

Retinerede føtale knoglerester i uterus

KASUISTIK

Jette Kjær Hansen & Kjeld Leisgård Rasmussen

En sjælden komplikation til spontan eller induceret abort er retention af knoglevæv i uterus. Intrauterint knoglevæv kan give forskellige symptomer, hvor blødningsforstyrrelser og infertilitet er de hyppigste. Diagnosen er ofte svær at stille, eftersom der kan gå adskillige år, inden symptomerne viser sig (1). Vi har fundet det relevant at fremlægge et tilfælde af menorrhagia på grund af retineret føtal knoglevæv.

Sygehistorie

Patienten var 33 år og havde haft to fødsler samt en provokeret og tre spontane aborter i henholdsvis gestationsuge 10, 9 og 15. Ved den seneste abort blev patienten scannet i uge 13, hvor biparietaldiameteren svarede til 13 uger + 6 dage. På grund af formodning om urinvejsmisdannelse blev der aftalt en ny scanning 11 dage senere. Ved kontrolscanningen var fosteret dødt med begyndende sammenfald af caput. Uterus blev tømt med sug nummer 14 og skrabet med en stump curette, der blev ikke anvendt UL-scanning i forbindelse med udskrabningen. Knap fem måneder efter aborten blev kvinden henvist med menorrhagia. Der var samtidig graviditetsønske. Ved UL-scanning blev der set ekkogene strukturer beliggende intrauterint (**Fig. 1**). Ved efterfølgende hysteroskopi fandtes flade, hvidlige elementer med brusk- eller knoglekonsistens. Fem-seks stumper blev fjernet med en spiraltang. I isthmus uteri var der ligeledes et forkalket element, som man opgav at fjerne på grund af perforationsrisiko. Mikroskopien viste knoglesplinter og reaktivt endometrium. Man kunne ikke histologisk afgøre, om der var tale om føtal knogle eller dystrofisk ossifikation. Kvinden konciperede to måneder senere.

Diskussion

Den hyppigste årsag til intrauterint beliggende knogle er re-

tineret knoglevæv efter en abort, hvilket kan ses ved abort helt ned til 12. gestationsuge, hvor den endokondrale ossifikation begynder (2). Disponerende faktorer er især 2. trimesteraborter, hvor det ofte er de flade kranieknogler, som retineres (3), og uterusanomalier (1, 2). Differentialdiagnostisk skelnes retineret føtal knoglevæv fra dystrofisk ossifikation af føtal stromalt væv og metaplastisk ossifikation af endometrieceller ved, at man ikke ved de to sidstnævnte kan finde makroskopisk identificerbar knogle (1, 2). Retineret føtal væv kan give symptomer umiddelbart efter aborten, men der er beskrevet en latenstid på adskillige år (1). Chan beskrev således en kvinde, der seks år efter en abort i 16. uge hysteroskopisk fik fjernet 13 knoglestykker fra uterus. Scapula, femur, humerus og clavicula kunne identificeres (2).

Knoglevævet påvirker endometriet på samme måde som en spiral med øget prostaglandinniveau (2, 3) og histologisk verificeret kronisk endometritis, hvorved såvel implantationsevnen som spermatozomotiliteten hæmmes med infertilitet og blødningsforstyrrelser til følge (4). Den kroniske endometritis angives også at være årsag til blødningsforstyrrelser (5). Andre beskrevne symptomer er nedre abdominalsmerter, dyspareuni, udflåd eller afgang af hårde elementer fra vagina (6, 7). Tilstanden kan være kompliceret af adhærencedannelse omkring tubae og fimbriae (4), pyometra (4) og penetration af uterus (7). Diagnosen stilles ved vaginal UL-scanning, hvor der findes et højeckogent, slagskyggegivende intrauterint beliggende materiale (3, 6). Knoglestykkerne vil almindeligvis kunne fjernes hysteroskopisk, men lejlighedsvis kan de dog være så dybt lejret i endo- eller myometriet, at man må afstå fra fuldstændig fjernelse på grund af perforationsfare. Der kan anvendes gonadotropin releasing hormone (GnRH)-analoger inden hysteroskopien, hvilket får endometriet til at skrumpes og dermed giver bedre oversigtsforhold (2). Hysteroskopien kan suppleres med laparoskopi, hvis perforationsrisikoen er stor (1). Prognosen for blødningsforstyrrelserne, smerterne og infertiliteten er hovedsagelig god efter fjernelse af knoglestykkerne (1, 6). Selv efter 13 års sekundær infertilitet er der beskrevet hurtig indtrædende graviditet efter behandling (4).

Summary

Jette Kjær Hansen & Kjeld Leisgård Rasmussen:
Retained fetal bones in uterus.

Ugeskr Læger 2003;165:695-6.

We report a case of menorrhagia caused by retained fetal bones after a missed abortion in the second trimester. By hysteroscopy several bone fragments were removed. The patient got pregnant two months later.

Reprints: Jette Kjær Hansen, Irisvej 19, DK-7400 Herning.
E-mail: jkh@dadlnet.dk

Antaget den 18. september 2002.

Herning Sygehus, Kvinde-Barn-Centret, gynækologisk-obstetrisk afdeling.

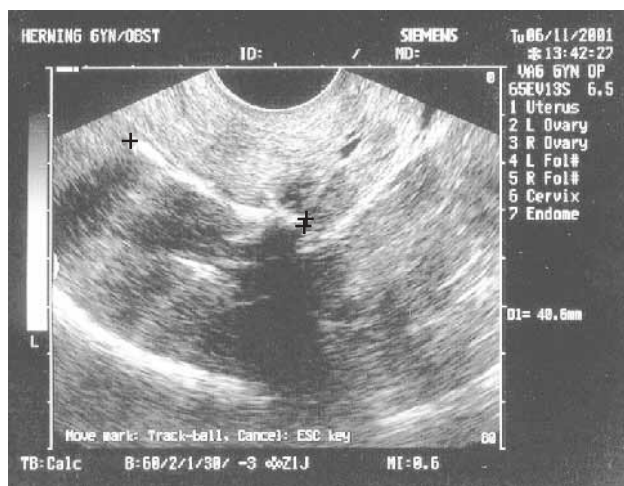


Fig. 1. UL-scanning, der viser et skråsnit gennem uterus. Krydsene markerer tre knoglesplinter med slagskygge.

Litteratur

- Chervenak FA, Hussein KA, Neuwirth RS. Symptomatic intrauterine retention of fetal bones. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 58S-61S.
- Chan NST. Intrauterine retention of fetal bone. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1996; 36: 368-71.
- Moon HS, Park YH, Kwon HY, Hong SH, Kim SK. Iatrogenic secondary infertility caused by residual intrauterine fetal bone after midtrimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 369-70.
- Puri M, Jain S, Goyal B. Secondary infertility due to retained fetal bones – a diagnostic dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 148.
- Ingerslev HJ, Kristensen IB. Fetal tibia retained in uterine cavity for eight years after legal abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 371-2.
- Graham O, Cheng LC, Parsons JH. The ultrasound diagnosis of retained fetal bones in West African patients complaining of infertility. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 122-4.
- Wu MH, Hsu CC, Lin YS. Three-dimensional ultrasound and hysteroscopy in the evaluation of intrauterine retained fetal bones. *J Clin Ultrasound* 1997; 25: 93-5.

Posttraumatisk osteolyse af distale klavikel

KASUISTIK

Haider A.F. Al-Rubaie, Lone Larsen &
Gunnar Schwarz Lausten

Posttraumatisk osteolyse af det distale klavikel (ODC) er en sjælden tilstand, der er karakteriseret af en progredierende resorption af den laterale ende af klavikelen, og som kan opstå efter et direkte traume mod skulderen, klavikelfraktur, akromioklavikulær luksation eller efter repetitive mikrotraumer i skulderregionen f.eks. efter intensive sportsaktiviteter, som bodybuilding og vægtløftning.

Vi præsenterer her en sygehistorie, hvor et traume var årsag til ODC. Den mulige patogenese, differentialdiagnoser og behandlingsstrategi diskuteres.

Sygehistorie

En tidligere rask 38-årig mandlig håndværker faldt på cykel og slog højre skulder. Han blev tilset på skadestuen, hvor en røntgenundersøgelse af højre skulder ikke viste fraktur. Han blev behandlet med analgetika og roligt regimen. Seks måneder efter traumet blev han henvist af egen læge på grund af intermitterende belastningssmerter i højre skulder med udstråling til højre overarm. Objektivt fandt man direkte ømhed samt let hævelse og krepitation i højre distale klavikel. Der var fri bevægelighed i skulderen, ingen tegn på instabilitet i højre akromioklavikulærled (AC-led). En røntgenundersøgelse af højre AC-led med og uden belastning viste ingen tegn på luksation i AC-leddet, men afkalkning, uregelmæssig erosion og tab af den artikulære cortex af det distale klavikel (**Fig. 1**).

Der blev suppleret med en UL-undersøgelse, som ikke viste tegn på senelæsioner. Blodprøver viste normal S-calcium, S-fosfat og S-alkalisk fosfatase. Patienten blev tilrådt roligt regimen og analgetika. Ved kontrol et år efter traumet var patienten symptomfri, og en røntgenundersøgelse viste fortsat mindre destruktion i det distale klavikel og let breddegning i AC-leddet.

Diskussion

Osteolytiske forandringer kan i sjældne tilfælde optræde efter traumatisk insult forskellige steder i skelettet, såsom i

klaviklen, distale ende af ulna og radius, ramus pubes, tuber ischii og collum femoris. Posttraumatisk ODC blev ifølge Resnick første gang beskrevet af Dupas i 1936 (1). Ætiologien ved posttraumatisk ODC er ikke klarlagt. Werder anså i 1950 dysfunktion i det autonome nervesystem, der medfører sekundær iskæmi og avaskulær nekrose, som en mulig mekanisme (2, 3). Levine *et al* foreslog at enten beskadigelse af terminalnerven, ødelagte arterier af det distale klavikel eller begge dele kunne være årsag til ODC (2). Cahill antog, at osteolyse kunne være et resultat af subkondrale mikrofrakturer på grund af gentagne belastninger, f.eks. ved vægtløftning, som medførte trombose og iskæmi i knoglen (4, 5).

Symptomerne ved ODC debuterer typisk med smerter, i AC-leddet efter et traume eller efter repetitive mikrotraumer. Der er ømhed, let hævelse af AC-leddet og eventuelt udstråling af smerter til m. deltoidius. Ved radiologisk undersøgelse 3-4 uger efter traumet ses osteopeni, fokal resorption fra $\frac{1}{2}$ til 3 cm, småcyster og eventuelt tab af den artikulære cortex (2-6). Ovennævnte forandringer ses i den lytiske fase, som kan begynde uger til år efter traumet og fortsætte i 1-1 $\frac{1}{2}$ år. Når den lytiske fase stabiliserer sig,



Fig. 1. Uregelmæssig erosion, destruktion af højre distale klavikel, seks måneder efter et traume.