

Akuta skador fot och fotled



Björn Alkner

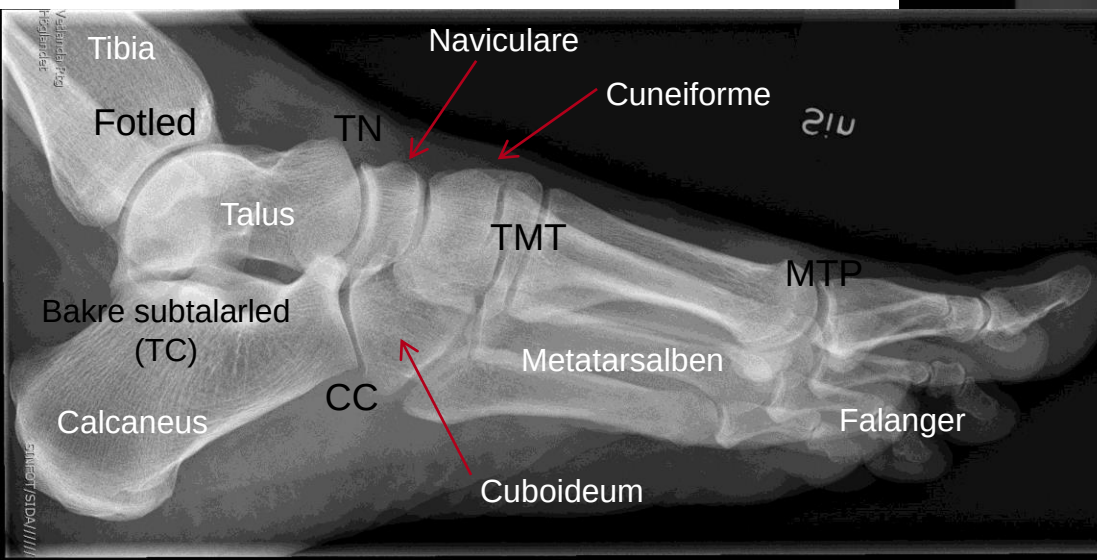
Överläkare, Docent, Adjungerad Universitetslektor
Ortopedkliniken, Höglandssjukhuset Eksjö och
Institutionen för Biomedicinska och Kliniska
Vetenskaper (BKV), Linköpings Universitet



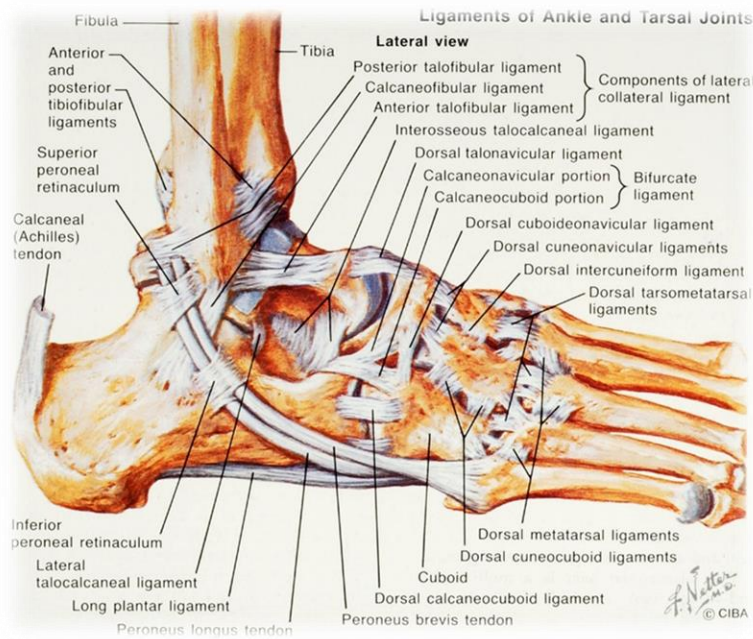
 Region
Jönköpings län

Ben och leder

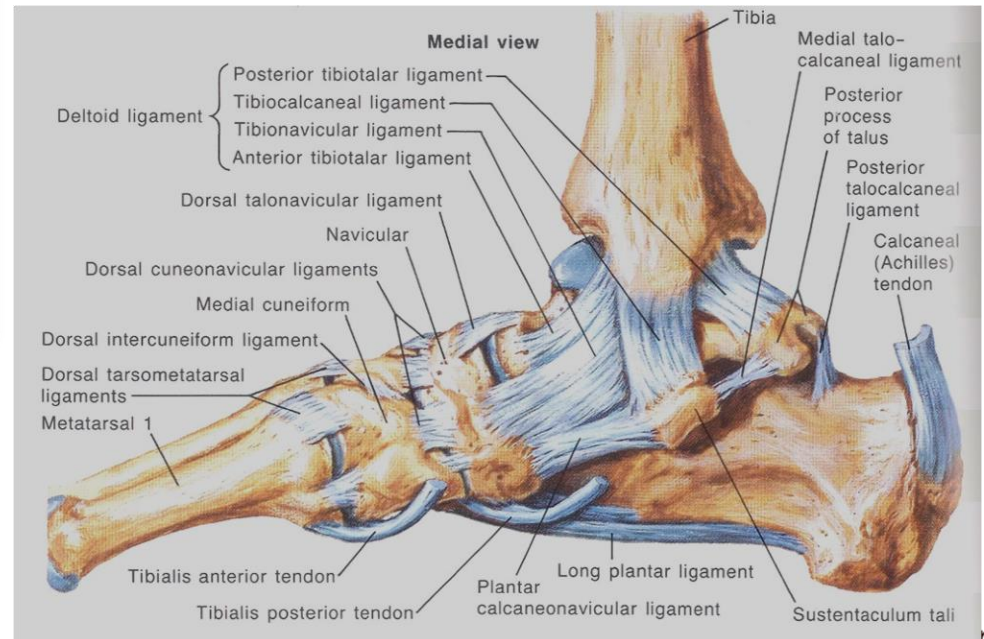
- Fotled
- Subtalarleder (TN, TC, CC)
- NC-leder
- TMT-leder (Lisfranc)
- Stortåns grundled (MTP-1)
- MTP 2-5
- Tåleder (PIP och DIP)



Ligament



- Syndesmos-ligamenten
- Lig FibuloTalare Anterior (FTA)
- Lig FibuloCalcaneare (FC)
- Lig Deltoideum
- Springligamentet
- (Plantarfascian)

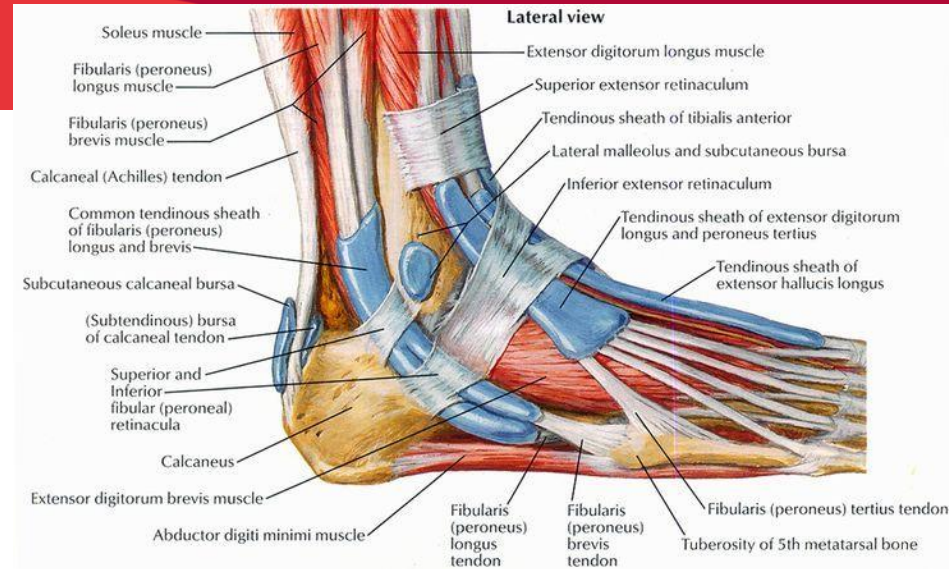


Muskler och senor



Supinatorer

Tibialis posterior
Tibialis anterior

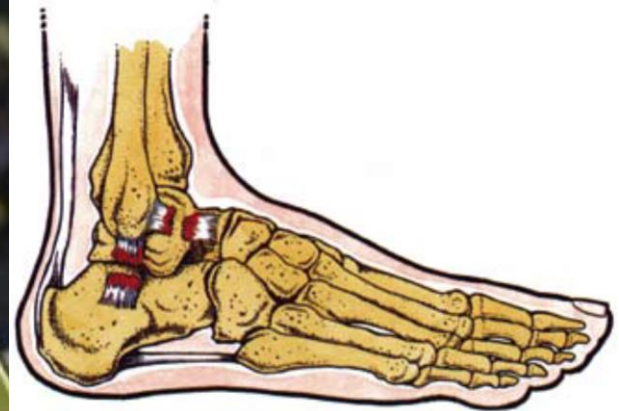


Pronatorer

Peroneus longus och brevis

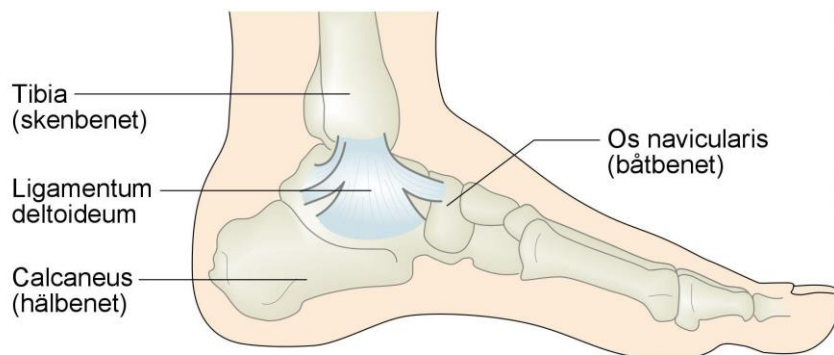
Flexorer och extensorer

Fotledsstukningar

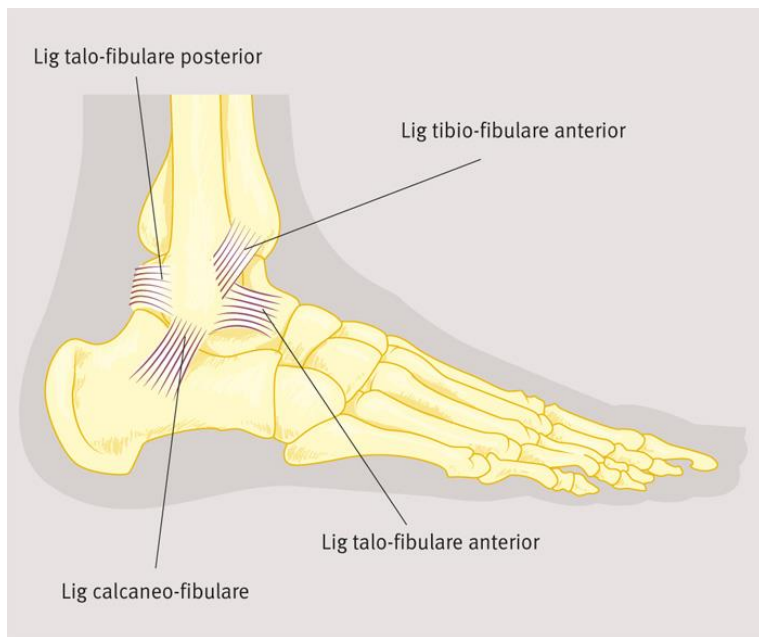


Fotledsdistorsion

- Ca 25% av alla idrottskador
- Oftast supinationsvåld (inåtrotation/plantarflexion)
- Över 90% är laterala
- 2/3 Ligamentum Fibulotalare Anterior (FTA)
- 1/3 FTA+Fibulocalcaneare (FC)
- Skada på FTP ovanligt
- 3-5% medialt Lig. Deltoideum (pronationsvåld)
- Främre syndesmosskada (Ligamentum Tibiofibulare)

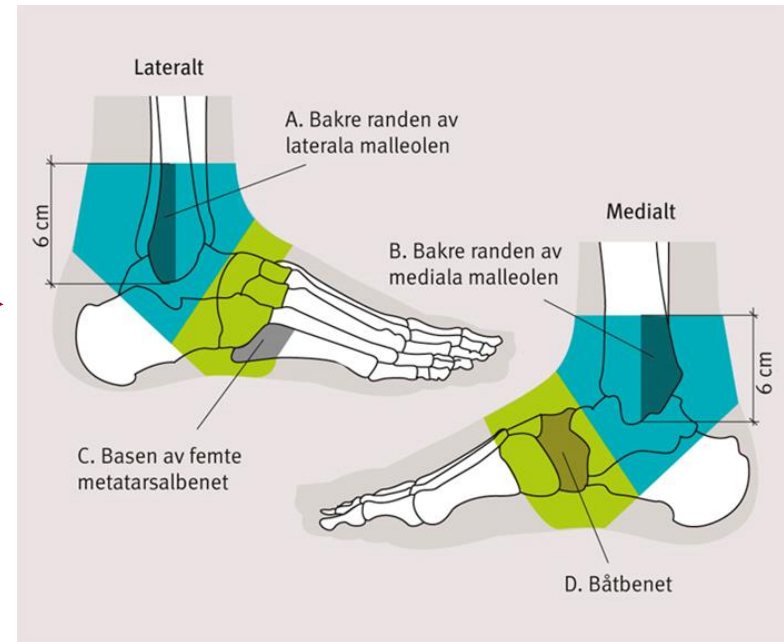


© Birgitte Lerche-Barlach 2012



Utredning

- Vad hände?
- Undersökning –var sitter smärta och ömhet?
- Ottawa Ankle Rules
 - Ingen palpömhet på angivna lokaler →
 - Kan belasta foten (Ta minst 4 steg)
 - Då kan man med stor sannolikhet utesluta fraktur
- Vid tveksamhet - röntgen för att utesluta fraktur och/eller inkongruens
- Ev. MR



Behandling

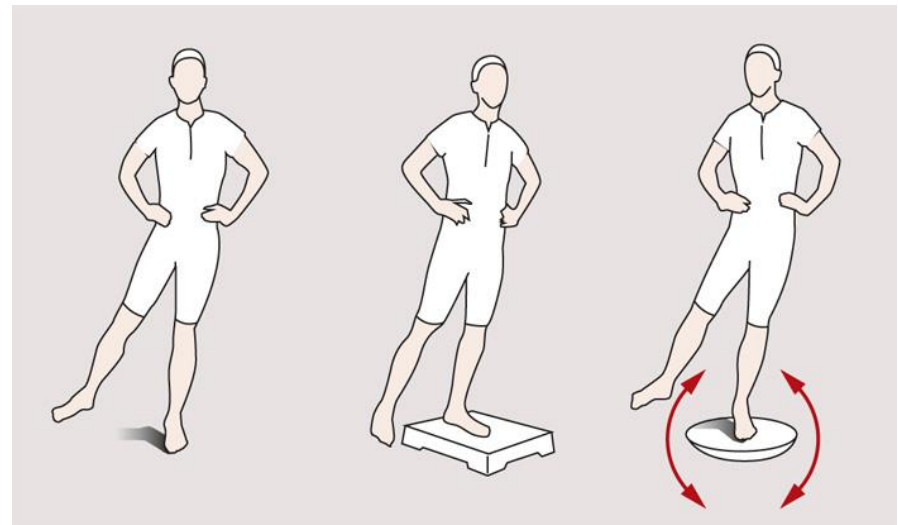
Akut behandling

- Kompression (linda)
- Högläge
- Avlastning

Tidig rehabträning

- Rörelseträning
- Belastning
- Balansträning
- Styrketräning

Tejpning / ortos vid återgång till idrott

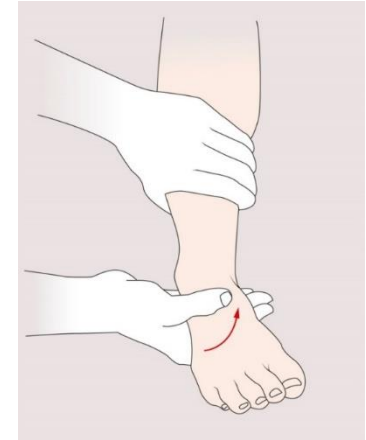


Kronisk instabilitet

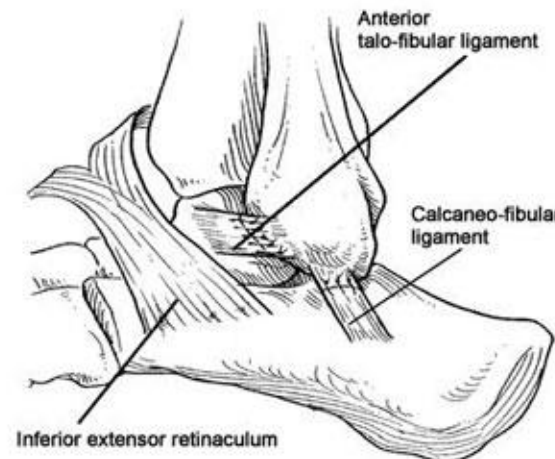
- Ostadighetskänsla
- Upprepade stukningar
- Klinisk instabilitet
- Smärta?
- Utredning
 - Röntgen
 - MR om andra skador misstänks
 - Ultraljud
- Behandling
 - Extensiv Sjukgymnastik
 - Stabiliserande operation
 - Modifierad Broström
 - Ev. artroskopi vid broskskador
 - Mikrofrakturering



Främre draglådetest
(FTA)

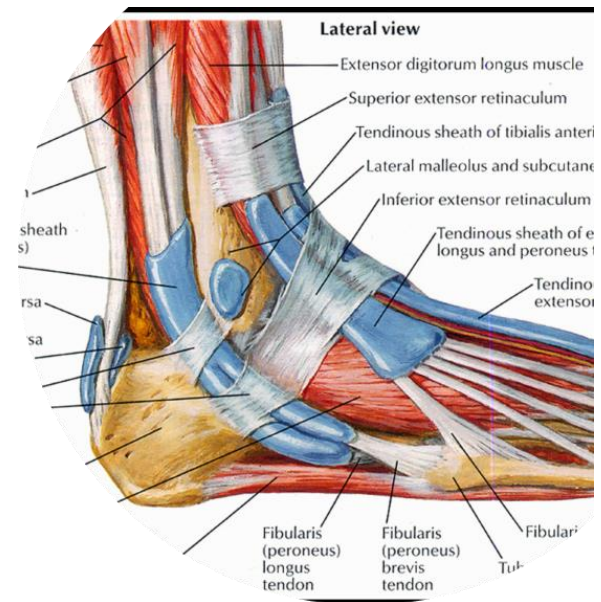
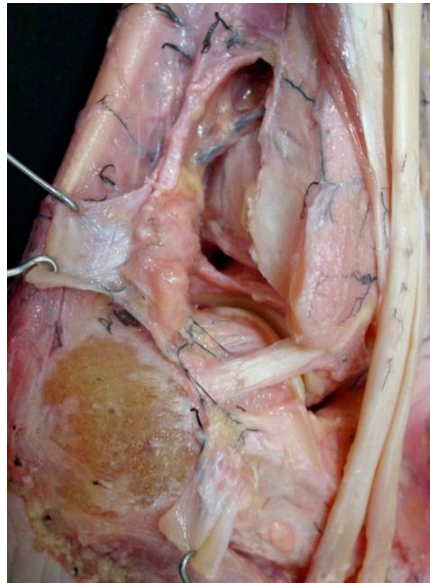


Inversionstest
(Talar tilt) (FC)



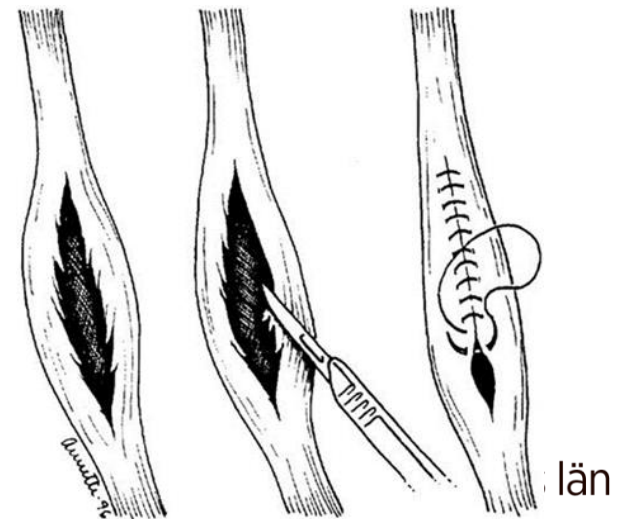
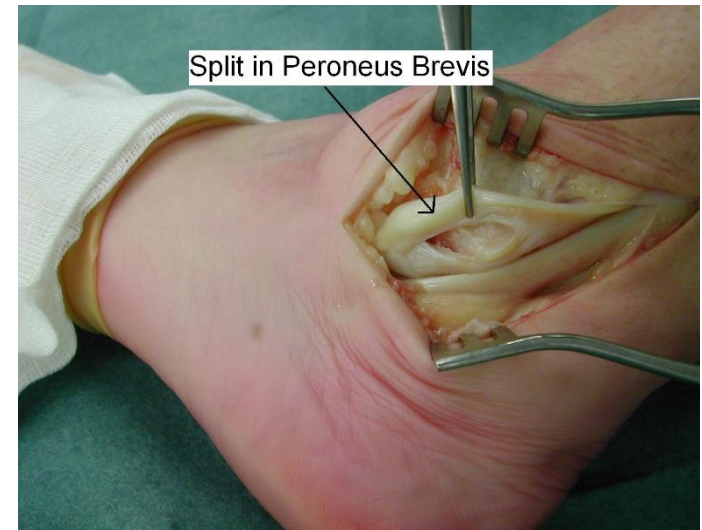
Peroneusseneluxation

- Kontraktion av peroneusmuskulaturen med foten fixerad
- Missas ofta akut
- Provocera med pronation mot motstånd - luxation
- Op med sutur av övre retinaklet



Akut peroneusseneruptur

- Drabbar ffa. brevisenan
- Oftast longitudinell ruptur
- Inte helt ovanlig men missas ofta
- Belägen i nivå med lat mall
- Skademekanism: Supinationstrauma där peroneusmuskulaturen aktiveras för att försöka stabilisera foten. Kan bli sekundärt till peroneusseneluxation
- Symtom: smärta, ömhet och svullnad bakom och strax nedom lat mall
- Ses med ultraljud eller MR
- Samtidig skada på laterala ligament vanlig
- Konservativ behandling med stödförband, inlägg med lateral förhöjning, fysioterapi med stabilitetsträning kan provas först men är ofta otillräckligt vid ruptur
- Suture av rupturen oftast möjlig med goda resultat.
- Om uttalad ruptur/degeneration kan resektion + tenodes till longussenan göras.

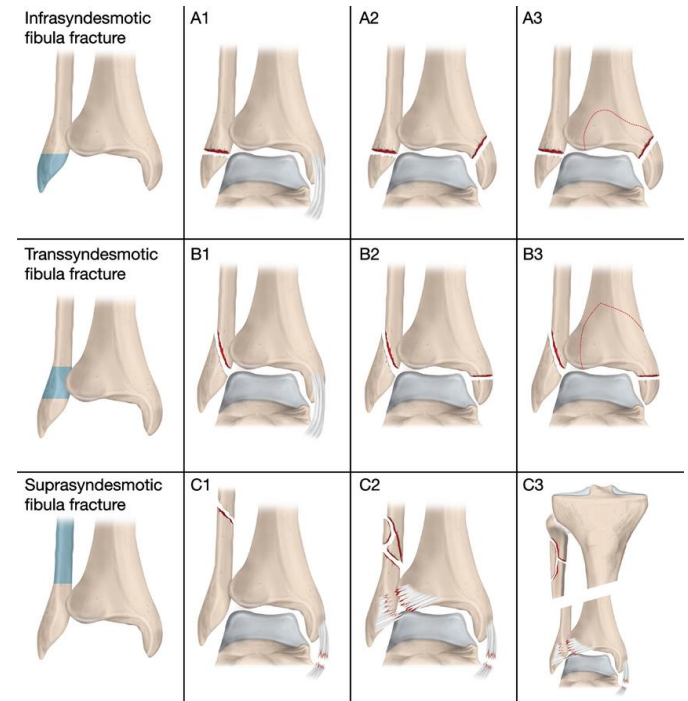


Frakturer

- Alla ben i foten kan fraktureras
- Palpera noggrant
- Vid felställningar kan kirurgi krävas
- Bakfotsfrakturer (bl.a. Calcaneus och talus) kan kräva särskild kompetens och operationsfall

Fotledsfrakturer

- Undersök enligt Ottawa ankle rules
- Tänk på höga fibulafrakturer, palpera hela fibula
- Vid kraftig felställning, luxerad fotledsfraktur - grovreponera och fixera
- Misstanke om fraktur ska föranleda röntgen
- Stabila frakturer kan behandlas med gips/ortos men instabila kräver operation



Lisfrancsskada

- Skada i TMT-lederna
- Kan vara ligamentskador, luxationer och frakturer.
- Kan vara svårt att se på vanlig röntgen.
- Om status över Lisfrancsleden, gör CT.
- Om inkongruens i lederna krävs operation.
- Om det missas kan det ge stora problem framöver



Metatarsalsbensfrakturer

- Proximal metatarsale 5-fraktur
 - Jonesfraktur – gips 6 v eller kirurgi
 - Avulsion – elastisk linda, om stor dislokation kan kirurgi övervägas
- Diafysära metatarsalsbensfrakturer
 - Odislocerade - Gips eller stadig sko
 - Dislocerade kan kräva operation



Tåfrakturer

- De flesta tåfrakturer behöver inte åtgärdas
 - Tvåtåtejpning
- Tåluxation eller felställd tå
 - Dras i axiell riktning – lindas mot intilliggande tå
- Felställda stortåfrakturer kan ibland kräva operation, särskilt intraartikulära frakturer

Hälseneruptur

■ Typisk lokalisation



Diagnostik

Kontrollera tensionen



Palpation av grop

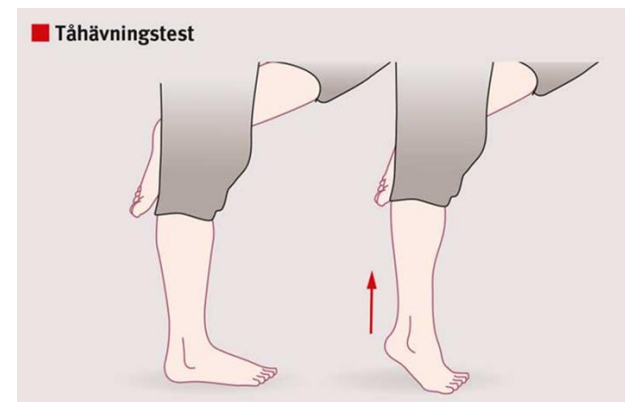


Testa styrkan i
plantarflexion
Finns alltid viss
styrka pga. andra
muskler
Svagare, kan ej gå
upp på tå på ett ben

Matles test

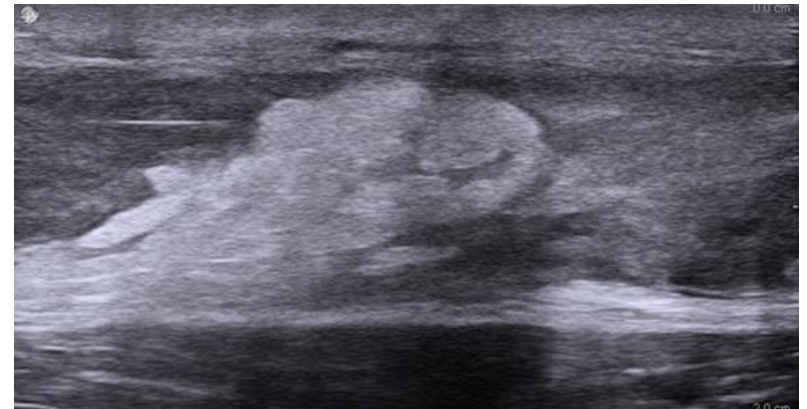


Thompsons test test



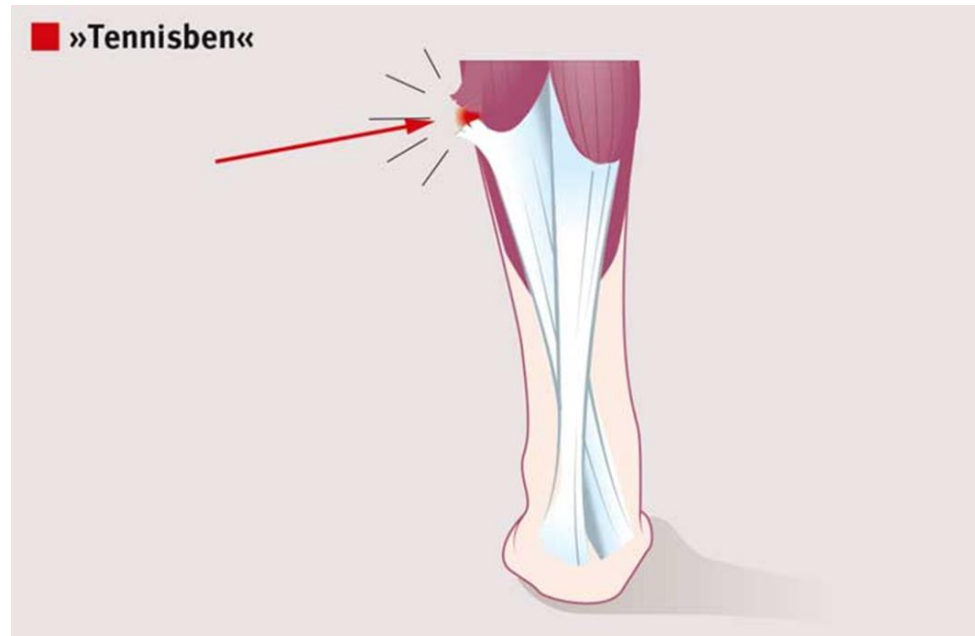
Bilddiagnostik

- I första hand en klinisk diagnos
- Vid tveksamhet kan Ultraljud vara bra
- MR sällan indicerat
- Röntgen behövs oftast inte, om inte misstanke om skelettskada som diffdiagnos



Diffdiagnoser

- Tennisben / Gubbvad
- Muskelbristning
- Intramuskulär blödning
- DVT

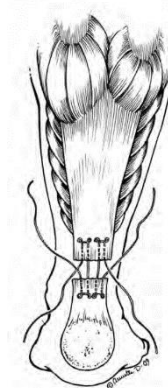


Att operera eller inte operera – det är frågan?

- Samma slutresultat vad gäller nöjdhet och funktion
- Något lägre rerupturrisk vid operation
- Möjligen något tidigare återhämtning vid operation
- Minskad risk för förlängning av hälsenan vid operation?
 - Beroende på initial diastas?
- Ökad risk för komplikationer vid operation
 - DVT – Mycket vanligt
 - Infektion
 - Nervskada



VS

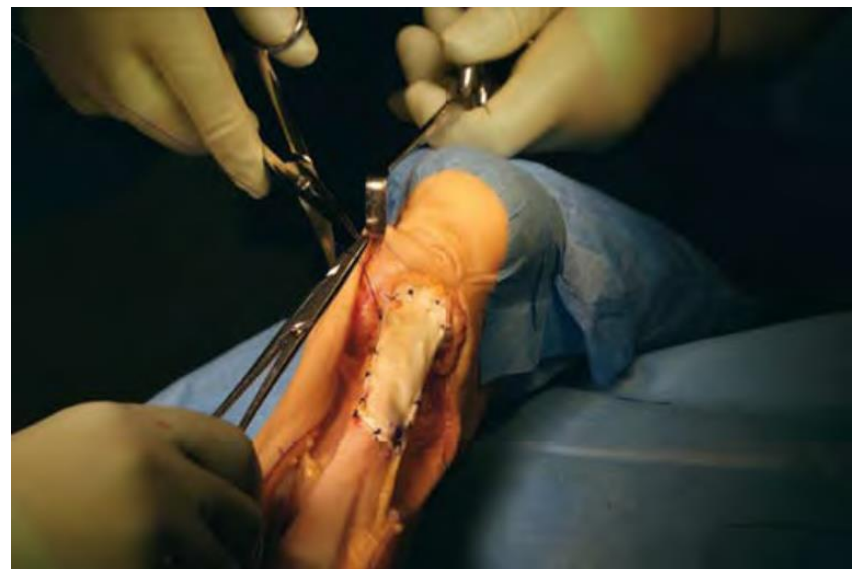
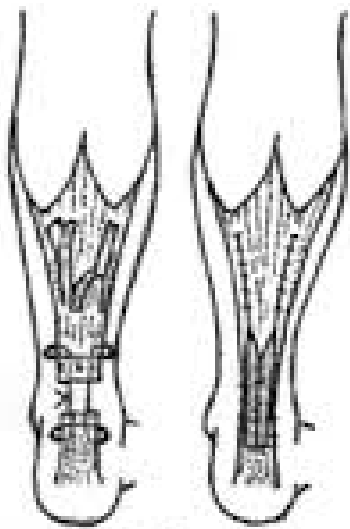


+



Missade hälsenerupturer

- Patient's eller Doctor's delay
- Kirurgi -förstärkningsplastik



Övriga senskador

- Vid sårskador med vassa föremål, kontrollera senfunktion och övrigt distalstatus
- T.ex tibialis anterior vid sårskada av skridskoskena ovan skridskokanten

TACK!

