



Figur 1. Knogleskintigrammer viser på begge sider øget aktivitetsoptagelse ved hofteleddet med en defekt ved caput femoris samt øget aktivitetsoptagelse i både medial og lateral femurkondyl på venstre side.

eller flere øvrige kendte risikofaktorer til AVN: tidligere traume, hyperlipidæmi, langvarig behandling med kortikosteroider, diabetes, pankreatit, alkoholoverforbrug, vaskulit eller stråleterapi.

AVN skyldes øget intravaskulær trombocyt- og fibrinaggregation, som fører til iskæmi og nekrose af knoglen. Også ved hiv-infektion forekommer AVN oftest i de lange knogler og nær distal eller proksimal diafyse, og AVN kan være mono- eller multifokal. AVN ses oftest i caput femoris og nær knæ- og skulderled. Der er beskrevet et tilfælde af AVN i talus [3]. MR-skanning er den mest sensitive undersøgelse til diagnosticering af AVN i tidligt stadium [4].

I det her omtalte tilfælde blev der påvist AVN i fire knogler hos en ung patient, og der var gået ti måneder mellem symptomdebuten og diagnosetidspunktet. For at udelukke AVN må billeddiagnostik må derfor overvejes tidligt i forløbet hos patienter med kendt hiv-infektion og smerter fra bevægeapparatet.

Korrespondance: Renata Baronaite, Rebekkevej 20A, st-2, DK-2900 Hellerup. E-mail: renatabaronaite@hotmail.com

Antaget: 4. juli 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Martin K, Lawson-Ayayi S, Miremont-Salame G et al. Symptomatic bone disorders in HIV-infected patients: Incidence in the aquitaine cohort (1999-2002). *HIV Medicine* 2004;5:421-6.
2. Miller KD, Masur H, Jones EC et al. High prevalence of osteonecrosis of the femoral head in HIV-infected adults. *Ann Intern Med* 2002;137:17-24.
3. Brown P, Crane L. Avascular necrosis of bone in patients with Human Immunodeficiency Virus Infection: Report of 6 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis* 2001;32: 1221-6.
4. Restrepo SC, Lemos DF, Gordillo H et al. Imaging findings in musculoskeletal complications of AIDS. *RadioGraphics* 2004;24:1029-49.

Svær idiopatisk plexus brachialis neurit hos en 12-årig dreng

Reservelæge Christian Høst og overlæge Liselotte Skov

Amtssygehuset i Glostrup, Børneafdeling L

Idiopatisk plexus brachialis neurit (IPBN) er en sjælden neurologisk tilstand, som debuterer med pludseligt indsættende smerter i skulderen. Siden følger funktionstab og atrofi omkring skulderåget.

Ætiologien er ukendt, men forbindes med traume, immunisering og øvre luftvejsinfektioner. Tilstanden er ikke tidligere videnskabeligt beskrevet hos børn i Danmark.

Sygehistorie

En 12-årig dreng blev henvist til børnemodtagelsen med funktionstab og smerter i højre skulder. Både funktionstab og smerterne havde varet i tre uger. Smerterne var i aftagende. Der var intet forudgående traume, ingen sygdom eller feber. Drengen fik dog 2-3 dage før henvendelsen et småprikket og kløende udslæt på begge kinder og halsregionen. Udslættet svandt spontant omkring henvisningstidspunktet.

Der blev gjort følgende abnorme neurologiske fund: atrofi og kraftnedsættelse af m. deltoideus (på MRC-skalaen 2/5, hvor 0 er totalt ophævet kraft og 5 er normal kraft), m. supra- (2/5) og m. infraspinatus (2/5) samt i mindre grad m. biceps

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

brachii (4/5), som ved affektion af øvre del af plexus brachialis (C5-C7). Desuden fandtes nedsat sensibilitet på lateralsiden af overarmen ved n. axillaris' innervationsområde. Der var afsvækkede reflekser på højre arm. Scapula var optrukket, og armen blev holdt i inadroteret-adduceret stilling (karakteristisk ved IPBN). Den øvrige objektive undersøgelse viste normale forhold.

Der var positiv varicella-zoster-virus (VZV)-IgG-titer på 1.800 (kvalitativ). Følgende prøver var normale: Hæmoglobin, blodsukker, leukocytter, differentialtælling, sænkningssreaktion, væsketal, levvertal, titre for cytomegalovirus, Epstein-Barr-virus, parvovirus B 19, *enteric cytopathogenic human orphan*-virus, *B. burgdorferi* og mycoplasma. VZV-IgG-titeren var både efter tre uger og efter fem måneder uændret og således uden ætiologisk betydning.

En røntgenundersøgelse af skulderen, en magnetisk resonans-skanning (MRI) af halscolumna og skulder og en ultralydskanning af plexus brachialis viste normale forhold. Spinalvæsken blev ikke undersøgt. En elektromyografisk undersøgelse afslørede varierende grad af denervation af de involverede muskler, hvilket var foreneligt med diagnosen IPBN. Der blev påbegyndt fysioterapi.

Diskussion

IPBN er en sjælden tilstand hos børn, og der er beskrevet under 40 tilfælde i litteraturen [1, 2]. Tilstanden debuterer med dybe, skarpe og brændende smerter (neuralgiske) i skulderen [3, 4]. Dog har en tredjedel af børnene ingen smerter [1]. Efter dage til få uger følger varierende grad af kraftnedsættelse, og smerterne aftager. Sensoriske udfald ses sjældent. Bilateral plexus affektion er endnu ikke set hos børn, men ses hos en tredjedel af voksne med lidelsen [3].

Neuritten involverer oftest de øverste grene af plexus. En hereditær form er beskrevet. Her er der positiv familieanamnese, milde dysmorfe træk og tilbagevendende episoder med muskelsmerter og svaghed [2].

Ætiologien er ukendt, men i en nyere pædiatrisk opgørelse af 36 tilfælde fandt man, at 33% hang sammen med en nylig øvre luftvejsinfektion, 8% med vaccination og 22% med samtidig osteomyelit i humerus uden spredning til plexusregionen [1]. Alle patienter med osteomyelit var under otte uger gamle. Disse undersøgelser peger i retning af en immunmedieret patogenese [1-3]. Man har dog aldrig kunnet påvise specifikke immunologiske abnormiteter hos patienter med den klassiske form for IPBN [4].

Diagnosen IPBN stilles klinisk, men bør understøttes af neurofysiologisk undersøgelse og MRI af halscolumna/skulder for at udelukke fokal patologi. Såvel klinisk som elektromyografisk undersøgelse vil afsløre affektion af individuelle nerver eller nervegrene af typen aksonal degeneration snarere end en egentlig plexusaffektion [4]. Blodprøver er som regel normale, men kan vise titerstigning over for enkelte virus.

Behandlingen er støttende i form af smertebehandling og

Figur 1. Ved femmånederskontrol: Scapula og caput humeri ses optrukket på højre side, og der er tydelig atrofi af mm. supra- og infraspinatus.



hvile i den akutte fase. Ved aftagende smerter påbegyndes fysioterapeutiske øvelser, om end der ikke foreligger undersøgelser, der viser bedret udkomme efter fysioterapi [2]. Der er ved den klassiske form af IPBN ikke fundet effekt af immunoglobulin- og steroidbehandling [2-4].

Langtidsprognosen for IPBN er god, om end der ikke eksisterer langtidsdata for børn [1]. Tsairis *et al* fandt for voksne fuldstændig remission for 36% efter et år, 75% efter to år og 89% efter tre år [3]. I et mindre studie for børn med en middelfølgningstid på ti måneder fandt man fuldstændig remission hos 47%, mens 17% havde partiel remission [1]. Prædiktor for en længere rekonvalescens var hos Tsairis *et al* udtalte smerter og kraftnedsættelse [3].

Nærværende sygehistorie tegner et typisk billede af tilstanden. Umiddelbart kunne drengens udslæt, opstået tre uger efter symptomdebut, ikke forklare tilstanden. Alle blodprøver var normale, hvorfor hypotesen om en immunmedieret aksonal degeneration i vores tilfælde ikke kan understøttes. Ved en-, tre- og femmånederskontrollerne var der kun lette tegn på remission fuldt foreneligt med prognosen for svær plexus affektion, og der måtte således forventes en langvarig rekonvalescens (Figur 1).

Korrespondance: Christian Høst, Børneafdelingen, Randers Centralsygehus, DK-8900 Randers. E-mail: dlange@health.sdu.dk

Antaget: 13. juli 2005.

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Van Alfen N, Schuurin J, van Engelen BGM *et al*. Idiopathic neuralgic amyotrophy in children. *Neuropediatrics* 2000;31:328-32
2. Janes SEJ, Whitehouse WP. Brachial neuritis following infection with Epstein-Barr virus. *Eur J Paediatr Neurol* 2003;7:413-5.
3. Tsairis P, Dyck PJ, Mulder DW. Natural history of brachial plexus neuropathy. *Arch Neurol* 1972;27:109-17.
4. England JD. The variations of neuralgic amyotrophy. *Muscle Nerve* 1999;22:435-6.