



Fotkirurgi i region Jämtland Härjedalen

Dokumentet ersätter Fot- och fotledskapitlet i Zamsynsdokumentet, se Centuri 71985.

Remiss

Vid remiss till fotsektionen är det viktigt att patienten är adekvat utredd och behandlad. Även av vikt att om patienten kommer för bedömning för kirurgi att hens övriga sjukdomar är optimerade inför kirurgi.

Remiss skall innehålla:

- Sammanfattande anamnes och adekvat status.
- Vilka utredningar som utförts samt vilken behandling som initierats och dess effekt.
- Det skall även framgå om patient är intresserad av kirurgi.
- Fysioterapeutisk träning skall utvärderas innan remiss utgår. Det är viktigt att träning och utvärdering av denna sker strukturerat och så standardiserat som möjligt, patientinformation är en stor del i behandlingen.

OTA

Endast OTA remisser där patient uppfyller kriterier för regionbidrag behöver skickas till ortoped för signering. För övriga patienter finns inget remisstvång utan de kan uppmanas söka OTA eller annan inrättning för hjälpmedel som bekostas av patienten själv. Har behandlande doktor specifika krav kan remiss utan regionbidrag skrivas och ges direkt till patienten.

PERONEUSTENDINOS/-IT

Degenerativ förändring i senan

Diagnosnummer: M767

Allmänt: Uppkommer oftast hos yngre patienter efter fotledsdistorsion med supinationsvåld, och hos medelålders till äldre patienter vid upprepande mindre distorsioner som del i senans degeneration. Skadan är ofta associerad med ligamentskada samt broskskada. Senskador är vanligare vid cavovarus fötter samt vid fotledsinstabilitet.

Symtom/fynd: Lokal ömhet längs senans utbredning, oftast i anslutning till laterala malleolens bakkant. Inte sällan smärta vid igångsättning som kan kännas bättre efter en stunds aktivitet, sedan smärta efteråt. I en del fall huggsmärta vid aktivering vid högre belastning. Ofta i kombination med fotledsinstabilitet.

Behandling: Icke-kirurgisk behandling: Fysioterapeutisk behandling utvärdera effekt av träning, minst 3 månader. Vid kraftig smärta kan i undantagsfall kortare tid med immobilisering i ortos vara av värde. Ofta lång rehabilitering såsom vid övriga tendinoser i underextremitet. Kirurgi kan vara indicerat vid utebliven effekt av träning. Man tar då bort degenererad vävnad och syr sedan ihop senan igen. Alternativt tenoderar till frisk sena.

Utredning: Ultraljud

Vårdnivå: Remiss ortoped vid utebliven effekt av konservativ behandling med fysioterapeutisk träning minst 3mnd.

AKUT TOTAL PERONEUSSENRUPTUR

Diagnosnummer: S863

Allmänt: Betydligt ovanligare än degenerativ splitruptur. Kan ses som en differentialdiagnos till fotledsdistorsion efter inversionstrauma. Liksom vid ruptur av FTA kan patienten ibland uppleva att man hört en smäll när något gick av. Peroneusfunktionen kan dock fortsatt finnas där då det vanligtvis är en av de två senorna longus och brevis som rupturerar. Vid traumatiska rupturer vanligare med skador på longus och vid rupturer av tidigare degenerativ sena betydligt vanligare med brevis (90%).

Symtom/fynd: Ömhet över senan. Oftast bakom laterala malleolen men viktigt att palpera ned mot cuboideum där longus svänger in under foten.

Utredning: I akutskedet slätröntgen då det ofta är svårt att utesluta skelettskada. Gå vidare med ultraljud, helst inom 1 – 2 veckor, om misstanke finns för ruptur.

Behandling: Kan om den hittas akut opereras med suturering. Ofta degenerativ omvandling om den hittas i ett senare skede, varpå konservativ behandling är rimligt som första steg. Se kapitlet om peroneustendinos.

Vårdnivå: Remiss akut vid tidig misstanke (1 – 2 veckor). Vid senare upptäckt konservativ behandling av fysioterapeut. Remiss vid utebliven förbättring.

RECIDIVERANDE PERONEUS-SENE LUXATION

Diagnosnummer: S934P

Symtom: Intermittent smärta, recidiverande svullnad och knäppningar kring laterala malleolen vid rörelser. Ej helt ovanligt efter skidolycksfall och fotledsdistorsioner.

Fynd: Senan kan fås att luxera vid aktiv dorsalextension mot motstånd. Stå med testad fot lite bakom den andra, gör en knäböj där knäet går ”rakt över foten” djupt, se/känn över senan som då glider över malleolen. Tåhävningar kan också provocera.

Behandling: Kirurgisk: Rekonstruktion av retinakel baktill över laterala malleolen så att de håller sig på plats. Vid **akut** skada och benigt fragment kan man gipsbehandla i fyra veckor, avlastat i neutralläge (så att man vet att den ligger på plats).

Vårdnivå: Allmänläkare/ortopedkliniken. Fysioterapi i väntan på ortopedbedömning.

OSTEOCHONDROSIS DISSECANS

Diagnosnummer: M89.-P

Allmänt: Skall ej förväxlas med osteokondral traumatisk skada. Oftast barn/ungdomar lokaliserad till mediala hörnet av talusdomen, ses på röntgenbilder.

Symtom: Recidiverande smärta, eventuell upphakningskänsla och/eller utgjutning. Ibland röntgenologiskt bifynd.

Behandling: Modifierad aktivitetsnivå i allmänhet tillräckligt. Endast vid upprepade mekaniska symtom (upphakningar tex) och exsudat, är indikation för operation.

Prognos: Långtidsresultat tyder på att artrosrisken är liten vid denna lokalisering.

Vårdnivå: Råd av allmänläkare. Vid indikation för operation - remiss till ortopedkliniken.

SMÄRTANDE HÄLKUDDE, TRAUMA MOT HÄLKUDDE

Diagnosnummer: M799P

Symtom: Under hälen finns en unik fettkudde med specifika septa som kan skadas vid direktvåld. Ilande skarp smärta under hälen vid belastning. Lokaliserad maximal ömhet mitt under själva hälkudden över hälbenet. Ibland finns akut kontusionsvåld i anamnesen (skidåkning/snowboard med hård landning efter hopp, skateboard, parkour m fl). Ibland idiopatiskt där man kan finna fettkudde som pressas ut åt båda sidor - ”insufficient”. Högt BMI kan vara orsak. Hälkudden blir sämre med högre ålder. Hormoner; hysterektomi, gravida, menopaus, cytostatika.

Behandling: Om akut skada; avlastning m kryckor – vilktigt att hälkudden ges optimala betingelser för att läka. Hjälps med tejpning hos fysioterapeut. Evt hälkopp. Gelinlägg i skor. Bra stötupptagande skor.

Sever’s skada: Hälkopp- (ej rabattberättigat)

”Kronisk skada”: Hälkopp – (ej rabattberättigat) med stöd runt om själva hälkudden. Avlastande inlägg med stöd i hålfoten. Stötupptagande inlägg; sportbutiker.

Diff-diagnos: Entrapment av gren till n. Tibialis (mediala grenen) – EMG.

Prognos: Ofta spontan regress - lång läkningstid.

Vårdnivå: Allmänläkare/Fysioterapeut.

PLANTAR FASCIIT

”Hälsporre”, Plantarfascios (distal och proximal) ”Plantarfascie-insertalgi”

Diagnosnummer: M722

Allmänt: Fotvalvsplattan (plantar aponeurosen) är en stark fascieplatta från hälbenet (anteriora delen av calcaneus) till metatarsalbenshuvudena. Viktig för fotens fungerande inbyggda ”spänst”. Kan överbelastas hos idrottare men ofta idiopatisk åkomma hos bla medelålders kvinnor. Symptom kommer smygande.

Morgonstelhet/smärta, håla - besvärligt! Ont efter vila.

Fynd: Intensiv ömhet vid hälkuddens framkant, något medialt vid ”proximal fasciit”. Förstärks om tår dorsalextenderas. Vid ”distal fasciit” noteras tydlig palpömheter längs plantarfascians mediala kant. Obs! Röntgenbild med ”hälsporre” är EJ diagnostisk! Behöver inte röntgas. ”Sporren” kan ses utan att patienten har besvär.

Behandling: Information: åkomman är benign - självläkande, men kan ta lång tid och vara riktigt besvärlig. Avlastande inlägg, formgjuta fotbäddar med ursparning för ömhet under hälen minskar symptom. OTA. Bra skor. Stretching av plantara strukturer och vad/hälsena, Fysioterapi. ”Malmö-tejpning” – bra smärtlindring, se nedan. NSAID - sällan effekt! EJ kortisoninjektion – risk för komplikationer! Ruptur på fascian kan uppstå – ger ordentliga långvariga besvär. Atrofi av delar av fettkudden under hälbenet – ger livslång invaliditet, ingen stötupptagning. Vårdnivå: Allmänläkare. Fysioterapeut.



AKUT TOTAL ACHILLESSENERUPTUR

Diagnosnummer: S860

Allmänt: oftast män, 35–45 år. Tennis, badminton vanligt. Även äldre 60–70 år. Observera att rupturer utan föregående trauma kan ske exempelvis i samband med behandling av kinoloner. Varje år missas några rupturer då man misstolkar skadan som fotledstukning, ffa hos äldre personer - anamnesen viktig! Obs! Svårt att kliniskt diagnostisera ”missad hälseneruptur”, som är ca 2 ve gammal. Diagnos då med (MRT eller) ultraljud istället.

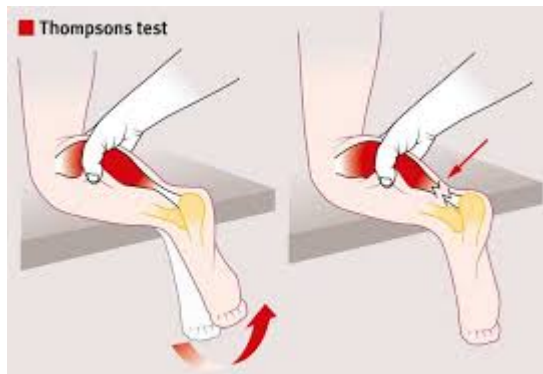
Symptom: I typfallet upplevs att ”någon sparkade mig bakifrån på hälsenan”. Oftast hörs det när senan går av. Funktionsförlust, svullnad och smärta. Vid palpation noterar man en ”mjukare del” av senan, ömt, oftast ett tydligt hak i senan.

Patognomont är ”Thompsons test” se nedan. Simmonds test

Behandling: Standardbehandling är konservativt om behandling kan initieras inom 48 timmar. Skador där diagnos fördröjts mer än två dagar SKA opereras. Diagnos inom två dagar; Ortopeden i Östersund förordar konservativ handläggning, dvs ickeoperativt enl följande: Walker-ortos med tre kilklackar, var 14 dag tas en kil bort. Efter 8 ve åb till Ortopeden, dessförinnan remiss till Ortopedteknisk avdelning för klackförhöjning av två par skor (inne/ute) som sen ska användas i två månader. Fysioterapeut parallellt viktigt. Se dokument i centuri ovan.

Prognos: god.

TIPS! Thompsons test: pat i bukläge med fot över britskant, vaden trycks ihop från sidorna, om utebliven plantarflexion i fotleden är testet positivt och senan är av, jmf alltid med oskadad sida



Thompsons test



Simmond's test

AKUT PARTIELL ACHILLESSENERUPTUR

Diagnosnummer: S860

Allmänt: OVANLIGT!! (Vissa senforskare är inte ens övertygade om att partiell skada finns. /ma dec 2006.) Orsaken är akut partiell (oftast mindre) ruptur i senvävnaden lokaliserad på senans dorsalsida (dvs "hudsidan").

Symtom: Akut insättande smärta vid provocerande belastande rörelse/situation, oftast i samband med idrott. Intensiv ömhet över senan. Svullnad lokalt.

Återupptagande av aktivitet ger ilande skärande smärta.

Behandling: VIKTIGT att utesluta att skadan inte är total (kliniskt eller ultraljud)!! Initialt (direkt efter skadan) kan man sätta på fotledsortos eller en gipskena i lätt spetsfot i någon vecka. Avlastning med kryckkäppar (vid behov). Avlastad rörelseträning, gärna med sjukgymnast överinseende. Förhöjning under hälen (korkkil som köps i skoaffär) avlastar senan under läkningstiden. När symtomen avklingar, viktigt med anpassad långsamt ökande aktivitet (koordination och styrka) innan återgång till sport. Läkning ca 1½-2 månad.

Prognos: God om tillräckligt lång läktid med rörelseträning under tiden.

Vårdnivå: Allmänläkare.

ACHILLESTENDINOS

Degenerativ förändring i senan (Det vi förr kallade "hälseneinflammation och tendinit".)

Diagnosnummer: M766

Allmänt: Smygande smärtdebut och så småningom en noterbar öm svullnad över hälsenas mellersta del - långdragna besvär, ofta månader. I studier ser man "desorienterad" vävnadsstruktur i senan, neovaskularisering med nervinväxt, inga inflammatoriska mediatorer finns, liksom avsaknad av inflammatoriska celler. Ofta finns utlösande faktorer som ökad träningsmängd, ändrade arbets/träningsförhållanden, nya löpskor etc.

Symtom/fynd: Lokal svullnad och ömhet hälsenas mellersta del.

Igångsättningssmärta. Minskad smärta efter en stunds aktivitet men återkommer efter avslutad aktivitet. Senan förtjockad/uppdriven spolfomat några centimeter proximalt om fästet med tydlig palpationsömhet, särskilt från sida till sida.

Utredning: Om symptom och ffa fynd med palpömhet och uppdrivning sitter nära fästet på hälbenet, kan en röntgen vara befogad och fråga efter ben-nabb som sitter (och "skaver") anteriort om hälsenan (Haglunds deformitet). Ultraljud kan påvisa patologiska små kärl på senans anteriora del som tecken till diagnosen tendinos.

Behandling: Fortsätt med lättare alternativ träning / arbetssituation - dvs ej indikation för "vila"! Fysioterapi. Träningen ska pågå i minst 3 - 6 månader. Man måste vara konsekvent och ha tålamod. Obs! Tydligt visat, NSAID har INGEN effekt. Vid besvärslfrihet - succ ökad träningsmängd. Behöver stöd av fysioterapeut. Obs! Excentrisk träning fungerar bäst på tendinos i hälsenas mellersta del. Om tendinosen sitter nära hälbenet, vid fästet, ska den excentriska tåhävningen bara gå till "golvnivå", dvs man ska inte stå på ett trappsteg.



Vårdnivå: Allmänläkare Fysioterapi. Om långvariga (>6mnd) kvarstående besvär trots adekvat behandling enl ovan; remiss till ortopedkliniken för eventuell operation (delning av mikrovaskularisering ventralt om senan).

ACHILLESSENEBURSIT

Diagnosnummer: M799P

Allmänt: Irriterad, svullen slemsäck mellan huden och hälsens bakre del. Finns också en djup slemsäck mellan hälsena och calcaneus. Besvär uppkommer vid upprepat tryck mot hälen samt vid överansträngning.

Symtom/fynd: Svullnad, rodnad och ömhet över achillessenfästet. Kan vara förenat med exostos motsvarande övre laterala hörnet av hälbenet. Fluktuation ventralt om achillessenan.

Behandling: Korkinlägg under hälen. Mjuk hälkappa, avlastande ”skumgummiring” som placeras runt utväxt. Antiflogistica (ev lokalt) kan fungera. Prognos: Ofta spontan regress.

Utredning: Vid kvarstående stora besvär, remiss för eventuell operation av exostos som trycker på hälsenan ventralt ifrån isf remiss Rtg Häl, frågeställning Haglunds deformitet.

Vårdnivå: Allmänläkare.

ACHILLES PERITENDINIT

Krepiterande peritendinit, ”senknarr” **Diagnosnummer:** M659P

Allmänt: Akut ”inflammation” i själva senskidan (ej i senan), efter snabbt stegrad träning eller annan aktivitet, oftast hos otränad individ. Alternativt annan yttre ändring i träning (tex från hårt till mjukt underlag, skobyte etc).

Symptom: Smärtor vid ansträngning, diffus svullnad, ibland rodnad. Vid fotrörelse kan krepitationer noteras/kännas över senan.

Behandling: Avlasta i akut skede, kryckor, svårare fall gipsskena eller ortos. NSAID kan provas lokalt eller peroralt. Hälförhöjning. Lokal injektion av kortison kontraindicerad.

Vårdnivå: Allmänläkare.

METATARSALGI

Diagnosnummer: M255

Allmänt: Smärttillstånd i framfoten som ofta är breddökad. Ses ofta vid så kallade cavusfötter (högt fotvalv). Framfoten förlorar sin fjädrande förmåga. Ses också vid påtagligt nedsjunket ”främre fotvalv”. Diff-diagnos: Morton´s metatarsalgi, se nedan.

Symtom/fynd: Smärtor vid belastning. Förhårdnader kan ses vid ”främre trampdynan”.

Behandling: Inlägg med främre pelott oftast tillräckligt. Apotek har lokalbehandling av förhårdnader.

Prognos: God.

Vårdnivå: Allmänläkare. Vid kraftiga besvär – remiss till fotortoped. Rtg med ”belastade bilder” inför remiss.

KLOTÅ

Diagnosnummer: M95.-P

Allmänt: Som hammartå men med rak DIP-led vilket medför tryck på nagel.

Symtom: Som ovan men också smärta från nagel.

Vårdnivå: Liten pelott under tår eller vid mycket besvär – operation.

SKRÄDDARKNUTA

Lilltåns ”hallux valgus”

Diagnosnummer: M205

Allmänt: Skräddarknutan kan bäst beskrivas som en ömmande knöl motsvarande MTP-led V, där man ofta också ofta ser en varusställning i leden. Den smärtande knölen är dock oftast mjukdelsökningen som uppstår, och inte själva felställningen/exostosen. I regel besvär främst med skor på som trycker ihop framfoten.

Symtom/fynd: Uppdrivning och ibland ömhet lateralt om MTP V.

Utredning: Belastad slätröntgen av framfoten.

Behandling: Liksom vid hallux valgus kan man komma långt med anpassning av skodon. Ilägg med pelottstöd om samtidig främre plattfothet. Vid fortsatta besvär trots detta kan kirurgi övervägas, med en osteotomi av MT V.

Vårdnivå: Allmänläkare. Remiss ortoped vid utebliven effekt av konservativ behandling.

PLATTFOT HOS VUXNA

Diagnosnummer:M214

Allmänt: Andelen platta fötter ökar i befolkningen med stigande ålder och med stigande BMI. I 20-års åldern anges prevalensen till ca 12% och stiger sedan till över 25% hos personer över 60-år. Det finns således ”normala” platta fötter i befolkningen. Först då patienten börjar få smärtor av sin platta fot kan den kallas patologisk. Orsakerna till patologisk plattföthet är många: **Degeneration** av mediala strukturer såsom Tibialis posterior eller springligament. **Akuta skador** såsom Lisfrancskador, Deltoidligamentskador eller ruptur av tibialis posterior senan. Utveckling av plattfot kan ses som ett biomekaniskt förlopp där flera ogynnsamma faktorer samverkar. En instabil medial pelare ger ökad belastning på de mediala strukturerna som efterhand fallerar, detta leder till att fotvalvet sjunker, Hälbenet valgiserar och framfoten abduceras.

Diagnostik: Diagnosen av plattfot är klinisk med oförmåga att varisera hälen vid tåstående och ”too many toes sign” som typiska kännetecken. Plattfot graderas oftast efter graden av tibialis posterior-dysfunktion: I) smärta utan felställning, II) flexibel felställning med eller utan abduktion i mellanfoten, III) rigid felställning och IV) även fotledsfelställning.

Utredning: För operationsplanering belastad röntgen. MR behövs inte rutinemässigt.

Icke-kirurgisk behandling Patienter med flexibel plattfot Grad 1-2 bör få specialanpassade korrigerande inlägg. Fysioterapi minst 3 – 6 månader innan operation är aktuell ([se länk](#)).

Kirurgisk behandling Operation av plattfot är ett ingrepp med lång konvalescens och rehabilitering. Man bör ha uttömt möjligheter med inlägg och patienten bör ha tränat under ledning av fysioterapeut.

Postoperativ regim: Cirkulär underbensgips i 6–12 veckor beroende på om artrodes utförts. Avlastning är lämpligt i 3–6 veckor. Viktigt med långvarig rehabilitering av specialintresserad fysioterapeut.

Vårdnivå: Allmänläkare. Fysioterapi med riktad träning mot plattföthet. Vid stora besvär och önskan om operativ bedömning, remiss till ortoped.

AKUT PLATTFOT

Diagnosnummer M214

Allmänt: Ovanlig åkomma. Akut plattfot är plötsligt påkommen sänkning av fotvalvet, oftast unilateral. Patienten söker ofta pga detta men också smärta medialt i foten. Tillståndet kan ske pga trauma men också spontant efter belastning, den typiska patienten är i övre medelåldern. Den bakomliggande orsaken är total eller partiell ruptur av tibialis posterior senan med påföljande överbelastning av springligamentet.

Symtom: Vid den kliniska undersökningen framkommer palpationsömheter längs tibialis posterior kraftnedsättning minskad hälinversion och nedsjunket fotvalv.

Utredning: Diagnosen ställs genom klinisk undersökning, ultraljud av tibialis posterior och belastad rgt.

Behandling: Remiss till ortoped för fortsatt handläggning skickas subakut. Samtidig UL-och belastad rtg-remiss.

DROPPFOT

Diagnosnummer: M21.3H

Symtom: ”klafsig” gång. Fallrisken ökar. Patienter med droppfot upplever ofta en ostadighet och en så pass stor osäkerhet att de tvekar att gå ut. Det leder i sin tur till minskad livskvalitet. Själva orsaken till droppfoten kan bero på många orsaker bland annat Stroke, perifer nervskada, diskbråck, neuropati, droger och diabetes.

Orsakerna kan grovt indelas i tre kategorier:

1) Neurologiska 2) Muskulära och 3) Anatomiska.

Fynd: Allt från signifikant svaghet i de dorsalextenderande musklerna (tibialis anterior, EHL, EDL) till komplett pares/paralys av samtliga dessa muskler. Det medför att andra, icke drabbade muskelgrupper, ensamt får utöva sin funktion och kommer därmed att successivt vrida foten snett om inget görs för att förhindra detta.

Utredning: Orsak till droppfoten? EMG/neurografi

Konservativ behandling: I typfallet behandlas tillståndet initialt med skena samt träning hos fysioterapeut för att, om möjligt, bevara funktionsnivån i musklerna så länge som möjligt. Utvärdera efter 3-6 månader. Vid avvikande bild såsom tillkomst av smärtor, progress eller tecken till att fler nerver engageras skickas remiss till neurolog för vidare utredning.

Kirurgisk behandling: Målet är att återskapa en balanserad funktionell fot med minimalt behov av ortoser och minskad smärta. Om det enbart föreligger behov av en lyftare och enklare balansering kan en senförflyttning vara tillräcklig. Vid samtidig fotdeformitet kan även korrigerande ingrepp bli nödvändiga.

Vårdnivå: Initialt allmänläkare i samarbete med fysioterapeut. Vid terapivikt, remiss till Neurolog för vidare diagnostik samt ev remiss till ortoped för ortopedkirurgisk åtgärd.



CAVUSFOT

Diagnosnummer: M21.6 (förvärvad), Q66.7 (medfödd)

Allmänt: Motsatsen till plattfot. Utmärkande för Pes Cavus är ett högt längsgående fotvalv och att belastningen i huvudsak ligger på framfot och häl. Det ger en förhållandevis hög punktbelastning och ofta är tillståndet kombinerat med en inåtvinkling av hälen och framfoten vilket medför att patienten går och belastar yttre fotranden hårt. Tillståndet är ofta medfött men kan även utvecklas som en följd av många neurologiska sjukdomar, till exempel Charcot-Marie-Tooth, Polio, Cerebral pares etc.

Symtom: Vanligt är smärta och svullnad p.g.a. hög punktbelastning av framfot och häl samt instabilitet beroende på neurologiska orsaker där man ser tilltagande muskelsvaghet i vissa muskelgrupper.

- Den höga belastningen över framfoten kan ge upphov till nervirritation och symtom som vid Morton's neurom. Den höga belastningen kan även ge upphov till smärtande callociteter plantart under MTP-lederna.
- Genom att foten är mer eller mindre inåtvriden (supinerad) är det, pga. instabiliteten, lätt att skada de yttre strukturerna såsom ligament och peroneussenor.
- Det höga fotvalvet gör det ofta svårt att hitta skor med tillräcklig volym för att foten skall få plats utan att besvärande tryck mot fotryggen uppstår. Trycket kan även det ge upphov till nervirritationer med domningar ut i framfoten.

Fynd: Högt längsgående fotvalv. Vid belastningsmätning ses hög punktbelastning över häl och MTP-leder. Vanligt är att det finns callociteter under MTP-lederna i framfoten.

Behandling: Initialt bör konservativ behandling försökas i form av stabila skor, gärna med snörning så att ett för högt tryck mot fotryggen kan undvikas. Formgjutna inlägg är också att föredra för att på så sätt även kunna få den höga hålfoten att hjälpa till att tryckavlasta framfot och häl.

Röntgen: Belastade bilder av fot och fotled innan remiss till ortopedien skickas.

Vårdnivå: Allmänläkare. Fysioterapi. Hjälper inte detta utan besvären är fortsatt besvärande – remiss till ortopedien för bedömning och ställningstagande till ev. operativ åtgärd.



PARONYKI

Nageltrång, unguis incarnatus

Diagnosnummer: L030

Allmänt: tånagel som växer inåt längs kanten (oftast laterala), ev sekundärt till tryckkrån sko. Ibland sekundärinfektion till candida. Rodnad, så småningom abscessbildning och granulationsvävnad.

Fynd: svullet, rodnat, ÖMT, sekretion.

Behandling: Rymliga skor. Alsolspritomläggning eller Terracortril m Polymyxin B. Utebliven effekt av detta: odling och penicillinas stabilt atb per os. I kombination till detta kan man göra en partiell evulsio – i LA tas en ¼ av nageln bort. Vid flera recidiv görs Königs operation. Obs! Königs op måste göras i lugnt skede dvs utan tecken till infektion. Vårdnivå: Allmänläkare, vid betydande besvär, remiss till

Vårdnivå: Remiss till kirurgen för operation. TIPS! Königs operation:

Ledningsanestesi, blodtomt, en ¼ del av nageln tas bort (sax), man förlänger snittet sen upp proximalt om nageln i huden och friar ner till benet, där man skrapar noggrant bort nagelanlaget, alternativt försiktigt skär bort nagelanlaget – man kan även komplettera med att etsa på djupet med lite Fenol på en ”ögon-pinne” i samma syfte dvs ”förstöra” nagelanlaget. Sy huden.