

KORRESPONDANCE: Yuliya Shuysky, Urologisk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro, Lægårdvej 12, 7500 Holstebro. E-mail: jshuysky@gmail.com

ANTAGET: 5. februar 2013.

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 8. juli 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Campobasso P, Schieven E, Fernandes EC. Cowper's syringocele: an analysis of 15 consecutive cases. Arch Dis Child 1996;75:71-3.

2. Bevers RFM, Abbekerk EM, Boon TA. Cowper's syringocele: symptoms, classification and treatment of an unappreciated problem. J Urol 2000;163:782-4.
3. Maizels M, Stephens FD, King LR et al. Cowper's syringocele: a classification of dilatations of Cowper's gland duct based upon clinical characteristics of 8 boys. J Urol 1983;129:111-4.
4. Richter S, Shalev M, Nissenkorn I. Late appearance of Cowper's syringocele. J Urol 1998;160:128-9.

Ankelluksation uden samtidig fraktur af knoglerne

Faiza Qayyum¹, Abbas Ali Qayyum² & Sven Arne Sahlström¹

KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus
2) Kardiologisk Afdeling, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2014;176:V09120545

Det talokrurale led er hyppigt udsat for skader og traumer. Leddet belastes af hele kroppens tyngde, som mangedobles ved spring og hop. Det talokrurale led er et hængselled, der består af de tre knogler tibia, fibula og talus. Tibia og fibula danner tilsammen en ledgaffel, som danner led med talus. Leddet stabiliseres af membrana interossea cruris, som holder tibia og fibula sammen. Distalt nær det talokrurale led er membranen særlig kraftig og danner et uægte led, en syndesmose. Syndesmosen forstærkes fortil og bagtil af to stærke ligamenter hhv. ligamentum tibiofibulare anterius og ligamentum tibiofibulare posterius. Yderligere stabiliseres leddet af stærke ligamenter omkring hhv. den mediale og den laterale malleol bestående af ligamentum deltoideum, ligamentum talofibulare anterius, ligamentum talofibulare posterius og ligamentum calcanofibulare. Leddet tillader en stor bevægelighed i form af sammenlagt 70 grader i plantar- (0-50) og dorsalfleksion (0-20).

SYGEHISTORIE

En 17-årig normalvægtig, fysisk aktiv, tidligere rask dreng blev indbragt til skadestuen efter at være hoppet op imod en anden person (*chestboding*) og i nedspringet være landet forkert på højre fod. Objektivt sås en tydelig fejlstilling i ankelleddet, manglende puls i a. dorsalis pedis, forlænget kapillærrespons og manglende sensorik i tæerne. Han fik morfin og stesolid, og anklen blev reponeret; øjeblikkeligt fremkom der kapillær respons, god puls i a. dorsalis pedis og senere også normal sensibilitet i hele foden. En efterfølgende røntgenundersøgelse viste ingen tegn på fraktur, hvorfor der blev foretaget en kontrol-computertomografi (CT) også uden tegn på fraktur (**Figur**

1). CT'en viste lukkede epifyseskiver. Patienten blev behandlet på skadestuen og fik anlagt en Walkerbandage, som han skulle bære i seks uger, og der blev påbegyndt en tidages dicloxacillinbehandling. Patienten kom til kontrol i ambulatoriet efter en uge, hvor man fandt lettere atrofi af højre lægmuskulatur, ekstensionsdefekt på 5-10 grader og en fleksionsdefekt på 10-15 grader. Der var ingen løshed i anklen, ingen ossøs palpationsømhed, god puls i a. dorsalis pedis og normal sensibilitet. Patienten blev instrueret i restriktivt genoptræningsregime, ingen hoppen, ingen træning på blødt underlag og ingen voldsom sportstræning.

FIGUR 1

Computertomografibillede af patientens ankel i anterior-posterior-projektion (A) og lateralprojektion (B) viser ingen tegn til fraktur.



DISKUSSION

Luksation i det talokrurale led uden samtidig fraktur af knoglerne er en sjældent beskrevet tilstand [1, 2]. En systematisk litteratursøgning fra 2010 afslørede 61 publicerede tilfælde [3]. Luksation ledsages ofte samtidig af fraktur af malleolerne eller den posteriore del af tibia, da ligamenterne er stærkere end de osse elementer i det talokrurale led [1]. Ofte sker der samtidig skade af huden, da den er meget tynd over ankelledet. Luksation i det talokrurale led skyldes ofte højenergitraumer direkte mod fodledet i forbindelse med f.eks. hop eller trafikulykker. Ledet kan lukkes anteriort, posteriort, medialt, lateralt eller som en kombination af disse. Posterior luksation er hyppigst og sker med foden plantarflekteret [1].

I denne tilstand er ligamenterne med undtagelse af ligamentum talofibulare posterius fuldt strakt, og derfor er anklen mere sårbar over for skader. Anterior luksation forekommer hyppigt ved dorsalflekteret fod og kraftigt slag på tibia, posteriort fra [1]. Lateral og medial luksation opstår ved slag mod anklen med foden i inversion, eversion eller roteret stilling [1].

Tidligere tilfælde af ankelfraktur, ankelforstuvning, svag peroneal muskulatur, malleolhypoplasi og ligamentsvækkelse pga. f.eks. Ehlers-Danloss' syn-

drom er disponerende for ankelluksation [4]. Ankelluksation behandles oftest konservativt med aflastning og immobilisering af leddet [1]. Ankelluksation grovreponeres og gipses som udgangspunkt altid på skadestuen, inden der foretages billeddiagnostik. En hurtig reposition mindsker risikoen for ødemdannelse, kompartmentsyndrom og trykskader, som kan forårsage bløddels- og hudnekrose. Reparation sker ved træk i længderetningen, samtidig med at foden rettes op ved tryk over basis af metatarserne.

KORRESPONDANCE: Faiza Qayyum, Nykøbing F. Sygehus, Fjordvej 15, 4800 Nykøbing Falster. E-mail: faizaq87@hotmail.com

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 22. juli 2013

ANTAGET: 6. marts 2013

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

LITTERATUR

1. Karampinas PK, Stathopoulos IP, Vlamis J et al. Conservative treatment of an anterior-lateral ankle dislocation without an associated fracture in a diabetic patient: a case report. *Diabet Foot Ankle* 2012;3:10.3402.
2. Fotiadis E, Kenanidis E, Hytas A et al. Surgical management of closed tibiotalar dislocation: a case report and 2-year follow-up. *J Foot Ankle Surg* 2009;48:e13-e17.
3. Lohrer H, Nauck T. Posterior tibial tendon dislocation: a systematic review of the literature and presentation of a case. *Br J Sports Med* 2010;44:398-406.
4. Davenport M, Schraga ED. Ankle dislocation reduction. <http://emedicine.medscape.com/article/109244-overview> (8. maj 2012).

Motion kan blive et misbrug

Mia Lichtenstein & René Støvring

Træningsafhængighed er et relativt nyt fænomen, som menes at være opstået som følge af væksten i fritidsidræt, ikke mindst joggingbølgen, som ekspanderede i takt med, at mange fik stillesiddende arbejde og mere fritid [1]. Træningsafhængighed blev opdaget tilfældigt i forbindelse med en undersøgelse om betydningen for søvnen af en måneds fravær fra træning [1]. Det viste sig at være vanskeligt at finde forsøgspersoner til studiet, fordi motionisterne ikke ville give afkald på deres daglige træning, selvom de blev tilbudt penge for at deltage i forsøget. *Glasser* var den første, der på et empirisk grundlag beskrev afhængighedssymptomer hos motionsløbere [2]. Han fandt, at løberne fik det psykisk dårligt, hvis de blev forhindret i at træne. Symptomerne lignede de abstinenser, der var beskrevet i alkoholforskningen, eksempelvis irritabilitet og uro. Desuden gav løbetræ-

ningen en følelse af afslappethed, velvære, kontrol og sikkerhed. Derfor udviklede løberne en positiv afhængighed, vurderede *Glasser*. I løbet af 1980'erne ændrede forskningen fokus, idet der blev rapporteret om skadelige konsekvenser af overdreven træning, f.eks. overbelastningsskader, nedsat livskvalitet og indskrænkning af socialt liv [3]. I Danmark blev det første videnskabelige studie af træningsafhængighed i fitnesskulturer indledt i 2010 (**Figur 1**) [4].

DEFINITION OG SYMPTOMER

Afhængighedsforskning har især drejet sig om alkohol og stoffer, men også aktiviteter eller adfærdsmønstre knyttes til afhængighed. I litteraturen er der beskrevet op til 40 forskellige aktiviteter, der potentielt kan føre til afhængighed, hvoraf spil, arbejde, shopping og sex er blandt de mest omtalte [5]. Ifølge

STATUSARTIKEL

Center for
Spiseforstyrrelser,
Odense
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V06130358