

Kasuistik

Glutealt kompartmentsyndrom

Lærke Dam Dengsøe Petersen¹, Dimitar Ivanov Zhelev² & Anders Tøttrup³

1) Operation og Intensiv, Hospitalsenhed Midt - Viborg, 2) Røntgen og Skanning, Hospitalsenhed Midt - Viborg, 3) Kirurgisk Afdeling, Hospitalsenhed Midt - Viborg

Ugeskr Læger 2025;187:V08240511. doi: 10.61409/V08240511

Glutealt kompartmentsyndrom er en sjælden tilstand, som kun er beskrevet én gang tidligere i dansk litteratur [1]. Tilstanden opstår som følge af øget tryk i muskellogen og deraf kompromitteret kapillærcirkulation, der medfører vævsskade og nekrose. Det kan resultere i rabdomyolyse og muskelødem med kompression af nærliggende strukturer med kompressions- eller iskæmisk neuropati til følge [2, 3].

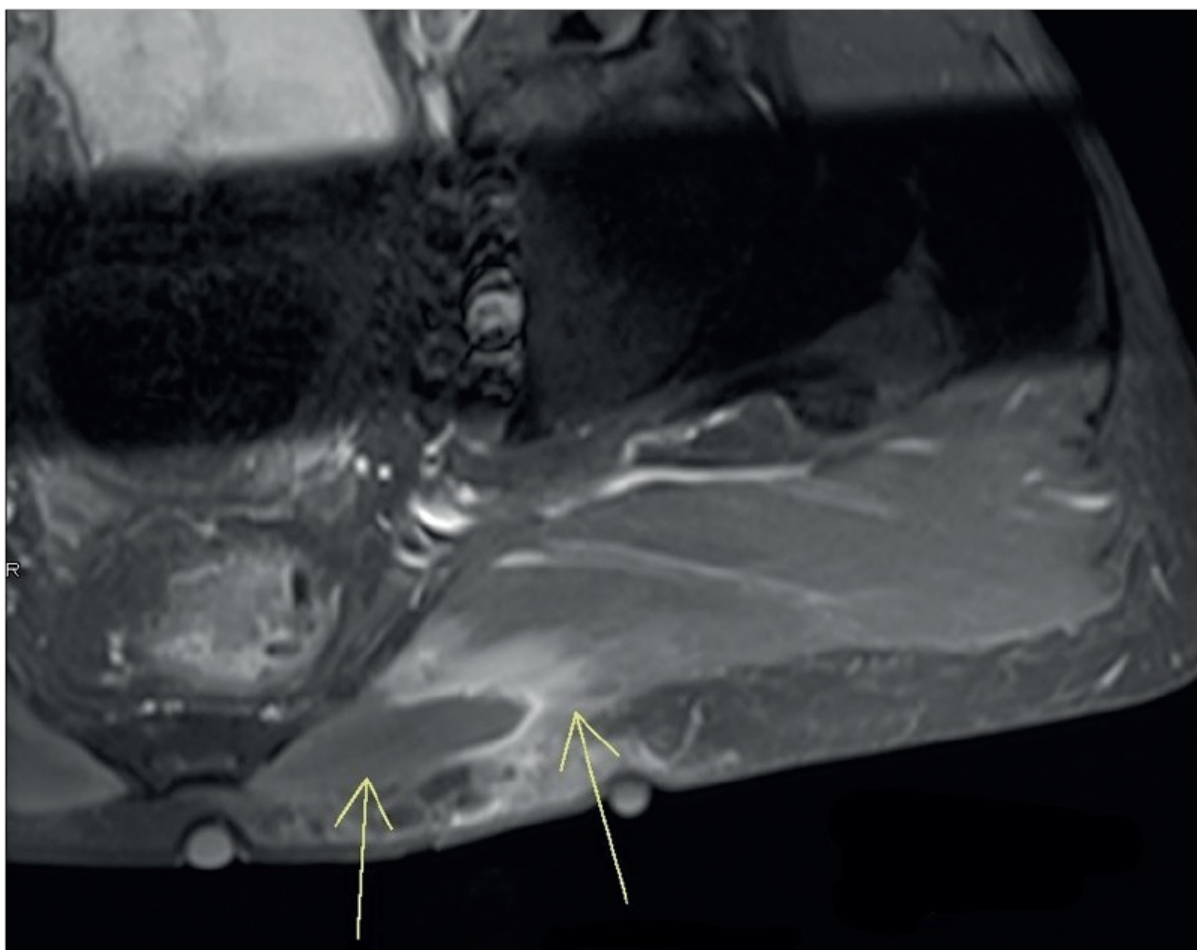
Sygehistorie

En relativt sund og rask 56-årig mand blev indlagt og opereret for ileus. Forud for operationen anlagde man ukompliceret et torakalt epiduralkateter mellem Th9 og Th10. I første postoperative døgn havde patienten uspecificerede føleforstyrrelser i begge underekstremiteter, og epiduralkateteret blev seponeret. Efter otte dages indlæggelse med sparsom mobilisering blev patienten udskrevet.

Patienten havde 14 dage postoperativt fortsat bilaterale paræstesier på medialsiden af forfoden og siden operationen også haft ømhed over lænden og bilateralt over glutealregionen. På mistanke om mulig epidural absces eller blødning blev han indlagt til neurologisk undersøgelse. Anamnestisk var symptomerne ikke progredieret siden symptomdebut. Den neurologiske undersøgelse var normal og uden objektive fund af paræstesier i underekstremiteten, men der var erytem og ømhed ved palpation af glutealregionen, hvilket blev tolket som hudforandringer efter flere ugers immobilisation. Biokemi og en subakut MR-skanning af columna thoracolumbalis var upåfaldende.

Tre og en halv uge efter tilkom der hævelse, diskret rødme og ømhed ved øvre del af venstre nates, og patienten blev indlagt på mistanke om pilonidal absces. En punktur af hævelsen var uden aspiration, og processen blev tolket som bløddelstumor eller et lipom. En ultralydskanning viste uspecifikt ødem/flegmone, men en MR-skanning af glutealregionen viste rabdomyolyse og (begyndende) nekrose i venstre m. gluteus maximus (**Figur 1**). Dette var foreneligt med, at patienten havde været immobiliseret postoperativt og dermed havde udviklet glutealt kompartmentsyndrom. Grundet det længerevarende forløb lavede man ikke en fasciotomi. En måned efter diagnosticering var hævelsen og generne aftagende. Der var fortsat paræstesier i begge underekstremiteter, men disse forventedes at aftage med tiden.

FIGUR 1 MR-skanningsbillede af patientens bækken i transversalt snit efter kontrast, som viser området omkring os sacrum med tilhæftning af m. gluteus maximus. Venstre pil viser et centralt område i musklen med manglende opladning foreneligt med myolyse/nekrose, og højre pil viser perifer opladning og ødem.



Diskussion

Glutealt kompartmentsyndrom er kun beskrevet i case reports og i ét systematisk review/metaanalyse, hvorfor der kun er sparsom evidens for håndtering af syndromet [3]. Ud fra den aktuelle viden er tilstanden ofte set i relation til traumer og immobilisation som følge af alkohol- eller stofmisbrug, men den hyppigst beskrevne ætiologi er relateret til peroperativ lejring. Særligt positioner som lateralt og stensnitsleje/gynækologisk undersøgelses-leje (GU-leje) kan forårsage tilstanden [3, 4]. Andre risikofaktorer, der menes at være associeret til udviklingen af tilstanden, er højt BMI og epidural anæstesi [3].

Omhyggelig lejring peroperativt må anses som en vigtig profylaktisk faktor. Moderne operationslejer har mulighed for at justere benpositionen peroperativt, og således bør varigheden, hvor benene er eleveret, være kortest mulig [3], hvorefter benene bør lægges ned, så det præsakrale område aflastes. Endvidere skal man være

opmærksom på risikoen ved fladt rygleje i de første postoperative døgn efter en langvarig operation. Dette kan yderligere belaste trykzonerne.

Symptomerne for glutealt kompartmentsyndrom er smerter i hvile og forværring ved bevægelse, glutealt ødem og erytem samt paræstesier [2, 3]. Paraklinisk kan der på grund af muskeliskæmi ses rabdomyolyse og myoglobinuri, som i svære tilfælde kan medføre uræmi og dialysekrævende akut nyresvigt [3]. Tilstanden er oftest en klinisk diagnose, men intrakompartmental trykmåling kan underbygge den kliniske mistanke. Der er i den aktuelle litteratur ikke en entydig trykgrænse for udførelse af fasciotomi [1, 3, 4]. Et kirurgisk indgreb til aflastning skal sammenholdes med varighed og sværhedsgrad af symptomerne samt mulige komplikationer til et kirurgisk indgreb [2]. Som i denne sygehistorie er billeddiagnostik rapporteret som understøttende for diagnosen [5], men man afstod fra fasciotomi, da symptomerne havde været langvarige og ikke var progredierende frem til diagnosen.

Sammenfattende er glutealt kompartmentsyndrom en sjælden, men potentielt alvorlig tilstand. Omhyggelig peroperativ lejring og mobilisering efter operation er vigtigt. Sundhedsfagligt personale bør have tilstanden in mente hos patienter, der postoperativt frembyder gener fra glutealregionen med eller uden neurologiske symptomer.

Korrespondance *Lærke Dam Dengsøe Petersen*. E-mail: laerke.dam.petersen@gmail.com

Antaget 12. december 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 3. februar 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V08240511

doi 10.61409/V08240511

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Gluteal compartment syndrome

Gluteal compartment syndrome (GCS) is a rare condition but undiagnosed it can be fatal. Because only a few cases are reported, the condition is not well characterized. This is a case report of a 56-year-old male who developed GCS most likely due to surgery and post-operative immobilization. We would like to increase the attention on GCS with respect to potential risk factors, symptoms and how the condition can be prevented and managed. Time to intervention can be critical and healthcare workers should be aware of the condition in a differential diagnostic context.

REFERENCER

1. Lund N, Jensen KH. Glutealt kompartmentsyndrom. Ugeskr Læger. 1990;152:610-1
2. Garner MR, Taylor SA, Gausden E, Lyden JP. Compartment syndrome: diagnosis, management, and unique concerns in the twenty-first century. HSS J. 2014;10(2):143-52. <https://doi.org/10.1007/s11420-014-9386-8>
3. Adib F, Posner AD, O'Hara NN, O'Toole RV. Gluteal compartment syndrome: a systematic review and meta-analysis. Injury. 2022;53(3):1209-1217. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.09.019>
4. Henson JT, Roberts CS, Giannoudis PV. Gluteal compartment syndrome. Acta Orthop Belg. 2009;75(2):147-52

5. Mustafa NM, Hyun A, Kumar JS, Yekkirala L. Gluteal compartment syndrome: a case report. *Cases J.* 2009;2:190.
<https://doi.org/10.1186/1757-1626-2-190>