

Lumbal Morel-Lavallées læsion forårsaget af indirekte lavenergitraume

Michelle Fog Andersen & Jeppe Lange

KASUISTIK

Center for Planlagt Kirurgi, Regionalhospitalet Silkeborg

Ugeskr Læger
2014;176:V10130621

Morel-Lavallées læsion (MLL) er en posttraumatisk, lukket læsion, der opstår, når et område af hud og subkutant fedtvæv pludselig bliver afrevet fra det underliggende væv under en akut påvirkende kraft (*closed internal degloving injury*). Dette skaber en potentiel kavitet, der fyldes med en kombination af blod, lymfe og nekrotisk fedt [1, 2]. MLL kan opstå inden for timer efter traumatet eller manifestere sig år senere [2, 3].

MLL er typisk et resultat af et direkte traume ved både høj- og lavhastighedsknusningsskader, og findes formodentlig hos flere end en af 12 relevant tilskadede, om end dette er svagt belyst i den eksisterende litteratur. Der forekommer således potentielt en underdiagnosticering, men om dette har konsekvenser for patientens prognose er uvist [1, 3]. MLL forekommer hyppigst på femur, men er ligeledes beskrevet i abdominalvæggen, glutealt, i læggen og i skulderen [1-5]. I litteraturen er der os bekendt blot beskrevet fire fortilfælde i lumbalregionen, og disse er alle opstået efter et relevant direkte traume.

SYGEHISTORIE

En svært adipøs 19-årig kvinde (*body mass index* (BMI): 49 kg/m²) blev henvist til vores ambulatorium pga. en smertefuld hævelse i lumbalregionen. Hun havde første gang bemærket hævelsen to år forinden. Den var tiltaget gradvist i størrelse og ømhed. Hun benægtede, at der var sket et direkte traume mod om-

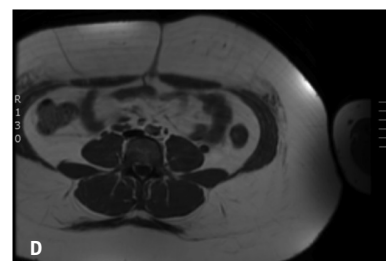
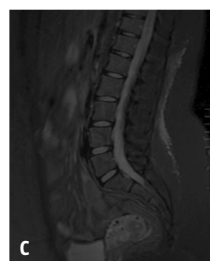
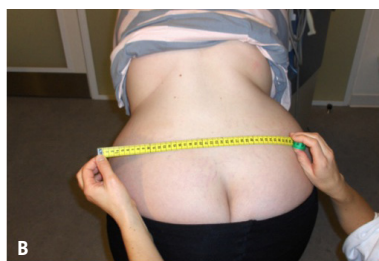
rådet, men erindrede at være faldet på cykel med lav hastighed, umiddelbart før hævelsen opstod. Hun var landet på arme og ben og havde samtidig mærket en pludselig smerte i lænderyggen. Primært blev der ikke registreret nogen bløddelsskade, men efterfølgende udvikledes der gradvist en øm hævelse i lænderegionen. Hun var tidligere rask og tog ingen medicin.

Ved en klinisk undersøgelse blev der afsløret en palpabel, blød, fluktuerende, oval masse på 10 × 4 cm i lumbalregionen (**Figur 1A**). Massen fremstod som værende beliggende i det dybe subkutane væv, og selv let palpation medførte smerte. Ligeledes blev der fundet moderate striae og nedsat sensibilitet i det affekterede hudområde. En ultralydskanning var inkonklusiv, og der kunne hverken findes en definerbar masse eller lokaliseret Dopplerreaktion. Ved en efterfølgende MR-skanning afsløredes der væske mellem det subkutane fedt og den profunde muskelfascie medialt på crista iliaca; området målte 17 cm kaudokranialt, 12 cm i bredden og 9 mm i dybden (**Figur 1C og Figur 1D**). De kliniske og billeddiagnostiske undersøgelser understøttede diagnosen MLL, og patienten blev henvist til en plastikkirurgisk afdeling til videre behandling. Hun blev her anbefalet vægttab før en eventuel operation pga. den generelle risiko ved bedøvelsen.

Ved followup tre år senere var både BMI og massens størrelse fortsat uændret. Graden af smerte og

FIGUR 1

A. Klinisk præsentation af lumbal Morel-Lavallées læsion i form af en 10 × 4 cm oval deformitet medialt for crista iliaca. **B.** Når patienten bøjed sig fremover, forsvandt deformiteten. **C.** På sagittalt MR-billede på lumbalniveau ses væske i vævet mellem det subkutane fedt og den profunde muskelfascie fra Th12 til S2. **D.** Aksialt MR-skanningsbillede. Den samme væske ses i vævet mellem det subkutane fedt og den profunde muskelfascie.



den nedsatte sensibilitet i området var derimod tiltaget.

DISKUSSION

Relevant anamnese og klinisk undersøgelse er essentiel for at blive ledt mod diagnosen MLL, men ultralydundersøgelse og MR-skanning er påkrævet, for at man kan stille den endelige diagnose samt afkræfte differentialdiagnostiske lidelser som hæmangiom og malignitet [3]. Den kliniske præsentation indebærer en forskydelig masse og subkutan fluktuation som vigtige kliniske tegn. Nedsat hudsensibilitet, striæ samt lokal misfarvning kan forekomme [1, 2].

På trods af at kendskab til et forudgående traume er påkrævet for at stille diagnosen, husker patienterne ofte ikke en specifik hændelse op til læsionens fremkomst [2], hvilket gør diagnosen svær. Nogle forfattere rapporterer, at op til en tredjedel af MLL først opdages måneder til år efter traumat [2, 3].

En optimal behandlingsstrategi er endnu ikke fastlagt, og behandlingsmetoder kan variere fra simpel kompression [5] til kirurgisk drænering. Hvorvidt skadens alder har betydning for behandlingens succes, er ikke klarlagt i den eksisterende litteratur. Det antages dog, at mindre læsioner kan reabsorberes af sig selv eller ved prompte kompression [5]. Ved ældre læsioner er det nødvendigt med lukket drænage eller åben kirurgi [1, 2, 4, 5].

På trods af at størstedelen af læsionerne formodentligt har et selvlimiterende benigt forløb, kan tilstedeværelsen af et hæmatom i det subkutane væv øge risikoen for infektion og nekrose af den overliggende hud [1, 2]. Det er vigtigt, at klinikerer såvel som radiologen er bekendt med diagnosen MLL og tager denne i betragtning ved enhver subkutan bløddelshævelse med fluktuation, der indbefatter en anamnese med relevant traume. På denne måde kan en tidlig behandling igangsættes og således minimere risikoen for yderligere komplikationer.

SUMMARY

Michelle Fog Andersen & Jeppe Lange

Lumbar Morel-Lavallée lesion caused by a minor trauma

Ugeskr Læger 2014;176:V10130621

The Morel-Lavallée lesion (MLL) is a closed internal degloving lesion caused by a significant soft-tissue injury, which separates the skin and subcutaneous tissue from the underlying fascia. The separation creates a potential blood-filled cavity, which can become a source of chronic pain. Although the diagnosis of MLL in the greater trochanter and proximal thigh is well established, its occurrence in the lumbar area is unusual. This case report presents a 19-year-old very adipose woman with lower back pain due to a long-standing MLL, and our purpose is to increase the awareness of MLL in the lumbar area.

KORRESPONDANCE: Michelle Fog Andersen, Center for Planlagt Kirurgi, Regionalhospitalet Silkeborg, Falkevej 3, 8600 Silkeborg.
E-mail: michellefog@yahoo.com

ANTAGET: 21. januar 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. maj 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatteres ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på www.ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Tak til Aleris-Hamlet Danmark for MR-skanningsbilleder

LITTERATUR

1. Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the Morel-Lavallée lesion. *J Trauma* 1997;42:1046-51.
2. Hudson DA, Knottenbelt JD, Krige JEJ. Closed degloving injuries: results following conservative surgery. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:853-5.
3. Mellado JM, Perez DPL, Diaz L et al. Long-standing Morel-Lavallée lesions of the trochanteric region and proximal thigh: MRI features in five patients. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182:1289-94.
4. Zecha PJ, Missotten FE. Pseudocyst formation after abdominoplasty – extravasations of Morel-Lavallée. *Br J Plast Surg* 1999;52:500-2.
5. Luta V, Enache A, Costea C. Posttraumatic Morel-Lavallée seroma – clinic and forensic implications. *Rom J Legal Med* 2010;18:31-6.

En fuldstændig referenceliste kan fås hos forfatterne.