MJ, Roberts CP, Hay D. Closed suction drainage for hip and knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg (Am)* 2004;86:1146-52.
7. Balderi T, Carli F. Urinary retention after total hip and knee arthroplasty. *Minerva Anestesiol* 2010;76:120-30.
8. Smith TO, Davies L, Hing CB. Wound closure in flexion versus extension following total knee arthroplasty: a systematic review. *Acta Orthop Belg* 2010;76:298-306.
9. Smith TO, Sexton D, Mann C et al. Sutures versus staples for skin closure in orthopaedic surgery: a meta-analysis. *BMJ* 2010;340:c1199.
10. Geerts WH, Bergquist D, Pineo GF et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 8th Edition. *Chest* 2008;133(6 suppl):381S-453S.
11. Pearse EO, Caldwell BF, Lockwood RJ et al. Early mobilisation after conventional knee replacement may reduce the risk of postoperative venous thromboembolism. *J Bone Joint Surg (Br)* 2007;89:316-22.
12. Husted H, Otte KS, Kristensen BB et al. Low risk of thromboembolic complications in fast-track with hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2010;81:599-605.
13. Harvey LA, Brosseau L, Herbert RD. Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(3):CD004260.
14. Davies DM, Johnston DW, Beaupre LA et al. Effect of adjunctive range-of-motion therapy after primary total knee arthroplasty on the use of health services after hospital discharge. *Can J Surg* 2003;46:30-6.
15. Husted H, Holm G, Jacobsen S. Predictors of length of stay and patient satisfaction after hip and knee replacement surgery: fast-track experience in 712 patients. *Acta Orthop* 2008;79:168-73.
16. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 2008;248:189-98.
17. Husted H, Solgaard S, Hansen TB et al. Care principles at four fast-track arthroplasty departments in Denmark. *Dan Med Bul* 2010;57(7):A4166.
18. Kehlet H, Søballe K. Fast-track hip and knee replacement – what are the issues? *Acta Orthop* 2010;81:271-2.

## Protraheret forløb af kerion Celsi hos rask syvårig pige

Henrik Kralund & Evy Paulsen

Tinea capitis (TC) er en dermatofytilinfektion i hårfolliklerne, der kan ses hos alle aldersgrupper. I Danmark ses infektionen dog langt hyppigst hos børn og unge.

Dermatofytter inddeles i slægterne *Trichophyton* (T.), *Microsporum* (M.) og *Epidermophyton* (E.), med i alt ca. 30 patogener arter. Incidensen af TC varierer globalt, og der er store regionale forskelle i forekomsten af patogener dermatofytspecier [1].

I Nordeuropa ses TC hyppigst forårsaget af de zoofile arter *M. canis*, *T. verrucosum*, *T. mentagrophytes* og de antropofile arter *T. violaceum*, *M. Audouinii* og *T. tonsurans*.

Præsentation af TC varierer betydeligt fra minimal rødme og kløe i hårbund, øjenbryn eller skæg til den mest alvorlige kliniske præsentation, kerion, hvor der er udtalt inflammation med pustel- og krusadannelse, som kan medføre cikatriciel alopeci.

### SYGEHISTORIE

Uden kendt forudgående traume udviklede patienten et mindre, erytematøst og let ømt område ved vertex cranii. Man påbegyndte amoxicillinbehandling, som ændredes til dicloxacillin efter en uge pga. tiltagende ømhed og pussivning. Fire dage senere tilså patienten i skadestuen pga. forværrede lokalsymptomer, og på mistanke om bakteriel abscesdannelse udførtes incision under fortsat dicloxacillindække.

Pga. forværring indlagde man to dage senere patienten på Kirurgisk Afdeling og udførte en kileformet excisionsbiopsi mhp. patologisk undersøgelse. Dicloxacillinbehandlingen fortsattes uændret. Efter yderligere

en uge udviklede patienten subfebrilia og blev henvist til Dermatologisk Afdeling til videre udredning samt behandling.

Ved inspektion sås et 3 × 3,5 cm stort område midt på vertex cranii med rødme, infiltration og sivende pus, og bagtil i området en centimeter dyb defekt efter incision og excisionsbiopsi (Figur 1).

Hele området var berøringsømt og stærkt væskende, og der kunne eksprimeres pus.

På trods af negativ fluorescens under Woods lys (UVA, 365 nm) mistænkte kerion, hvilket blev bekræftet ved akut mikroskopi af hår, der viste svampehyfer og -sporer. Patientens blev indlagt, og der påbegyndtes systemisk behandling med tabletformig terbinafin 125 mg om dagen i otte uger, hvilket blev suppleret med lokal betamethason cum clioquinol og ketoconazolshampoo to gange ugentligt.

### KASUISTIK

Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital

FIGUR 1



Kerion på vertex cranii med sår efter excisionsbiopsi.

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. Svampefundet 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