

at lokalisere blødningskilden, og operation kan indebære en betragtelig postoperativ risiko for infektion. I nyere publikationer er det vist, at ved synlig kontrastekstravasation på CT-billeder er akut endovaskulær behandling indiceret, for at der kan opnås hæmodynamisk stabilitet [4]. Diffuse mikrovaskulære skader enten som følge af små åreforkalkninger eller heparininduceret mikroangiopati har været betragtet som mulige årsager til spontan rectus- eller psoasmuskelblødning. Desuden kan små ikkeerkendte traumer, såsom hoste, drejning, Valsavas manøvre eller dyb injektion af heparin, være årsag til rectusmuskelblødning [5]. Emboliseringsteknikker spænder fra okklusion af både a. epigastrica superior og inferior til okklusion af en af dem med forskellige emboliseringsmateriale, oftest *coils*.

KORRESPONDANCE: Stevo Duvnjak, Radiologisk Afdeling, Odense Universitets-hospital, Sdr. Boulevard 29, Odense 5000.

E-mail: stevo.duvnjak@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 28. juni 2011

FØRST PÅ NETTET: 8. august 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Isokangas JM, Perala JM. Endovascular embolisation of spontaneous retroperitoneal hemorrhage secondary to anticoagulant treatment. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27:607-11.
2. Raviola J, Perendreu J, Falco J et al. Percutaneous arterial embolisation in the management of rectus sheath hematoma. *AJR* 2007;W497-W502.
3. Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B et al. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg* 1997;84:1295-7.
4. Zissin R, Gayer G, Kots E et al. Transcatheter arterial embolisation in anticoagulant-related haematoma – a current therapeutic option: a report of four patients and review of the literature. *Int J Clin Pract* 2007;61:1321-7.
5. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hematomas: their pathogenesis, diagnosis and management. *Am Surg* 1988;54:630-3.

Hofteluksation kræver hurtig behandling

Bekir Demirbas

KASUISTIK

Ortopædkirurgisk
Afdeling T,
Herlev Hospital

Traumatiske hofteluksationer opstår som regel i forbindelse med højenergiulykker. 62-93% af alle traumatiske hofteluksationer opstår typisk hos førere eller forsædepassagerer i køretøjer, som er involveret i trafikulykker. Det er en typisk instrumentbrætslæ-

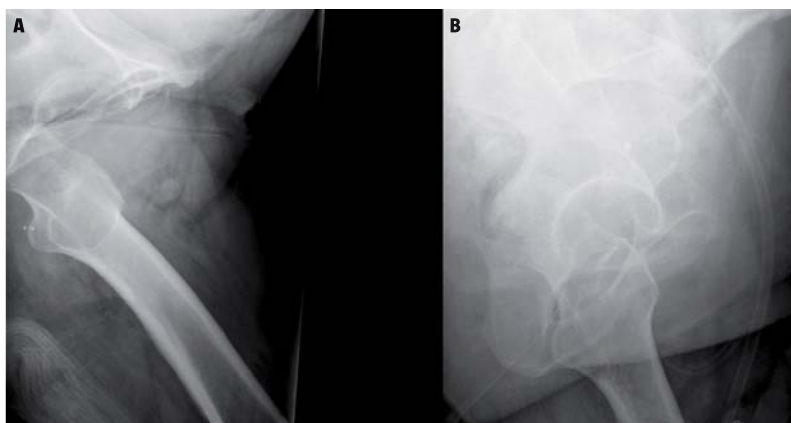
sion, som opstår ved frontal påkørsel. I andre tilfælde sker luksationerne ved motorcykelulykker, fodgængerpåkørsler, fald fra højder samt ved sportsulykker [1]. Et usædvanligt tilfælde af en traumatisk bagre hofteluksation efter et fald i hjemmet beskrives.

SYGEHISTORIE

En 79-årig kvinde med forudgående normal gangfunktion, blev indbragt til skadestuen efter et fald i eget hjem og med en fejlstilling i venstre ben. Hun var faldet i hjemmet på grund af overbalance, var landet på sit venstre knæ og fik øjeblikkeligt kraftige smerter i venstre hoft. Hoften var flekteret i skadeøjeblikket. På skadestuen blev hun modtaget af en yngre læge, som ikke var opmærksom på benets stilling, og som på baggrund af de primære røntgenbilleder havde mistanke om brud i lårbenshovedet. Men ved den sekundære gennemgang og nye røntgenoptagelser blev den kliniske mistanke om en traumatisk bagre hofteluksation bekræftet. Patienten lå med et forkortet, let flekteret, adduceret og indadroteret venstre ben. Der blev foretaget akut lukket reposition under gennemlysning i generel anæstesi, og hoften blev vurderet som værende stabil. En efterfølgende computertomografi (CT) af hoften viste, at lårbenshovedet var koncentrisk placeret i hoftelæds-skålen, og

FIGUR 1

A. Første røntgensideoptagelse, hvor lårbenshovedet ikke er kommet med, og der ses en dobbeltkontur i hoftelæds-skålen. B. Anden røntgensideoptagelse, hvor lårbenshovedet er kommet med, og der ses en hofteluksation.



at der posteriort og distalt i ledskålskanten var en lille udsløkeret skalformet afrivning, som målte $7 \times 3 \times 2$ mm. Der blev ikke konstateret nogen kar- eller nervepåvirkning under hele forløbet. Patienten blev mobiliseret med rollator og fuld belastning dagen efter og udskrevet fire dage efter indlæggelsen. Ved udskrivelseren blev der planlagt ambulans opfølgning.

DISKUSSION

Hofteleddet er et ægte kugleled, og qua ledskålens dybde, ledlæben, den tykke kapsel samt fiberretningen og den kraftige muskulatur omkring leddet er hofteleddet i sammenligning med andre led lidet tilbøjeligt til at luksere [2, 3]. Når hofteleddet lukserer, sker det derfor ofte efter højenergitraumer. Retningen af luksationen afhænger af benets position i skadeøjeblikket og den dislokerende krafts retning. Traditionelt skelnes der mellem posteriore (ca. 90%), anteriore (ca. 10%) og centrale luksationer. Sidstnævnte forekommer dog sjældent. Posteriore luksationer opstår på flekterede og adducerede hofter, mens anteriore luksationer opstår på abducerede og udadroterede hofter. Centrale luksationer opstår ved direkte traumer mod hoften. Rene luksationer er sjældne, og der er oftest et ledsagende brud i lårbenshovedet, lårbenshalsen eller hofteskålen [3].

Hofteluksationer er en ortopædkirurgisk akut tilstand og bør reponeres så hurtigt som muligt. Lårbenshovedets karforsyning kompromitteres ved luksationen, og risikoen for avaskulær nekrose er ca. 5%, hvis hoften reponeres inden for seks timer, mod ca. 53%, hvis reponeringen udsættes i over seks timer. Efter reponering bør der foretages en CT af hoften for at undersøge for brud på lårbenshovedet eller ledskålen og eventuelle løse knoglefragmenter i hofteleddet. Prognostiske faktorer for udvikling af hofteartrose efter en traumatisk hofte luksation er traumets sværhedsgrad, tiden indtil reponering og udvikling af caputnekrose [3, 4].

Ved dislokeret benstilling bør man overveje diagnosen hofte luksation. Det vides, at hoftefrakturer forekommer hyppigt hos ældre mennesker, og eftersom traumemekanismen i dette tilfælde var forenelig med en hofte nær fraktur, var det nærliggende at have mistanke om dette. På baggrund af de ufuldkomne første røntgenoptagelser i aksialplanet kunne man endvidere foranlediges til at tro, at det drejede sig om en caputfraktur pga. en dobbeltkontur i hofteledsskålen (Figur 1).

Dette eksempel illustrerer det vigtige i en grundig objektiv undersøgelse inkl. neurologiske udfald og pulsforhold. Patienter med hofte nære frakturer vil have en forkortet og udadroteret ekstremitet og er

derfor lette at skelne fra patienter med ovennævnte tilstand. I øvrigt er det vigtigt, at der foreligger ordentlige røntgenoptagelser. Det var til dels på grund af ufuldkomne røntgenoptagelser, at diagnosen i denne sygehistorie ikke var korrekt.

Det kan derfor bekymre, at tendensen i landets akutmodtagelser går i retning af hurtige sygeplejevisiterede hoftepakkeforløb, hvor patienten ikke bliver tilset af en læge, før der er taget røntgenbilleder. Konsekvensen kan blive, at patienten ligger på afdelingen i så lang tid, at det efterfølgende forløb bliver suboptimalt.

KORRESPONDANCE: Bekir Demirbas, Paltholmterasserne 82 D, 3520 Farum.

E-mail: bekirdemirbas@gmail.com

ANTAGET: 11. juli 2011

FØRST PÅ NETTET: 22. august 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Tak til Poul Ejner Jensen for kritisk gennemlæsning.

LITTERATUR

1. Rosenthal RE, Coker WL. Posterior fracture-dislocation of the hip: an epidemiologic review. *J Trauma* 1979;19:572-81.
2. Deakin DE, Porter K. Traumatic hip dislocations in adults. *Trauma* 2009; 11: 189-97.
3. Sanders S, Tejwani N, Egol KA. Traumatic hip dislocation: a review. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2010;68:91-6.
4. Hougaard K, Thomsen PB. Traumatic posterior fracture-dislocation of the hip with fracture of the femoral head or neck, or both. *J Bone Joint Surg* 1988;70A: 233-9.