

Tidligere kasuistikker har overvejende omhandlet gynækologiske procedurer hos yngre, raske kvinder [3, 4], som havde uspecifikke influenzalignende symptomer, der progredierede hurtigt til septisk shock med ødemer og hæmokoncentration, perikardieffusion, pleuraeffusion og/eller ascites, svær leukocytose, såkaldt leukæmoid reaktion og fravær af feber.

Ovariecysten hos patienten i sygehistorien husede *C. sordellii*. Til trods for lav vaginal incidens af *C. sordellii* har det gynækologiske fokus været dominerende i tidligere cases, hvorfor invasion af bakterien fra vagina til cysten er plausibel. Spredning fra mikroperforationer i colonadenokarcinomet, som var vægforykket med tydelig inflammation, kan dog ikke udelukkes. Patienten havde initialt symptomer på diverticulitis, som trods CT-fundet ikke blev genfundet ved laparoskopi. Selv om patienten var svært septisk allerede inden den transabdominale cystepunktur, kan punkturen teoretisk have medført hæmatogen spredning af bakterier eller eksotoksiner, hvilket kan have forværret forløbet. Dyrkning af cystematerialet viste, at det var positivt for *C. sordellii*, mens bloddyrkning var negativ, hvilket dog kan skyldes, at *C. sordellii* er vanskelig at fremdyrke.

Antibakteriel behandling bør påbegyndes tidligst muligt og udgøres af højdosispenicillin og clindamycin, hvoraf sidstnævnte har en vis hæmmende effekt på eksotoksinproduktionen [5]. Kirurgisk intervention skal overvejes ved kendt fokus [1].

C. sordellii er således en mulig årsag til septiske tilstande med nedre abdominalt/gynækologisk fokus.

KORRESPONDANCE: Jens Holst Bjerregaard. Kastrupvej 56, 3. tv., 2300 København S. E-mail: jensbjerregaard@hotmail.com

ANTAGET: 28. september 2011

FØRST PÅ NETTET: 21. november 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSER: Kirsten Møller, Intensiv Afdeling Z, Bispebjerg Hospital, takkes for generel supervision og hjælp til redigering.

LITTERATUR

1. Aldape MJ, Bryant AE, Stevens DL. Clostridium sordellii infection: epidemiology, clinical findings and current perspectives on diagnosis and treatment. Clin Infect Dis 2006;43:1436-46.
2. Shannon C, Veatch M, Chong E et al. Vaginal and rectal clostridial colonization among women of reproductive age in the United States. Contraception 2010;82:214.
3. Spelman D. Toxic shock syndrome due to Clostridium sordellii. www.uptodate.com (10. juni 2010).
4. Abdulla A, Yee L. The clinical spectrum of CS bacteraemia: two case reports and a review of the literature. J Clin Pathol 2000; 53:709-12.
5. Stanek JL, Washington JA 2nd. Antimicrobial susceptibilities of anaerobic bacteria: recent clinical isolates. Antimicrob Agents Chemother 1974;6:311-5.

Total ruptur af hasemusklerne proksimalt på låret kan forveksles med fibersprængning

Iben Kannegård Pedersen¹, Theis Thillemann² & Jens Ole Storm¹

KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Horsens

2) Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Hasemusklerne består af m. biceps femoris, m. semimembranosus og m. semitendinosus, som fungerer som ekstensorer i hoftelæddet og fleksorer i knæledet. Fibersprængninger og forstrækninger af muskelgruppen sker hyppigt hos idrætsudøvere i forbindelse med hyperfleksion i hoftelæddet på strakt knæ. Total ruptur af hasemusklerne, som på bagsiden af låret proksimalt hæfter på tuber ischii, er derimod en sjælden skade, som kan mistolkes som en fibersprængning [1, 2].

Ubehandlet kan totalruptur af hasemusklerne føre til kroniske smerter, nedsat kraft og neurologisk påvirkning af n. ischiadicus' innervationsområde [1-4]. Det kan føre til nedsat aktivitetsniveau og dårlig livskvalitet.

SYGHEHISTORIE

En 50-årig kvinde stod på vandski for første gang. Ved igangsætning gled skien ud til siden, og hun mærkede et smæld i baglåret. Hun kunne ikke støtte på benet pga. smerter og tendens til krampe i baglåret. Forsøg på aktiv bevægelse af knæ eller hofte gav iskiaslignende smerter.

Ved den objektive undersøgelse på skadestuen lå patienten med flekteret knæ og indadrotation i hofte. Ved palpation fandt man ømhed i muskelbugen bag på låret og proksimalt ved hasemusklernes insertion på tuber ischii. Der var fri passiv bevægelse af hofte og knæ. Knæundersøgelsen viste normale forhold. Ved en røntgenundersøgelse af bækkenet påviste man hverken frakturer eller knogleafsprængning.

ger. Den efterfølgende dag blev der efter ambulante vurdering udført en magnetisk resonans (MR)-skanning, som bekræftede total ruptur af hasemusklene fra tuber ischii (Figur 1).

På tredjedagen blev patienten opereret. Via en tværcinsection ved underkanten af m. gluteus maximus blev senen fra hasemusklene fundet ca. 12 cm distalt for tuber ischii. Senen blev reinsineret med tre knogleankre lateralt på tuber ischii.

Postoperativt blev patienten mobiliseret med krykke stokke og 90 graders fleksions skinne på knæet i fire uger, derefter fri bevægelighed af knæet i yderligere to uger uden belastende øvelser, hvorefter gradvis øgning af belastning og fysioterapi blev påbegyndt.

Otte måneder postoperativt var patienten tilfreds med resultatet. Der kunne dog opstå smerter i baglåret, når hun sad i længere tid. Hun cyklede og løb, som før skaden opstod, men kunne af og til få lidt træthedsfølelse i baglåret.

DISKUSSION

Totalruptur af hasemusklene forekommer sjældent, og ofte overses rupturerne i det akutte forløb eller fejltolkes som værende en forstrækning eller delvis ruptur af muskelgruppen [2, 5].

Skaden er tidligere rapporteret i forbindelse med sport såsom skiløb, rugby, vandski, tennis, gymnastik og løb. Skadesmekanismen er kraftig hyperfleksion i hoften, mens patienten har strakt knæ [5].

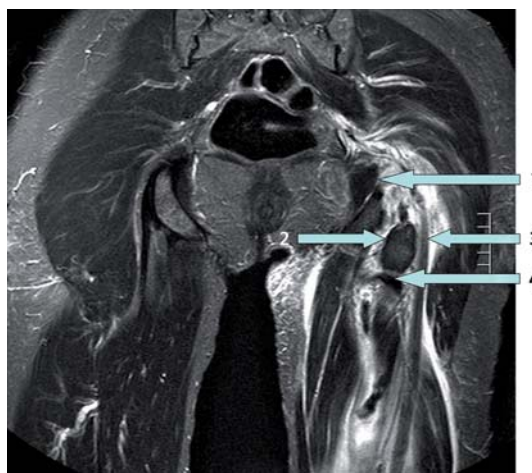
Patienterne mærker oftest et smæld i baglåret og har derefter kraftige smerter i samme region. De har svært ved at støtte på benet og har smerter, når de sidder ned.

Objektivt skal man være opmærksom på formændringer af baglåret, hvilket dog kan være sløret af en hæmatomdannelse. Patienterne har tendens til kramper i baglåret samt nedsat styrke ved ekstension af hoften og ved fleksion af knæet.

Tidligere er både konservativ og operativ behandling af total ruptur beskrevet. Efter konservativ behandling er der beskrevet flere tilfælde, hvor den skadede ikke har kunnet vende tilbage til tidligere sportsaktiviteter pga. smerter i låret, nedsat kraft og udtrætning [1, 4, 5]. Desuden er der tidligere beskrevet iskiaslignende smerter efter konservative forløb [1, 4].

Operativ behandling har oftest et godt resultat, hvor patienten kan vende tilbage til tidligere sportsaktiviteter med få eller ingen gener [2-5]. Operation tidligt i forløbet er at foretrække, da operation senere kompliceres af arvævsdannelse, som ligger nær n. ischiadicus. Allerede efter få uger kan der opstå adhærencer [2, 3].

FIGUR 1



Magnetisk resonansskanning, der bekræfter total ruptur af hasemusklene fra tuber ischii. Pil 1: tuber ischii, pil 2: hæmatom, pil 3: n. ischiadicus og pil 4: afrevet hase-muskel.

Det er vigtigt, at der ved mistanke om total ruptur af hasemusklene fra tuber ischii proksimalt på bagsiden af låret foretages MR-skanning inden for den første uge efter skaden, så patienten kan opereres, inden arvævsdannelsen begynder. Risikoen ved operation er infektion og nerveskader. Ved operationen er det derfor vigtigt at være opmærksom på n. ischiadicus og n. cutaneus femoris posterior, der begge ligger nær operationsområdet.

Operation bør overvejes hos yngre eller aktive patienter, som har ønske om et højt fysisk aktivitetsniveau. Hos mindre aktive og ældre patienter, som kan leve med kraftnedsættelse, vil et konservativt forløb være at anbefale.

KORRESPONDANCE: Iben Kannegård Pedersen, Læsøvej 1, 8382 Hinnerup. E-mail: ibepeder@rm.dk

ANTAGET: 14. september 2011

FØRST PÅ NETTET: 28. november 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Chakravarthy J, Ramisetty N, Pimpalnerkar A et al. Surgical repair of complete proximal hamstring tendon ruptures in water skiers and bull riders: a report of four cases and a review of the literature. *Br J Sports Med* 2005;39:569-72.
2. Gidwani S, Bircher MD. Avulsion injuries of the hamstring origin – a series of 12 patients and management algorithm. *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89:394-9.
3. Konan S, Haddad F. Successful return to high level sports following early surgical repair of complete tears of the proximal hamstring tendon. *Int Orthopaed* 2010;34:119-23.
4. Carmichael J, Packham I, Trikha SP et al. Avulsion of the proximal hamstring origin. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91:249-56.
5. Klingele KE, Sallay PI. Surgical repair of complete proximal hamstring tendon rupture. *Am J Case Report Sports Med* 2002;30:742.