

gisk, det blev reponeret og fikseret på udadrotationspude i fire uger, hvorefter bevægeøvelser blev opstartet. Ved undersøgelse efter tre måneder var der ingen svaghed eller instabilitet, og sportsaktiviteter kunne genoptages.

DISKUSSION

Posterior skulderluksation præsenterer sig med relativt ukarakteristiske fund og symptomer, og nøjagtig diagnostik kan være vanskelig [4]. Diagnostik fordrer korrekt radiologisk evaluering og forstærket mistanke, hvis de objektive fund ikke står mål med tilsyneladende normal billeddiagnostik.

Behandling er lukket reposition med traktion i adduktion. Yderligere indadrotation og lateral traktion kan være nødvendig (*ad modum* DePalma) suppleret med pres på den posteriore del af caput humeri i anterior retning [5]. Armen bør bandageres i neutral- eller udadrotation med diskret ekstension i 3-4 uger efterfulgt af stabilitetstest og begyndende belastning [3]. Irreponible posteriore skulderluksatio-

ner kan skyldes større Hill-Sachs-læsion, kronisk posterior luksation, dislocerede frakturer eller interponerede bløddele [5]. I disse tilfælde foretages åben reposition med eventuel osteosyntese, seneforflytning eller hemialloplastik. Stabilisering af den posteriore del af skulderledet kan blive aktuel [2].

KORRESPONDANCE: Anton Mitchell Trollegaard, Ortopædkirurgisk Afdeling, Holbæk Centralsygehus, DK-4300 Holbæk. E-mail: akulstrup@gmail.com

ANTAGET: 23. februar 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Overlæge Torben Palmer, Radiologisk Afdeling, Holbæk Centralsygehus, takkes for udlån af billedmateriale.

LITTERATUR

1. Schoenfeld AJ, Lippitt SB. Rotator cuff tear associated with a posterior dislocation of the shoulder in a young adult: a case report and literature review. *J Orthop Trauma* 2007;21:150-2.
2. Cacak N. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:324-32.
3. Hatzis N, Kaar TK, Wirth MA et al. The often overlooked posterior dislocation of the shoulder. *Tex Med* 2001;97:62-7.
4. Wolter D, Kortmann HR, Eggers C. Posterior dislocation of the shoulder – a frequently missed form of luxation. *Hefte Unfallheilkd* 1984;170:135-41.
5. Mimura T, Mori K, Matsusue Y et al. Closed reduction for traumatic posterior dislocation of the shoulder using the 'lever principle': two case reports and a review of the literature. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2006;14:336-9.

Luxatio erecta – en sjælden form for skulderluksation

Reservelæge Sammer Kadhum Al-Saadi & overlæge Bo Sanderhoff Olsen

Inferior skulderluksation – kaldet luxatio erecta – er sjælden med en incidens på 0,5% af alle skulder luksationer. Der er to former af luxatio erecta; subglenoid luksation (caput humeri ligger under den inferiore rand af glenoidalis) og subcoracoid luksation (caput humeri ligger foran collum scapulae).

Formålet med denne kasuistik er at henlede opmærksomheder på den kliniske præsentation samt behandling og efterundersøgelse af patienter med luxatio erecta.

SYGEHISTORIE

En 59-årig mand snublede i sit værksted og tog fra med højre arm, idet patienten forsøgte at gribe en kæde, der hang ned fra loftet. Herefter var der smerter, og patienten kunne ikke adducere armen.

Patienten mødte i skadestuen med fuldt abduceret og let udadroteret højre arm. Ved klinisk undersøgelse kunne man palpere caput humeri i aksillen, og der var svære smerter, hvis man forsøgte at adducere armen. Der var normal sensibilitet i nervus axillaris' område lateralt på skulderen (*regiment badge area*), dog var

der let snurrende fornemmelse i spidsen af fingrene, som forsvandt efter reponering. Røntgenundersøgelse af højre skulder viste inferior luksation (subcoracoid) uden synlige frakturer (**Figur 1**).

Patienten fik morfin som smertestillende og under lokal anæstesi med 20 ml. 1%-lidokain med adrenalin direkte i leddet – som beskrevet af *Suder et al* [1] – blev skulderen reponeret. *Traction-countertraction*-metoden blev anvendt som beskrevet af *Rockwood* ved reponering af skulderen [2], hvor armen blev trukket aksialt mod hovedet og i samme retning med humerus-skaftet, som så blev adduceret gradvis og jævnt til anatomisk stilling, hvor der hørtes et knæk halvvejs. *Countertraction* blev foretaget af en assistent, der anlagde et lagen over klaviklen og trak i modsatte retning. Kontrolrøntgen efter reposition af højre skulder viste, at skulderen sad i anatomisk stilling. Efter reposition blev der anlagt løs mitella i tre uger.

Ved klinisk kontrol tre uger efter skaden var der klinisk mistanke om *rotator cuff*-læsion, idet patienten kun kunne abducere og flektare til 40 grader (der kunne ikke undersøges for udadrotation pga. smer-

KASUISTIK

Herlev Hospital,
Ortopædkirurgisk
Afdeling

FIGUR 1

Røntgen af højre skulder viser inferior luksation (subcoracoid type) uden synlige frakturer. Længdeaksen af humerusskafte er parallelt med spina scapulae, og ledflade på caput humeri er rettet distalt ned i aksillen.



FIGUR 2

Magnetisk resonans-skanning af højre skulder viser en fuldtykkelseslæsion svarende til supraspinatusenen (pilen).



ter). Der var stadig normale neurovaskulære forhold (i *badge patch area* samt i hele overekstremiteten).

Magnetisk resonans-skanning viste en fuldtykkelseslæsion svarende til supraspinatusenen. Patienten blev tilbudt subakut operation med henblik på suturering af senen.

DISKUSSION

Inferior luksation af skulderledet eller luxatio erecta (LE) blev først beskrevet af *Middeldorpf* og *Scharm* i 1859. *Murrard et al* beskrev tre cases af bilateral LE [2].

Skademekanismen beskrives som hyperabduktion af skulderen, hvor den proksimale del af hume-

rus vil *impinge* imod acromion, hvorved ledhovedet displaceres inferiort i aksillen [3].

LE er associeret med en høj incidens af komplikationer i form *rotator cuff*-læsion eller tuberculum major-fraktur (80%); neurologisk udfald i overekstremiteten (60%), oftest er der en snurrende fornemmelse i regio deltoidea på overarmens yderside; eller vaskulær skade (arterie axillaris trombose (3,3%)) [4]. Derfor bør alle patienter med LE undersøges grundigt for neurovaskulære skader, og efter reponering skal de følges på Ortopædkirurgisk Ambulatorium med henblik på at udelukke *rotator cuff*-læsion.

De kliniske tegn på LE er tydelige, idet patienten kommer med fuld- eller hyperabduceret arm. Forsøg på passiv adduktion af armen udløser smerter.

Røntgenundersøgelse er sædvanligvis tilstrækkeligt til at bekræfte diagnosen [3]. På røntgen ses længdeaksen af humerusskafte parallelt med spina scapulae, og ledfladen på caput humeri er rettet distalt ned i aksillen (Figur 1).

Lukket reponering af LE er i langt de fleste tilfælde vellykket. *Traction-countertraction* metoden [2] (træk-modtræk) i reponering er den mest brugte. *Nho et al* beskrev en anden teknik til reponering af LE, kaldet *totrinstechnik*, hvor den inferiore luksation konverteres til en anterior luksation og herefter reponeres som anterior luksation.

Nogle gange er det umuligt at reponere LE-lukket, fordi ledhovedet (caput humeri) har perforeret ledkapslen og derved sidder fast i aksillen. Åben reponering er nødvendig i sådanne tilfælde. LE er også associeret med signifikant senmorbidity blandt andet gentagne luksationer, løshed og adhæsiv kapsulitis (frossen skulder), der medfører nedsat bevægelighed samt smerter.

Der er manglende evidens for den bedste konservative bandageringstype og -varighed efter lukket reposition af skulderen [5].

KORRESPONDANCE: Sammer Kadhum Al-Saadi, Ortopædkirurgisk Afdeling, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev. E-mail: sammerk69@hotmail.com

ANTAGET: 12. april 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Suder PA, Mikkelsen JB, Hougaard K et al. Reduction of traumatic primary anterior shoulder dislocation under local analgesia. *Ugeskr Læger*. 1995;157:3625-9.
2. Rockwood CA Jr, Matsen FA. Inferior dislocations. I: Rockwood CA ed. *The shoulder*. Philadelphia: Saunders, 2004:689-91.
3. Kumar KS, O'Rourke S, Pillay JG. Hands up: a case of bilateral inferior shoulder dislocation. *Emerg Med J*. 2001;18:404-5.
4. Mallon WJ, Bassett FH, Goldner RD. Luxatio erecta: the inferior glenohumeral dislocation. *J Orthop Trauma* 1990;4:19-24.
5. Handoll HH, Hanchard NC, Goodchild L et al. Conservative management following closed reduction of traumatic anterior dislocation of the shoulder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD004962.