



# Sygdomme

Foden og ankels anatomi



De indledende undersøgelser hos Capio har vist, at du har pladfod i en grad, som vi kan tilbyde at afhjælpe med operation. I det følgende kan du læse om operationen og forløbet før og efter.

Fødder er forskellige fra person til person, og derfor giver vi individuel behandling og vejledning til den enkelte patient. Informationerne vil derfor ikke fuldstændig give dig svar på, hvad der skal ske i dit tilfælde. Du må endelig spørge, hvis der er noget du er i tvivl om.

### FODENS ANATOMI

Foden består af 26 knogler. 1 hælben (calcaneus), 1 rulleben (talus), 5 fodrodsknogler: terningebenet, bådbenet og de 3 kileben (os naviculare, os cuboideum og os cuneiforme I-III), 5 mellemfodsknogler (metatarsalknogler) og 14 tåknogler (phalangealknogler). Knoglerne er indbyrdes forbundet med bruskbeklædte led, hvor fodens bevægelser foregår. Alle led er stabiliseret med ledbånd. Knoglernes stilling og bevægelser er styret af muskler i selve foden og oppe på benet og centralnervesystemet koordinerer kommunikationen mellem alle de nævnte strukturer, således at gangen kan afvikles. Foden indeholder desuden bindevæv og fedtvæv samt nerver, arterier og vener samt lymfekar. Muskler og fedt virker stødabsorberende.

### ANKLENS ANATOMI

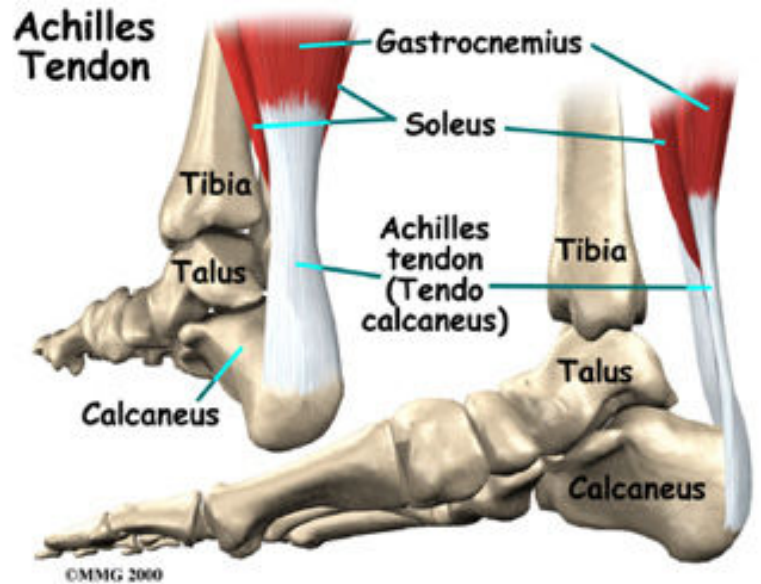
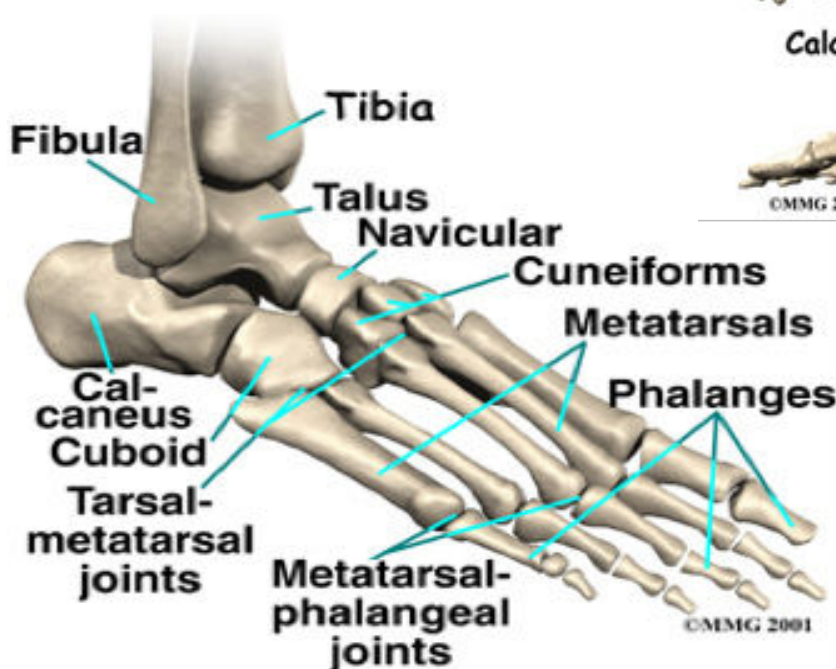
Ankelledet afgrænses af skinnebenet (tibia)

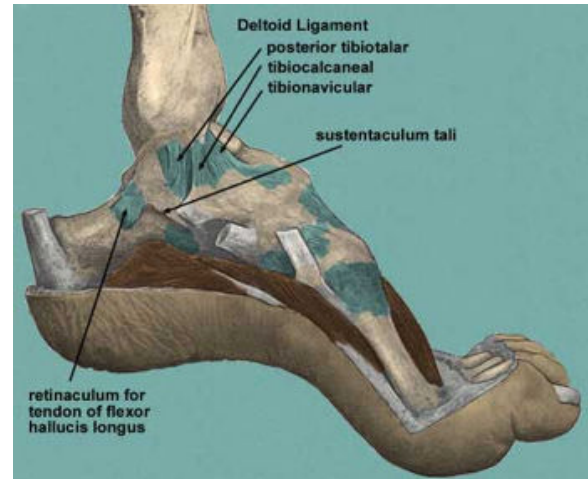
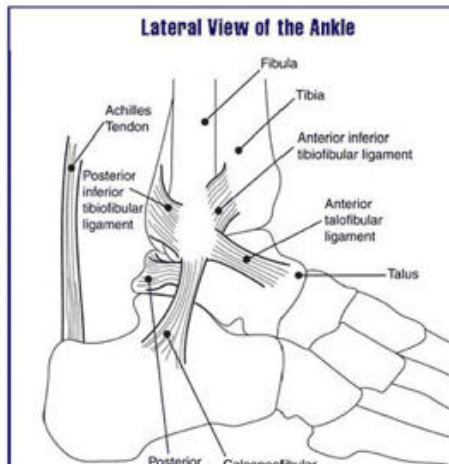
opadtil, rullebenet (talus) nedadtil og til siderne af den yderste (fibula) og den inderste ankelkno. Ledfladerne er bruskbeklædte. Leddet er stabiliseret af et vifteformet ledbånd på indersiden samt 3 ledbånd på ydersiden. Endvidere passerer sener, nerver og blodkar ankelledet. Bagtil på hælbenet (calcaneus) hæfter achillesenen, som er senen fra den store lægmuskel.

### DEFORMITETER AF DE SMÅ TÆER/HAMMERTÆER OG KLOTÆER

Deformiteter i de små tæer er den hyppigste sygdom i foden og anklen. Hyppigheden varierer i forskellige materialer mellem 2 og 20% i en normal befolkning. Deformiteterne ses hyppigere med stigende alder. Medfødte og erhvervede deformiteter varierer fra lette grader til sværere stive deformiteter.

Deformiteter i de små tæer har mange årsager; fodtøj har en afgørende rolle i udviklingen af





disse og ses derfor hyppigere hos kvinder. Hvis man får smerter og problemer med at have plads til foden i rummeligt fodtøj, kan man vælge at operere.

### OPERATIONEN

Vi vil altid tage et stående røntgenbillede af foden for at vælge den rette operationsmetode. Afhængig af deformiteten kan man lave operationer på sener og/eller knogler. Ved operation på knogle kan man gøre tåen stiv. Hvis deformiteten skyldes en nedsunken forfod, skæv storetå med knystdannelse eller en fejlstilling pga. leddegigt, så kan det være nødvendigt med operation for disse problemer ved samme operation, da man ellers vil gendanne fejlstillingen af tærerne.

I forbindelse med operationen vil man ofte få i sat en metaltråd (K-tråd) i tåen.

### BEDØVELSE

Operationen kan foretages i forskellige typer bedøvelse. Det aftales med anæstesilægen. I nogle tilfælde kan operationen foretages i en udvidet lokalbedøvelse fra knæhasen og ned (popliteus-blok), men hvis der er tale om en ukompliceret hammertåes operation, så vil den blive udført i lokalbedøvelse sv.t. tåen.

### KOMPLIKATIONER

Få procent udvikler infektion, hvor der er behov for behandling med antibiotika. Sjældent kan man beskadige en nerve ved operationen, således at man bliver følelsesløs i huden svarende til nervens forsyningsområde. Endvidere kan man hos nogle se gendannelse af deformiteten. Få procent får komplikationer i form af infektion eller dårlig heling af knogle eller hud. Vi opfordrer på det kraftigste til, at patienterne IKKE ryger, da rygning øger risikoen for komplikationer. Selv om der er tale om et mindre indgreb, så vil du kunne forvente hævelse og ømhed af foden i

3-6 måneder efter operation.

80-85 % af patienterne bliver tilfredse med operationsresultatet.

### EFTERBEHANDLING

Du vil oftest kunne benytte en flad sandal i 3 uger og du må støtte fuldt på foden. Ved den ambulante kontrol efter 3 uger fjernes trådene inklusiv metaltråden, som kan fjernes uden bedøvelse. Vi tager ikke rutinemæssigt røntgenbilleder.

Der kan blive behov for smertestillende behandling med Panodil de første par dage efter operationen.

### HALLUX VALGUS/SKÆV STORETÅ MED KNYSTDANNELSE

Dette er en tilstand, hvor storetåens knogle forskyder sig i forhold til mellemfodsknoglen, således at der dannes en knyst samtidigt med at storetåen peger mod fodens andre tæer. Dette kan medføre hammertåes dannelse af de små tæer og i svære tilfælde kan storetåen gå ind over de andre tæer. Selve knysten kan blive smertende.

Årsagen til en skæv storetå med knystdannelse er enten uhensigtsmæssigt fodtøj eller en arvelig tilstand. Ofte er det dog en kombination af de to forhold. Sygdommen rammer hyppigere kvinder end mænd.

I nogle tilfælde skyldes knystdannelsen (eller forværres) et problem højere oppe på foden, hvorfor man i forbindelse med forundersøgelsen får taget et stående røntgenbillede af den pågældende fod. På basis af røntgenbillederne vælges den operationsteknik der bedst egner sig til at løse problemerne.

Der er kun grund til behandling, hvis der er smerter. Er der kun lette gener bør man udskyde en operation og forsøge justering af fodtøj til fod-

formede sko, som i øvrigt også er nødvendigt efter en operation.

## OPERATIONEN

Ved operation overskæres mellemfodsknoglen ved storetåen med en lille sav, så man kan rette knoglen op for derefter at låse knoglen igen med en skrue (Chevron-osteotomi).

Afhængig af fejlstillingen kan det være nødvendigt, at foretage overskæringen højere oppe på mellemfodsknoglen (proksimal osteotomi) eller stivgøre leddet mellem storetåens mellemfodsknogle og kilebenet (Lapidus-procedure). Der benyttes ved disse indgreb eventuelt en lille metalskinne.



Det er tilmed ofte nødvendigt at foretage opretning på selve storetåen (Akin) eller andre supplerende indgreb.

Der er tale om kirurgiske indgreb af en vis størrelse med en forventet operationstid på 45 minutter.



## BEDØVELSE

Operationen kan foretages i forskellige typer bedøvelse. Det aftales med anæstesilægen. I nogle tilfælde kan operationen foretages i en udvidet lokalbedøvelse fra knæhasen og ned (popliteus-blok). De vil efter operationen ofte være smer-tedækket i adskillige timer, men skal dog

opstarte supplerende smertebehandling med Panodil og evt. anden stærkere smertestillende medicin. Vi anbefaler, at man undgår gigtpreparater (NSAID-præparater) i efterforløbet pga. præparaternes hæmmende virkning på knoglehelingen.



## KOMPLIKATIONER

Få procent får komplikationer i form af infektion eller dårlig heling af knogle eller hud. Vi opfordrer på det kraftigste til, at patienterne IKKE ryger, da rygning øger risikoen for komplikationer. Endvidere er der en lille risiko for udvikling af en blodprop i venerne på benet. Omkring 15 % af patienterne føler ikke, at de har opnået et resultat, der levede op til deres forventning, ofte fordi der fortsat er en grad af smerter eller fordi fejlstillingen har gendannet sig trods en vellykket operation. Der vil ofte være hævelse og en vis ømhed af forfoden i 6 måneder. Hos 30 % opstår der gener fra den indsatte skinne/skrue, som i så fald må fjernes ved en operation, typisk 6-12 måneder efter.

## EFTERBEHANDLING

Du går hjem samme dag og skal holde benet højt hævet det følgende døgn. Du bliver udstyret med en hælsko samt en stor forfodsforbinding, eventuelt en gips (benyttes typisk efter Lapidus-proceduren), som skal sidde urørt til første ambulante besøg (efter 12-20 dage), hvor vi foretager røntgenkontrol, fjerner tråde samt om-lægger bandagen.

Støtte på foden er afhængig af operationsmetoden og bandageringen.

I visse tilfælde kan man efter første ambulante kontrol overgå til en bred sandal (medbringes af patienten). I andre tilfælde, afhængig af operationstypen, kan man først undvære hælskoen eller gipsen efter 4-6 uger. Efter 5-6 uger kan gangafvikling over forfoden typisk tillades. I nogle tilfælde arrangeres yderligere ambulant kontrol. Man skal fortsætte med forfodsbandage,



der holder storetåen i den ønskede position i minimum 2 måneder. Man kan ikke føre bil før tidligst efter 4-5 uger. Har man stillesiddende arbejde er sygemelding 10-12 dage realistisk, men har man arbejde med megen gang (f.eks. håndværker, sygeplejerske etc.) må du indstille dig på 6 ugers sygemelding eller mere afhængig af operationstypen.

### ARTHROSE/SLIDGIGT I STORETÅENS GRUNDLED

Det er i mange tilfælde uvist, hvorfor der opstår slidgigt i storetåens grundled. I visse tilfælde skyldes slidgigten tidligere brud eller andre skader i leddet. I andre tilfælde ødelægges ledbrusken af leddegigt eller urinsyregigt. Sygdommen kan ramme alle fra 20 års alderen med stigende hyppighed med alderen. Ofte er der ud over slidgigt tilmed en skæv storetå samt knystdannelse.

Der er kun grund til behandling, hvis der er smerter. Er der kun lette gener bør man udskyde en operation og forsøge justering af fodtøj til fodformede sko gerne med stiv sål og en vis gængefunktion. I nogle tilfælde kan generne afhjælpes af gigtmidler eller en blokade.

### OPERATION

Vi foretager altid stående røntgenbilleder af den pågældende fod inden en operation. På basis af røntgenbillederne vælges den operationsteknik der bedst egner sig til at løse problemerne.

I. Cheilectomi (kegleoperation): Den syge del af ledbrusken fjernes. I visse tilfælde borer man tilmed små huller i andre områder af brusken (kaldes infiltration).

(operationsvarighed 30 min.).

II. Artrodese (stivgørende operation): Ledfladerne med den ødelagte brusk fjernes og knoglerne holdes sammen med skruer/skinne. Man tilstræber at storetåen peger lidt opad for at lette gangafviklingen. Bevægeligheden i storetåens yderled bevares. (Operationsvarighed 45 min.).



III. Protese (kunstigt led). Den ødelagte brusk/knogle fjernes og der indsættes et lille kunstigt led. De indlægges 1 døgn. (Operationsvarighed 60 min.).



IV. Keller (delvis ledjernelse). En del af storetåens grundled fjernes. Storetåen bliver således noget kortere, men får en vis bevægelighed. (Operationsvarighed 30 min.).



### BEDØVELSE

Operationen kan foretages i forskellige typer bedøvelse. Det aftales med anæsthesilægen. I nogle tilfælde kan operationen foretages i en udvidet lokalbedøvelse fra knæhasen og ned (popliteus-blok). De vil efter operationen ofte være smertedækket i adskillige timer, men skal dog opstarte supplerende smertebehandling. Vi anbefaler, at man undgår gigtpræparater i efterforløbet pga. præparaternes hæmmende virkning på knogleheling.

### KOMPLIKATIONER

Få procent får komplikationer i form af infektion eller dårlig heling (af hud, knogler eller indheling af protese). Vi opfordrer på det kraftigste til, at patienter IKKE ryger, da rygning øger risiko for komplikationer. Sjældent kan man udvikle en blodprop i venerne på benet. For alle operationstyperne gælder det, at ca. 15% af patienterne ikke føler, at de har opnået et resultat der levede

op til deres forventning, ofte fordi der fortsat er en grad af smerter. Der vil være hævelse og en vis ømhed af forfoden i op til 6 måneder.

Ved cheilectomi kan slidgigten fortsætte og nødvendiggøre et af de andre indgreb.

Fungerer en protese ikke må den fjernes og leddet stivgøres, hvilket dog ikke er ukompliceret. Hvis der kommer infektion omkring en protese bliver man også nødt til at fjerne protesen.

Ved den stivgørende operation er det nødvendigt at fjerne de indsatte skruer hos ca. 20%. Heler knoglerne ikke sammen kan ny operation komme på tale (ca. 5-10 %).

Ved både den stivgørende operation såvel som proteseoperationen kan det ikke altid undgås at gangen, selv efter måneders træning, afvikles med ganske let halten. Det kan være den pris, man kommer til at betale for at blive smertefri.

Ved Keller operationen kan storetåen med tiden begynde at dreje opad og indad og der kan opstå forfodssmerter, som nødvendiggør indlæg i fodtøjet.

## **EFTERBEHANDLING**

I. Cheilectomi samt IV. Keller: Genoptræningen påbegyndes dagen efter operationen. Du udstyres med en "gipsesko" indtil den første ambulante kontrol. Genoptræningen består af både vægtbelastede og ubelastede bevægeøvelser over storetåens grundled. Smertebehandling med et gigtpreparat (typisk 10 dage) samt supplerende morfin (typisk 3 dage). Ambulant kontrol efter 12-16 dage, hvor vi sikrer os at resultatet er i orden samt fjerner tråde. Sygemelding, afhængig af erhverv, fra 1-4 uger.

II. Artrodese: Du udstyres med en hælsko i sammenlagt 4 uger. Ambulant kontrol efter 12-16 dage, hvor der tages røntgenbillede, trådene fjernes og bandagen omlægges. Sygemelding afhængig af erhverv fra 1-8 uger. Smertebehandling med Panodil (typisk 14 dage) samt supplerende morfin (typisk 3 dage).

III. Protese: Man vil typisk være indlagt et døgn. Genoptræningen påbegyndes dagen efter operationen. Du vil blive udstyret med en "gipsesko" indtil den første ambulante kontrol. Genoptræningen består af både vægtbelastede og ubelastede bevægeøvelser over storetåens grundled.

Ambulant kontrol efter 12-16 dage, hvor der tages røntgenbillede, tråde fjernes og bandagen omlægges. Sygemelding afhængig af erhverv fra

2-12 uger. Smertebehandling med Panodil (typisk 14 dage) samt supplerende morfin (typisk 5 dage).

## **NEDSUNKEN FORFOD**

Dette er en tilstand, som ofte udvikles eller forværres med alderen. Ledhovederne i tærnes grundled er lokaliseret lige under huden, hvilket medfører smerter og hårdhudsannelser svarende til fodsålen. Ofte er forfoden bred. I andre tilfælde er leddene gået af led eller er delvist ødelagt af slidgigt eller ledhindebetændelse. Man ser endvidere ofte hammertåsdannelse. Der er kun grund til behandling, hvis der er smerter. Vi opererer aldrig patienter, der ikke hyppigt har smerter i forfoden eller patienter der ikke har forsøgt med en forfodspelte i fodtøjet. Er der kun lette gener bør man udskyde en operation og forsøge med en bred forfodspelte som placeres præcist lige bagved de ømme ledhoveder, som derved løftes fra underlaget. Indlægget kan købes i Matas. I andre tilfælde henviser vi til en bandagist eller skomager.

## **KONTAKT**

Er der noget, du er i tvivl om, eller har du yderligere spørgsmål, er du altid velkommen til at ringe til os.

Hellerup: 3977 7070

Odense: 6548 7070

Aarhus: 8612 1186

Skørping: 9839 2244

Viborg: 8725 0899

Telefontider:

Mandag-torsdag kl. 8.00-17.00

Fredag kl. 8.00-16.00

info@capio.dk

www.capio.dk



○ **Hellerup**  
Hans Bekkevolds Allé 2B  
2900 Hellerup  
Tlf.: 3977 7070

○ **Odense**  
Pantheonsgade 25  
5000 Odense C  
Tlf.: 6548 7070

○ **Aarhus**  
Margrethepladsen 3  
8000 Aarhus C  
Tlf.: 8612 1186

○ **MR Aarhus**  
Morten Børups Gade 8  
8000 Aarhus C  
Tlf.: 8612 1200

○ **Viborg**  
Stadion Allé 7  
8800 Viborg  
Tlf.: 8725 0899

○ **Skørping**  
Himmerlandsvej 36  
9520 Skørping  
Tlf.: 9839 2244

[info@capiro.dk](mailto:info@capiro.dk) • [capiro.dk](http://capiro.dk)

**Telefontider:**

Mandag-torsdag kl. 8.00-17.00

Fredag kl. 8.00-16.00



**Capiro**

Del af Ramsay Santé