

Traumatisk læsion af ramus infrapatellaris n. sapheni

Overlæge Jørgen Riis Jepsen & overlæge Bjørn Gotlieb Jensen

Sydvestjysk Sygehus, Arbejdsmedicinsk Afdeling og
Ortopædkirurgisk Afdeling

Anteriore knæsmarter er almindelige efter kirurgi og traumer. En i dansk litteratur ikke tidligere beskrevet årsag hertil er en læsion af ramus infrapatellaris n. sapheni [1], som ofte volder diagnostiske problemer, men er tilgængelig for behandling.

Sygehistorie

En 35-årig butiksuddannet kvinde vred i 1991 om på foden, faldt og slog knæet direkte i jorden. På skadestuen viste en røntgenundersøgelse af knæet normale forhold, men på mistanke om ledbåndsskade immobiliseredes knæet i de følgende seks uger. Kvinden kunne fortsat ikke støtte på benet uden forværring af vedvarende smerter på knæets inder- og forside. Manglende bedring efter et halvt års genoptræning ved fysioterapeut medførte, at man et år efter ulykken foretog magnetisk resonans (MR)-skanning og artroskopi. På mistanke om proksimalt udløste smerter foretog man desuden MR af lænd og røntgenundersøgelse af hofter. Alt var normalt.

Grundet fortsatte problemer med at vende tilbage til arbejdsmarkedet henviste kommunen til speciallægeundersøgelse på et privathospital. Knæet fandtes stabilt med let indskrænket bevægelighed samt diffus ømhed omkring knæskallen og knæets inderside. Smerterne forklares ved en

irritationstilstand i knæet efter kontusion, muligvis en brusk-læsion i femuropatellarledet.

Fortsat invaliderende smerte og manglende arbejdsevne medførte i 2004 visitation til en Reva-institution. Her fandt lægekonsulenten hypalgesi i innervationsområdet for ramus infrapatellaris n. sapheni og lokaliseret ømhed medialt på knæet. Efterfølgende fandtes ledningshastigheden normal i n. saphenus (63,5 m/s), men reduceret i ramus infrapatellaris (43,6 m/s, normalt: 52,5-64 m/s). En ortopædkirurg exciderede i 2005 ramus infrapatellaris ved tuberositas og proksimalt bag knæet. En mikroskopi viste traumatisk neurom. Patienten oplevede betydelig smertereduktion postoperativt, men der var stadig tegn på kondromalaci.

Diskussion

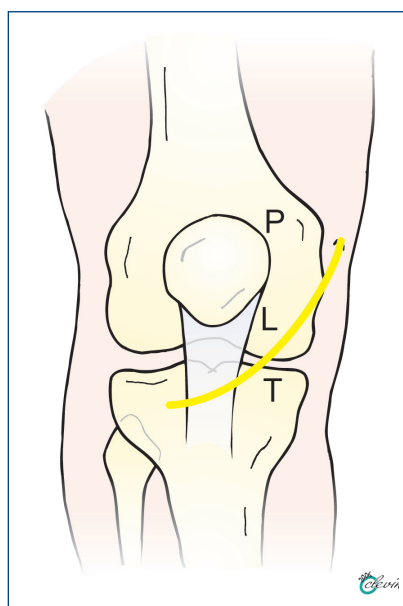
Læsion af ramus infrapatellaris n. sapheni kan opstå iatrogenet efter artroskopi [1] og varicestripping [2], ved *entrapment* under sartoriussenen mod en prominente femur epikondyl [3] og efter eksterne og måske helt banale traumer, som kan medføre neuralgi [4] og neuromdannelse [5].

Iatrogene tilfælde forebygges ved opmærksomhed ved kirurgiske indgreb på den anatomiske lokalisation af ramus infrapatellaris (Figur 1). Traumatisk påvirkning og *entrapment* overses let [4], men uden diagnostik og behandling kan det få alvorlige og invaliderende konsekvenser. I begge situationer er det vigtigt, at klinikerer, især kirurger, der opererer i regionen, kender tilstanden. Den objektive undersøgelse bør naturligvis ikke begrænses til undersøgelse for patologi i knæledet. Især når smerten har en neuropatisk karakter, må også sensibilitet og lokaliseret ømhed vurderes og tolkes.

Læsion af ramus infrapatellaris må mistænkes ved oplysning om traume med efterfølgende vedvarende smerte fortil/medialt på knæet. Påvisning af lokaliserede sensoriske ændringer i ramus infrapatellaris sensoriske innervationsområde og distinkt ømhed over nerven sandsynliggør diagnosen.

I det konkrete tilfælde bekræftede den reducerede ledningshastighed de kliniske fund. Ofte forekommer en partiel og blandet nervelæsion dog uden elektrofysiologiske forandringer, fordi nerveledningshastigheden måles på de hurtigst ledende myeliniserede nervefibre.

Forudsætningen for, at revalideringsinstitutionerne kan hjælpe borgere med fysisk, psykisk eller socialt handicap tilbage på arbejdsmarkedet, er naturligvis en optimal behandling for visitation. Revaliderer er imidlertid hyppigt udiagnosticerede og ubehandlede ved starten af en arbejdsprøvnig. Uden identifikation og behandling vil fortsatte symptomer kunne hindre vurdering af det optimale funktionsniveau. Desuden kan revalideringsforløbet i sig selv forværre tilstanden – muligvis permanent.



Figur 1. Ramus infrapatellaris' lokalisation medialt for og distalt for patella. Kan findes ved palpation af patella (P), ligamentum patellae (L) og den mediale tibiakondyl (T).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Der beskrives i litteraturen en god prognose efter operation [1]. I et prospektivt studie af 43 patienter med ubehandlede knæsmarter i gennemsnitlig 6,6 år blev i alt 62 nervegrene excideret på 25 patienter, heraf ramus infrapatellaris hos 24. Efter 1-4 års opfølgning var 11 fuldt og ti delvis smertefri. Fire patienter havde ingen effekt, mens ingen oplevede forværring [5].

I ovennævnte tilfælde kunne symptomerne reduceres væsentligt 14 år efter traumat.

Korrespondance: Jørgen Riis Jepsen, Arbejdsmedicinsk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus, DK-6700 Esbjerg. E-mail: jrj@ribeamt.dk

Antaget: 14. marts 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Tennent TD, Birch NC, Holmes MJ et al. Knee pain and the infrapatellar branch of the saphenous nerve. *J R Soc Med* 1998;91:573-5.
2. Ramasastry SS, Dick GO, Futrell JW. Anatomy of the saphenous nerve: relevance to saphenous vein stripping. *Am Surg* 1987;53:274-7.
3. House JH, Ahmed K. Entrapment neuropathy of the infrapatellar branch of the saphenous nerve. *Am J Sports Med* 1977;5:217-24.
4. Ikpeme JO, Gray C. Traumatic prepatellar neuralgia. *Injury* 1995;26:225-9.
5. Nahabedian MY, Johnson CA. Operative management of neuromatous knee pain: patient selection and outcome. *Ann Plast Surg* 2001;46:15-22.

Postdural hovedpine gennem fire år

Reservelæge Finn Østergård Bærentzen & afdelingslæge Ole Mathiesen

Glostrup Hospital, Operations- og Anæstesiologisk Afdeling Y

Postdural punkturhovedpine (PDPH) har siden introduktionen af spinalanalgesien i 1898 været en kendt komplikation i forbindelse med centrale blokader [1]. Incidensen er siden da reduceret markant via forbedring af udstyr, men ses fortsat hyppigt efter myelografi og lumbalpunktur samt sjældnere efter spinalblokade og epiduralblokade. Tilstanden er oftest selvlimiterende, men kan udvikles til at blive en kronisk og invaliderende sygdom. Nedenstående sygehistorie omhandler et tilfælde af fire år varende PDPH efter anlæggelse af en epiduralblokade i forbindelse med en fødsel.

Sygehistorie

En 33-årig kvinde blev henvist til et hovedpinecenter til udredning af hovedpine. Patienten havde siden ungdommen haft episodisk hovedpine af migrænelignende karakter, hun var velbehandlet med sumatriptan og var i øvrigt sund og rask. Hun havde fire år tidligere i forbindelse med en fødsel fået anlagt analgesi via et epiduralkateter. Umiddelbart efter anlæggelsen fik hun hovedpine, og på mistanke om PDPH blev der anlagt *blood-patch* (b-p), hvilket var uden effekt. Hovedpinen blev beskrevet som spændingsagtig med forværring ved fysisk aktivitet og lindring ved hvile.

I tiden herefter var patienten bl.a. indlagt til udredning på en neurologisk afdeling og forsøgte behandlet med tolfenamyl, fysioterapi og bideskinne tilvirket af en tandlæge. Alt var uden effekt. En computertomografi af cerebrum viste normale forhold. Grundet samtidige rygsmerter forsøgte

behandling med motion og rygtræning. Dette forværrede hovedpinen. Patienten var på henvisningstidspunktet langtids syg.

På hovedpinecenteret fandt man en klassisk PDPH-hovedpine, med forværring af smerter ved oprejst stilling og med tiltagende intensitet, indtil patienten igen lagde sig. Der var ingen hovedpine i liggende stilling, men en lettere pressende fornemmelse i nakken. Øvrig objektiv neurologisk undersøgelse viste normale forhold. På mistanke om durafistel blev patienten indlagt til tre døgn sengeleje og væskeinfusion samt magnetisk resonans-skanning. Denne viste ingen opladning af dura eller nedsynkning af cerebrum.

På den anden indlæggelsesdag fik patienten anlagt b-p på L2/L3-niveau med 18 ml autolog blod efterfulgt af endnu 24 timers sengeleje. Herefter var hun hovedpinefri. Ved ambulante kontrol efter 1 måned var hun fortsat symptomfri.

Diskussion

Årsagen til PDPH er ikke fuldstændigt klarlagt. Manglende lukning af perforationshullet i dura mater medfører lækage af cerebrospinalvæske til epiduralrummet, hvorved det subarahnoidale tryk falder. Hovedpinen tænkes at opstå enten som træk i intrakraniale smertesensitive strukturer grundet kaudal forskydning af cerebrum eller via en kompensatorisk venedilatation for at opretholde et uændret intrakranielt volumen [1].

Hos 90% af de patienter, der får PDPH, opstår dette inden for fire døgn efter durapunkturen [3]. Den består i den klassiske stillingsafhængige hovedpine, der forværres ved oprejst stilling og lindres ved liggende stilling. Lokalisationen er frontalt og/eller occipitalt, strålende ned over nakke/skulderregionen. Desuden er der beskrevet multiple associerede symptomer som kvalme, høretab, svimmelhed, tinnitus og paræste-