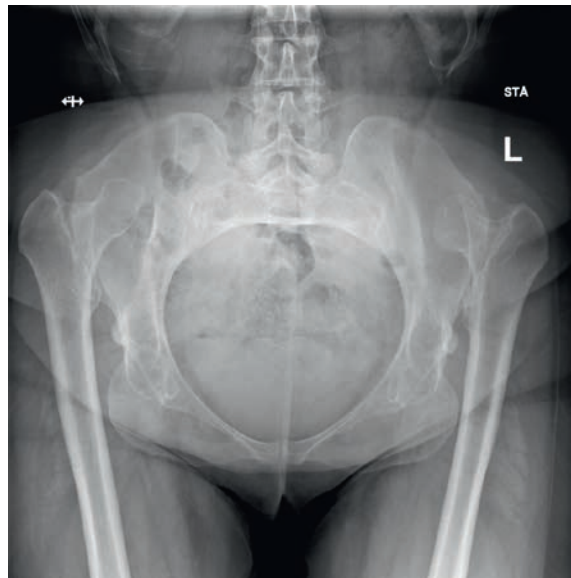


Bilateral kronisk hofteluksation som senfølge af ubehandlet hoftedysplasi



UGENS BILLEDE

redigeres af:

Tove Agner

Karen-Lisbeth Bay

Dirksen

Ida Gjørup

Peter Hovind

Ugeskr Læger

2017;179:V69248

En 35-årig kvinde, som kom til Danmark som flygtning, blev i forbindelse med udredning for lænderygsmarter henvist til røntgenundersøgelse af bækken og hofter. Hun havde en længere anamnese med smerter i ryg og diffus udstråling til begge ben. Under sine fire graviditeter havde hun haft bækkenløsningssymptomer. Hun angav, at hun var født med hoftedysplasi, men at hun ikke var blevet nærmere undersøgt eller havde fået behandling herfor. Ved en objektiv undersøgelse fandt man øget lændelordose med anteriort kippet bækken, nedsat abduktion i hoftelæddene og bilateral positiv Trendelenburgs test. Sensibiliteten var diffust nedsat uden radikulært præg, og hun havde en nedsat gangdistance pga. smerter.

Røntgenundersøgelsen af bækkenet viste, at begge hoftelædder var bilateralt lukserede ca. 10 cm kranialt med hypoplastiske capituli femoris og knap udviklede, meget stejlt forløbende acetabuli. Der syntes ikke at være udviklet neoacetabuli.

Patienten blev herefter viderehenvist til ortopædisk kirurgisk vurdering. Hoftelædders dysplasi forekommer hos ca. 1% af nyfødte og skyldes mekaniske og genetiske faktorer [1, 2]. Ubehandlet hoftelædders dysplasi disponerer til degenerative ledforandringer og smertefulde sekundære artrose. I sjældne tilfælde vil der komme en senkomplikation med total luksation, forkortning, caputnekrose og pseudoartrose, som hos denne patient [1, 2]. Små børn behandles oftest med

abduktionsskiner/bandage i 2-4 måneder med en succesrate på 85-95%. Hos sent opdagede tilfælde kan tilstanden behandles med længerevarende immobilisation, osteotomi og evt. total hoftealloplastik [3]. Screening af nyfødte i Danmark og effektiv behandling gør, at alvorlige senfølger er sjældne [3, 4].

Vi ønsker at gøre opmærksom på tilstanden som mulig differentialdiagnose hos personer, som har hofte-/lænderygsmarter og kommer fra lande, hvor man ikke screener og behandler hoftedysplasi rutinemæssigt.

Teresa Herskind

E-mail: tst@dadlnet.dk

Mine Benedicte Lange

Billeddiagnostisk Afdeling,

Nordsjællands Hospital Hillerød

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

LITTERATUR

- Jacobsen S, Sonne-Holm S. Den dysplastiske hofte I. Ætiologi, epidemiologi og diagnostik. *Ugeskr Læger* 2003;165:210-4.
- Weinstein SL. Natural history of congenital hip dislocation (CDH) and hip dysplasia. *Clin Orthop Relat Res* 1987;225:62-76.
- Jacobsen S, Sonne-Holm S. Den dysplastiske hofte II. Behandling. *Ugeskr Læger* 2003;165:214-9.
- Strandberg C, Konradsen LAG, Ellitsgaard N et al. Ultralydskanning ved diagnostik og behandling af hoftedysplasi. *Ugeskr Læger* 2008;170:235.