

Kasuistik

Ugeskr Læger 2021;183:V04210375

Isoleret luksation af det proksimale tibiofibulare led

Camilla Holmenlund, Anne Marie Nyholm & Ilija Ban

Ortopædkirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2021;183:V04210375

Isoleret luksation af det proksimale tibiofibulare led (PTFL) er en sjælden skade, der kan være svær at diagnosticere på et røntgenbillede [1]. Luksation inddeles efter Ogdens klassifikation i subluksation, anterolateral, posteromedial og superior luksation [2]. De anterolaterale luksationer udgør ca. 85% og er typisk forbundet med sportsskader [3, 4].

SYGEHISTORIE

En 30-årig mand henvendte sig på en skadestue med højresidige knæsmærter efter et vridtraume i knæet under fodboldspil. Han fortalte, at et valgustraume i knæet udløste et smæld efterfulgt af smerte på ydersiden af knæet.

Klinisk fandt man smertebetinget nedsat bevægelse i knæet og palpationsømhed over caput fibula, som var mere prominente end på det modsatte knæ. Patienten kunne ikke vægtbelaste på benet. Der var ingen påvirkning af peroneusnerven.

En røntgenoptagelse gav mistanke om anterolateral luksation af caput fibula (**Figur 1A**), hvilket blev verificeret ved røntgenoptagelse af det raske knæ.

Der blev foretaget ukompliceret lukket reposition: Knæet blev flekteret 90 grader, hvorefter foden blev udadroteret og dorsiflekteret samtidig med, at der blev lagt et direkte tryk på caput fibula fortil. En kontrolrøntgenoptagelse viste, at caput fibula var på plads (**Figur 1B**).

Knæet blev immobiliseret med knæortose i 0-20 grader uden vægtbelastning.

En MR-skanning, der blev udført dagen efter repositionen, viste skade på de bagerste strukturer omkring caput fibula ved ligamentum popliteum arcuatum, den proksimale tilhæftning af popliteussenen og biceps femoris' korte hoved. De forreste strukturer var intakte.

En uge efter skaden blev patienten afbandageret. Ved undersøgelse var bevægelighed af knæet 0-110 grader, og der var fortsat let ømhed over caput fibula samt på ydersiden af højre ankel. En røntgenoptagelse af anklen viste ingen skeletskade. Patienten blev instrueret i ubelastede bevægeøvelser, men at fortsætte uden vægtbelastning i samlet otte uger.

Otte uger efter skaden havde han ingen gener. Klinisk fandt man fuld stabilitet og bevægelighed. Kontrollen blev afsluttet med instruktion i relevante øvelser. Ved telefonisk opfølgning 18 måneder efter skaden var han fortsat i velbefindende i knæ og ankel og havde ingen gener. Han havde genoptaget alle sædvanlige aktiviteter.

FIGUR 1 A1/A2. Anterolateral luksation af det proximale tibiofibulære led visualiseret i to projektioner. **B1/B2.** Leddet ses reponeret i to projektioner. **C.** Opmålt vinkel af det proximale tibiofibulære led. Vinklen var 32 grader, når man tog højde for tibiakondylens anatomiske hældning på ti grader.



DISKUSSION

PTFL akkommoderer for rotationsbevægelser i anklen, idet tibia og fibula har relation ved både PFTL og den distale tibiofibulære syndesmose. Pga. stor stabilitet og en ringe bevægelighed af leddet ses isolerede luksationer sjældent. Luksation sker typisk ved fleksion i knæet ledsaget af et rotationstraume og plantarfleksion [3]. Denne mekanisme medfører, at det posteriore træk på caput fibula fra det laterale collaterale ligament samt biceps femoris-senen afslappes, hvilket medfører, at caput fibula displaceres anteriort.

Traumemekanisme og anatomen medfører risiko for ankel- og syndesmose-skade med deraf følgende ankelinstabilitet, hvorfor det er vigtigt at undersøge ankelleddet [3].

En risikofaktor for luksation af caput fibula er et skråt forløbende PTFL. PTFL er enten horisontalt eller skråt forløbende. Et skråt forløbende led defineres ved en hældning på > 20 grader [3]. Hos patienten i sygehistorien

blev der udmålt en hældning på 32 grader (Figur 1C).

I litteraturen beskrives tilfælde generelt med distinkt ømhed over caput fibula, som er prominende, og patienterne kan oftest ikke bære vægt på benet. Der findes varierende grader af bevægelighed i knæet [1, 4].

Hvis der er klinisk mistanke uden sikker røntgendiagnose, kan der suppleres med røntgenoptagelse af det raske knæ til sammenligning samt CT eller MR-skanning [1].

Reposition beskrives gennemgående foretaget på samme vis som med den teknik, der blev benyttet hos patienten i sygehistorien, men i flere studier beskrives mislykket lukket reponering, som overgår til åben reposition med eventuel fiksering med enten k-tråd eller skruer [3, 5].

Der findes ingen konsensus om efterbehandling efter reposition af leddet. Tidligere studier varierer mellem fuld vægtbelastning til ingen vægtbelastning samt bandagering fra 1-6 uger, med forskellige former for bandagering som eksempelvis støttebind, gips eller knæortose [1, 5].

Luksation af PTFL er forbundet med sequelae i form af instabilitet og kroniske smerter, og instabiliteten kan medføre kronisk irritation af peroneusnerven. Disse sequelae ses i højere grad hos patienter, der ikke reponeres primært [5]. Derfor er det vigtigt at belyse diagnosen, så denne type skader ikke overses i skadestuen.

Den angivne behandling i sygehistorien gav et godt resultat uden men og kan derfor anbefales i lignende tilfælde.

Korrespondance Camilla Holmenlund. E-mail: camilla@holmenlund.dk

Antaget 22. september 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 6. december 2021

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V04210375

SUMMARY

Traumatic isolated dislocation of the proximal tibiofibular joint is a rare injury

Camilla Holmenlund, Anne Marie Nyholm & Ilija Ban

Ugeskr Læger 2021;183:V04210375

Dislocation of the proximal tibiofibular joint should be promptly reduced when recognised in the emergency room. If closed reduction technique is unsuccessful, open reduction with the possibility of fixation should be performed. Currently, no consensus exists regarding the optimal post-reduction regime. We present a case report of a 30-year-old male who suffered a dislocation of the proximal tibiofibular joint during soccer. Closed reduction was successful, and the patient did not suffer from any sequelae later on.

REFERENCER

1. Nieuwe Weme RA, Somford MP, Schepers T. Proximal tibiofibular dislocation: a case report and review of literature. *Strategies Trauma Limb Reconstruct* 2014;9:185-9.
2. Ogden JA. Subluxation of the proximal tibiofibular joint. *Clin Orthop Relat Res* 1974;101:192-7.
3. van Seymortier P, Ryckaert A, Verdonk P et al. Traumatic proximal tibiofibular dislocation. *Am J Sports Med* 2008;36:793-8.

4. Krukhaug Y, Schrama JC. Acute traumatic proximal tibiofibular dislocation: treatment of three cases. *J Orthopaed Case Rep* 2019;9:98-101.
5. Kruckeberg BM, Cinque ME, Moatshe G et al. Proximal tibiofibular joint instability and treatment approaches: a systematic review of the literature. *Arthroscopy* 2017;33:1743-51.