

I den beskrevne sygehistorie blev der ved alle infektionsepisoder påvist GBS, der var fuldt følgende for de antibiotika, der blev givet. Behandlingen omfattede hver gang gentamicin og ampicillin, som efter resistensbestemmelse blev skiftet til penicillin. Behandlingsresponsen var i alle tilfælde umiddelbart overbevisende, og såvel dosis som behandlingsvarighed fulgte almindelige rekommandationer. Fortsat GBS-bæretilstand efter antibiotisk behandling er tidligere fundet [2, 4, 5], men recidiv af GBS-cellulitis trods rekommanderet behandling er, så vidt vi ved, aldrig beskrevet før.

I forbindelse med recidiverne blev yderligere udredning for andre infektionsfoci overvejet. Relevante undersøgelser kunne være helkrosmagnetisk resonans-skanning, leukocytskintigrafi og positronemissionstomografi/computertomografi. Alle disse undersøgelser har imidlertid begrænsninger, når de bliver brugt i neonatalperioden. Efter nøje overvejelse blev undersøgelserne fravalgt, da det blev vurderet at være meget usandsynligt, at en undersøgelse ville

ændre den allerede lagte plan om seks ugers antibiotisk behandling.

Vi har her beskrevet et helt usædvanligt tilfælde af recidiverende neonatal GBS-infektion med cellulitis. Historien understreger, at langvarig antibiotisk behandling bør overvejes i sådanne tilfælde, eventuelt allerede i forbindelse med det første recidiv. Om yderligere udredning i lignende situationer kan være indiceret, er fortsat uafklaret.

**KORRESPONDANCE:** Annett Helleskov Rasmussen, Oluf Baggers Gade 19 st. th., 5000 Odense C. E-mail: a.helleskov@gmail.com.

**ANTAGET:** 16. november 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 4. april 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Franciosi RA, Knostman JD, Zimmerman RA. Group B streptococcal neonatal and infant infections. *Pediatrics* 1973;82:707-18.
2. Rand TH. Group B streptococcal cellulitis in infancy: a disease modified by prior antibiotic therapy or hospitalization. *Pediatrics* 1988;81:63-5.
3. Mittal MK, Shah SS, Friedlaender EY. Group B streptococcal cellulitis in infancy. *Pediatr Emerg Care* 2007;23:324-5.
4. Pickett KC, Gallaher KJ. Facial submandibular cellulitis associated with late onset group B streptococcal infection. *Adv Neonatal Care* 2004;4:20-5.
5. Ruiz-Gomez D, Tarpay MM, Riley HD. Recurrent group B streptococcal infections: report of three cases. *Scand J Infect Dis* 1979;11:35-8.

## Snapping pes-syndrom med løs knoglefragment er en sjælden årsag til mediale knæ smerter

Roland Knudsen & Zaid Al-Aubaidi

### KASUISTIK

Ortopædkirurgisk  
Afdeling, Odense  
Universitetshospital

Mediale knæ smerter er meget almindelige, men der findes mange differentialdiagnoser [1]. De kan variere fra simple tilfælde af mediale plicae til alvorlige tilfælde af tumorer [1]. *Snapping pes*-syndrom er beskrevet sporadisk, og det defineres som en klikkende eller smuttende fornemmelse fra pes anserius på indersiden af knæet, når det bevæges fra fleksion til ekstension [2-5]. På grund af sin sjældenhed bliver den ikke altid diagnosticeret. For at henlede opmærksomheden på denne usædvanlige årsag til mediale knæ smerter beskrives et tilfælde.

### SYGEHISTORIE

En 28-årig kvinde blev henvist til vurdering af smerter i højre knæ. Smerterne havde været til stede, siden hun slog knæet mod et instrumentbræt ti år tidligere. Ved et primært røntgenbillede kunne man udelukke fraktur i knæet. Siden ulykken havde patienten haft fornemmelsen af, at »noget smutter på indersiden af knæet ved bevægelse«. Der var blevet

foretaget tre magnetisk resonans-skanninger, hvor den første viste normale forhold, den anden viste medial plica, og den sidste viste en »mus« medialt i knæet (**Figur 1**). Der blev foretaget flere artroskopier, som intet viste bortset fra kondromalaci bag patella og medial plica. Ved en revurdering kunne man konstatere, at en sene fra pes anserinus sprang over en knogleprominens posteriomedialt for den mediale femurkondyl. Dette skete, når knæet blev bevæget fra ekstension til fleksion. Ved en funktionel ultralyd-skanning blev det bekræftet, at en sene fra pes anserinus sprang over et isoleret og løst knoglestykke ved den mediale femurkondyl. Dette frie stykke knogle og en lille eksostose blev fjernet i generel anæstesi. Tre måneder postoperativt var smerterne forsvundet, og patienten kunne genoptage sport og arbejde på fuldt niveau.

### DISKUSSION

Mediale knæ smerter kan have mange årsager. Nogle


**FIGUR 1**

Til venstre (medialt for femurkondylen) ses det løse fragment, som pes anserinus ligger spændt hen over.



af disse er: knæartrose, menisklidelser, medial plica, patellar *malalignment*, tendinitis/bursitis ved pes anserinus, læsion af det mediale kollaterale ligament, tumor, infektion og hofte/fodlidelser [1]. For at kunne stille den rigtige diagnose, er det vigtigt også at overveje de mere usædvanlige årsager. *Snapping* pes-syndrom er kun beskrevet sporadisk og kaustisk [2-5]. Lidelsen er ikke særlig kendt og er kun i få cases blevet beskrevet hos voksne [2-4] og i en mindre opgørelse hos børn [5]. Det var *Bollen*, der først kaldte tilstanden *snapping* pes-syndrom [2]. Patogenesen kan have forskellige årsager: eksostose, ganglion eller knoglefragment [4, 5]. *Shaw* havde en

anden forklaring på dette tilfælde [3]. Han mente, at det skyldtes slaphed af semitendinosus' støttefibre, som skal holde semitendinosussen bag femurs mediale kondyl. Årsagen til denne slaphed kan være medfødt, skyldes et traume eller være degenerativ. Denne tilstand kan udløse springfænomenet af semitendinosussen over den mediale femurkondyl, når knæet bevæges fra ekstension til fleksion [3].

Behandlingen afhænger af årsagen. Den kan gives i form af excision af enten semitendinosussen, en evt. eksostose, ganglion eller et knoglefragment [2-4]. Konservativ behandling anbefales primært hos børn [5].

Vi har beskrevet et tilfælde af *snapping* pes-syndrom, hvor årsagen ansås for at være et løst knoglefragment. Denne årsag til springfænomenet er ikke tidligere blevet beskrevet i litteraturen. Vi vil med denne case henlede opmærksomheden på *snapping* pes-syndrom, som formentligt er en underdiagnosticeret årsag til mediale knæsmærter, og samtidig præsenterer vi en ny mulig ætiologi.

**KORRESPONDANCE:** Roland Knudsen, Ortopædkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital, 5000 Odense. E-mail: rolandknudsen@hotmail.com

**ANTAGET:** 26. oktober 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 4. april 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Walter L, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain. Part II. Differential diagnosis. *Am Fam Phys* 2003;68:917-22.
2. Bollen S, Arvinte DJ. Snapping pes syndrome: a report of four cases. *Bone Joint Surg Br* 2008;3:334-5.
3. Shaw RL, Jiunn J. Snapping syndrome caused by the semitendinosus tendon: a case report. *J Bone Joint Surg Am* 1989;71:303-5.
4. Hong MC, Taek SK, Seung RL. "Snapping" knee secondary to a large juxta-articular ganglion. *Eur Ort Trau* 2010;1:41-3.
5. Fraser R, Natrass G, Chow C et al. Pes anserinus syndrome due to solitary tibial spurs and osteochondromas. *J Ped Ortho* 1996;16:247-8.

## Transrektal fjernelse af displaceret kobberspiral

Rune Lykke, Sara Badre-Esfahani & Christina Elisabeth Kruse

Kobberspiral er en billig og relativt sikker præventionsform. Det samlede antal spiralbrugere i Danmark er ukendt, men det er tidligere skønnet at være omkring 100.000 [1]. En forudsætning for den kontrceptive virkning af spiralen er, at den placeres korrekt intrauterint. I opgørelser har man påvist, at incidensen af uterusperforation i forbindelse med anlæggelse af spiral er ca. 2,2 pr 1.000 og at risikoen er størst i de første seks måneder post partum [2].

Perforation af tarmen er en sjælden komplikation,

der er beskrevet i under ti sygehistorier i løbet af de seneste årtier [3]. Vi beskriver en sygehistorie, hvor en kobberspiral blev fjernet ved transrektal ekstraktion.

#### SYGEHISTORIE

En 32-årig kvinde, der havde smerter i nedre abdomen blev henvist med henblik på *second opinion*. Hun havde fået anlagt kobberspiral et år tidligere.

En måned forinden blev det ved laparoskopi på

#### KASUISTIK

Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby