

res med indsættelse af 8-plates på begge sider af fysisen på det lange ben. Dette vil forhindre yderligere vækst, og det korte ben kan indhente længdeforskellen. Komplikation i form af knækkede 8-plate-skruer er rapporteret for nyligt hos en patient med Blounts sygdom. Forfatteren har derfor frarådet 8-plates hos disse patienter [5]. Komplikationer i form af permanent epifysiodese er også beskrevet [1, 4]. Hyppige frakturer hos patienter med MMC er et velkendt fænomen pga. fragile knogler. Stressfraktur i forbindelse med behandling med 8-plates er ikke tidligere beskrevet. Vi kan ikke fraråde behandling med 8-plates hos MMC-patienter, da det meget vel kan være den bedst egnede metode ved epifysiodese pga. den gode fiksektion med skrueerne. Man skal dog anvende

teknikken med forsigtighed, da den fragile knogle svækkes yderligere.

KORRESPONDANCE: Zaid Al-Aubaidi, Ortopædkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, 5000 Odense C. E-mail: zaubaidi@hotmail.com

ANTAGET: 12. november 2009

FØRST PÅ NETTET: 5. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Stevnes PM. Guided growth for angular correction—a preliminary series using a tension band plate. *J Pediatr Orthop* 2007;27:253-9.
2. Blount WP, Clark GR. Control of bone growth by epiphyseal stapling. *J Bone Joint Surg Am* 1949;31A:464-71.
3. Metaizeau JP, Wong-Chung J, Bertrand H et al. Percutaneous epiphysiodesis using transphyseal screws (PETS). *J Pediatr Orthop* 1998;18:363-9.
4. Burghardt RD, Herzenberg JF, Standard SC et al. Temporary hemiepiphysal arrest using a screw and plate device to treat knee and ankle deformities in children: a preliminary report. *J Child Orthop* 2008;2:187-97.
5. Schroerlucke S, Bertrand S, Clapp J et al. Failure of Orthofix eight-plate for the treatment of Blount Disease. *J Pediatr Orthop* 2009;29:57-60.

Umbilikal pilonidalcyste

Ban Abdulzahra Abdulwahab & Klaus Harste

KASUISTIK

Næstved Sygehus, Klinisk Patologi og Parenkymkirurgisk Afdeling

Pilonidalcyster har et kronisk forløb, der er karakteriseret ved en fremmedlegeme-kæmpecellereaktion, som er forårsaget af nedvækst af hår i hud og subcutis. Tilstanden ses oftest i crena ani, men kan optræde andre steder på kroppen, hvor der er tæt hårvækst. Tilfælde med pilonidalcyste i umbilicus, aksiller, den suprapubiske region, clitoris, næse, amputationsstump, øjenlåg og fodsål er beskrevet.

I denne kasuistik beskrives et tilfælde af pilonidalcyste, som klinisk blev diagnosticeret som urachus persistens. Urachus er en kanal, der i fosterlivet forbinder blæren med umbilicus. Ukomplet lukning af denne kanal medfører dannelse af urachus persistens.

SYGEHISTORIE

En 45-årig mand med kronisk pankreatitis pga. læn-gerevarende alkoholmisbrug blev henvist til udredning på mistanke om periumbilikal subkutan absces. Der havde været konstante smerter omkring navlen gennem 2-3 dage og let blodtilblandet serøs sekretion fra selve navlen. Ved den objektive undersøgelse fandtes diffus rødme i et 4 × 4 cm stort område proksimalt for umbilicus, som var byldeom ved berøring. Patienten var afebril. Ultralydsskanning af abdomen viste en hypodens, aflang struktur målende 2 × 1 × 0,5 cm. Den kliniske diagnose var inflammatorisk proces i urachus persistens (urachus cyste). Ca. et år

før havde patienten et tilfælde med lignende smerter omkring navlen af 1-2 dages varighed dog uden sekretion. Tilstanden normaliserede da af sig selv.

Patienten blev opereret og fik fjernet cysten sammen med to oblittererede kar. Ved histopatologisk undersøgelse fandtes en cyste med indhold af hår og beklædt af veldifferentieret pladeepitel. I det omgivende stroma fandtes keratinlameller, akut og kronisk inflammation og fremmedlegemekæmpeceller uden dobbeltbrydende materiale (**Figur 1**).

Resten af det tilsendte materiale blev efterfølgende indstøbt og undersøgt, uden at der fandtes urotelbklædte strukturer.

DISKUSSION

Pilonidalcyste i umbilicus er relativt sjælden. Det første tilfælde blev beskrevet for 150 år siden [3].

Årsagen til umbilikal pilonidalcyste er sandsynligvis, at afstødte hår fra brystet eller abdomen fanges i den dybe umbilikale reces og punkterer huden i denne, hvorved der fremkaldes en fremmedlegeme-reaktion. Senere kan der opstå infektion, eventuelt cystedannelse og måske abscedering [1, 3].

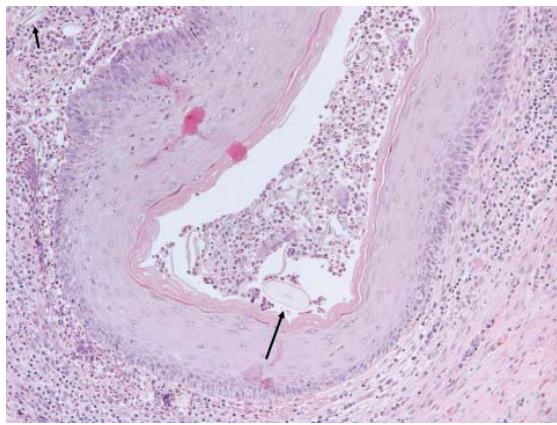
Tilstanden ses oftest hos yngre mænd med kraftig behåring omkring navlen. Hos kvinder findes hårgænsen sædvanligvis et godt stykke under navlen.

Ud over køn og hirsutisme disponerer bl.a. over-


FIGUR 1

Mikrofoto af pilonidalcyste, som er udført af veldifferentieret pladeepitel. I lumen ses hårstrukturer (lang pil). I det omgivende stroma ses akut og kronisk inflammation med keratinlameller (kort pil) (hæmatoxylin-eosin-farvning).

Foto: Ban Abdulzahra Abdulwahab.



vægt, dyb navle, dårlig hygiejne og øget svedsekretion til pilonidalcyste omend i mindre grad end hirsutisme [3]. Symptomerne ved umbilikal pilonidalcyste er oftest smerter, blodtilblandet eller purulent sekret fra navlen, ømhed og hudrødme. Hos en del patienter forekommer en akut abscederende form [2, 3].

Differentialdiagnoserne er umbilikal hernie, hos kvinder endometriose, metastase, medfødte anomalier som urachus persistens, umbilikal polyp og benign tumor f.eks. naevus [2, 4].

Behandling af umbilikal pilonidalcyste er afhæn-

gig af, om der foreligger en absces eller en kronisk cyste/fistel og er ved kroniske fistler afhængig af størrelsen og antallet af fistelåbninger.

Standardbehandling af ikkeabscederede pilonidalcyste har i mange år været bred, simpel excision af cystevævet med enten primær suturering (lukket) under antibiotikadække eller sekundær opheling af såret (åben). Pilonidalcyste med absces behandles med hudincision, oprensning af abscesområdet og sekundær opheling af såret. *Vacuum-assisted closure* (VAC)-behandling kan eventuelt anvendes efter ekstensiv excision. Ved VAC forstås en sugende, tætsiddende forbindelse, der er tilsluttet undertryk [5].

Laserbehandling har været forsøgt til behandling af de almindelige pilonidalcyster som et alternativ eller supplement til den almindelige kirurgiske excision.

KONKLUSION

Umbilikal pilonidalcyste er sjælden, men må indgå i de differentialdiagnostiske overvejelser ved periumbilikale, absceslignende symptomer hos yngre mænd.

KORRESPONDANCE: Ban Abdulzahra Abdulwahab, Klinisk Patologi, Næstved Sygehus, 4700 Næstved. E-mail: banjafar2000@yahoo.com

ANTAGET: 17. december 2009

FØRST PÅ NETTET: 5. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Gupta S, Sikora S, Singh M et al. Pilonidal disease of the umbilicus – a report of two cases. *J Pn J Surg* 1990;20:590-2.
- McClenathan JH. Umbilical pilonidal sinus. *Can J Surg* 2000;43:225.
- Eryilmaz R, Sahin M, Okan I et al. Umbilical pilonidal disease: predisposing factors and treatment. *World J Surg* 2005;29:1158-60.
- Sroujeh AS, Dawoud A. Umbilical sepsis. *Br J Surg* 1989;76:687-8.
- Poulsen IM, Bisgaard T. Behandling af pilonidal sygdom. *Ugeskr Læger* 2008;170:2963.

Herpes zoster oticus med kranienerveaffektion

Anita Guldager Lauridsen¹ & Frank Mirz²

Herpes zoster oticus (HZO), også kendt som Ramsay Hunts syndrom, er en tilstand med herpetiske vesikler på ydre øre og/eller i øregangen, med perifer parese af nervus facialis (N. VII).

Sygdommen forårsages af varicella zoster-virus (VZV), som reaktiveres i ganglion geniculi. I sjældne tilfælde ses affektion af flere kranienerver. Man mener, at spredningen fra N. VII til andre kranienerver sker gennem vasa nervorum [1]. Lokaliserede smerter er ofte første tegn, mens der i andre tilfælde først

ses infektion i området omkring den afficerede nerve. Vi beskriver en sygehistorie med HZO med kranienervepolyneuropati.

SYGHEHISTORIE

En 56-årig mand debuterede med smerter svarende til vertex cranii, der spredte sig til venstre ydre øre og halsen. På anden dag påbegyndtes penicillinbehandling på mistanke om otitis media acuta. På fjerde sygdomsdag blev der konstateret N. VII-parese. Smer-

KASUISTIK

1) Århus Sygehus, Øre-, næse- og halsafdelingen, og
2) Regionshospitalet Holstebro, Øre-, næse-, halsafdeling