

Doknr. i Barium 16184	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2020-11-03	Version 6
RUTIN Charcotfot - Akut omhändertagande. ORT			
Innehållsansvarig: Martin Ålund, Överläkare, Läkare ortopedi (maral96) Godkänd av: Anna Nilsson, Verksamhetschef, Verksamhetsgemensamt (annni155) Denna rutin gäller för: Verksamhet Ortopedi			

Revisionshistorik

Version 5, ny verksamhetschef

Syfte

Syftet med rutinen är att säkra det akuta omhändertagandet av patienter med misstänkt diabetesartropati (Charcotfot).

Bakgrund

Vad är en Charcotfot?

Charcotfot är en icke-infektiös destruktion av skelett och leder hos patienter med perifer neuropati. I genomsnitt drabbas 1 % av alla diabetespatienter. Patofysiologin i stort:

Traumatisk: först uppstår mikrofrakturer och sen frakturer och luxationsfrakturer i ett desensibiliserat skelett.

Vaskulär: hyperämi förorsakar benresorption och försvagning av ligament. En Charcotfot är i akutskedet hyperämisk - inte dysvaskulär.

Inflammatorisk: patologiskt ökad inflammatorisk respons på trauma.

Innehåll och metodbeskrivning

Misstänkt Charcotfot

Diabetiker med röd, svullen och värmeökad fot skall alltid misstänkas ha en Charcotfot tills motsatsen är bevisad. Ett mindre trauma kan ha förekommit men är inte obligat. Det kan ligga dagar eller veckor tillbaka i tiden. Smärta är inte heller obligat, över hälften av patienterna har inte ont. Det huvudsakliga klagomålet är svullnad.

Differentialdiagnos

Erysipelas
Djup abscess
Artrit

Tänk på:

- 1) En Charcotfot bleknar när man lyfter upp den. Rodnad vid infektion minskar inte.
- 2) I avsaknad av sår är djup infektion osannolik. MRT och Ultraljud kan utesluta abscess.

Akut omhändertagande

Röntgen: fråga efter Charcotförändringar. Vid Charcotfot kan man se sublaxationer och/eller frakturer i en eller flera leder i foten. Fynden är dock inte obligata och avsaknaden av röntgenologiska fynd utesluter inte begynnande Charcotfotsutveckling.

Lab-prover: SR, CRP, LPK, Kreatinin och HbA1c. Ett HbA1c > 9% fördubblar risken för Charcotfot jämfört med ett HbA1c < 7 %. CRP kan ligga runt 20 vid akut Charcotfot. Tresiffrigt CRP antyder infektion.

Doknr. i Barium 16184	Giltigt fr.o.m 2020-11-03	Version 6
--------------------------	------------------------------	--------------

RUTIN Charcotfot - Akut omhändertagande. ORT

Neurologisk undersökning: avsaknad av Akilles-reflex är ett tidigt tecken på neuropati. Sensibiliteten undersöks med monofilament och vibrationssinnet med stämngaffel på toppen av stortån. Båda är i regel tydligt nedsatta eller helt upphävda.

Åtgärd på akuten

Tätt sittande gipsstövel och kryckor för avlastning. Det primära är själva avlastningen, gipsen ökar compliance och sjukdomsinsikt hos patient och anhöriga. Det räcker med att man misstänker Charcotfot, diagnosen är inte 100 % -ig vid avsaknad av röntgenologiska fynd.

Uppföljning

Sätt tillbaka patienten till gipstekniker på mottagningen efter tre till fem dagar för omgipsning. Gipstekniker kontakter diabetessårsköterska som i sin tur kontakter inblandad läkare på Fotteamet. På detta sätt fångas patienten upp inom 7-14 dagar för utökad information och ställningstagande till fortsatt behandling.

Väsentligt för patienten är att känna till de långa behandlingstiderna. Vid etablerad Charcotfot kan avlastning med gips behöva pågå i mer än ett år, beroende på var i foten förändringarna finns.

Ansvar

Respektive sektionschef ansvarar för att rutinen blir känd för alla läkare inom verksamheten. Rutinen gäller alla läkare i jourverksamhet verksamhet ortopedi och vid ortopedmottagningen Mölndal. Verksamhetschef ansvarar för rutinen och att den följer gällande författning.

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen vid behov dock minst vartannat år. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl Pro.

Granskning

Susanne Asteberg, diabetessårsköterska