

terapi, hvilket han af samme grund heller ikke var kandidat til. Det blev derfor besluttet at afvente spontanforløbet.

DISKUSSION

Om end tumoren er sjælden – med en incidens i Danmark på 0,07 pr. mio. indbyggere [3] – er den vigtig at kende, dels pga. risikoen for fejldiagnosticering, dels fordi den kan recidivere, give regionale metastaser eller fjerne metastaser og være dødelig (i under 2% af tilfældene) [1].

Makroskopisk kan tumoren fejldiagnosticeres som værende benign, fordi den kan vokse langsomt i en lang periode og have et godartet udseende. Man bør foretage grundig udredning, evt. med billeddiagnostik, da man med immunhistokemisk farvning ikke altid kan udelukke en metastase fra et adenokarcinom [1, 3, 4].

Internationalt har man opgjort recidivraterne til at være 28-43% [5], mens man i et dansk studie [4] fandt et tilfælde af recidiv blandt 15 tumorer. Forskellen kan skyldes overrapportering af recidivtilfælde [3]. I samme studie fandt man regional lymfeknudemetastaser hos en enkelt patient, mens

internationale data angiver regional spredning til at være fra 8% [1] til 11% [5] og fjerne metastaseraten til at være ca. 2% [1].

Behandlingen er kirurgisk, og i Danmark udføres der peroperative frysesnit for at sikre frie excisionsrande. I udenlandsk litteratur anbefaler man excision ved Mohs' procedure, og de anbefalede excisionsmargener er på 1 cm og til fascie i dybden [1, 5]. Tumoren er ikke sensitiv over for kemoterapi [1, 4, 5], hormonterapi er uden beviselig effekt [5], og strålebehandling har heller ikke vist nogen effekt på recidiv og metastaser [1, 5].

KORRESPONDANCE: Javed Akram, Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Sygehus, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde. Danmark. E-mail: javedakram@hotmail.com

ANTAGET: 3. januar 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Breiting LB, Christensen L, Dahlstrøm K et al. Primært mucinøst karcinom i huden – en oversigt over litteraturen. Ugeskr Læger 2008;170:3399-402.
2. Kazakov DV, Kacerovska D, Mckee PH. Cutaneous adnexal tumors. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2012:119-26.
3. Breiting LB, Christensen L, Dahlstrøm K et al. Primary mucinous carcinoma of the skin: a population-based study. Int J Dermatol 2008;47:242-5.
4. Halachmi S, Lapidot M. Approach to the rare eccrine tumours. Dermatol Surg 2011;37:1194-5.
5. Kim JW, Lee DK. Unusual eyelid, periocular, and periorbital cutaneous malignancies. Int Ophthalmol Clin 2009;49:81-5.

Overset spin-out-fænomenet som årsag til kroniske smerter hos patient med totalknæalloplastik

Ingvild Bostadløgken¹ & Peter Toft Tengberg²

Hvert år får ca. 8.500 danskere indsat en totalknæalloplastik (TKA) [1]. Der findes hovedsageligt to typer proteser: *fixed bearing prosthesis* og *mobile bearing prosthesis*.

Forskellen på de to typer er, at sidstnævnte har en bevægelig polyætylenkomponent mellem tibiaplateauet og femurskjoldet, en såkaldt *liner*.

Mobile bearing-proteserne muliggør en anelse mere rotation i knæet end *fixed bearing*-proteserne, og tanken er derfor, at *liner*'en bliver mindre slidt ved belastning af knæet. En sjælden, men kendt komplikation ved *mobile bearing*-proteserne er dislokation af polyætylen-*liner*'en. Fænomenet kaldes *spin-out* [2, 3].

SYGEHISTORIE

En 62-årig kvinde med et *body mass index* på 33 kg/m² fik indsat en TKA pga. artrose i venstre knæ. Før operationen var knæet stabilt med fem graders ekstensionsdefekt og 120 graders fleksion. Der blev beskrevet normale akser i knæet. Operationen blev udført på et privatsygehus A, og patienten fik isat en knæprotese af typen PFC Sigma Rotating Platform, en *mobile bearing*-protese. En kontrolrøntgenundersøgelse ved udskrivelsen viste normale forhold.

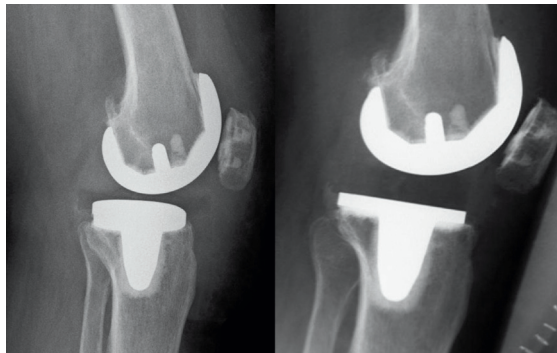
På trods af genoptræning havde patienten efterfølgende mange smerter i venstre knæ. Hun blev henvist til ortopædkirurgisk ambulatorium på sygehus B. Ved kontrol her havde patienten en bevægeakse på

KASUISTIK

- 1) Ortopædisk, Akershus Universitetssygehus
- 2) Ortopædisk Afdeling, Slagelse Sygehus

FIGUR 1

A. Tre måneder efter primær operation. På siden kan man se, at *liner*'en er 90 grader roteret. **B.** Forholdene efter reoperationen.



0-90 grader i venstre knæ. Røntgenbilleder af knæet viste, at tibiaplateauet sad noget i varus. Man vurderede, at bevægeligheden i knæet var acceptabel, og patienten blev informeret om at fortsætte træningen, og at smerterne i venstre knæ kunne stamme fra arrose i hoften på samme side. Hun blev derfor henvist til en vurdering hos hoftespecialister på sygehus C.

Efter et år, hvor patienten havde fået en ny totalhoftalloplastik og været til yderligere kontroller, bad hun om at få en *second opinion*. Hun havde stadig smerter og nedsat funktion i venstre knæ. På sygehus D blev der taget nye røntgenbilleder, som viste en 90-graders-rotation af polyætylen-*liner*'en. Dette gav en forklaring på det langsomme genoptræningsforløb, den indskrænkede bevægelighed og smerterne. Ved gennemgang af de primære postoperative billeder kunne det konstateres, at *liner*'en allerede på det tidspunkt var roteret 90 grader (Figur 1).

Patienten blev reopereret, og under operationen fandt man *liner*'en 90 grader roteret og beliggende i det mediale ledkammer. *Liner*'en blev fjernet, og der var ingen større skader. Der blev isat en ny polyætylen-*liner*, som var 7 mm tykkere end den første. Tibiaplateauet blev ikke udskiftet. Knæet var stabilt med den nye *liner*.

DISKUSSION

Knæalloplastikker med mobile polyætylenlejer er blevet brugt i mange år. *Spin-out* er blandt knæspecialister en kendt komplikation [2-4]. Den er beskrevet i litteraturen, hvor incidensen er angivet til 0,4-9% [2, 5]. Årsagerne til *spin-out* er multifaktorielle. Høj alder, valgusdeformitet inden operationen, tidligere patellektomi og dårlig tilpasning af bløddelstensionen under operation er alle beskrevet som medvirkende årsager [2, 5].

På røntgenbillederne taget ved de ambulante kontroller i sygehistorien beskrives det, at tibiaplateauet sad noget i varus i forhold til den normale akse. Et tibiaplateau, som sidder i varus, vil kunne medføre øget valgusinstabilitet, som igen kan være medvirkende årsag til dislokation af *liner*'en. Dette problem løses ved at indsætte en tykkere *liner* ved reoperation.

Spin-out kan overses, fordi mange patienter med TKA har smerter efter operationen. *Spin-out* kan opdages ved, at patienterne ofte klager over akut indsettende smerter, typisk inden for kort tid efter operationen [5]. Andre tegn kan være klikkende fornemmelser i knæet eller følelse af svigtende kontrol [2]. Er et af ovenstående symptomer til stede, bør man have *spin-out*-diagnosen in mente ved gennemgang af patientens røntgenbilleder.

KORRESPONDANCE: Ingvild Bostadløkken, Akershus Universitetssykehus, Ortopedisk, Sykehusveien 25, 1478 Lørenskog, Norge.
E-mail: ingvild.bostadloekken@gmail.com

ANTAGET: 26. juni 2012

FØRST PÅ NETTET: 26. november 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Dansk Knæalloplastik Register. DOS Referenceprogram: Knæner osteotomi og primær knæalloplastik: 65-69. <http://www.ortopaedi.dk/fileadmin/referenceprogram/Doc00000048.pdf> (5. jul 2012).
2. Thomson NW, Wilson DS, Cran GW et al. Dislocation of the rotating platform after low contact stress total knee arthroplasty. *Clin Orthop Rel Res* 2004;425:207-11.
3. Hasegawa M, Sudo A, Fukuda A et al. Dislocation of posterior-stabilized mobile-bearing knee prosthesis. *Knee* 2006;13:478-82.
4. Ridgeway S, Moskal JT. Early instability with mobile-bearing total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2004;19:686-93.
5. Fisher D, Bernasek T, Puri R et al. Rotating platform spinouts with cruciate-retaining mobile-bearing knees. *J Arthroplasty* 2011;26:877-82.