

Tåtourniquetsyndrom hos barn på tre måneder

Rikke Nygaard Monrad & Søren Rytter

Tourniquetsyndrom er en sjælden tilstand, hvor et hår eller en tråd vikles rundt om en ekstremitet med strangulation til følge. Syndromet opstår oftest hos helt små børn, og der er rapporteret om strangulation af fingre, tæer, genitalia og i yderst sjældne tilfælde af uvula og halsen [1]. Tåtourniquetsyndromet forekommer i 40% af tourniquetsyndromtilfældene, og det er oftest den tredje tå, der bliver stranguleret (32%). Herefter kommer den fjerde, anden, femte og første tå. I 39% af tilfældene afklemmes mere end en tå. Medianalderen for tåstrangulation er fire måneder. Strangulation af fingrene forekommer mindre hyppigt, og patienterne er oftest helt nyfødte (medianalder tre uger) [1]. Når hår eller tråde forårsager strangulation af en ekstremitet, afklemmes den distale venøse og lymfatiske drænage. Dette fører til inflammation og ødem, som kan medføre, at den arterielle forsyning bliver afklemmt, hvilket i de mest alvorlige tilfælde fører til total iskæmi og vævsnekrose [2]. På tæerne er der rapporteret komplikationer i form af rotation af segmentet distalt for strangulationen, amputation og erosion af knoglen [1].

SYGEHISTORIE

En tre måneder gammel dreng blev henvist til skadestuen via egen læge med rødme og hævelse af fjerde tå på højre fod (Figur 1). Forældrene havde observeret hævelsen, da drengen skulle bades inden sengetid. Aftenen inden havde tæerne set normale ud. Forældrene mente, at der var tale om afklemning med et af moderens hår, idet hun den seneste tid inden havde haft et stort hårtab. Drengen var alderssvarende udviklet og i øvrigt sund og rask fraset fenyktonuri. Ved den objektive undersøgelse fandtes tåen rød, varm, ødematøs og meget øm. Der var forsinket kapillærrespons. Midt på phalanx proximalis kunne man se en dyb fure langs hele tåens cirkumferens. Der var sår dannelse plantart i furen. Efter anlæggelse af lokal anæstesi med lidokainspray blev der ved brug af forstørrelsesglas lokaliseret nogle hårlignende strukturer i hudfuren. Ved hjælp af en fremmedlegemepincet lykkedes det at få en del af håret fjernet på dorsalsiden, men plantart havde håret skåret sig dybt ind i tåen. Tåen blev bedøvet på ny, og ved andet forsøg blev den resterende del af håret fjernet. Cirkulationen blev bedre umiddelbart herefter. Ved kontrol i skadestuen dagen efter var ødemet aftaget, og der var

ingen infektionstegn. En uge senere var såret ophælet, og ødemet aftaget helt.

DISKUSSION

Den aktuelle sygdomshistorie var et mildere tilfælde af tåtourniquetsyndromet, ved hvilket det lykkedes at ophæve strangulationen ved brug af en pincet. Litteraturen omfatter flere tilfælde, hvor strangulationen ikke blev ophævet ved første behandlingsforsøg [3, 4]. Hvis fibrene ikke kan fjernes umiddelbart, skal de fjernes ved hjælp af en dyb paratendinøs incision dorsalt og parallelt med tåen i lokal eller generel anæstesi. Incisionen skal gå helt ned til knoglen, da der er rapporteret om mere kroniske tilfælde, hvor fibrene er lokaliseret dybt pga. reepitelisering. Efter incisionen rejser de afklemmede fibre sig og kan fjernes [2].

Tåtourniquetsyndromet er en sjælden differentialdiagnose, som man risikerer at overse. Formentlig bliver hårene ofte viklet rundt om tæerne i forbindelse med badning. Humant hår er let elastisk, når det er vådt, men kontraheres, når det tørrer. Afklemningen kan udvikle sig hurtigt over få timer eller langsomt over flere uger [3]. Specielt hvis der forekommer reepitelisering superficielt for fibrene, kan det være svært at opdage årsagen til ødemet. Tilstanden er tidligere fejlførtolket som traume, eksem, bakteriel hudinfektion eller svampeinfektion, og der

KASUISTIK

Akutafdelingen og
Ortopædkirurgisk
Afdeling, Hospitalsenheden Vest, Herning

FIGUR 1

Tåtourniquetsyndrom af højre fjerdetå hos en tre måneder gammel dreng efter fjernelse af strangulerende hår.



er blevet behandlet for dette først, hvilket har forsinket den korrekte behandling [3]. Da der er risiko for nekrose af området distalt for afklemningen, er det vigtigt at opdage og behandle tilstanden i tide.

Helt små børn, som er irritable uden nogen anden oplagt årsag, bør derfor undersøges grundigt på fingre, tæer og genitalia. Tilstanden kan udvikle sig meget alvorligt, men er nem at forebygge ved at instruere forældrene i at undersøge fingre, tæer og genitalia regelmæssigt specielt i kolde perioder, hvor børn bærer meget tøj, og i varme perioder hvor de bader meget. Desuden kan det anbefales at vende vanter og sokker før tøjvask for at hindre, at der ophobes fibre og hår i tøjet. Nybagte mødre med langt hår kan med fordel informeres om risikoen for tåtourniquet-

syndrom, idet der to til seks måneder post partum kan være et øget hormonelt betinget hårtab (telogen effluvium) [5].

KORRESPONDANCE: Rikke Nygaard Monrad, Skovledet 66B, 3400 Hillerød.
E-mail: rikke_nygaard@hotmail.com

ANTAGET: 9. april 2010

FØRST PÅ NETTET: 30. august 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Mat Saad AZ, Purcell EM, McCann JJ. Hair-thread tourniquet syndrome in an infant with bony erosion: A case report, literature review, and meta-analysis. *Ann Plast Surg* 2006;57:447-52.
2. Serour F, Gorenstein A. Treatment of the toe tourniquet syndrome in infants. *Pediatr Surg Int* 2003;19:598-600.
3. Garcia-Mata S, Hidalgo-Ovejero A. Hair tourniquet syndrome of the toe: report of 2 new cases. *J Pediatr Orthop* 2009;29:860-4.
4. Sudhan TS, Gupta S, Plutarco C. Toe-tourniquet syndrome – accidental or intentional? *Eur J Pediatr* 2000;159:866-74.
5. Strahlman RS. Toe tourniquet syndrome in association with maternal hair loss. *Pediatrics* 2003;111:685-7.

Akut pankreatitis kan medføre fistel til pleura

Anja Poulsen & Ulf Henrik Sigild

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Helsingør Hospital

Pankreatikopleural fistel (PPF) er en sjælden tilstand, i hvilken pancreaszymer dræneres direkte til pleurahulen, oftest fra en pseudocyste i pancreas.

Den tilgrundliggende mekanisme ved dannelse af PPF er oftest lækage fra en rumperet pseudocyste i pancreas eller lækage fra ductus pancreaticus. Sker lækagen anteriort, kan der dannes pankreatisk ascites. En lækage posteriort kan via retroperitoneum og hiatus aorta eller hiatus oesophagus danne passage til mediastinum – evt. med dannelse af mediastinal pseudocyste – og derefter rumpere til pleura [1].

Forekomsten estimeres til ca. 0,4% af patienter med pankreatitis og 4,5% af patienter med pseudocyster [2].

SYGEHISTORIE

En 71-årig mand blev indlagt på grund af tiltagende åndenød gennem en måned. Patienten var et år forinden den aktuelle indlæggelse indlagt med akut pankreatitis. Ved indlæggelsen benægtede patienten hoste, opspyt, vægttab og mavesmerter.

Patienten var tidligere ryger, men der var ikke kendskab til alkoholmisbrug.

Ved første indlæggelse konstaterede man på røntgen af thorax, at der var pleuravæske i venstre

pleurahule samt tegn på væske i højre pleurahule (Figur 1).

Blodprøver var normale bortset fra en amylase-forhøjelse på 315 U/l.

Der blev anlagt et venstresidigt pleuradræn og udtømt 3.800 ml blodtingeret pleuravæske. Man fandt ingen maligne celler eller tegn på infektion.

Kardiel årsag til pleuraansamlingen blev afkræftet.

I løbet af de følgende måneder blev der foretaget pleuracentese flere gange med udtømmelse af 1.500-2.000 ml pleuravæske hver gang. På intet tidspunkt blev der fundet tegn på infektion eller maligne celler. Amylasekoncentrationen i den udtømte pleuravæske blev ikke målt.

Patienten blev yderligere udredt med bronkoskopi, som viste normale forhold. Man tilbød patienten torakoskopi; men dette afslog han og blev i stedet sat i diuretisk behandling.

To måneder efter symptomdebut blev der foretaget en positronemissionstomografi-computertomografi, ved hvilken man i pancreas fandt en let ektaktisk ductus pancreaticus og en cyste i caput på 1,5 cm. PPF kunne ikke identificeres med sikkerhed, men mistanken blev rejst, hvorfor man igen foretog