

 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.

#### SYGHEHISTORIE

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



Spiral.

et andet sygehus påvist, at spiralen lå i tæt relation til sigmoideum. Spiralen blev forsøgt fjernet ved træk i snoren, men af frygt for tarmlæsion afstod man fra yderligere forsøg.

Patienten blev igen laparoskopert, og her fandt man spiraltrådene stikkende ud gennem tarmvæggen. Ved peroperativ rektoskopi fandt man den kobberbelagte del og den ene arm af spiralen beliggende distalt i sigmoideum, ca. 15 cm fra analåbningen. Gennem rektoskopet blev spiralen fjernet problemfrit med en laparoskopisk gribetang. Da man havde mistanke om en lille perforation af tarmvæggen, blev der foretaget laparoskopisk oversyn med en enkelt 3-0 Z-sutur. Patienten fik bredspektret antibiotisk behandling i to døgn postoperativt og blev udskrevet i velbefindende.

## DISKUSSION

Spiraler kan displaceres, både ved anlæggelsen og senere. Kontrol er vigtig og enhver mistanke om displaceret spiral bør føre til en gynækologisk specialundersøgelse med transvaginal ultralydskanning. Den gængse opfattelse har været, at intraperitonealt placerede spiraler burde fjernes operativt pga. risikoen for adhærens dannelse og perforation af hulorganer. I et litteraturstudie fra 2002 [4] konkluderede man dog, at asymptomatiske patienter med intraabdominal spiral efter perforation af uterus kunne behandles konservativt, da adhærens dannelsen indkapsler spiralen og beskytter de omkringliggende organer. Ved mistanke om perforation af blære eller tarm bør spiralen dog altid fjernes pga. risikoen for alvorlige skader, der ofte medfører større indgreb, f.eks. tarmresektion. Selv adskillige år efter spiraloplægningen er

der beskrevet tilfælde af alvorlige komplikationer [5]. I vores sygehistorie havde spiralen perforeret den distale sigmoideum, og den korrekte behandling var derfor fjernelse af spiralen. Spiralfjernelsen blev foretaget gennem et rektoskop; en teknik, der tidligere er beskrevet [3]. Da det foregik under samtidig laparoskopisk, kunne perforationsstedet findes og oversyes. I den enkelte situation er det operatørens erfaring og præferencer, der afgør teknikken; dog bør rektoskopi altid overvejes ved mistanke om tarmporation. I tilfælde af, at spiralen er helt eller delvist beliggende i tarmlumen, kan transrektal ekstraktion være et lettere og mindre risikofyldt alternativ til laparoskopisk fjernelse.

**KORRESPONDANCE:** Rune Lykke, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby, 8200 Aarhus N. E-mail: rl@runelykke.dk

**ANTAGET:** 30. november 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 11. april 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

## LITTERATUR

1. Petersen KR, Poulsen EF. Intrauterin kontraktion – spiral. Ugeskr Læger 2001;163:4541-3.
2. Caliskan E, Ozturk N, Dilbaz BO et al. Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices. Eur J Contracept Reprod Health Care 2003;8:150-5.
3. Assarian A, Raja MA. Colonoscopic retrieval of a lost intrauterine contraceptive device: a case report and review of articles. Eur J Contracept Reprod Health Care 2005;10:261-5.
4. Markovitch O, Klein Z, Gidoni Y et al. Extrauterine mislocated IUD: is surgical removal mandatory? Contraception 2002;66:105-8.
5. Mederos R, Humaran L, Minervini D. Surgical removal of an intrauterine device perforating the sigmoid colon: a case report. Int J Surg 2008;6:e60-2.