

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V03210224

Kombineret luksation af Lisfrancs led og caput fibulae

Bo Madvig Larsen & Naja Bjørslev Lange

Ortopædkirurgisk Afdeling M, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger 2022;184:V03210224

Fraktur med/uden luksation af Lisfrancs led (tarsometatarsal (TMT)-leddet) ses med en incidens i Danmark på 1,8/100.000/år og udgør ca. 0,2% af alle frakturer [1, 2]. Skaderne kan være rent ligamentære, ossøse eller som oftest en kombination af begge. Oversete tilfælde kan med stor risiko medføre invaliderende smerter pga. artrose, foddeformiteter og kronisk instabilitet [2].

Caput fibulae-luksationer beskrives kun kasuistisk i litteraturen [3]. Anterolaterale luksationer er hyppigst forekommende, men luksation i posteromedial samt superior retning er også beskrevet [4]. Klinisk ses typisk smerter på ydersiden af knæet, som forværres ved fleksion og ofte ledsages af smertebetinget nedsat bevægelighed. Reponeres leddet ikke, kan skaden føre til kronisk subluksation af det proksimale tibiofibulare led, artrose, instabilitet og smerter [3].

Begge skader bliver hyppigt overset, er ofte sportsrelaterede og opstår ved samme skadesmekanisme, nemlig rotation af underekstremiteten på en plantarflekteret fod. Kasuistisk er der dog beskrevet talrige variationer af mekanismer [2, 3].

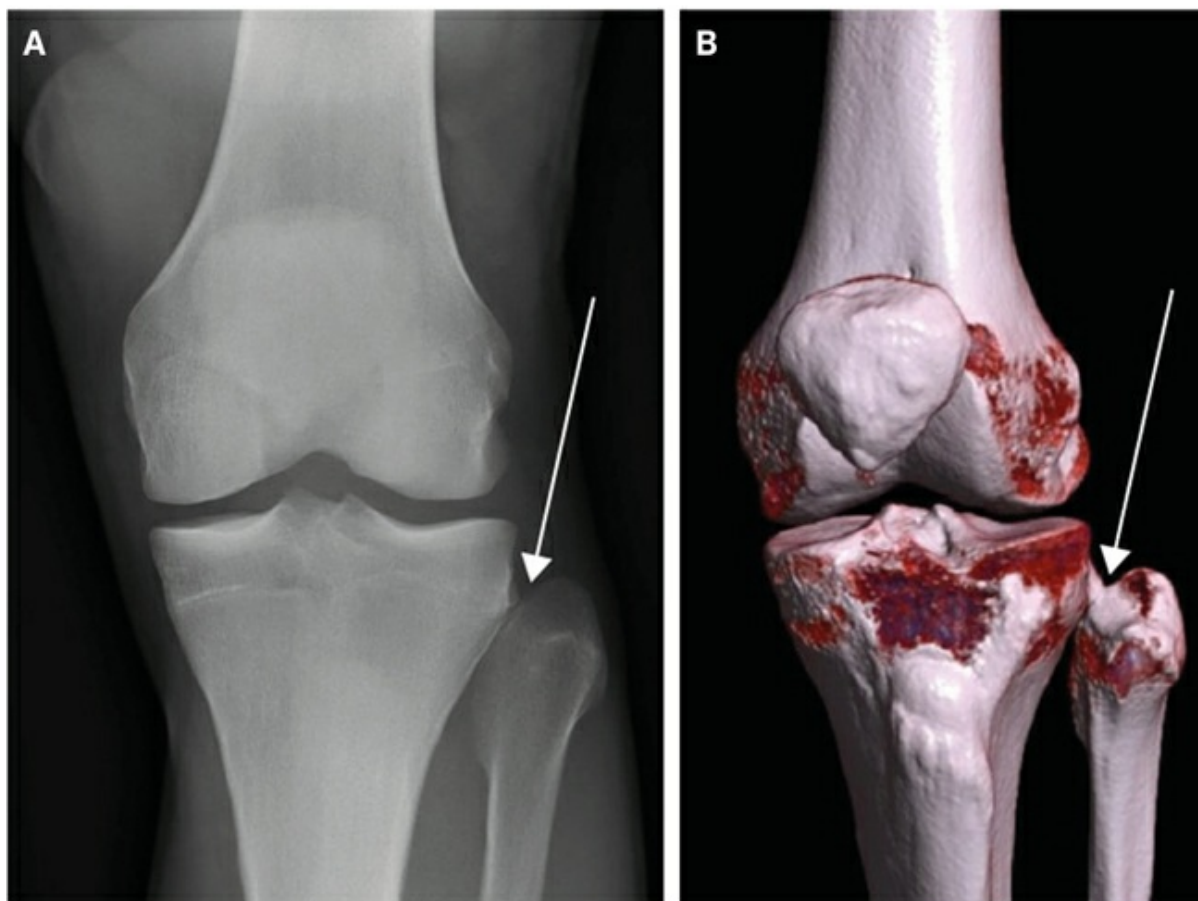
Vi beskriver her en case, hvor en ung mand har pådraget sig disse to skader samtidig.

SYGEHISTORIE

En 26-årig mand blev indbragt til akutmodtagelsen, da han under en basketballkamp kolliderede med en modspiller og efterfølgende fik voldsomme smerter i venstre fod. Efter ankomsten bemærkede patienten desuden smerter på ydersiden af venstre knæ. Smerterne opstod under kollisionen, hvor modspilleren landede på patientens fod, som blev låst fast mod underlaget, hvorefter patienten pådrog sig et vrid i venstre underekstremitet.

Objektivt fandt man hævelse, ømhed og fejlstilling i mellemfoden samt øget fylde og ømhed i caput fibulae. Røntgenundersøgelse og efterfølgende CT af venstre fod viste luksation i hele Lisfrancs led med lateral dislokation af samtlige metatarser (Myersons type A). Røntgenundersøgelse af venstre knæ gav mistanke om øget afstand i det proksimale tibiofibulare led, og CT bekræftede en anterolateral luksation af caput fibulae (Figur 1).

FIGUR 1 Røntgenbillede (A) og CT-rekonstruktion (B) af patientens venstre knæ. Markeret med pile ses luksation af caput fibulae. På CT-rekonstruktionen ses som tegn på luksation, at fibulas artikulerende overflade i det proksimale tibiofibulære led er blottet.



Patienten blev opereret hurtigst muligt. Under gennemlysning fandtes samtlige TMT-led svært instabile. Der blev foretaget bridging med stabilisering af første, andet og tredje TMT-led med dorsale skinner og slutteligt stabilisering af fjerde og femte TMT-led med Kirschner (K)-tråde. Pga. instabilitet blev cuneiforme mediale et intermedius reponeret og stabiliseret med en 3,5-mm corticalisskrue. Der blev efterfølgende fundet fuld stabilitet intercuneiformt samt i hele Lisfrancs led. Caput fibulae blev reponeret med et tryk forfra efterfulgt af et mærkbart »klik« og slutteligt testet i gennemlysning sammen med syndesmosen, som begge blev fundet stabile.

Postoperativt blev anlagt Walkerbandage med et regime uden støtte i otte uger efterfulgt af to uger med tiltagende støtte. K-trådene blev fjernet efter seks uger. I forbindelse med afbandagering ti uger postoperativt var patienten uden smerter og påbegyndte fysioterapi. Efter seks måneder var der planlagt fjernelse af skinner og skruer.

DISKUSSION

Luksation af caput fibulae kan ses i kombination med frakturer i crus eller ankelled [3], og Lisfrancs fraktur-luksation kan have ledsagende skader i mellemfod og ankel [2, 5], men kombinationen af disse er ikke tidligere beskrevet i litteraturen trods det forhold, at traumemekanismerne er ens.

Lisfrancskader kan trods betydelig ligamentskade og instabilitet være vanskelige at se på primære ubelastede røntgenbilleder i skadestuen, og det estimeres, at ca. 30% af skaderne overses primært [2, 5]. Ved mistanke om luksation af caput fibulae kan et røntgenbillede af det raske knæ til sammenligning, og alternativt også CT, være brugbart med henblik på at bekræfte diagnosen [3]. I denne sygehistorie var smerterne i foden så udtalte, at patienten først registrerede gener på ydersiden af knæet i forbindelse med den objektive undersøgelse – skaden kunne derfor have været overset alene på den baggrund. Luksation af caput fibulae kan klinisk ligne en lateral menisklæsion, hvorfor denne relativt sjældne differentialdiagnose bør have in mente ved smerter på ydersiden af knæet efter et traume [3].

Denne sygehistorie understreger, at man ved en inkonklusiv røntgenundersøgelse altid bør overveje yderligere billeddiagnostik, hvis der er klinisk mistanke om fraktur og/eller luksation. Det anbefales, at hele ekstremiteten undersøges for ledsagende skader, selvom en eventuel kombination kunne synes mindre sandsynlig, da smerterne fra området kan være sparsomme eller overskygget af andre smerter i den akutte situation.

Korrespondance Bo Madvig Larsen. E-mail: bomadvig@gmail.com

Antaget 13. oktober 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 3. januar 2022

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

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V03210224

SUMMARY

Combination of a Lisfranc injury and a dislocation of the proximal tibiofibular joint

Bo Madvig Larsen & Naja Bjørslev Lange

Ugeskr Læger 2022;184:V03210224

Lisfranc injuries and dislocations of the proximal tibiofibular joint are both rare and frequently missed on initial examination. However, delayed treatment can lead to chronic instability. This is a case report of a 26-year-old man, who received both of these injuries on the same extremity from a collision during a basketball game. The dislocation of the proximal tibiofibular joint was treated with closed reduction, however the Lisfranc injury required open reduction and internal fixation. At the follow-up after ten weeks, the patient was doing well and started rehabilitation.

REFERENCER

1. Rasmussen CG, Jørgensen SB, Larsen P et al. Population-based incidence and epidemiology of 5912 foot fractures. *Foot Ankle Surg* 2021;27:181-5.
2. Eleftheriou KI, Rosenfeld PF, Calder JDF. Lisfranc injuries: an update. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2013;21:1434-46.
3. Nieuwe Weme RA, Somford MP, Schepers T. Proximal tibiofibular dislocation: a case report and review of literature. *Strategies Trauma Limb Reconstr* 2014;9:185-9.
4. Cunningham NJ, Farebrother N, Miles J. Review article: Isolated proximal tibiofibular joint dislocation. *Emerg Med Australas*

2019;31:156-62.

5. Sushant DG, Ashwin B, Sistla VM, Atul B. Lisfranc dislocation having bimalleolar fracture with syndesmotic injury. J Orthop Case Rep 2011;1:12-5.