

Infantil perineal protrusion er et harmløst fund med flere differentialdiagnoser

Maija Dalgaard Haastrup & Anette Bygum

Infantil perineal protrusion (IPP), også kaldet infantil perianal protrusion eller infantil pyramideprotrusion, er en anatomisk variant, som viser sig ved en hudfold enten anteriort eller – sjældnere – posterior for anus. Mange læger kender ikke denne tilstand, som derfor kan medføre differentialdiagnostiske overvejelser.

SYGEHISTORIE

En 13-årig pige, der havde atopisk dermatitis og rinitis i græspollensæsonen, blev henvist til et dermatologisk ambulatorium på grund af genital kløe. Der var forudgående og sideløbende obstipationsproblematik, der var blevet behandlet med laxantia. Siden fireårsalderen havde patienten haft recidiverende genital kløe og småblødning fra anogenitalområdet, hvilket var udredt og behandlet via egen læge og på en lokal børneafdeling. Primært havde man mistanke om, at det kunne dreje sig om en hæmoride, hvorfor hun igennem ca. fem år blev behandlet med et hæmoridepræparat med indhold af aesculin, cinchocain, framycetin og hydrocortison (Proctosedyl). Under en indlæggelse på en lokal børneafdeling overvejede man blandt andet kondylom og vulvitis som differentialdiagnoser. Der blev foretaget adskillige bakteriepodninger og behandlet efter podesvar (hæmolytiske streptokokker gruppe G og *Staphylococcus aureus*) med systemiske antibiotika. Flere gange fandt man svampesuspekterede belægnings, som blev behandlet lokalt og systemisk. Diabetes og urinvejsinfektion blev afkræftet. En enkelt gang påvist børneorm, som blev relevant behandlet. Andre behandlinger omfattede lokalsteroider med henholdsvis antimykotika og antibiotika samt lidocain; alle var uden væsentlig effekt. Patienten udviklede efterhånden uhensigtsmæssige, ritualprægede rutiner blandt andet omkring hygiejne og behandling af området, og der blev sendt henvisning til en psykolog, hvilket dog ikke blev effektueret, da patienten samtidig blev tilset i et dermatologisk ambulatorium, hvor tilstanden blev sufficient behandlet og gik i ro.

I forløbet i det dermatologiske ambulatorium blev patienten epikutantestet positiv for neomycinsulfat, der er beslægtet med et indholdsstof i Proctosedyl. Patientens hudirritation i genitalemrådet blev tolket som udløst af denne kontaktallergi, og

fortsat brug af Proctosedyl blev frarådet. Efter behandling med lokalsteroid gruppe 2 kom der ro i tilstanden, og klinisk sås nu blot en reaktionsløs, trekantet hudfold anteriort for anus, hvilket er foreneligt med IPP. Man vurderede, at de tidligere eksematøse forandringer anogenitalt havde relation til patientens atopiske dermatitis og kontaktallergi over for Proctosedyl. Behandlingsplanen blev intermitterende lokalsteroid og skånsom hygiejne. Man vurderede, at patientens IPP ikke var behandlingskrævende.

DISKUSSION

Det er nærliggende at få mistanke om hæmorider, kondylomer eller endog seksuelt misbrug, når børn har kløe, smerte, blødning og intumescens anogenitalt. IPP er derfor vigtig at kende, så patienterne ikke undersøges og behandles unødigt. Andre relevante differentialdiagnoser findes omtalt i en opgørelse over 130 børn med vulvasygdom [1].

Den her omtalte patient havde genitale eksemforandringer som manifestation af atopisk dermatitis og komplicerende, iatrogen kontaktdermatitis, der var udviklet på grund af hæmoridebehandling, selvom det er uvist, om hun havde haft en hæmoride. Hun blev gentagne gange behandlet med antibiotika for bakterier, som kan forekomme naturligt i området, og eksemhud, og som komplikation til dette udvikledes der behandlingskrævende candidiasis.

IPP er en hudfarvet fold med pyramide-, tunge- eller hanekamsform, den kan vanskeliggøre personlig hygiejne eller forårsage fissurering og blødning ved



KASUISTIK

Dermato-venerologisk
Afdeling I, Odense
Universitetshospital

Infantil perineal protrusion.

toiletbesøg [2]. Ofte er tilstanden dog asymptomatisk. Ved systematisk undersøgelse af piger er der påvist IPP hos 13% [3]. Medfødt IPP menes at skyldes en svaghed i perineum eller en rest af det urogenitale septum fra fosterudviklingen [2, 3].

IPP kan også være funktionel pga. obstipation eller diare [4], men årsagen er ikke endeligt afklaret. Endelig er der beskrevet en relation til lichen sclerosus et atrophicus [4, 5]. Behandling er som regel unødvendig, idet der ofte ses spontan bedring. Ved obstipation anbefales laxantia, og ekstirpation kan vælges ved udeblivende spontan remission [2].

KORRESPONDANCE: Majja Dalgaard Hastrup, Dermato-venerologisk Afdeling I, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C.
E-mail: majja.dalgaard.haastrup@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 7. december 2010

FØRST PÅ NETTET: 18. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol* 2000;17:1-6.
2. Khachemoune A, Guldbakke KK, Ehrsam E. Infantile perineal protrusion. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:1046-9.
3. Konta R, Hashimoto I, Takahashi M et al. Infantile perineal protrusion: a statistical, clinical, and histopathological study. *Dermatology* 2000;201:316-20.
4. Patrizi A, Raone B, Neri I et al. Infantile perianal protrusion: 13 New Cases. *Pediatric Dermatol* 2002;19:15-8.
5. Cruces MJ, de la Torre C, Losada A et al. Infantile pyramidal protrusion as a manifestation of lichen sclerosus et atrophicus. *Arch Dermatol* 1998;134:1118-20.

African tick bite fever efter storvildtjagt i Sydafrika

Jakob Aaquist Johansen¹ & Søren Thybo²

KASUISTIK

1) Akutafdelingen, Køge Sygehus, og
2) Epidemiklinikken, Infektionsmedicinsk Afdeling, Rigshospitalet

Rickettsia-species findes på seks kontinenter og er årsag til epidemisk tyfus, endemisk tyfus og *spotted fever group* (SFG)-tyfus. *Rickettsia*-infektioner importeres hyppigere end malaria. I en verden med stigende mobilitet stiller rickettsioser krav til lægers kendskab til det typiske symptomkompleks samt den klassiske anamnese. Hvis patienter har en relevant rejseanamnese, *eschar* og feber bør man overveje *African tick bite fever* (ATBF).

Vi præsenterer en sygehistorie, der har den for ATBF typiske rejseanamnese og det klassiske symptomkompleks.

SYGEHISTORIE

En 45-årig mand var på to ugers storåvildtjagt i Sydafrika. I forbindelse med jagten opdagede han en flåt

ulnart på venstre håndled. Han kontaktede egen læge efter hjemkomsten, 13 dage efter at flåten var fjernet. Patienten havde muskelsmerter, ledømhed, feberfornemmelse, hovedpine, lymfeknudehævelse og smerter under venstre arm. Han tilså samme dag i praksis, hvor egen læge påbegyndte behandling med phenoxymethylpenicillin 1 MIE × 3 dagligt og rekvirerede blodprøver på det lokale sygehus. Der skulle testes for: leukocytter, differentialtælling, hæmoglobin (hgb), C-reaktivt protein (CRP), trombocytter og *Borrelia burgdorferi*-immunglobulin (Ig)M- og IgG-antistoffer. Imidlertid kunne patienten først få taget blodprøverne tre dage senere, hvor laboratoriet holdt aftenåbent. I de tre dage, der gik, inden prøverne blev taget, følte han sig tiltagende svækket og febril. Han henvendte sig på skadestuen efter at have været på laboratoriet.

Objektivt blev patienten fundet stabil hvad angik luftveje, vejrtrækning, hjerte og kredsløb. Øretemperaturen var 37,8 °C. Patienten havde tydelig lymfangitis fra bidstedet på venstre håndled og op på indersiden af overarmen. I venstre aksil var der tydelig lymfeknudehævelse og ømhed. Ved bidstedet sås sort nekrose i et 1-2 mm stort område. Ved nærmere granskning af huden blev der fundet enkelte diskrete enkronestore makulære, rosafarvede elementer proksimalt, anteriort på patientens lår. Der blev kun fundet lymfeknudehævelse i aksillen.



Billedet stammer ikke fra den 45-årige mand, men er et eksempel på et klassisk *eschar*.
Foto: Søren Thybo.