

# Stressfrakturer af distale fibula hos en patient med osteoporose

Frederik Schwartz<sup>1</sup> & Ida Marie Heerfordt<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital  
2) Ortopædkirurgisk Afdeling, Nykøbing Falster Sygehus

Ugeskr Læger  
2014;176:V02140119

En stressfraktur er et knoglebrud, som skyldes gentagne trykpåvirkninger med en mindre kraft end den, der skal til at brække knoglen i en enkelt belastning [1]. Vi beskriver et tilfælde med osteoporotiske stressfrakturer af den distale fibula hos en 81-årig kvinde.

## SYGEHISTORIE

En 81-årig kvinde blev tilset på en akutafdeling i september 2011 pga. smerter på ydersiden af venstre fodled. Smerterne havde stået på i halvanden uge og var opstået uden kendt traume. Hun var særdeles aktiv og gik flere kilometer dagligt. Hun var i øvrigt sund og rask bortset fra osteoporose, som hun havde været i behandling for siden 2005. Hun tog tablet alendronat 70 mg ugentligt. Der blev taget et røntgenbillede (Figur 1A), som ikke viste nogen synlig fraktur, men følgende tegn på osteopeni: øget røntgengennemskinnelighed af knoglen og tyndt knoglecortex [2].

I oktober 2011 sendte hendes egen læge hende til røntgenundersøgelse af venstre fodled igen pga. fortsatte smerter. Røntgenbilledet af fodledet viste udisloceret stressfraktur 4 cm fra spidsen af den laterale malleol (Figur 1B). Patienten blev behandlet

konservativt med Aircast og fuld støtte i seks uger. Ved efterfølgende kontroller i ortopædkirurgisk ambulatorium var der klinisk og radiologisk fremgang, og hun blev afbandageret.

I 2013 blev hun på ny henvist til et ortopædkirurgisk ambulatorium nu med smerter på ydersiden af højre fodled uden kendt traume. Et røntgenbillede af fodledet viste udisloceret distal fibula stressfraktur (Figur 1C). Hun blev behandlet med Aircast, og behandlingen kunne afsluttes med patienten i velbefindende efter seks uger.

Senere på året pådrog hun sig en lavenergifraktur af bækkenringen og fik via en endokrinologisk afdeling justeret sin medicinske behandling af osteoporose. Hun gik fra behandling med alendronat gennem otte år til behandling med injektion zoledronsyre.

## DISKUSSION

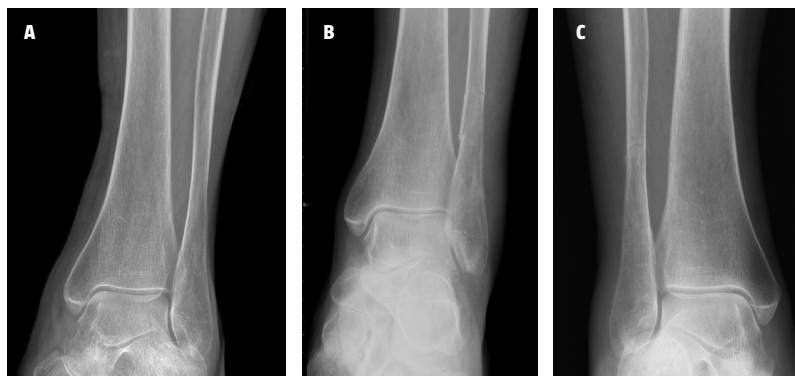
Kvinden i sygehistorien havde flere risikofaktorer, der gjorde, at hun havde øget risiko for stressfrakturer. Hun havde osteoporose, var kvinde i postmenopausen og gik lange ture. **Tabel 1** viser en samlet liste over kendte risikofaktorer for udvikling af stressfrakturer [1]. Kendskab til disse risikofaktorer er vigtigt for at kunne identificere patienter med disse frakturer. Ud over at patienten havde flere velkendte risikofaktorer, tog hun alendronat, et bisfosfonat, som kan have været en medvirkende årsager til hendes stressfrakturer. Ved klinisk brug har det vist sig, at længerevarende behandling med bisfosfonater måske resulterer i stressfrakturer i bækkenet og i atypiske frakturer af skaftet og subtrokantært på femur [3].

Det er sygehistorien og den kliniske undersøgelse, der skal give mistanke om stressfraktur. Det primære symptom er smerte, som debuterer uden forudgående traume. Smerten forværres ved belastning og svinder ved hvile. Samtidig har patienterne en eller flere risikofaktorer for udvikling af stressfrakturer. Ved den kliniske undersøgelse findes typisk lokal ømhed og hævelse over den involverede knogle [1].

Til diagnosticering af stressfrakturer bruges røntgenbilleder, men sensitiviteten er lav, især inden for de første uger efter symptomdebut [4]. Ved klinisk mistanke og negativt røntgenfund tidligt i forløbet bør patienten aflastes og få gentaget røntgenundersø-

FIGUR 1

A. Røntgenbillede af patientens venstre fodled fra september 2011. Billedet viser ingen synlig fraktur, men tegn til osteopeni. B. Røntgenbillede af patientens venstre fodled fra oktober 2011 viser udisloceret stressfraktur 4 cm fra spidsen af laterale malleol. C. Røntgenbillede af patientens højre fodled fra 2013 viser udisloceret stressfraktur af distale fibula.





TABEL 1

Risikofaktorer for udvikling af stressfrakturer.

Faktor	Øget risiko for stressfrakturer
Køn	Hunkøn – især kvinder, der ikke har menstruation
Fysik aktivitet	Fysisk aktivitet hvor udøveren bliver udsat for stor belastning Øget aktivitet Pludselig øgning i træningsintensitet
Anatomi	Flade eller høje fodbuer
Sygdom	Osteoporose

gelsen ved fortsatte gener. MR-skanning og knogle-scintigrafi har højere sensitivitet og kan identificere stressfrakturer, allerede når de er få dage gamle [4]. Dette er dog ikke relevant ved diagnosticering af stressfrakturer i distale fibula.

Denne kasuistik illustrerer, at ankelsmerter hos en patient med risikofaktorer for stressfraktur bør føre til røntgenundersøgelse. Stressfrakturer kan nemt overses, hvis man ikke har mistanke om dem, og diagnosen bør indgå som differentialdiagnose ved ankelsmerter.

## SUMMARY

Frederik Schwartz & Ida Marie Heerfordt:

Stress fractures of the distal fibula in an osteoporotic woman  
Ugeskr Læger 2014;176:V02140119

We report a case of an 81-year-old osteoporotic woman, who suffered stress fractures of the distal fibula on both sides within a two-year period. The risk factors for stress fractures are reviewed and the importance of a high index of suspicion for stress fractures is emphasized. When a stress fracture is suspected it should lead to plain radiography and treatment with protected weight-bearing with crutches or a brace.

**KORRESPONDANCE:** *Frederik Schwartz*, Amagerbrogade 98, 1. tv., 2300 København S. E-mail: frederikschwartz@hotmail.com.

**ANTAGET:** 25. april 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 4. august 2014

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

## LITTERATUR

1. Warden SJ, Burr DB, Brukner PD. Stress fractures: pathophysiology, epidemiology, and risk factors. *Curr Osteoporos Rep* 2006;4:103-9.
2. Resnick D. *Diagnosis of bone and joint disorders* 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1994.
3. Charopoulos I, Orme S, Giannoudis PV. Fracture risk associated with chronic use of bisphosphonates: evidence today. *Expert Opin Drug Saf* 2011;10:67-76.
4. Krestan CR, Nemeč U, Nemeč S. Imaging of insufficiency fractures. *Semin Musculoskelet Radiol* 2011;15:198-207.