

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Reprints: Hanne Albert, Rygambulatoriet, Sygehus Fyn, DK-5750 Ringe.
E-mail: haal@shf.fyns-amt.dk

Antaget den 20. februar 2003.
Sygehus Fyn Ringe, Rygambulatoriet.

Korrespondenterne med certifikat i LSP (engelsk, tysk, spansk) Lykke Sørensen, Hella Leth Nielsen og cand.mag. Lise Lotte Larsen takkes for oversættelse og sproglig bearbejdning. De ortopædkirurgiske afdelinger på Vejle, Silkeborg og Esbjerg Varde Sygehuse takkes for godt samarbejde. Ph.d. Lars Korsholm, afdelingen for statistik og demografi, Syddansk Universitet, takkes for statistisk rådgivning.

Litteratur

1. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Ondt i Ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Serie B. København: Medicinsk Teknologivurdering 1999:1.
2. Waddell G. The Back Pain Revolution. London: Churchill Livingstone, 1998.
3. Beurskens AJHM, de Vet HCW, Köke AJA. Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments. Pain 1996;65:71-6.
4. Underwood MR, Barnett AG, Vickers MR. Evaluation of two time-specific back pain outcome measures. Spine 1999;24:1104-12.
5. Patrick DL, Deyo RA, Atlas SJ et al. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. Spine 1995;20:1899-909.
6. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. Spine 1983;8:141-5.
7. Stratford PW, Binkley JM. Applying the results of self-report measures to individual patients: an example using the Roland-Morris Questionnaire. J Orthop Sports Phys Ther 1999;29:232-9.
8. Leclaire R, Blier F, Fortin L et al. A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris functional disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. Spine 1997;22:68-71.
9. Manniche C, Asmussen K, Lauritsen B et al. Low back pain rating scale; validation of a tool for assessment of low back pain. Pain 1994; 57:317-26.
10. Wiesinger GF, Nuhr M, Quittan M et al. Cross-cultural adaptation of the Roland-Morris Questionnaire for German-speaking patients with low back pain. Spine 1999;24:1099-103.
11. Stratford PW, Finch E, Solomon P et al. Using the Roland-Morris Questionnaire to make decisions about individual patients. Physiother Can 1996;48:107-10.
12. Stratford PW, Binkley JM, Riddle DL et al. Sensitivity to change of the Roland-Morris Back Pain Questionnaire: Part I. Phys Ther 1998;78: 1186-96.
13. Riddle DL, Stratford PW, Binkley JM. Sensitivity to change of the Roland-Morris Back Pain Questionnaire: Part 2. Phys Ther 1998;78:1197-207.
14. Engelmann MDM. Sammenhæng eller overensstemmelse mellem kliniske målemetoder. Ugeskr Laeger 2000;162:4400-1.
15. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet 1986;1:307-10.
16. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk manual til SF-36. København: Lif, 1997.
17. Albeck MJ. A critical assessment of clinical diagnosis of disc herniation in patients with monoradicular sciatica. Acta Neurochir (Wien) 1996;138: 40-4.

Vena cava inferior atresi som årsag til dyb venetrombose

Santa Puspure Pilgaard & Morten Stahl Madsen

Vena cava inferior (VCI) dannes i 6.-8. fosteruge. Inkomplet morfogenese kan føre til mange forskellige udviklingsanomalier, som ofte er asymptomatiske [1]. Atresi af VCI (VCIA) er en af de sjældne udviklingsanomalier, men den er væsentlig, fordi den kan føre til proksimal bilateral dyb venetrombose (DVT) hos unge mennesker.

Sygehistorie

En 18-årig tidligere rask kvinde blev indlagt akut på grund af tre uger varende kraftige lændesmerter med udstråling til benene. På grund af smerterne havde patienten været sengeliggende. Ved indlæggelsen fandtes ingen neurologiske udfald, og en MR-scanning viste normale forhold i rygsøjlen. På grund af let hævede underben, lægømhed og forhøjede in-

fektionsparametre blev der foretaget en UL-scanning, der viste bilateral trombose af v. ilaca, v. femoralis og v. poplitea. En CT viste ingen VCI proksimalt for bifurkaturen, og først ved nyrene blev VCI gendannet. Der sås et veludviklet kollateralt netværk af vener retroperitonealt, paravertebralt og intraspinalt. Efterfølgende trombofiludredning viste, at patienten var heterozygot for faktor V Leiden, hvortil kom, at hun to måneder før den her omtalte episode var begyndt at tage tredjegenerations p-piller.

Der blev påbegyndt antikoagulations (AK)-behandling, og p-pillerne blev seponeret. Patienten fik høje kompressionsstrømper og blev mobiliseret i takt med, at rygsmerterne svandt i løbet af de næste dage. Ved udskrivelsen blev kompressionsstrømperne erstattet af knælange kompressions-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

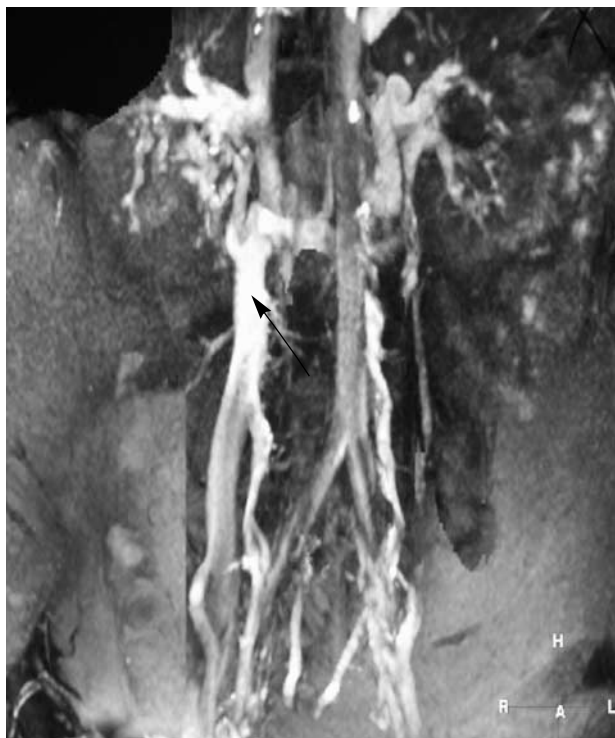


Fig. 1. Pilen viser en hypertrofisk vena ovarica dextra, som løber sammen med den højre nyrevene. Der er et cirkulært net af vener omkring den højre nyrevene. De løber videre centralt via en veldefineret vena cava inferior. De venstresidede bækkenveners drænes via store veludviklede paravertebrale kollaterale veneplekser.

strømper klasse 3 [2]. CT og UL-scanning 6 mdr. senere viste rekanalisering af venerne i bækkenet og i benene og VCIA blev igen bekræftet med en MR-scanning (**Fig. 1**). AK-behandlingen blev seponeret efter 8 mdr. To år efter symptomdebut anvendte patienten fortsat kompressionsstrømper og var velbefindende uden ødemer, venøs claudicatio eller recidiv af DVT.

Diskussion

VCIA kan være en af en række udviklingsanomalier i forskellige syndromer [3], men det kan også være den eneste påviste defekt. Diagnosen stilles bedst med CT og MR-scanning [1, 4]. VCIA kan være den eneste årsag til DVT [4, 5], men DVT er ofte en multikausal sygdom [6], og hos vores patient var der tre andre årsager til venetrombosen: det lange sengeleje, p-pillerne og den medfødte koagulationsdefekt. En faktor V Leiden-positiv kvinde, som får p-piller, har endog 30 gange større risiko for at få DVT end den raske kvinde, som ikke får p-piller [7]. De fleste patienter med VCIA og DVT får AK-behandling. Enkelte centre har forsøgt trombolysen og akut trombektomi [8] uden held. Varigheden af AK-behandlingen angives forskelligt. Mange anbefaler livslang behandling [8], mens andre har seponeret behandlingen efter en periode [4, 5]. Vi valgte at seponere AK-behandlingen hos vores patient, fordi hendes tromboserisiko kunne nedsættes i for-

hold til tidspunktet for symptomdebut ved ophør med p-pillerne og ved mobiliseringen, da rygsmerterne forsvandt. På grund af de veludviklede kollaterale vener i blandt andet spinalkanalen har vi frarådet patienten fremtidig epidural-anæstesi på grund af øget risiko for blødning i spinalkanalen. Trods den udbredte venetrombose, har patienten endnu ikke udviklet symptomer på posttrombotisk syndrom eller recidiv, hvilket kan skyldes den tidlige påbegyndelse af kompressionsstrømpebehandling [2].

Summary

Santa Puspure Pilgaard & Morten Stahl Madsen:

Vena cava inferior atresia.

Ugeskr Læger 2003;165:1880-1.

The paper describes an 18-year-old woman with vena cava inferior atresia. She was hospitalised with deep venous thrombosis after she had taken contraceptives for two months and had been confined to bed for three weeks because of back pain. Anticoagulant treatment was successful. Vena cava inferior atresia is a rare condition, but it must be suspected in younger people with proximal bilateral deep vein thrombosis.

Reprints: Santa Puspure Pilgaard, Baunevænget 7, Snoghøj, DK-7000 Fredericia. E-mail: santa@pilgaard.dk

Antaget den 26. februar 2003.

Kolding Sygehus, Medicinsk Afdeling og Karkirurgisk Afdeling.

Litteratur

1. Bass JE, Redwine MD, Kramer LA et al. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross-sectional imaging findings. *Radiographics* 2000;20:639-52.
2. Brandjes DPM, Büller HR, Heijboer H et al. Randomised trial of effect of compression in patients with symptomatic proximal-vein thrombosis. *Lancet* 1997;349:759-62.
3. Vanhosenacker FM, de Ruyscher D, de Backer AI et al. Heterotaxy syndrome in an adult, with polysplenia, visceral and cardiovascular malposition. *JBR-BTR* 2001;84:1-4.
4. Ruggeri M, Tosetto A, Castaman G et al. Congenital absence of the inferior vena cava: a rare risk factor for idiopathic deep-vein thrombosis. *Lancet* 2001;357:441.
5. Chee YL, Culligan DJ, Watson HG. Inferior vena cava malformation as a risk factor for deep venous thrombosis in the young. *Br J Haematol* 2001;114:878-80.
6. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 1999;353:1167-73.
7. Sarasin FP, Bounameaux H. Decision analysis model of prolonged oral anticoagulant treatment in factor V Leiden carriers with first episode of deep vein thrombosis. *BMJ* 1998;316:95-9.
8. Tiesenhausen K, Amann E, Thalhammer M et al. Aplasia of the vena cava inferior as a cause for recurring thrombosis of the lower extremities and pelvic veins. *VASA* 1999;28:289-92.