

Iliac Endofibrose

21årig kvindelig atlet, orienteringsløber, henvender sig med ubehag i højre ben gennem ca. 3år.

Hun beskriver sine symptomer som værende værst, når hun løber i terræn eller når hun løber stærkt. Hun kan også få symptomer ved trappegang. Den fornemmelse hun får er, at hendes h. lår syrer til. Hun har kun gener under aktivitet med høj intensitet. Hun har aldrig nogensinde symptomer i hvile, og det er kun højresidige gener.

Objektivt:

Normale forhold omkring lænderyg, hofter og knæ både hvad angår neurologi samt kliniske test og undersøgelser.

På baggrund af mangel på objektive fund samt anamnese blev tanken ledt hen på iliac endofibrose.

Vi satte derfor en protokol op ift. evt. blodtryksfald i h. ben. Vi valgte en protokol med løb med incline fremfor en protokol med stigende hastighed pga. symptomerne var værst ved løb i terræn sammenlignet med, når hun løb hurtigt på flad vej.

Protokollen består af hvileblodtryk i begge ben samt arm og så en belastningsstige, så patienten mærker et smerteniveau, der er højt. Gerne NRS +8. Efter belastning skal der måles tryk hurtigt for at få det reelle belastningsblodtryk.

Denne atlets hvileblodtryk:

Arm: 121/74 p.87

Ve.ben: 142/74 p.73

Hø.ben: 122/77 p.85

Belastningsprotokollen så således ud.

- 3min løb m.12km/t på 0% incline
- 3min løb m.12km/t på 2% incline

- 3min løb m.12km/t på 4% incline
- 3min løb m.12km/t på 6% incline
- 3min løb m.12km/t på 8% incline

Aftalen undervejs var, at hun skulle sige til 10 sek. før hun stoppede i det sidste interval, og så skulle hun ned og ligge ved siden af løbebåndet, så vi kunne måle tryk hurtigt. Sidste interval blev afbrudt omkring 2.5 minut hver gang.

Vi gentog det sidste interval 3 gange for at få målt 3 tryk på sammenlignelige tidspunkter med samme blodtryksapparat, ved ca. samme puls og ca. samme NRS-score. I princippet hvis man havde 3 ens blodtryksapparater samt tilstrækkelige hænder kunne man nøjes med at løbe én gang.

Blodtrykkene efter belastning:

Arm: 195/107 p.142

Ve.ben: 197/80 p.132

Hø.ben: 77/36 p.149

Således ses der et markant trykfald ned i højre ben.

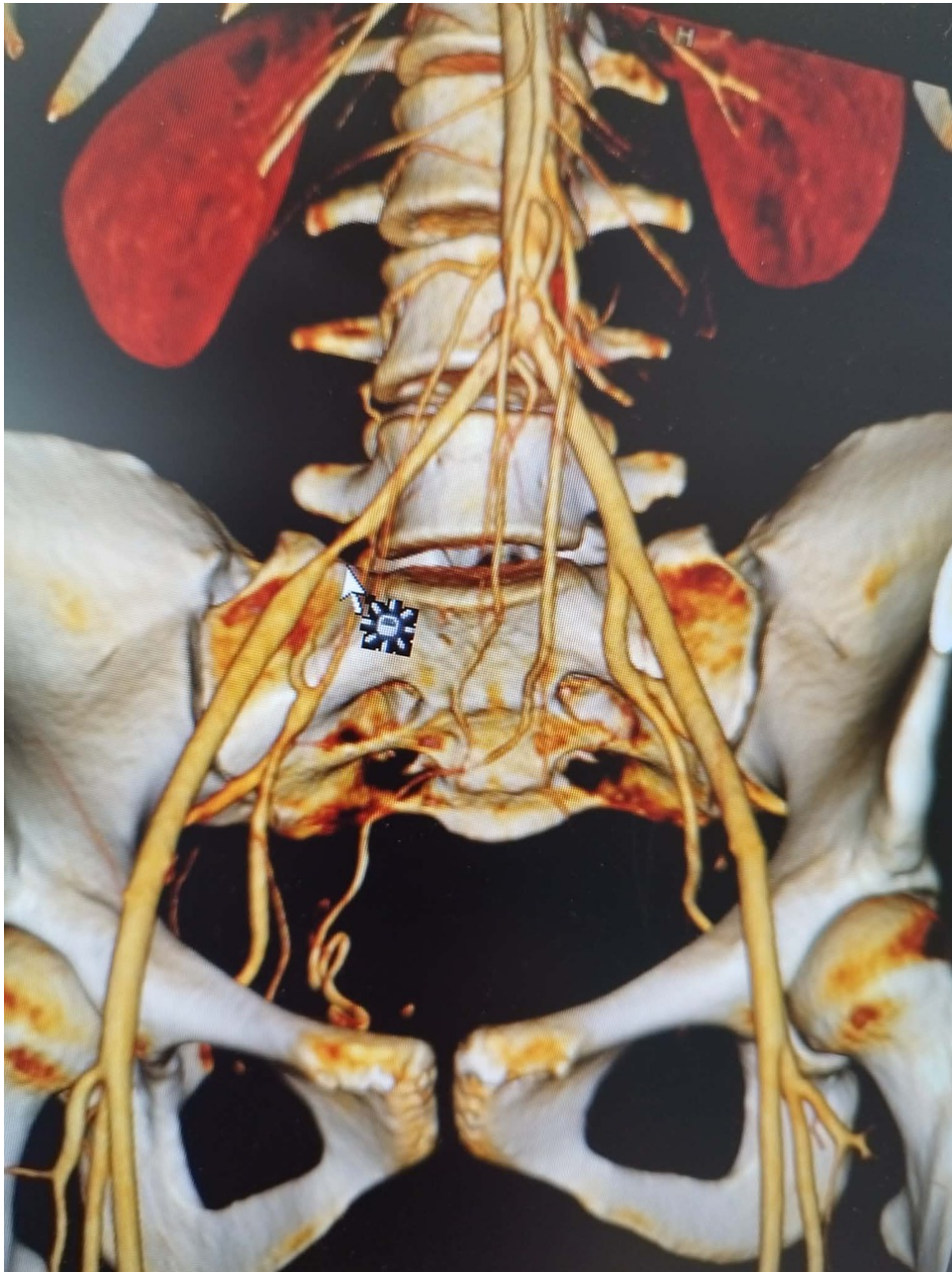
ABI før belastning: 1.0 (122/121mmhg)

ABI efter belastning: 0.39 (77/195mmhg)

Et index på 0.39 tyder på markant perifer arteriel sygdom, vel at mærke kun ifm. smerteprovokerende aktivitet. I hvile er der jf. ABI index ikke tegn på perifer arteriel sygdom.

På baggrund af dette og efter konference med kollaga på karkirurgisk på Rigshospitalet, professor Jonas Eiberg, som er ansvarlig for denne tilstand i Danmark, besluttes det at lave en CT-angiografi fra abdomen til knæ.

Denne ser ud som følgende med en tydelig forsnævring:



Således er der ikke tvivl om at denne atlet har tilstanden iliac endofibrose.

Behandling og viden bag:

Iliac endofibrose er en sjælden tilstand som primært ses hos cykelryttere. Ved tilstanden dannes der arvæv oftest på indersiden af a.iliaca externa. Dette kan ske pga. blodkarret kinker særligt ved cykling.

Det påfaldende ved denne case er, at det er en i sig selv meget sjælden tilstand, der ses hos en løber uden historik med cykling. Det gør det endnu mere sjældent. og det er kun beskrevet som enkelte case studier i litteraturen.

I Danmark udredes denne type patienter oftest via et samarbejde mellem enkelte idrætssklinikker (bl.a. idrætssklinikken på AUH og Institut for Idrætsmedicin, Bispebjerg Hospital) og professor Jonas Eiberg på Rigshospitalet. Enkelte klinisk fysiologiske afdelinger laver også belastningstestene. Vanligvis har vi en belastningsprotokol, der bruges ift. cykling, hvor patienterne oftest har deres symptomer.

Behandling er først og fremmest patientuddannelse om tilstanden. Oftest vil vi prøve at få patienten til at stoppe med den provokerende aktivitet. Oftest er patienten nødt til at stoppe cykling, såfremt det er der, de har deres symptomer, for ikke at danne endnu mere arvæv. Hvorvidt anbefalingen om stop af løb gør sig gældende vides ikke.

Det er muligt at foretage en operation, hvor man fjerner det arvævsramte arteriestykke og substituere det med en vene. Dette er en stor operation og langt fra risikofrit.

I Holland er der et center som er førende inden for denne tilstand. De opererer ca. 25-30 patienter om året med denne tilstand. Kigger man i cykelhistorien kan man se at flere professionelle ryttere er blevet opereret for denne tilstand. Langt fra alle med stor succesrate.

Det vigtigste budskab med denne case er at udbrede viden om, at denne tilstand findes. Oftest kører disse patienter rundt i systemet og ved forskellige behandlere i mange år, da tilstanden for mange er ukendt.

Symptombilledet kan minde lidt om det, som vi ser ved træningsudløst kronisk kompartment syndrom, der særligt ses i underbenet, hvor der i klassiske tilfælde er normale forhold i hvile, og hvor smerten bygges op, når intensiteten øges og med total regression af smerter ved stop af aktivitet. Derudover er lænderygsproblemer samt problemer i hofte/bækken-området også relevante differentialdiagnoser til tilstanden.

Ofte beskriver patienten at der er mangel på power og en dødhedsfornemmelse samt at benet syrer til enten ved cykling og i få tilfælde også ved løb som i denne case.

Referencer:

Protease-activated receptors are potential regulators in the development of arterial endofibrosis in high-performance athletes

J Vasc Surg 2019 Apr – Posthuma et. al.

Iliac Artery Endofibrosis

Eur J Vasc Endovasc Surg 2016 Jul – Hinchcliffe R J

Endofibrosis and kinking of the iliac arteries in athletes: a systematic review

Eur J Vasc Endovasc Surg 2012 Feb – Peach et al.