

Den radiologiske diagnostik bør omfatte røntgenoptagelser i tre planer. Ved positiv *fat pad*-tegn styrkes mistanken om fraktur. En displaceret fraktur erkendes bedst ved at iagttage den centrale del af frakturen frem for den posteriore og laterale del [4]. Er displaceringen mere end 2 mm, opfattes frakturen som værende ustabil, og der bør osteosynteres. Magnetisk resonans-skanning kan anvendes til at skelne stabile fra ustabile brud.

Er frakturen stabil, behandles den med en vinkegips hen over albuen. Efter en og to uger tages der røntgenbilleder i tre planer; før hver kontrol bør gipsen fjernes, idet en dislokation kan være vanskelig at erkende gennem gips [5]. Er der ikke tegn på yderligere dislokation efter to uger, kan frakturen betragtes som værende stabil, og den konservative behandling kan fortsætte. Det anbefales, at frakturen kontrolleres med røntgenoptagelser hver anden uge til radiologisk heling, hvilket typisk sker efter seks uger. Opstår der sekundær dislokation under den konservative behandling, bør frakturen osteosynteres.

Komplikationen i sygehistorien forekom, fordi der ikke blev udført relevante kontroller, hvilket var en fejl og ikke i overensstemmelse med afdelingens instruks. Efterfølgende er instruksen blevet revideret og præciseret.

KORRESPONDANCE: Simon Bisgaard Heintzelmann, Skovvangsvej 24, 1. th., 8200 Aarhus N. E-mail: simohein@rm.dk

ANTAGET: 27. april 2012

FØRST PÅ NETTET: 18. juni 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Jakob R, Fowles JV, Rang M et al. Observations concerning fractures of the lateral humeral condyle in children. *JBS Br* 1975;75:430-6.
2. Pirker ME, Weinberg AM, Höllwarth ME et al. Subsequent displacement of initially nondisplaced and minimally displaced fractures of the lateral humeral condyle in children. *J Trauma* 2005;58:1202-7.
3. Skak SV, Olsen SD, Smaabrekke A. Deformity after fracture of the lateral humeral condyle in children. *J Pediatric Orthopaedics Part B* 2001;10:142-52.
4. von Laer L. Pediatric fractures and dislocations. *Transcondylar humeral fractures*. Stuttgart: Thieme, 2004:158-67.
5. Marcheix PS, Vacquerie V, Longis B et al. Distal humerus lateral condyle fracture in children: when is the conservative treatment a valid option? *Orthop Traumatol Surg Res* 2011;97:304-7.

Glandeltuberkulose som årsag til dysfagi

Marie Westergaard-Nielsen¹ & Birthe Hammelsvang Pedersen²

I Danmark blev der i 2010 anmeldt 359 tilfælde af tuberkulose (tb), hvoraf 64% var hos indvandrere.

Den hyppigste tb-manifestation er pulmonal infektion, men blandt indvandrere er det i ca. en tredjedel af tilfældene ekstrapulmonal infektion – blandt etniske danskere gælder det for ca. en syvendedel. Ved ekstrapulmonal tb afficeres hyppigst lymfeknude på halsen og i mediastinum.

I 2010 blev der anmeldt 24 tilfælde af glandel-tub (heraf fire hos etniske danskere). Blandt patienter med ekstrapulmonal tb har ca. 6% også pulmonal involvering [1].

Ud over de manifestationer, sygdommen giver i sig selv, kan tb give anledning til differentialdiagnostiske udfordringer. Vi præsenterer en sygehistorie, hvor et traktionsdivertikel forårsaget af træk fra en kaseøs infektion i en lymfeglandel havde en atypisk placering i øvre øsofagus, og hvor man initialt havde mistanke om, at det drejede sig om en malign proces frem for en infektion.

SYGEHISTORIE

En 43-årig kvinde, der var opvokset i Iran og havde været bosat i Danmark igennem de seneste 17 år, hvor hun arbejdede som radiograf, blev henvist til en øre-næse-hals-afdeling pga. dysfagi og en knude på halsen. Patienten havde haft hals- og brystmerter gennem ca. fem uger.

Efter tre uger tilkom der synkesmerter med udstråling til et punkt mellem skulderbladene, synkebesvær og en følelse af dårlig passage gennem spiserøret. Samtidig bemærkede hun en knude fortil på halsen. Hun havde haft et intenderet væggtab på 5-6 kg over de seneste to måneder.

Hendes egen læge havde initialt udredt hende med thyroideaskintigrafi samt blodprøver, som alle viste normale forhold.

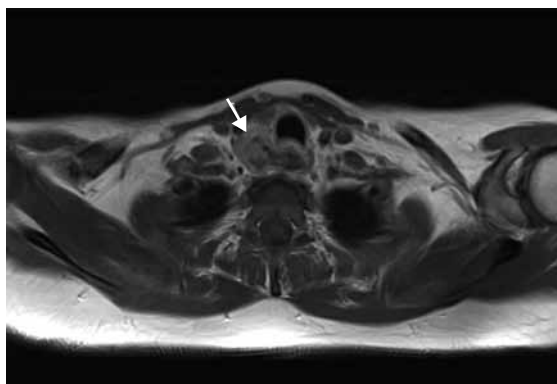
Billeddiagnostik (magnetisk resonans-skanning og computertomografi) viste en ca. 1,5 × 4 cm stor uregelmæssig dilatation af øsofagus og vægfortykkelse 4 cm efter afgang. I jugulum sås en 16 mm

KASUISTIK

- 1) Øre-, næse- og halskirurgisk Afdeling F, Odense Universitetshospital
- 2) Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus


FIGUR 1

Magnetisk resonans-skanning af hals viser dilatation og vægfor-tykkelse i øsofagus (pil).



stor cystisk forandring ved den palpable knude fortil på halsen og forstørrede lymfeknuder i mediastinum (Figur 1).

Ved finnålsaspiration fra den cystiske lymfeknude i jugulum blev der aspireret hvidligt pus, som blev sendt til dyrkning og til Statens Serum Institut til undersøgelse for tb. På grund af malignitetsmistanke blev der foretaget øsofagoskopi, hvorved man fandt en granulationslignende polyp ca. 21 cm fra tandrækken. Analyse af en biopsi viste, at der var ulcerativ inflammation, men intet malignt.

Aspiratet fra lymfeknuden viste ingen syrefaste stave ved mikroskopi, men polymerasekædereaktion (PCR) var positiv for *Mycobacterium tuberculosis*-kompleks. Bakterien var fuldt følsom for tuberkulostatika. Ekspektoratet var uden fund af syrefaste stave eller *M. tuberculosis*-kompleks, hvorfor patienten ikke blev isoleret. Som led i smitteopsporing blev hendes to børn og tidligere ægtefælle undersøgt og testet negative for tb-infektion. Der blev ikke foretaget yderligere smitteopsporing. I øvrigt bør tb-udredning omfatte hiv-test, hvilket dog ikke blev foretaget hos denne patient.

Der blev påbegyndt behandling efter gældende retningslinjer med firestofbehandling (isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamid) i 2 mdr. og herefter tostofbehandling (isoniazid, rifampicin) i 4 mdr. [2]. Patienten blev rask efter få ugers behandling, hvor smerter og synkebesvær aftog helt.

DISKUSSION

Dysfagi som symptom på tb er atypisk [3]. I dette tilfælde var der tale om ekstrapulmonal tb, der medførte en traktionsdivertikel i øvre øsofagus med heraf følgende dysfagigener. Placeringen af divertiklen var atypisk, da traktionsdivertikler traditionelt beskrives som værende placeret i mediastinum [4].

Den umiddelbare mistanke ud fra billeddiagnostiske undersøgelser var malignitet i øsofagus. Andre differentialdiagnostiske overvejelser var benigne tumorer, sarkoidose og atypiske mykobakterier. Den eneste positive test for *M. tuberculosis* blev fundet ved PCR udført på pus fra lymfeknuden, og derfor var der ingen mistanke om øsofageal tb. Pulmonal tb blev udelukket ved undersøgelse af ekspektorat og ved billeddiagnostik.

Patientens tidligere immunstatus var ukendt. Hun var tilflyttet fra Iran, formentlig calmette-vaccineret som ung og mente ikke at have været udsat for tb-smitte. Det er dog sandsynligt, at det drejer sig om en reaktivering af en tidligere infektion. Patienten kan også have været i kontakt med mulige tb-smittede patienter via sit arbejde som radiograf. Fra Statens Serum Instituts side var der tilføjet, at denne specifikke smittekæde oftest ses hos midaldrende mænd i højrisikomiljøer og hos grønlandere, der bor i Danmark, hvorfor man kunne have mistanke om arbejdsrelateret smitte.

Specielt hos patienter af anden etnisk herkomst end dansk fra højrisikogrupper eller hos personer, der af f.eks. arbejdsmæssige årsager ofte kommer i kontakt med førnævnte, bør tb indgå i de differentialdiagnostiske overvejelser ved lymfadenitis.

KORRESPONDANCE: Marie Westergaard-Nielsen, Øre-, næse- og halskirurgisk Afdeling F, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: mariewn@hotmail.com

ANTAGET: 16. april 2012

FØRST PÅ NETTET: 18. juni 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSER: Jess Lambrechtsen, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, takkes for vejledning.

LITTERATUR

1. Epinyt uge 49 og 50, 2011.
2. Seersholm N, Andersen PH, Andersen Å et al. Tuberkulosebekæmpelse i Danmark: et nationalt tuberkuloseprogram. København: Dansk Selskab for Infektionsmedicin, 2010.
3. Rathinam S, Kanagavel M, Tiruvadanam BS et al. Dysphagia due to tuberculosis. Eur J Cardiothorac Surg 2006;30:833-6.
4. Bretlau P, Jepsen O, Thomsen KA. Øre-, næse-, halssygdomme. 11. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2006.