

Jan-Erik Bergqvist, ST-läkare

Otte Brosjö, docent, överläkare, båda vid ortopedkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Fallbeskrivning

Atraumatisk underbenssmärta med sällsynt genes

■ En 42-årig, tidigare väsentligen frisk kvinna, uppsökte vår akutmottagning med två veckors anamnes på värk i vänster underben. Inget utlösande trauma förelåg, inte heller insekts- eller djurbett. Patienten förnekade även längre tids tryck mot benet. Hon hade av annan läkare ordinerats NSAID på misstanke om benhinneinflammation. Vid symtomdebuten hade patienten också noterat en ärtstor resistens vid ena bröstet, en förändring hon dock inte hade sökt för. En vecka efter symtomdebuten tillkom svullnad av vänster underben, parestesier över vänster fotrygg samt droppfot.

Vid undersökningen på akutmottagningen var proximala 2/3-delen av den antero-aterala muskellogen på underbenet konsistensökad, närmast hård men väsentligen oöm. Underbenet uppvisade för övrigt inga avvikelser. Patienten hade nedsatt beröringssensibilitet över fotryggen samt en klart nedsatt dorsalextensionsförmåga av foten. Perifera pulsar kunde palperas. Knäleden befanns vara utan anmärkning.

Laboratoriemässig analys visade normalt blodstatus men med 15,6 procent lymfocyter, CRP 43 mg/l och CK 2,7 µkat/l.

En ultraljudsundersökning av underbenet visade proximalt-lateralt, motsvarande m tibialis anterior, en volymökning av muskeln vilken också hade lägre ekogenicitet och var generellt oregelbunden i strukturen jämfört med höger underben. Inga fokala processer i muskeln eller avgränsbara hematoma sågs. Blodflödet i muskeln var normalt och blodflödet i a tibialis anterior bedömdes likaså gott. Sammantaget en bild som vid kraftigt ödem i muskulaturen.

Man utförde nu tryckmätning i den antero-laterala muskellogen och fann ett intramuskulärt tryck på ca 100 mm Hg. Akut fasciotomi av de bågge laterala muskelkompartimenten i vänster underben utfördes. Muskulaturen var blek, ödematös men utan synliga nekroser. Man tog odlingar från vävnadsvätska och muskelvävnad samt vävnad för PAD och såret lämnades öppet. Odlingarna var sedermera negativa men PAD, inkluderande immunfärgning, visade morfologiskt en bild som vid högmalignt B-cellslymfom, lymfoblastisk enligt såväl Kiel- som REAL-klassifikation.

Finnålspunktion av den tidigare beskrivna resistensen vid ena bröstet utfördes. Denna visade en cytologisk bild av högmalignt non-Hodgkin B-cellslymfom (Kiel), extranodalt, diffust, storcelligt B-lymfom (REAL).

Postoperativt minskade värk och svullnad från vänstra underbenet, men patienten utvecklade under vårdtiden mindre resistenser ytligt på bågge låren, sannolikt lymfatisk vävnad.

Tre dygn efter fasciotomin gjordes försök till sekundärsutur av operationssåret, men på grund av kvarstående ödematösa förhållanden avstod man från detta och rekonstruerade huddefekten med delhudstransplantat. Härefter överflyttades patienten till Radiumhemmet där vidare utredning med DT av buk och torax inte visade något makroskopiskt lymfomengagemang och där benmärgsundersökning inte gav några hållpunkter för benmärgsinfiltration. Patienten behandlades framgångsrikt med cytostatika och är nu tre år efter symtomdebuten i komplett remission. Kvinnan har idag inte behov av någon droppfotsskena. Hon går utan hälta och kan aktivt dorsalextendera foten 10 grader. Känsln är något nedsatt längs den laterala fotranden och emellanåt besvärar hon av nattliga kramper i vänstra underbenet och foten.

II Diskussion

Kompartmentsyndrom, dvs ett ökat tryck inom ett eller flera slutna fascierum med åtföljande minskad arteriovenös tryckskillnad och sekundärt störd mikrocirkulation, är en känd konsekvens av frakturer i extremiteterna, kontusionsskador, brännskador, långvarigt tryck mot en extremitet och kärlskador. Obehandlat kan tillståndet leda till irreversibla skador på bara några timmar och därmed risk för amputation.

Ovan nämnda patientfall, med kompartmentsyndrom som första och enda manifestationen av lymfom, är ovanligt om än inte helt unikt. Vi har efter Medlinesökning funnit några få liknande fallbeskrivningar [1-3]. Konklusionen av dessa och vårt patientfall är alltså följande: om genesen till en patients uppkomna kompartmentsyndrom är oklar – ta en biopsi.

Referenser

1. Trumble T. Forearm compartment syndrome secondary to leukemic infiltrates. J Hand Surg 1987; 12(A): 563-5.
2. Southworth SR, O'Malley NP, Ebraheim NA, Zeff L, Cummings V. Compartment syndrome as a presentation of Non-Hodgkin's lymphoma. J Orthop Trauma 1990; 4: 470-3.
3. Veeragandham RS, Paz IB, Nadeemane A. Compartment syndrome of the leg secondary to leukemic infiltration: a case report and review of the literature. J Surg Oncol 1994; 55(3): 198-201.