
Håndtuberkulose

KLINIKK OG FORSKNING

LOAI KALI*

FLEMMING LUND

Ortopædkirurgisk afdeling
Roskilde Amtssygehuset Køge
DK-4600 Køge

* Nåværende adresse:

Ortopædkirurgisk afdeling
Glostrup Amtssygehus
DK-2600 Glostrup

Siden 1985 har der været tiltagende hyppighed af skelettuberkulose i Danmark. Stigning skyldes forøget forekomst af tuberkulose blandt HIV-positive patienter, høj alder og indvandrere fra områder der er endemiske for tuberkulose.

Håndtuberkulose er sjælden. Der er altid betydningsfuld forsinkelse mellem sygdomsstarten og korrekt diagnose. Sygdommen er stadig sjælden i Skandinavien, men bør mistænkes hos ovennævnte.

Vi præsenterer en indvandrer fra Somalia med håndtuberkulose. Der var kun tre ugers forsinkelse mellem konsultation og behandlingsiværksættelse med antibiotika.

Siden 1985 har der været tiltagende hyppighed af skelettuberkulose i Danmark (1). Vi præsenterer her en patient med håndtuberkulose.

Patienten er 29-årig somalisk mand, der først kom til Danmark i november 1996. Siden ankomsten og igennem tre måneder havde patienten smerter i sin venstre hånd uden trauma i anamnesen. Han søgte først skadestuen efter to ugers tiltagende smerter og gradvis forekomst af hævelse. Hævelsen var 2 · 2 cm stor, spændt, øm og ikke fluktueret. Den var lokaliseret over distale del af 3. metacarp dorsalt. Sensibiliteten var intakt i alle fingre. Passive og aktive

bevægeligheder i alle fingre var også normale. Der var ingen lymfangit eller lymfadenit. Patienten havde ingen feber eller systemiske symptomer. Tidligere havde han ikke haft lungetuberkulose.

Røntgenundersøgelse af venstre hånd viste en patologisk knoglestruktur svarende til 3. metacarp med periosteal reaktion, hvilket gav mistanke om ostitforandring (fig 1). Patienten er sendt hjem til ambulant kontrol om en uge men dagen inden ambulant kontrol kom patienten i skadestuen med tiltagende hævelse, smerter og spontan perforation med pus. Sænkingsreaktion og leukocyttal var normale. Thoraxrøntgen viste ingen tegn på frisk eller tidligere lungetuberkulose. Ved revision af abscessen havde 3. metacarp ostit- og ikke maligntudseende. Postoperativt var patienten sat i behandling med dicloxacillin kapsler et gram tre gange dagligt i 14 dage og daglig skiftning ved hjemmesygeplejerske.



Figur 1 Røntgenbillede af venstre hånd viser en patologisk knoglestruktur svarende til 3. metacarp med periosteal reaktion. Der ses normale forhold svarende til de andre metacarpal knogler

Denne behandling var ikke tilfredsstillende pga. manglende heling af såret, og såret blev revideret for anden gang på to uger. Der blev denne gang udtaget biopsi af granulationsvæv, som blev sendt til histologi. Ved dagens revision kom der svar på dyrkning, hvilken var positiv for *Mycobacterium tuberculosis*. Ved direkte mikroskopi af pusmateriale var der ingen syrefaste stave. Tuberculin og HIV-test var negative. Patienten blev sat i antituberkuløs behandling; fire stofs behandling i tre måneder (isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide) efterfulgt af tre måneders to stofs behandling (isoniazid, rifampicin). Så snart behandling blev startet, blev patienten velbefindende med aftagende smerter. Efter to måneder var såret ophelet solidt.

Diskussion

Ossioartikulær tuberkulose udgør mindre end 5 % af ekstrapulmonale tuberkuloser, mens håndleds- og håndtuberkulose udgør mindre end 1 %. Tuberkulose angriber sædvanligvis rygsøjle, hofter og knæ (1).

Infektionen forekommer enten ved direkte inoculation efter trauma (2) eller ved hæmatogenspredning fra et primærfokus, hvilket sædvanligvis findes i lungerne. Infektionen starter almindeligvis i tenosynovium, og hvis den ikke behandles, kan den forårsage seneruptur eller sprede sig til nærliggende knogler og led. Muskler og nerver er resistente over for invasionen. Tuberkuløs synovitis er også en kendt årsag til carpaltunnelsyndrom, hvor såkaldte rislegmer kan ses i synovialvæske.

Vigtige udløsende faktorer for håndtuberkulose er alkoholisme, sukkersyge, høj alder, forudgående lokal steroidinjektion. Nye risikogrupper er HIV-positive patienter og voksne indvandrere. Håndtuberkulose forekommer mest blandt voksne mænd. Dominerende hånd er indberettet at have høj hyppighed. Anamnese af tidlig udsættelse for tuberkulose er ofte negativ (3).

De fleste patienter søger lægekonsultation sent. Patienten klager over langsom progredierende, øm/uøm bue i håndleddet, hånden eller en/flere af fingrene. Et af de karakteristiske træk ved håndtuberkulose er diagnoseforsinkelse pga. sen konsultation og/eller forkert diagnose (4).

Differential diagnose af en bue i håndleddet/hånden er tenosynovial patologi (reumatoid arthritis, non-specifik synovitis og sarcoidosis) eller ossiøs patologi (benign knogletumor som enchondroma og osteoid osteoma). Leukocyttal og sænkingsreaktion er ofte normale. Undersøgelse for ledsagende aktiv lungetuberkulose er sædvanligvis negativ (5).

Røntgenundersøgelse kan vise bløddelsskygge med eller uden forkalkninger, ledansamling og senere ledkammerindsnævring, periartikulær osteopeni, periosteal reaktion, lyticlæsion eller spina ventosa (et karakteristisk fund hos børnene, hvor der er tubulær ekspansion af metacarpus) (6, 7).

Diagnosen er oprettet ved materialeundersøgelse, f.eks. synovialvæske, synovialvæv, inficeret knogle, rislegmer, hvilket udtages ved kirurgisk intervention. Bakteriologisk undersøgelse af materiale består af mikroskopisk undersøgelse (men svigtende undersøgelse for at vise syrefaste stave udelukker ikke diagnosen) og dyrkning. Biopsiundersøgelse viser granulomatose med eller uden kaseønekrose (8). Så snart primær diagnose er sikker ved sygehistorie og histologisk svar, skal behandling iværksættes med antituberkuløse antibiotika. Kirurgisk revision bør foretages, hvilket giver markant hurtigere sårheling.

Konklusjon

Man skal alltid huske tuberkulose som en årsag til en bule/abscess i hånden/håndleddet, især hos HIV-positive pasienter og indvandrere fra områder endemiske for tuberkulose og hos eldre mennesker.

Man må bekrefte mistanken ved biopsiundersøgelse og iværksætte antituberkuløs behandling, mens man venter på dyrkningssvar, når biopsi viser granulomatose. Kirurgisk behandling bør alltid foretages ved siden af medicinsk behandling.

LITTERATUR

1. Bente A, Jens JE. Bone and joint tuberculosis in Denmark. *J Acta Orthop Scand* 1988; 59: 50 – 2.
2. Bishara SA, Wassim CW, Imad LK, Mohammad BS Ahmad MZ, Ashraf MH et al. BCGitis of the hand: a potential hazard for health workers. *Ann Plast Surg* 1996; 36: 325 – 9.
3. Suphaneewan J, Clement C, Kyung NR, Piamkai S, Patchrin P, David JS et al. Tuberculous tenosynovitis and bursitis: imaging findings in 21 cases. *J Radiology* 1996; 201: 507 – 13.
4. Al-Qattan MM, Bower V, Manketelow RT. Tuberculosis of the hand. *J Hand Surg Br* 1994; 19: 234 – 7.
5. Vivat V, Preeda SA, Termask N, Prawat N. Tuberculous infection of the hand and the wrist. *J Med Ass Thai* 1992; 75: 45 – 51.
6. Tamara MH, Susan LW. Radiografic findings of extremity tuberculosis in childhood: back to the future. *J Radiographics* 1994; 14: 561 – 70.
7. Miquel A, Frouge C, Adrien C, Hibon I, Bittoun J, Bisson M et al. Tuberculous tenosynovitis of the wrist: diagnosis with US and contribution of MRI. *J Radiologie* 1995; 76: 285 – 8.
8. Robert G, Rion JP, Irving BM, Larry H. Tuberculosis of the hand and wrist. *N Y State J Med* 1991; 91: 262 – 5.

Publisert: 20. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.