

Doknr. i Barium 26871	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2020-05-13	Version 6
RUTIN Hammartå - Utredning och behandling.ORT			
Innehållsansvarig: Martin Ålund, Överläkare, Läkare ortopedi (maral96) Godkänd av: Anna Nilsson, Verksamhetschef, Verksamhetsgemensamt (annni155) Denna rutin gäller för: Verksamhet Ortopedi			

Syfte

Syftet är att möjliggöra enhetlig behandling av hammartå.

Hammartår och klotår är vanligt förekommande framfotsdeformiteter som inte sällan kräver kirurgisk behandling. För att behandlingen ska bli korrekt är det viktigt att ha grundkunskaper i biomekaniska orsaker till att de uppstår.

Orsaker

Uppkomsten av hammartår och klotår kan ses som ett resultat av fotens oförmåga att stabilisera tårnas leder – och därmed hålla dem raka och i kontakt med golvet. Flera mekanismer kan verka enskilt eller i kombination:

- 1) Obalans mellan tårnas böj- och sträckmuskler. Klotår förekommer vanligen vid neuromuskulära sjukdomar (Mb Charcot-Marie-Tooth, Friedreich ataxi, CP, MS), vid diabetesneuropati och vid följdtilstånd efter kompartmentsyndrom i fot och underben.
- 2) Ruptur i plantara plattan i tåns MTP-led. Plantaraponeurosen har via plantara plattan sin distala infästning på grundfalangen. När tårna dorsalextenderas sträcks den ut och fotvalvet förstärks (windlassmekanism). Den spänning som uppstår skapar den enskilt viktigaste kraften som gör att tårna fjädrar tillbaka till neutralläge efter att ha varit dorsalextenderade under avstampet. Detta kallas för den omvända windlassmekanismen och är avgörande för att MTP-leden ska bibehålla normal funktion. Om plantara plattan rupturerar (slitage, trauma) sätts den omvända windlassmekanismen gradvis ur spel. Böj- och sträcksenor försöker kompensera för bortfallet.
- 3) Defekt MTP-led. På samma sätt som vid ruptur av plantara plattan kan sjukdomar som primärt angriper MTP-leder sätta windlassmekanismen ur spel. Exempel är hammartår vid reumatoid artrit och andra systemiska ledsjukdomar.

Diagnos

Tån kröker sig i PIP- och DIP-led (klotå) eller enbart i PIP-leden (hammartå). En smärtsam klavus bildas ofta över PIP-leden, vid klotår även på spetsen av tån. Metatarsalgi förekommer. Ofta har patienten samtidigt hallux valgus. Kombinationen med kavusfot tyder på att neurologisk åkomma föreligger. Utred. Vid ruptur av plantara plattan blir grundleden instabil, vilket upptäcks när man gör en draglådetest. Jämför med friska sidan. Notera om felställningen i MTP-, PIP- eller DIP-led är flexibel eller rigid. Röntgen fötter i stående visar graden av eventuell MTP-ledsluxation, frontalbild räcker.

Behandling konservativ

Rymliga skor och avlastande ring uppe på tån. En främre pelott kan lyfta metatarsalerna räcker ibland för att reponera en subluxerad MTP-led.

Behandling operativ

Flexibel hammartå: partiell falangresektion (Gocht) kan i många fall vara tillräcklig för behandling av dig 3-4. Dig 5 sällan drabbad. Dig 2 fungerar bättre med PIP-ledsartrodes, särskilt om hallux valgus föreligger. Transfer av långa böjsenan till dorsalsidan av grundfalangen (flexorsenttransfer) ger extra flexionskraft till MTP-leden, rätt förspänning avgörande.

Flexibel klotå: tenotomi av långa böjsenan effektiv. Gör litet snitt i böjvecket under DIP-leden.

Kontrakt MTP-led (ej reuma): kräver sträcksenförlängning och genomskärning av extensoraponeurosen på båda sidor samt adekvat lösning av kapseladherenser plantart om caput. Om grundfalangen efter detta inte spontant faller på plats kan flexorsenttransfer ge flexionskraft till MTP-leden. En förkortningsosteotomi på metatarsalen (Weil-osteotomi) kan också hjälpa till. Dubbelsågning är att rekommendera: plantarförskjutning av caput undviks, intrinsic-muskelnas rotationscentrum förändras inte. Risken för ”floating toe” minskar därmed.

Reparation av plantara plattan är ännu så länge sparsamt dokumenterad. Går att göra från både dorsalt och plantart. Plantar kondylektomi på caput kan ersätta reparation tack vare den blödning som uppstår ur benet. Den skapar en oftast pålitlig ärrbildning av plantara plattan. Luxerad och kontrakt MTP-led (reuma): Stainsbyplastik numera förhärskande metod. Alltid MTP 2-5, enstaka MTP-leder inte att rekommendera. Vinklat dorsalt snitt med spetsen riktad mot stortån. Skala ut och ta av så mycket av grundfalangen som behövs för att få en avslappnad ställning i tån. Om kraftig kontraktur i PIP-leden delas grundfalangen subcapitulärt. Lös den ibland dorsalt fastlödda plantara plattan från caput på metatarsalen. Sträcksenorna sys ner till böjsenorna och tån transfixeras med stift i 4-6 veckor.

Ansvar

Rutinen gäller för fotteamet vid VO Ortopedi SU. Sektionschef ansvarar för följsamhet.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revidering är i första hand innehållsansvarig och/ eller sektionschef för fotteamet vid VO Ortopedi. Revidering sker minst vartannat år samt vid behov. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.”

Kunskapsöversikt

Banks A, Downey M, Martin D (eds): McGlamry´s Forefoot Surgery, Lippincott 2004

Coughlin M, Mann R, Saltzman C (eds): Surgery of the Foot and Ankle (uppl 8), Mosby 2006

[Coughlin M](#), [Schutt S](#), [Hirose C](#) et al: Metatarsophalangeal joint pathology in crossover second toe deformity. A cadaveric study. Foot Ankle Int 33: 133-140, 2012