

Litteratur

1. Deyn De P, Katz RI. Control of aggression and agitation in patients with dementia: efficacy and safety of risperidone. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 15:14-22.
2. Lov om social service. Lov nr. 454 af 10. juni 1997.
3. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Lov nr. 331 af 24. maj 1989.
4. Poulsen HD, Olsen CE. Anvendelse og registrering af tvang i psykiatrien i det nye årtusinde. *Ugeskr Læger* 2002;164:4664-7.
5. Praksiskoordineringsprojekt magtanvendelse. Rapport. Statsamtet Vestsjælland: Det sociale nævn, 2001
6. Praksisundersøgelse. Samtykke til optagelse i botilbud beregnet for demente. Ribe: Statsamtet Ribe, 2001.
7. Værgemålsloven af 19. juni 1995. 1995.
8. Lov om patienters retstilling 1998-07-01 nr. 482. 1998.
9. Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK). Europarådet 1997.
10. Poulsen HD, Munk-Jørgensen P. Validering af antallet af tvangssindlæggelser. *Ugeskr Læger* 1998;160:4315-8.
11. Gulmann NC. Praktisk geronto psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
12. Erkinjuntti T, Kurz A, Bullock R et al. Efficacy of galanthamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:1283-90.
13. Ingerslev JK. Overgreb mod ældre. *Ugeskr Læger* 2002;164:5024-6.
14. Ersbøll E. Dementes menneskerettigheder, etik og ret i Danmark. København: Det Danske Center for Menneskerettigheder, 2000.
15. Poulsen HD, Gottlieb P, Adserballe H. Ret og tvang i psykiatrien. København: Munksgaard, 2001.

Pertrokantær stressfraktur efter kondiløb

Zaid T-J Al-Aubaidi & Thomas Lind

Stressfraktur efter idræt, hyppigt lokaliseret til metatarser og tibia, er velkendt [1]. Stressfrakturer lokaliseret til collum femoris hos patienter med osteoporose [2, 3], men også hos yngre patienter [4] er beskrevet. Pertrokantære stressfrakturer er kun nævnt sporadisk.

Den øgede interesse for at dyrke idræt og motion også i ældre aldersgrupper frembyder nye sygdomsbilleder og årsagssammenhænge. Vi har derfor fundet det relevant at fremlægge følgende sygehistorie.

Sygehistorie

En 62-årig rask kvinde, som ikke tidligere havde været særlig idrætsaktiv, påbegyndte som et led i firmaets motionsprogram løbetræning i firmaets sportsforening. Sammen med andre ansatte løb hun tre gange ugentligt. Under en af disse løbeture cirka 11 uger (25 løb) efter træningsstart opstod der pludseligt og ikke forudgået af fald eller andet traume smerter i højre hofteregion lokaliseret i lysken. Patienten humpede tilbage ved egen hjælp og henvendte sig dagen efter til egen læge. Tilstanden blev opfattet som en fibersprængning eller forstrækning og blev behandlet med analgetika og aflastning.

En måned senere blev patienten henvist til fysioterapi, hvor hun modtog 24 behandlinger. Pga. vedvarende gener fra højre hofteregion blev hun henvist til røntgen, som blev foretaget seks måneder efter smerternes opståen. Billedet viste en pertrokantær (Evans type 2) fraktur, der var ophelet i varusfejlstilling. En knoglescintigrafi gav ikke formodning om caputnekrose. Patienten modtog herefter fysioterapi i yderligere en periode.

Ved efterundersøgelse to år efter havde patienten belastningsrelaterede smerter i højre hofte, igangsætningssmerter samt 1 cm benforkortning. Herudover fandt man bevægeind-

skrænkning specielt i fleksion (70 grader) og udadrotation (40 grader).

Diskussion

Stressfraktur kan resultere af gentagende submaksimal belastning, som ændrer balancen mellem knogleresorption og -formation [5]. Pludselig øget fysisk aktivitet uden tilstrækkelige hvileperioder kan forårsage øget osteoklastisk aktivitet. Dette kan medføre mikrofrakturer, som kan resultere i stressfraktur [2, 3].

Disponerende faktorer kan være: mindsket østrogen- eller testosteronniveau pga. ekstrem træning, osteoporose, dårlig almentilstand, længerevarende steroidbehandling, dårlig ernæringstilstand samt menstruationsuregelmæssigheder [6]. Differentialdiagnostisk må følgende overvejes: periostitis, infektion, avulsionsskader, muskulær forstrækning, bursitis og neoplasme [7]. Diagnosen stilles ved røntgen, som evt. må gentages efter 2-3 uger ved vedvarende symptomer, eller suppleres med scintigrafi, når diagnosen er usikker [8]. I sjældne tilfælde kan det være nødvendigt at supplere med CT. Hos de motionsaktive ældre med en anamnese, der ligner den ovenfor refererede, må disse undersøgelser foretages på vid indikation.

Behandling af radiologisk verificerede hoftenære stressfrakturer er operativ for at hindre sekundær dislokation og ved mediale frakturer caputnekrose [9]. Profylakse i form af grundig information og træningsvejledning er væsentlig, særlig i tilfælde som det her beskrevne, hvor relativt utrænede individer pludselig motiveres til en kraftig øgning i motionshyppighed og intensitet. Kondiløbere bør instrueres i vigtigheden af at dosere distancen fornuftigt under hensyntagen til grundform og træningstilstand. Forebyggelse i form af sufficient støddæmpning i løbeskoen er væsentlig [10].

Summary

Zaid T-J Al-Aubaidi & Thomas Lind:

Pertrochanteric stress fracture after fitness running.

Ugeskr Læger 2003;165:2494-5.

We describe a case of pertrochanteric stress fracture in a 62-year-old woman due to a sudden increase in medium distance running. Symptoms started after 11 weeks. The diagnosis was made six months after debut of symptoms. The x-ray revealed a pertrochanteric fracture which had healed in 105 degrees of varus.

Reprints: *Zaid T-J Al-Aubaidi*, Himmerlandsvej 21, 3. th., DK-2720 Vanløse.

Antaget den 20. januar 2003.

Hillerød Sygehus, Ortopædkirurgisk Afdeling O.

Litteratur

1. Green NE, Rogers RA, Lipscomb AB. Nonunions of stress fractures of the tibia. *Am J Sports Med* 1985;13:171-6.
2. Stanitski CL, McMaster JH, Scranton PE. On the nature of stress fractures. *Am J Sports Med* 1978;6:391-6.
3. Shin AY, Gillingham BL. Fatigue fractures of the femoral neck in athletes. *Am Acad Orthop Surg* 1997;5:293-302.
4. Frandsen PB. Stress fraktur i collum femoris hos yngre langdistanceløber. *Ugeskr Læger* 1989;20:151.
5. Poulsen KA, Christensen JK, Freudendal-Pedersen A. Stressfraktur. *Ugeskr Læger* 1992;154:2659-61.
6. Barrow GW, Sha S. Menstrual irregularity and female distance runners. *Am J Sports Med* 1998;16:209-16.
7. Barry PB, Daryl GO. High-risk stress fractures evaluation and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 2000;8:344-53.
8. Chisin R, Milgrom C, Giladi M et al. Clinical significance of nonfocal scintigraphic findings in suspected tibial stress fractures. *Clin Orthop* 1987;220:200-5.
9. Johansson C, Ekenman I, Tornkvist H et al. Stress fractures of the femoral neck in athletes: the consequence of a delay in diagnosis. *Am J Sports Med* 1990;18:524-8.
10. Jørgensen U, Bojsen-Møller F. The shock absorbency of the shoe-heel interaction-with special respect to the heel pad, individual variations, response to trauma and external confinement. *Foot Ankle* 1989;9:294-9.