

Lateral humeruskondylfraktur hos børn kræver efterfølgende røntgenkontrol

Simon Bisgaard Heintzelmann & Ole Brink

KASUISTIK

Traumatologisk
Forskningsenhed,
Ortopædkirurgisk
Afdeling E, Aarhus
Universitetshospital

Laterale kondylfrakturer er blandt de hyppigste albuenære frakturer hos børn (20%) og oftest i aldersgruppen 6-10 år. Skadesmekanismen er typisk et fald på strakt arm, hvor albuen er maksimalt ekstenderet i varusstilling, mens kraften fra de laterale ligamenter og ekstensorer afriver kondylen [1]. Man bør være opmærksom på diagnosen på baggrund af skadesmekanismen og de kliniske fund, hvor der ofte er karakteristiske blodudtrædninger og hævelse i huden hen over caput radii.

På skadestuen udfordres den yngre læge, når diagnosen skal stilles. Røntgenbilleder af umodne børnealbuer kan være vanskelige at fortolke, selv for en trænet speciallæge, når capitellum først ossificerer i 9-10-årsalderen, og når frakturlinjerne i nogle tilfælde først er synlige 7-10 dage efter skaden. En fraktur af lateral kondyl kan på et røntgenbillede fremstå som værende uforskudt og alligevel være af ustabil type. Erkendes denne problemstilling ikke på skadestuen, kan det medføre fejlbehandling og senere konsekvenser for barnet, hvilket belyses i denne kasuistik.

SYGEHISTORIE

En dreng på 11 år faldt og tog fra med venstre arm. Ved den objektive undersøgelse på skadestuen fandt man hævelse samt direkte og indirekte ømhed ved radialsiden af albuen. Der blev taget røntgenbilleder af albuen i to planer, men den undersøgende læge fandt

intet brud. Ved den rutinemæssige gennemgang af alle røntgenbilleder ved næste dags konference blev der erkendt brud ved den laterale humeruskondyl (**Figur 1**). Drengen blev genindkaldt, og der blev anlagt en vinkelgips og aftalt, at den kunne fjernes to uger senere hos egen læge. Der blev ikke planlagt røntgenkontrol.

Fire en halv måned senere blev han genhenvist af egen læge pga. en strækdefekt på 10-15 grader i albuen. Han havde ingen smerter. En røntgenundersøgelse gav mistanke om manglende heling ved den laterale kondyl, hvilket blev bekræftet ved en supplerende computertomografi. Efterfølgende blev der udført operation, hvor kondylen blev fikseret med en enkelt spongiosaskruer. Efter tre måneder var bruddet solidt helet, der var normal bevægelighed i albuen og ingen smerter.

DISKUSSION

Sygehistorien illustrerer to typiske problemstillinger og udfordringer for en yngre læge i skadestuen. Den første udfordring er vanskelighederne ved at erkende bruddet på røntgenbilleder, den anden er risikoen for at overse en sekundær dislokation, hvis der ikke udføres røntgenkontroller.

På de første røntgenoptagelser efter et traume kan et brud ved den laterale kondyl fremstå som værende helt ukompliceret og uforskudt, men op til 10% af disse tilsyneladende »ukomplicerede« brud vil sekundært dislocere [2]. Hvis en dislokation overses, er der risiko for komplikationer i form af forsinket heling med vækstforstyrrelser og deraf betingede fejlstillinger af albuen. Der kan forekomme såvel valgus- som varusfejlstillinger, og der kan udvikles avaskulære nekroser [3]. Sekundært hertil kan det medføre nedsat bevægelse i albueledet, og ved valgusdeformitet er der risiko for påvirkning af nervus ulnaris.

Fraktur af den laterale kondyl kan være af inkomplet type, når den medalt er hængslet af brusk og knoglevæv, og denne type brud vil ikke displacere sig yderligere og kan derfor behandles konservativt [1].

Er frakturen derimod komplet og uden hængsling medalt, er der stor risiko for, at den vil displacere sig yderligere, og denne type brud bør osteosynteres [1].

FIGUR 1

A. Primær akut røntgenbillede, som viser diskrete tegn på brud ved den laterale kondyl. **B.** Displacering af den laterale kondyl og manglende heling efter fire en halv måned.



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