

Barn, Vridfot (PEVA – Pes Equino Varus Adductus)

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)
[Utredning och bedömning](#)
[Behandling](#)

[Komplikationer](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)



Sammanfattning

Bakgrundsinformation till en av de vanligaste kongenitala missbildningarna för att främst kunna ställa rätt diagnos och kunna inleda adekvat behandling.

Metoden som används över hela världen och ger bäst resultat är baserad på upprepade redressioner och seriegipsningar enligt Ponseti. En anslutande ortosbehandling upptill fyra års ålder är nödvändig för att uppnå så bra resultat som möjligt och för att framför allt undvika tidiga recidiv. Barnen följs i samband med regelbundna besök fram tills skelettmognad. Barnen registreras i SPOQ, kvalitetsregister för vissa tillstånd hos barn, och uppföljningen sker i enlighet med detta.

I Sverige föds cirka 100 barn årligen (ett fall per 1 000 födda barn) med PEVA. 50 % av fallen är bilaterala. Felställningen beror på en utvecklingsstörning i andra trimestern, men etiologin är okänd.

Felställningen består av tre delar:

1. *Equinus* som innebär att foten står i spets
2. *Varus* som syftar på att hälen står i varus
3. *Adductus* som beskriver framfotens ställning.

Historiskt sett har man opererat dessa fötter i stor utsträckning vilket ofta har gett smärta och stelhet med ökad risk för artros redan i tidig medelålder. De senaste 20 åren har en icke operativ behandlingsmetod (Ponseti-metoden) fått allt större spridning över världen och betraktas nu av allt fler som etablerad standardmetod (Golden standard).

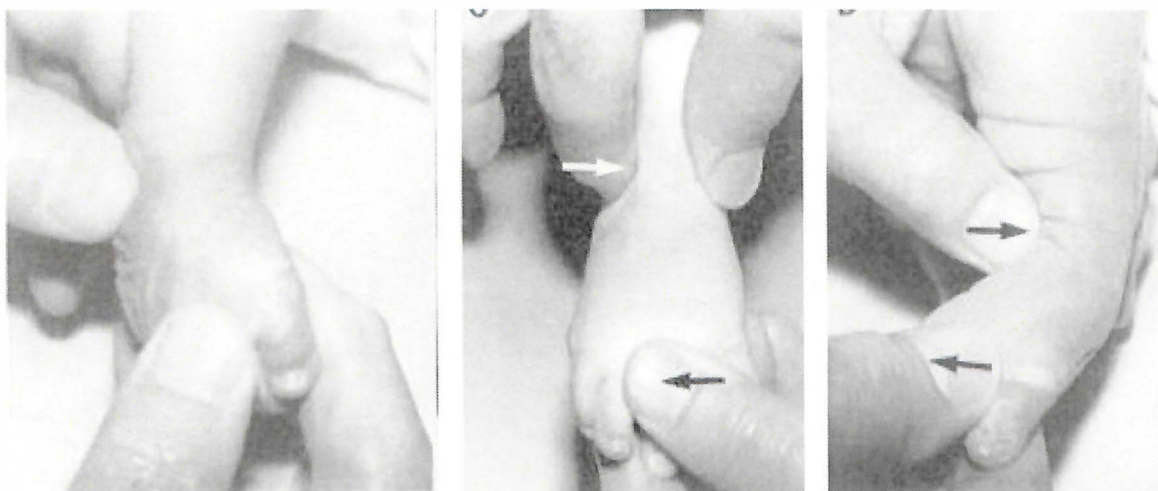
Utredning och bedömning

Vanligen inga symtom utöver det typiska utseendet. Kan dock ingå i olika syndrom, vilket är viktigt att komma ihåg framför allt vid fall som är svåra att redressera.

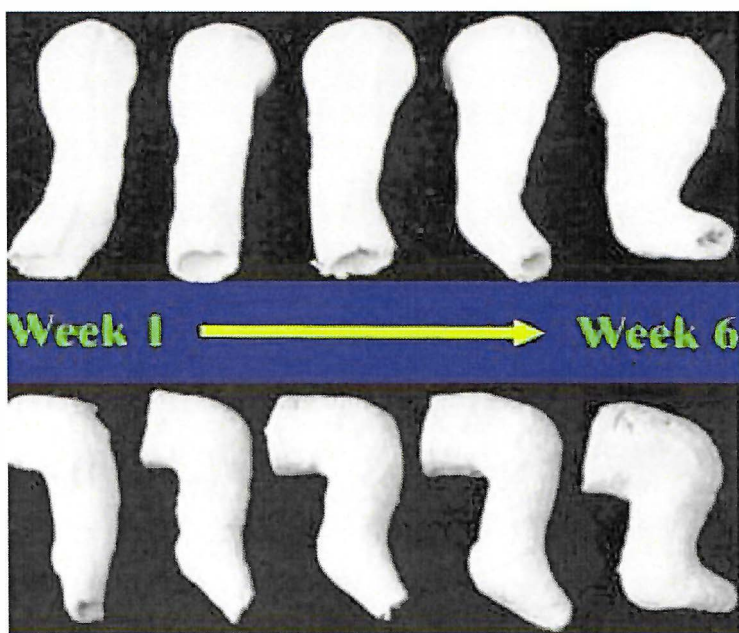
PEVA är en klinisk diagnos och ingen utredning är nödvändig om barnet är friskt i övrigt.

Behandling

Behandling startas under första veckan efter födseln om barnets allmäntillstånd tillåter. Det första steget är att med veckovisa gipsar upplinjera framfoten med bakfoten. Alla felställningar utom equinus korrigeras samtidigt. Reposition av naviculare sker genom att man med tummen applicerar tryck (mothåll) över caput tali, som man kan palpera tydligt på fotryggen, antero-medialt om laterala malleolarspetsen. Resterande fingrar placeras på mediala malleolen. Sedan förs framfoten lateralt i abduktion med framfoten i supination. *Det är viktigt att man inte försöker korrigeras supinationen genom att pronera framfoten.* Foten abduceras så långt det går utan att barnet får ont, och hålls där med lätt tryck i cirka 60 sekunder.

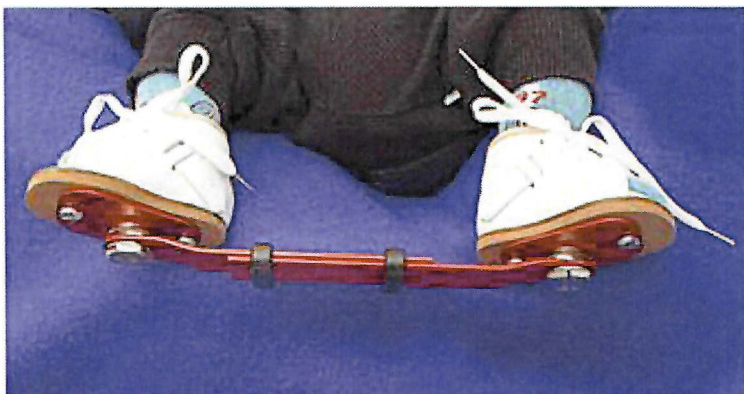


Foten gipsas i bästa möjliga läge med helbensgips med 90 grader i knäet. Gipset byts en gång per vecka med föregående tänjning och det brukar krävas 5 - 6 gipsar innan man korrigerat felställningen.



Vänster fot

I de flesta av fallen korrigeras equinus-felställningen dock inte helt, utan kräver att man gör en perkutan akillotomoti. Detta görs i lokalbedövning på mottagningen. Tenotomin utförs från medialsidan cirka en cm ovanför calcaneus. Om man håller foten dorsalextenderad känner man tydligt när hälsenan släpper. Efter ingreppet får barnet gips i tre veckor. När gipsbehandlingen avslutas kan foten se överkorrigerad ut, som dock är nödvändigt då först i detta läget os naviculare ligger helt reponerat mot talushuvudet. När foten är korrigerad och gipsbehandlingen avslutas får barnet en skena (FAO-foot abduction orthosis). Skenan består av två skor som sitter ihop med en skena som håller foten i 60-70 graders utåtrotation. I unilaterala fall utåtroteras den friska foten endast 40 grader. Dorsalextensionen ställs på 10 grader alternativt 0 grader på den friska foten. Denna skena ska sitta på 23 timmar per dygn 3 månader efter gipsbehandlingens slut och sedan nattetid tills barnet blivit cirka 4 år. Ortosbehandling motverkar tidiga recidiv av felställningen.



Om barnet vid 3-5 års ålder har en persisterande varus och supination vid gång kan detta vara tecken på en tibialis anterior insufficiens. I så fall kan musculus tibialis anterior transferering övervägas och barnet blir gipsat sex veckor postoperativt. Barnet följs på mottagningen tills tonåren.

Komplikationer

För mer än 90 % blir behandlingsresultatet lyckat med denna metod. Som restillstånd kan man få en något mindre fot och smalare vad, men foten blir fullt funktionell.

Föräldrarna bör informeras om att uppsöka mottagningen om gipsen glider eller om barnet skriker under långa perioder, då detta kan bero på att gipsen skaver eller klämmer. Tät kontakt mellan föräldrar, behandlande ortoped och ortopedingenjör är nödvändig för ett bra behandlingsresultat.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2019-06-07. Några mindre justeringar under rubrikerna sammanfattning, utredning och bedömning samt behandling.