
Pes equino-varus-adductus, klumpfot - läkarprogram, ortopedkliniken

MEDICINSK INDIKATION

Diagnosen ställs lätt på den kliniska bilden. Det finns en glidande skala av klumpfötter från flexibel lätt korrigerbar och lätt behandlad till rigid ytterst svårbehandlad ("rebellisk"). Fotleden i spetsfot där hälkonturen syns men palperas ofta helt tom med undantag av fett och skinn. En varusställning av talus och kalkaneus, fotsulan nästan vertikal. Adduktus- och kavusställning på grund av felställning huvudsak i Choparts led.

Incidensen varierar hos olika folkslag. I Norden 1/1000. Dubbelsidig i hälften av fallen, 2/3 är pojkar. Etiologin anges vara yttre påverkan av latent ärftligt anlag. Barn med klumpfot har flera släktingar med klumpfoten än friska barn. Risken att få barn med klumpfot även vid nästkommande graviditet är 1/30. Vidare kan klumpfot förekomma vid olika syndrom.

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Behandling

Kontakt tas snarast möjligt med föräldrar och för att boka tid för undersökning, ge information samt förbereda familjen för behandlingen. Behandlingen påbörjas närmaste veckorna efter födseln och kan påbörjas i samband med första besöket till ortopedmottagningen. Vid för tidig födsel kan behandlingsstarten eventuellt senareläggas. Om klumpfotsfelställningen upptäcks vid ultraljudsundersökningen under graviditeten finns möjlighet för föräldrarna att få komma till ortopedmottagningen på ett informationsmöte innan förlossningen.

Målet med behandlingen är att korrigera alla komponenter klumpfotsfelställningen för att erhålla en funktionell, smärtfri fot med så normalt utseende som möjligt, bra rörlighet och plantigrad belastning. Vidare att erhålla en fot utan förhårdnader och som inte kräver modifierade skor.

Klumpfotsfelställningens komponenter:

- equinus/spetsfotvarus
- supinerad/snedställd fot
- adduktus/inåtvriden fot
- cavus/högt fotvalv

Behandlingen kan delas in i två faser.

Fas I

Redressering, korrigerig av felställning

0–3 månader

Pes equino-varus-adductus, klumpfot - läkarprogram, ortopedkliniken

Innan behandlingen påbörjas görs utgångsstatus med standardiserat bedömningsprotokoll (Pirani + Dimeglio) för att registrera senare i SPOQ.

Vanligtvis görs det i samband med besöket även en höftledsstatus. Muntlig och skriftlig information ges till föräldrarna, [Information till föräldrar om gipsbehandling av klumpfötter](#), dok nr 46620.

Under de första två-tre månaderna korrigeras foten/fötterna med töjning och omgipsningar enligt den så kallade PONSETI-metoden. Detta görs med ett läkaråterbesök en gång/vecka för töjning och omgipsning. Med fördel kan man boka in fyra eller flera återbesök med en gång redan vid första besöket.

I samband med återbesöken på mottagningen får patienten komma en halvtimme innan läkarbesöket, detta för avgipsning och tvättning av benet.

Föräldrarna ska informeras att barnet ska vara hungrigt vid ankomsten till mottagningen. Under proceduren ska barnet matas med flaska alternativt ammas. Om detta undantagsvis inte fungerar kan man ha napp/glukos i åtanke. Matning är dock alltid förstahandsalternativet.

Initialt läggs ett underbensgips i konventionellt gips, detta för att kunna modellera kring foten bättre. Över detta läggs sedan en helbensgips i 90° över hela benet.

Redressions- och gipsteknik vid PEVA enligt Ponsetimetoden (Ref.)

Palpera laterala delen av talushuvudet. Håll tummen över talushuvudet (mothåll) och abducera fram- och mellanfoten. Tänk på att ha framfoten supinerad för att korrigera cavus. Håll foten i det korrigerade läget när gipsen appliceras. Modellera gipset över laterala delen av talus. Gipsa med knäleden i 90° flexion. Gipset ska gå fram under tårna för att undvika flexionsställning av tårna.

Initialt korrigeras endast adduktusställningen i princip under de två första gipsningarna. Detta innebär således att det sker en gipsning i spetsfot och varus. Därefter korrigerar man ytterligare varusfelställningen. Viktigt är dock att man aldrig vid gipsningarna går över med foten i pronation. Därefter fortsätter man att bibehålla den korrigerade adduktus- och varusfelställningen och drar upp foten mot plantigrat läge vilket görs försiktigt. Om forcerad redression av equinusställningen finns risk för gungfot, d v s foten viks i Choparts led och talus, kalkaneus förblir i equinusställning. Således viktigt att man lägger ett helbensgips med 90° flexion i knäleden enligt ovan. Även tårna ska täckas av gipset men kunna ses för bedömning. Även viktigt att föräldrarna informeras om risken att gipset glider av, d v s att tårna försvinner upp i gipset. Skulle detta ske ska gipset avlägsnas omgående och man ska ta kontakt med sjukvården. En mindre operation i form av perkutan akillessenotomi utförs vid fem-åtta veckors ålder om kalkaneus är högtstående, akillessenan kort och foten rigid i equinusfelställning. Operationen görs i lokalanestesi (Emla) på mottagningen.

Efter akillessenotomin appliceras ett nytt gips. Detta gips bör hålla foten i 60–70° abduktion i förhållande till frontalplanet av vristen samt i 15° dorsalflektion. Gipset

Pes equino-varus-adductus, klumpfot - läkarprogram, ortopedkliniken

ska sitta på i tre veckor för att kunna bibehålla denna position. Klinisk kontroll efter två veckor för att kontrollera om gipset har blivit för tajt.

Tre veckor efter akillessentenotomi avgipsar man foten och applicerar direkt Mitchellskena via ortopedingenjör. INGEN PAUS mellan gipsning och skenapplikation.

Fas II

Bibehålla uppnått korrigerings och normalisering av funktion.

Efter avslutad gipsperiod - 4 år (helst 5 år)

Nu har som regel gipsbehandlingen avslutats och ortosbehandlingen tar över. Målet med ortosbehandlingen är att bibehålla resultatet av redressioner och gipsning samt att uppnå ett så normalt rörelseomfång i fotleden som möjligt.

Besök en vecka efter applikation av Mitchellskena för klinisk kontroll inklusive Pirani + Dimeglio score samt kontroll av fotabduktionsskenaskenan. Se till att behandlingen fungerar.

Den affekterade foten sätts i 60–70° utåtrotation. Den friska foten sätts i cirka 30–40° utåtrotation. Om båda fötterna är affekterade så ställs båda fötterna i 60–70° utåtrotation. Hälarna ska vara placerade axelbrett på skenan. Skenan alternativt skorna ska vara utformade på så sätt att fötterna står i 5–10° dorsalflexion.

Under de första tre månaderna efter att det sista gipset tagits bort ska denna skena användas 23 timmar/dygn.

Efter det ska den bara användas 12–14 timmar/natt. Detta pågår fram tills barnet är 4 år (helst 5 år).

Man får kontrollera foten klinisk två gånger om året fram till avslutande av ortosbehandlingen sedan får man kontrollera foten en gång om året fram till 7 års ålder. Uppföljningen kan då avslutas om den kliniska situationen är stabil. I mer svåra fall fortsätter man kontakten tills vidare.

REFERENSER

<https://www.youtube.com/watch?v=XsOP9zUQPks>

<https://www.youtube.com/watch?v=X49CBmfjOc>

Henrik Duppe, Acke Ohlin, Danielsson och Willners Barnotopedi, Studentlitteratur 2007.

Behandlingsprogram för medfödd klumpfot, Astrid Lindgrens Barnsjukhus.

Tachdjian's pediatric orthopaedics: from the Texas Scottish Rite Hospital for Children/[edited by] John A. Herring.—Fifth edition.