

Fot, Charcotfot

Hitta i dokumentet

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

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

Sammanfattning

Oklart tillstånd i foten som kan leda till uttalade deformiteter av foten samt utveckling av trycksår. Deformiteten är ett resultat av osteopatiförändringar. Patienter som drabbas har vanligen diabetes med perifer neuropati. Dock utvecklas charcotfot endast hos <1% av patienterna med diabetesneuropati. Även andra tillstånd kan i mindre utsträckning predisponera för charcotfot såsom distala neuropatier utlösta av alkohol, droger, infektion samt tillstånd med skada/sjukdom på ryggmärg eller spinalnerv (posttrauma, parkinsons sjukdom, HIV etc).

Processbeskrivning

Det finns ingen isolerad orsak till utveckling av charcotfot. Tillståndet karakteriseras av en okontrollerad inflammation som utlöses av upprepade småtrauman eller efter fot-/fotledsfrakturer i en fot med onormal sensibilitet på grund av perifer neuropati. Inflammationen stimulerar utmognaden och aktiviteten av osteoklasterna som leder till ökad lokal osteolys. Då patienten med nedsatt perifer sensorisk nervfunktion fortsätter att belasta foten under pågående aktiv osteolys underhålls inflammationen och leder till bendestruktioner, subluxationer och slutligen deformiteter.

Utredning och bedömning

Symptom: Sjukdomens progress följer olika faser;

1. Akut destruktiv fas

- Foten blir varm, svullen med rodnad och eventuellt ödem.
- Om man mäter hudtemperaturen så skall skillnaden vara större än 2 grader mot den friska foten.
- Röntgen visar initialt normala fynd eller endast subtila fissurer/dislokationer som i senare skede utvecklas till frakturer/subluxationer/luxationer.
- Utredningsvis i akuta fasen är MR inom 7-10 dagar rekommenderat. I senare skede CT för kartläggning av destruktioner.
- Om foten inte avlastas kommer mellanfotens valvsystem successivt att kollapsa och ge en platt eller plantart rundad fot

2. *Reparativ fas*

- Röntgen visar bennybildning
- Spontan ankylos
- Kliniska tecken på inflammation försvinner

Differentialdiagnoser:

- Infektion (erysipelas, cellulit)/Gikt, dock CRP normalt vid charcotfot
- Osteomyelit, kan påvisas med MR/scint (Indium)
- DVT, kan uteslutas med flebografi/Ultraljud

Behandling

1. *Konservativ*

- TCC (total contact cast) gips med total avlastning vid misstanke om charcotfot. Gipsning krävs under minimum 3 månader eller mer tills svullnad/rodnad avtagit. När temperaturskillnaden är mindre eller lik med 2 grader är ett säkrare tecken på när behandling kan avslutas tillsammans med kliniken i övrigt. TCC gips är uppgift för en specialutbildad gipstekniker!
- Eventuellt upprepa scint (görs i Halmstad) för att uppskatta aktivitetsgrad.
- Efter några veckor utan svullnad/rodnad eller värmeökning kan försiktig mobilisering inledas. Innan bör avgjutning av inlägg vara gjorda till patientens skor både inomhus och utomhus. Bör avvakta belastning tills inlägg är klara.
- Vid minsta tecken på återfall initieras ny immobilisering med TCC gips utan belastning.

2. *Operativ*

- Kirurgi bör ej utföras under akut destruktiv fas.
- Deformiteten leder till ökat tryck över prominenta ben som på sikt leder till sårbildning. När det föreligger en **stabil** deformitet räcker det ofta med en enkel avmejsling av den prominenta exostosen.
- Vid uttalad- och instabil deformitet kan det vara aktuellt med större rekonstruktiv kirurgi med kilresektion och bakfotsartrodes.
- Kirurgi i denna patientgrupp medför stor risk för sårläkningsproblem, postoperativ infektion samt ökad risk för amputation. Dock föreligger det ofta svårläkta sår med amputationshot redan innan operation.

OBS! Alltid förlängd gipstid vid frakturer hos diabetiker samt frikostighet med röntgenkontroller för att förhindra eventuell Charcotfotsutveckling.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2019-01-14.