

Bicipitoradial bursitis

Introduktionslæge Bettina Bak

Regionshospitalet Randers, Billeddiagnostisk Afdeling

Resume

Bicipitoradial bursitis er en sjælden patologisk tilstand med hævelse af den bicipitoradiale bursa, der er lokaliseret mellem insertionen af den distale bicepssene og tuberositas radii. Den hyppigste årsag til forstørrelse og inflammation af denne bursa (bursitis) er et mekanisk repetativt traume. Andre årsager er infektion, inflammatorisk ledsygdom og knogleproliferation. Vi præsenterer her en sygehistorie med en kvinde, som blev udredt ambulant pga. en hævelse i albuebøjningen. Efterfølgende billeddiagnostik og histologisk undersøgelse viste, at patienten havde bicipitoradial bursitis som årsag til hævelsen.

Bicipitoradial bursitis er en sjælden patologisk tilstand med hævelse af den bicipitoradiale bursa, der er lokaliseret mellem insertionen af den distale bicepssene og tuberositas radii. Vi præsenterer her en sygehistorie med en kvinde, som blev udredt ambulant pga. en hævelse i albuebøjningen. Efterfølgende billeddiagnostik og histologisk undersøgelse viste, at patienten havde bicipitoradial bursitis som årsag til hævelsen.

Sygehistorie

En 71-årig tidligere rask kvinde blev henvist af egen læge til et ortopædkirurgisk ambulatorium, idet hun gennem de seneste måneder havde fået en tumorproces i venstre fossa cubiti. Tumorprocessen blev af patienten beskrevet som smertefri, vekslende i størrelse og væskefyldt. Hævelsen opstod uprovokeret uden forudgående traume eller overbelastning. Egen læge overvejede, om tilstanden var malign evt. med relation til led og muskler.

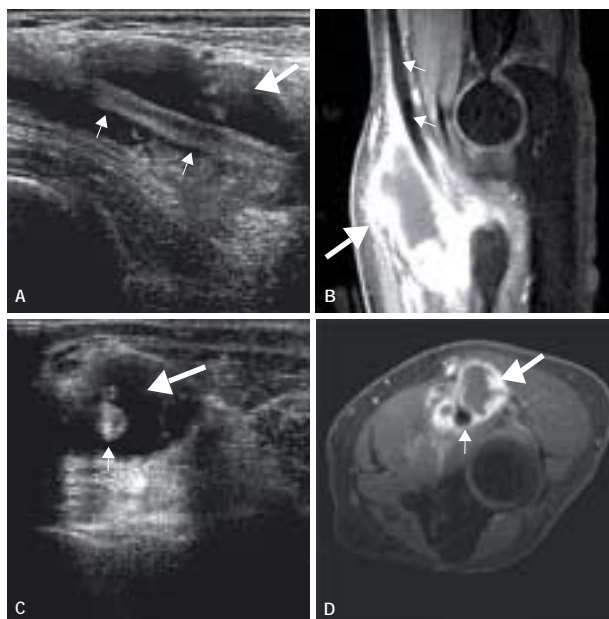
Objektivt fandt man i fossa cubiti en ca. 5 × 6 cm hård, uømt tumorproces, der virkede adhærent til det dybere væv. Relation til muskler og led kunne ikke vurderes. Der var ingen rødme eller hudforandringer. Albuen var frit bevægelig og smertefri ved både aktiv og passiv ekstension og fleksion, og man fandt normal neurologi af hånd og fingre. En røntgenundersøgelse viste normale forhold. Ved en efterfølgende magnetisk resonans (MR)-skanning fandt man en stor cystisk proces, der var beliggende anterior for den proksimale radius, og igennem hvilken biceps brachii-senen løb (Figur 1, del B og D). I cirkumferensen og i vægstillede prominenser så man kraftig kontrastoplading. Processen var beliggende tæt op ad collum radii dog uden at gribe over på knoglen eller leddet. Radiologisk var der ingen mistanke om malignitet. MR-billedet, der er vist i Figur 1, er fra en T1-vægtet serie

med gadolinium. En efterfølgende ultralydskanning (UL) viste fund, der var i overensstemmelse med MR-skanningens resultat (Figur 1, del A og C). Ved UL blev der benyttet en 15 MHz lineær transducer. Ved operationen halvanden måned senere fjernede man en cystelignende tumorproces. En histologisk undersøgelse viste synovialis med en svær kronisk inflammation, hvilket er foreneligt med bursitis. Pga. postoperativ infektion blev patienten behandlet med dicillin og aflastning. Efterforløbet var i øvrigt ukompliceret.

Diskussion

Vi har beskrevet en tilstand, der kun er rapporteret få tilfælde af i litteraturen [1-4]. Tilstanden er derfor næsten ukendt inden for MR- og UL-skanning. I fossa cubiti er der lokaliseret to bursa: den bicipitoradiale bursa og den interossøse bursa. En bursa består af en simpel synovialmembranbeklædt sæk støttet af bindevæv. Funktionen er at reducere friktionen mellem strukturer, der gnider mod hinanden, i dette tilfælde bicepssenen og de omkringliggende strukturer. Den hyppigste årsag til forstørrelse og inflammation af denne bursa (bursitis) er et mekanisk repetativt traume. Andre årsager inkluderer infektion, inflammatorisk ledsygdom og knogleproliferation.

Klinisk har patienterne en smertefuld hævelse i fossa cubiti. Typisk ses der smerteforværring ved pronation, hvor bursaen klemmes mellem bicepssenen og tuberositas radii. Den



Figur 1. En 71-årig kvinde med bicipitoradial bursitis. Længdegående ultralydbillede (A) og T1-vægtet magnetisk resonans-billede (B) samt tværgående ultralydbillede (C) og T1-vægtet magnetisk resonans-billede (D). På billederne ses bicepssenen (små pile) omgivet af den dilaterede bursa (store pile) umiddelbart før senens insertion på tuberositas radii.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

forstørrede bursa vil desuden vanskeliggøre fleksion og ekstension af albuen, og i visse tilfælde kan der opstå mekanisk kompression af n. radialis med nedsat funktion til følge. For yderligere information se [5]. Differentialdiagnoser er bl.a. ganglion og tumor. Karakteristisk for den bicipitoradiale bursa i modsætning til et ganglion er, at bursaen ligger indskudt mellem bicepsenen og dennes insertion på tuberositas radii. Typisk ser man også, at senen ligger invagineret i periferien af bursaen og ikke i dennes center. Tenosynovitis kan udelukkes, idet bicepsenen ikke har nogen seneskede ved insertionen på radius. Ofte kan det være svært at skelne en bicipitoradial fra en interossøs bursitis, specielt hos patienter med en meget stor bursa [2].

Bicipitoradial bursitis kan diagnosticeres vha. MR- og UL-skanning. Sygehistorien og billedmaterialet i denne kasuistik viser, hvordan de to billedmodaliteter giver den samme anatomiske information. *Liessi et al* [2] foreslår MR-skanning som den foretrukne metode til diagnosticering af bicipitoradial bursitis. I andre studier fremhæves derimod UL-skanning som billeddiagnostisk førstevalg [4]. UL-skanning er sammenlignet med MR-skanning en billig undersøgelsestype, som hurtigt kan gennemføres. Desuden giver Color- og Power Doppler-information om aktiv inflammation. Kendskab til den regionale anatomi i fossa cubiti og viden om, hvordan en cubital bursitis ses sonografisk, er derfor tilstrækkelig til at stille diagnosen. I sygehistorien har man valgt MR-skanning som første billeddiagnostiske undersøgelse og efterfølgende suppleret

med UL-skanning, idet man på afdelingen har stor erfaring med denne teknik.

Egen læge bør henvise denne type patienter direkte til en ortopædkirurgisk afdeling. UL-skanning alternativt MR-skanning anbefales ved mistanke om bicipitoradial bursitis, hvorimod malign tumor primært undersøges med MR. Som førstevalgsbehandling anbefales UL-vejledt dekompression af bursaen og efterfølgende steroidinjektion [4]. Ved recidiv kan operativ fjernelse komme på tale. Begge behandlingsmuligheder indebærer risiko for blødning og infektion.

Korrespondance: *Bettina Bak*, Engskovgård 20, DK-8541 Skødstrup.
E-mail: bbak@mailme.dk

Antaget: 11. marts 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Forfatteren ønsker at takke overlæge *Ole Schifter Rasmussen*, Radiologisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, for billedmateriale og kommentarer.

Litteratur

1. Karanija ND, Stiles PJ. Cubital Bursitis. *J Bone Joint Surg BR* 1988;70:832-3.
2. Liessi G, Cesari S, Spaliviero B et al. The US, CT and MR findings of cubital bursitis: a report of five cases. *Skeletal Radiol* 1996;25:471-5.
3. Skaf AY, Boutin RD, Dantas RWM et al. Bicipitoradial bursitis: MR imaging findings in eight patients and anatomic data from contrast material opacification of bursae followed by routine radiography and MR imaging in cadavers. *Radiology* 1999;212:111-6.
4. Sofka CM, Adler RS. Sonography of cubital bursitis. *Am J Roentgenol* 2004;183:51-3.
5. McKinnis LN. *Fundamentals of Musculoskeletal Imaging*. Philadelphia: F.A. Davis, 2005:447-74.

Akut iskæmisk proktitis efter et epileptisk anfald

Læge Camille Kristine Klintmann,
1. reservelæge Jens G. Hillingsø & overlæge Anders Glenthøj

Bispebjerg Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K og Patologifdelingen

Resume

Akut iskæmisk proktitis forekommer sjældent i klinikken, hovedsageligt fordi rectum forsynes fra et meget udbredt arterielt netværk. Derfor er rectum normalt kun involveret hos ca. 10% af patienter med iskæmisk kolitis. Tidligere rapporterede tilfælde af iskæmisk proktitis er relaterede til alvorlig vaskulær insufficiens i den rektale cirkulation på baggrund af systemisk aterosklerose, især efterfølgende operationer på aorta eller iliaca. Vi rapporterer her et tilfælde af iskæmisk proktitis efterfølgende et epileptisk anfald.

Iskæmisk proktitis er en sjælden lidelse på grund af den rigelige karforsyning til rectum. Ifølge *Bharucha et al* [1] udgør iskæmisk kolitis i rectosigmoideum mindre end 10% af tilfældene af spontan iskæmisk kolitis, hvorfor iskæmi i rectum alene må skønnes at være endnu sjældnere. Tidligere rapporterede tilfælde beskriver patienter med alvorlig kompromitteret blodforsyning, bl.a. grundet inadekvat kollateral forsyning til rectum [2], efter operation på aorta eller de iliofemorale kar, følger af svær, udbredt kardiovaskulær sygdom og akut myokardieinfarkt (AMI) [1-3]. Endvidere er der beskrevet et enkelt tilfælde efter en anafylaktisk reaktion [3]), otte uger efter en normal og ukompliceret fødsel [4], som komplikation i forbindelse med systemisk lupus erythematosus [5] og efter septikæmi [1].

Et retrospektivt studie med 328 patienter med iskæmisk kolitis fra 1976-1991 viste, at ti patienter (ca. 3%) havde lokali-