

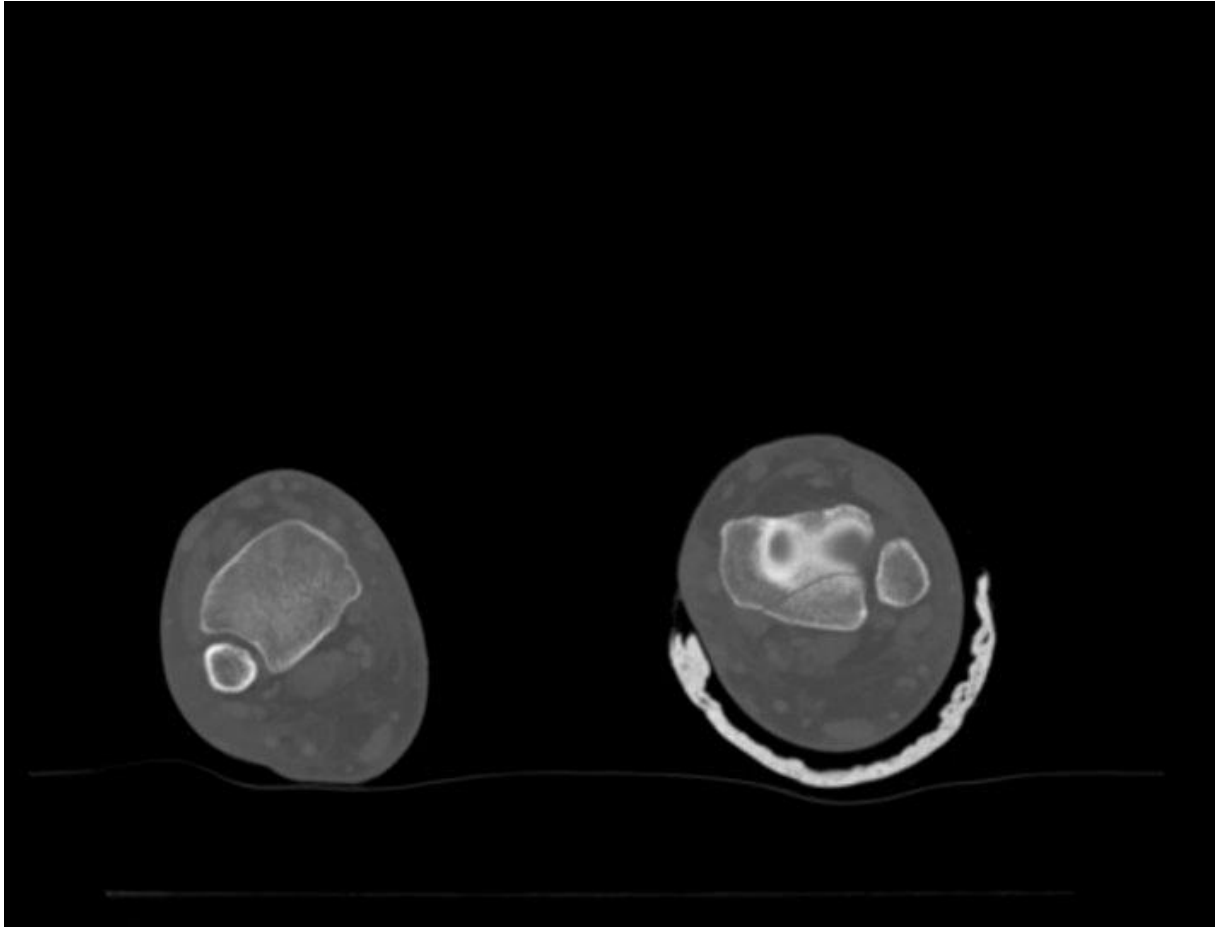
Fråga 1 10 p

50-årig cyklist inkommer som traumalarm efter att ha blivit påkörd av en bil. Han är frisk, rökare. Vikt 110 kilo, längd 180 cm. Kliniskt har han en underbensfraktur med genomstick. Distalstatus är normalt. Han har sårskador i ansiktet men inga övriga skador.

Följande bilder visar röntgenbilder och nyckelbilder vid CT-undersökning av underbenet. Inga skador påvisas i knäleden.







Redogör för klassifikationen som används för att gradera öppna skador. (2 p)

Klassificeras enligt Gustilo Anderson. Typ 1 (sår mindre än 1 cm, minimal kontaminering). Typ 2 (sår 1-10 cm, måttlig mjukdelsskada). Typ 3 (vanligtvis större mjukdelsskada, högenergi. Graderas i 3 A-C)

Vilken klassificering ger du den aktuella skadan? (1 p)

Högenergiskada Gustilo Anderson 3 (A, B, C graderas peroperativt)

Patienten är stabil och omhändertas enligt ATLS. Beskriv den primära ortopediska handläggningen. (2 p)

Antibiotika

Täcka såret med steril kompress

Sårrevision på op

Extern fixation

(0,5 p per rätt svar)

På morgonen därpå har patienten ökande, morfinresistenta smärtor i benet. Du misstänker akut kompartmentsyndrom. Redogör för hur du genomför en kompartmentklyvning och vilka strukturer du vill skydda. (3 p)

Två snitt, medial och lateral incision, öppna alla fyra compartment), hela längden, lämna öppet för second look och sekundärsutur/delhud. Akta n peroneus superficialis på lateralsidan, öppna främre och laterala compartment från lateralsidan, akta saphenastrukturer mediallyt, mediallyt öppnas ytliga och djupa compartment.

1 p för beskrivning av snitten. 1 p för beskrivning av samtliga compartment. 1 p för rätt strukturer att skydda.

Frakturen går att operera med spik eller platta. Redogör för fördelar och nackdelar med respektive metod. (2 p)

Spik: Omedelbart belastningsbar med spik och mer mjukdelsvänlig.

Frakturen ledengagerande och bakre fragment måste försörjas, relativt distal fraktur (kräver tre distala skruvar).

(1 p för en korrekt fördel och nackdel)

Platta: Bättre kontroll över frakturen. Fler distala förankringar i relativt distal fraktur.

Större mjukdelstrauma. Medial platta inte tillämplig. Full belastning inte tillåten postop.

(1 p för en korrekt fördel och nackdel)

Fråga 2 (8 p)

Du är specialist på ett regionsjukhus. För fyra veckor sedan opererade du en 83-årig man med halvprotes på grund av höftfraktur. I anamnesen finns bristfälligt reglerad diabetes och hypertoni, BMI 33, TIA för 5 år sedan och stabil angina. Preoperativt gjordes ett UCG som visade måttligt nedsatt ejektionsfraktion (EF 40%). Patienten hade relativt stor blodförlust under operationen (cirka 900 ml) sannolikt på grund av att han behandlades med Klopidogrel.

Vilken ASA-klass har patienten? (0,5 p)

ASA 3

Redan före halvprotesoperationen var det planerat att göra en tandextraktion. Tandläkaren hör nu av sig till dig angående antibiotikaproylax i samband med tandoperationen. Vilket/vilka råd ger du till tandläkaren? (1,5 p)

Om möjligt skjut upp ingreppet till minst 3 månader efter protesoperationen. Om tandingreppet behöver göras inom 3 månader efter protesoperationen rekommenderas antibiotikaproylax

Mannen hinner inte få sin tandoperation gjord innan han kommer till akutmottagningen med höftprotesluxation i samband med att han klev ur sängen. Såret är välläkt och det har inte varit något läckage. Ingen rodnad. Han har dock haft mer ont i höften och feber de senaste dagarna och CRP är 55. Därför bestämmer du dig för att göra artrocentes i samband med att du reponerar höftluxationen. Du får rikligt med utbyte och vätskan är kraftigt blodtillblandad och skickas för cellanalys och odling. Det visar sig att han har ledvita på $1,8 \times 10^9/L$.

Med den här informationen, är det **osannolikt**, **sannolikt** eller **verifierat** att det är en ledprotesinfektion enligt European Bone and Joint Infection Society (EBJIS) definition? (0,5 p)

Sannolikt

Dagen efter repositionen har patienten feber, höftsmärta och stigande CRP. Preliminärsvår från odlingen visar grampositiva kocker. Patienten förbereds för DAIR.

Diskutera antibiotikaproylax och behandling utifrån misstänkt agens. Antibiotikaval? Tidpunkt för start och doseringsintervall? (1,5 p)

Staph aureus mest sannolikt. Ge 2 g Kloxacillin som profylax 45-30 min preop, 2 och 6 timmar postop. Därefter 2 g x 4.

Vilka moment ingår i en DAIR? (4 p)

Öppna i samma incision. Avlägsna suturmaterial och caput. Rensa synovia och nekrotiserad vävnad. Tag 5 vävnadsodlingar protesnära. Högtrycksspola/skölj sårhålan. Duka om till ren fas. Spola ytterligare. Sätt på nytt caput. Förslut tätt med resorberbar sutur

Fråga 3 10 p

47-årig man, frisk, arbetar på kontor och aktiv på fritiden med sportaktiviteter, bland annat styrketräning. Vid armgång tappade han taget och landade på sin vänstra axel. Efter detta kraftig smärta i vänster axel och begränsad lyftförmåga. Patienten söker därför på akutmottagningen.



Vilka anamnestiska frågor och kliniska undersökningar är viktigast på akuten? (2 p)

Har han haft problem med axeln innan denna skadan?

Upplevde han att axeln var ur led och sedan hoppade till rätta?

Var sitter smärtan?

Symptom från nacken? (1 p)

Rörelseomfång i axelleden? Kraft och aktivering av rotatorkuffens muskler?

Nackstatus, distalstatus gällande neurologiskt bortfall! (1 p)

Vilka akuta tillstånd är viktiga att utesluta/verifiera och hur görs detta? Vad är bråttom att åtgärda? (2 p)

Luxation och fraktur utesluts med slätröntgen primärt, nervskada genom klinisk undersökning (2 p)

I status finner du oförmåga att elevera och abducera armen mer än 45 grader ut från kroppen. Vad kallas detta tillstånd? (1 p)



Aktuell röntgen.

Pseudoparalys

Ge exempel på specifika kliniska tester som är relevanta! (2 p)

Subscapularis-senan: Belly press test, Bear hug test, smärta vid inåtrotation mot motstånd

Supraspinatus-senan: Jobes supraspinatus test, smärta vid elevation och abduktion mot motstånd

Infrasspinatus och Teres minor-senorna: lag sign, smärta vid elevation och abduktion mot motstånd samt utåtrotation. (0,5 p för varje korrekt test, max 2 p)

Vilka strukturer misstänker du är skadade och vad planerar du för patienten? (1 p)

Trauma-relaterad kuffruptur som engagerar åtminstone supraspinatus-senan. Diagnostik av rotatorkuffen samt biceps-senan med ultraljud eller magnetkamera-undersökning inom 2-3 veckor.

I årets avhandling 2022 genomgick 331 konsekutiva patienter, med någon form av skuldertrauma kombinerat med akut debuterande skuldersmärta och status som vid misstänkt rotatorcuff-skada, en magnetkameraundersökning.

a) Hur stor andel av patienterna hade en MR-verifierad total ruptur av minst en av senorna? (1 p)

18% (15-20% ger full poäng)

b) Den vanligaste skadan var en kombinationsskada av två senor. Vilka var dessa två senor? (1 p)

Ruptur av subscapularis- och supraspinatussenorna

Fråga 4 7 p

En 35-årig mekaniker söker akutmottagningen efter att ha upplevt en skarp smärta i vänster pekfinger medan han sprutlackerade en bil för två timmar sedan. Smärtan försvann nästan direkt, men uppmanad av kollegan som är fackombud söker patienten nu för säkerhets skull eftersom fingertoppen känns lätt avdomnad.

På radialsidan av pekfingerpulpan finns ett litet, oretat sår. Fingret är mjukt och oömt. Senfunktionen är utan anmärkning.



Vad misstänker du att patienten har drabbats av? (1 p)

Högtrycksinjektionsskada

Hur handlägger du patienten? (2 p)

Akut kontakt med handkirurg/motsvarande kompetens för akut exploration oberoende av symptom
Fingret/handen ska öppnas stort och nekrotisk vävnad debrideras. Expektans är fel.

Nämn fyra faktorer påverkar prognosen? (4 p)

En högtrycksinjektionsskada är symptomfattig initial, varför patient's och doctor's delay är vanligt, men skadan ska betraktas som en potentiell amputation och är en av de mest urakuta tillstånden inom handkirurgi. Risken för amputation och morbiditet ökar markant om kirurgi påbörjas >6 timmar från traumat. Tidsaspekten är därför den viktigaste påverkbara faktorn (1p). Andra faktorer som kan påverka prognosen är: Toxiciteten/vilket ämne som sprutas in (organiska lösningsmedel är värst, luft

och vatten minst malignt) (1p). Kvantiteten/volymen/mängden/trycket (1p). Lokalen/var injektionen går in (1p). Huruvida såret blir sekundärinfekterat (1p). Fyra rätta svar ger fyra poäng.

Fråga 5 6 p

Mikael, 25 år, har krockat med ett träd när han körde på landsväg i 70 km/h med sin motorcykel. Vänstersidan tog smällen (se röntgenbilder). Han är annars frisk snickare, feströker.





Beskriv frakturmönstret av båda frakturerna (1 p)

(A) Kort snedfraktur i tibias diafys. (0,5 p)

(B) Distal radiusfraktur, colles fraktur med dorsalböckning (0,5 p)

Även korrekt klassifikation enligt AO-klassifikation eller OTA räknas som rätta svar.

Vilken typ av frakturläkning förväntar du dig vid respektive fraktur? Motivera kort. (2 p)

Tibia: Diafysär fraktur. Indirekt läkning. Callusläkning. Enchondral läkning. Till viss del membranös. (1 p)

Radius: Metafysär fraktur. Indirekt läkning. Callusläkning. Enchondral och membranös läkning men huvudsakligen membranös eftersom frakturen är i metafysärt ben. (1 p)

Vad är osteoplasternas och osteoklasternas roll i benbildningsprocessen vid frakturläkning? (1 p)

Osteoplast: bildning av benvävnad.(0,5 p)

Osteoklast: benresorption och remodellering.(0,5 p)

Nämna fem faktorer som påverkar frakturläkningsprocessen. (2 p)

Frakturtyp, hög eller lågenergiskada, förekomst av infektion, kirurgisk teknik, läkemedel (kortison, NSAID, cytostatika mm), rökning, malnutrition, strålskador, öppen eller sluten fraktur etc. (0,5 p per styck, 2 p vid fem rätta)

Fråga 6 3 p



40-årig kvinna med kontorsarbete och tidigare episoder med ländryggsvärk som gått över efter manipulationsbehandling. För en vecka sedan smärta i först rygg, sedan vänster lår, därefter omväxlande höger och vänster ben. Senaste tre dagarna mer och mer domnad i underlivet. Patienten söker idag då hon kissat på sig och inte känner när urinen rinner. Både rygg- och bensmärta har försvunnit.

Se bilden. Vad kallas tillståndet på latin? (1 p)

Cauda equina-syndrom

Hur stor andel av alla 40-åringar har ländryggsdiskbräck utan att ha ont i rygg eller ben? (1 p)

1/3 (poäng för 20-40%)

Varför har patientens bensmärta försvunnit? (1 p)

På bilden ligger S1-rötterna bilateralt opåverkade av diskbråcket. Diskbråcket måste ramlat ner förbi S1 som ger bensmärta. Typiskt att kompression av lägre sakrala rötter inte ger smärta. Så grav kompression att inga signaler passerar. Något om S1-anatomin ska vara med i svaret.

Fråga 7 3 p

En 67-årig man har haft ryggvärk och feber i tre dagar, inga andra symtom och han är neurologiskt intakt. CRP >200 och blododlingar tagna. Utförd magnetkameraundersökning är helt normal. Du är tillkallad ortopedkonsult till en infektionsavdelning och patienten har fått antibiotika efter odlingar.

Föreslå en ortopedisk behandlingsplan för den kommande veckan! (1 p)

Upprepar statustagning dagligen, antingen själv eller med hjälp infektionskollega. Beställer en ny MR som görs tidigast 5-7 dagar efter symtomdebut

Vilket är vanligaste agens vid bakteriell spondylodiskit? (1 p)

Staphylococcus aureus

Hur vanligt är det att få minst en positiv blododling i ett scenario som ovan ovan? (1 p)

50% (poäng för 40-60%)

Fråga 8 9 p

Etiologi, utredning och behandling av benlängdsskillnad. Hur resonerar du när det gäller följande fall?

4-årig frisk flicka med 2 cm benlängdsskillnad (mätt med röntgen). (3 p)

2 cm är mycket för en 4-åring. Kompensera med skoförhöjning. Uteslut kärldmissbildning och hemihypertrofi. Sitter skillnaden mest på femur eller tibia? Planera för framtida fysiodes.

Frisk 11-årig pojke med ryggsmärta och 1 cm benlängdsskillnad (kliniskt). (3 p)

Benlängdsskillnaden saknar klinisk relevans och orsakar inte ryggsmärta. Möjligen kan det finnas skäl att göra en radiologisk benlängdsmätning för att säkerställa att skillnaden inte är mer än 1 cm. 3p

16-årig pojke som hade en Salter-Harris 2 fraktur i distala femur för fyra år sedan och nu har 4 cm kortare ben på den sidan. (3 p)

Här har frakturen orsakat en prematur fysslutning i distala femur. Skillnaden är så stor att den inte kan accepteras. Det är även för sent att utföra fysiodes på friska sidan. Planera för benförlängning. 3p

Fråga 9 3 p



Frisk 2 år gammal flicka som behandlats med von Rosen-skena som spädbarn. Subjektivt besvärfri.

Diagnos? (1 p)

Vänstersidig höftledsdysplasi (DDH vänster är också rätt, vänstersidig höftledsluxation är fel).

Ange minst två radiologiska fynd som stödjer diagnosen (2 p)

Brott i Shentons linje

Högt acetabularindex (acetabulartakets lutning)

Hög migrationsprocent, dvs en stor del av epifysen ligger lateralt om acetabulums laterala kant (lateralt om Perkins linje). Att svara högt Reimers index samt att ange att vänster höft är lateraliserad ger vi också rätt för.

Fråga 10 3 p



Du behandlar denna skada operativt – men hur når du frakturen för en öppen reposition där du vill ha kontroll över calcar??

Beskriv upplägg av patienten? (1 p)

Beachchair/halvsittande med axeln fri eller halvliggande på genomlysbart bord med möjlighet extendera armen

Beskriv din kirurgiska tillgång från hud och in till fraktur (ej reposition)? (2 p)

Beskriv antingen **Deltopectoral tillgång**: Hudincision från proc coracoideus till deltoideus infästning 0,5p. Trubbigt leta klivage mellan deltoideus och pectoralis major, hålla v cephalica lateralt (vanligast) 1p. Fria deltoideus och applicera hake mellan conjoined tendon och deltoideus 0,5 p.

eller **Lateral/deltoid** split men svårt med öppen reposition: Hudincision (ca 5cm) vertikalt från akromions främre hörn, alt distal baserad hudlambå 0,5 p. Split av deltoideus (genom främre rafin) 0,5p. Trubbigt fria deltoideus med finger eller hake och palpera/isolera och akta n. axillaris 0,5p. Distal tillgång till humerus för skaftskruvar kaudalt om n.axillaris, antingen genom separat hudincision och muskelsplit eller genom att dela deltoideus nedom nerven i större hudincision 0,5p.

Fråga 11 4 p

Beskriv huvudprinciperna för rehabilitering efter en höftfraktur – både under slutenvårdsperioden och efter utskrivning. (4 p)

Tidig mobilisering (inom 1 dygn) ska eftersträvas = 1 p

Belastning av det skadade benet ska möjliggöras = 0,5 p

Validerade bedömningsinstrument ska användas för att sätta mål, utvärdera behandling och se förändring i patientens status = 0,5 p

Rehabiliteringen ska innehålla:

- Balansträning
- Progressiv styrketräning / Fysisk träning
- Förflyttnings- och gångträning
- Träning av aktiviteter i dagligt liv (ADL)

Ett av orden (eller ordens innebörd) = 0,5 p max 1,5 p

Rehabiliteringen ska vara **långvarig**, dvs. minst 3-6 månader = 0,5 p

Fråga 12 3 p

Fru Prysselius 72 år inkommer till akutmottagningen med infekterat diabetessår på höger underben och fot. Hon har sedan tidigare typ 2 diabetes, polymyalgia reumatica och hypertoni. Hon står på Jardiance (SGLT-2-hämmare), enalapril, predinsolon samt beviplex (b-vitamin och folsyra). Hon är preseptisk (BT 100/60, puls 95 temp 37,9) och i klart behov av optimering och transfemoral amputation.

Du planerar för optimering med vätska och antibiotika (efter att förstås först ha tagit odlingar) under eftermiddag och kväll och sedan operation påföljande dag.

Fru Prysselius försämras under kvällen med ökad törst, illamående, kräkningar, förvirring och trötthet.

Vilket tillstånd (förutom sepsis) är mest misstänkt? (1 p)

Ketoacidosis/Diabetes ketoacidosis/DKA

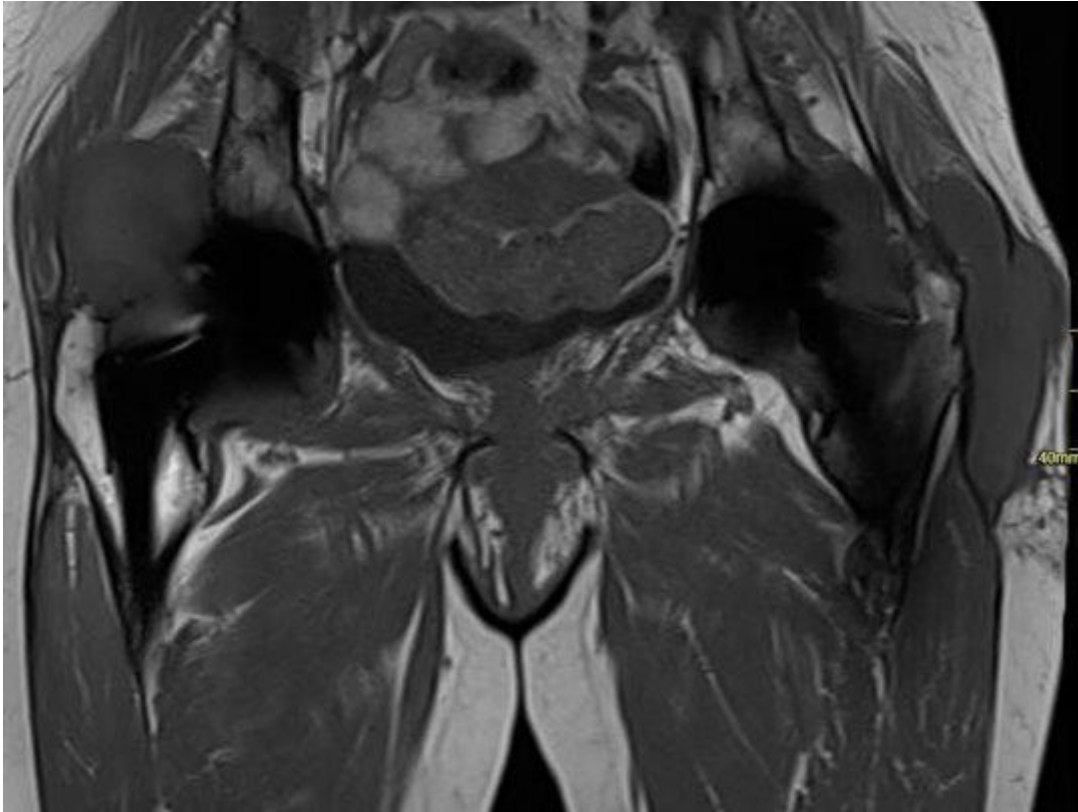
Vilket prov kan bekräfta din misstanke? (1 p)

Blodketoner/B-ketoner 1 poäng (Ökat B-glc är inte alltid högt, men b-glc ger 0,5 poäng)

Vilka två läkemedel sätter du ut? (1 p)

Jardiance (0,5 poäng) och Enalapril (0,5poäng)

Fråga 13 2 p



Det är ovanligt att ortopediska metallimplantat orsakar symptomgivande komplikationer på grund av korrosion eller hög friktion. Eftersom de används till så många patienter är det ändå högst sannolikt att du kommer att träffa på patienter som drabbats av lokala vävnadsreaktioner med mer eller mindre uttalade symptom på grund av sådana komplikationer. För vissa typer av implantat är denna haverimekanism väl dokumenterad. En sådan komplikation visas på bilden.

Beskriv en korrosionsutlöst komplikation som är väl dokumenterad och vilken typ av implantat som förknippas med denna komplikation. (2 p)

Utveckling av pseudotumör vid användning av en yttersättningsprotes eller på grund av korrosion av protesens kona.

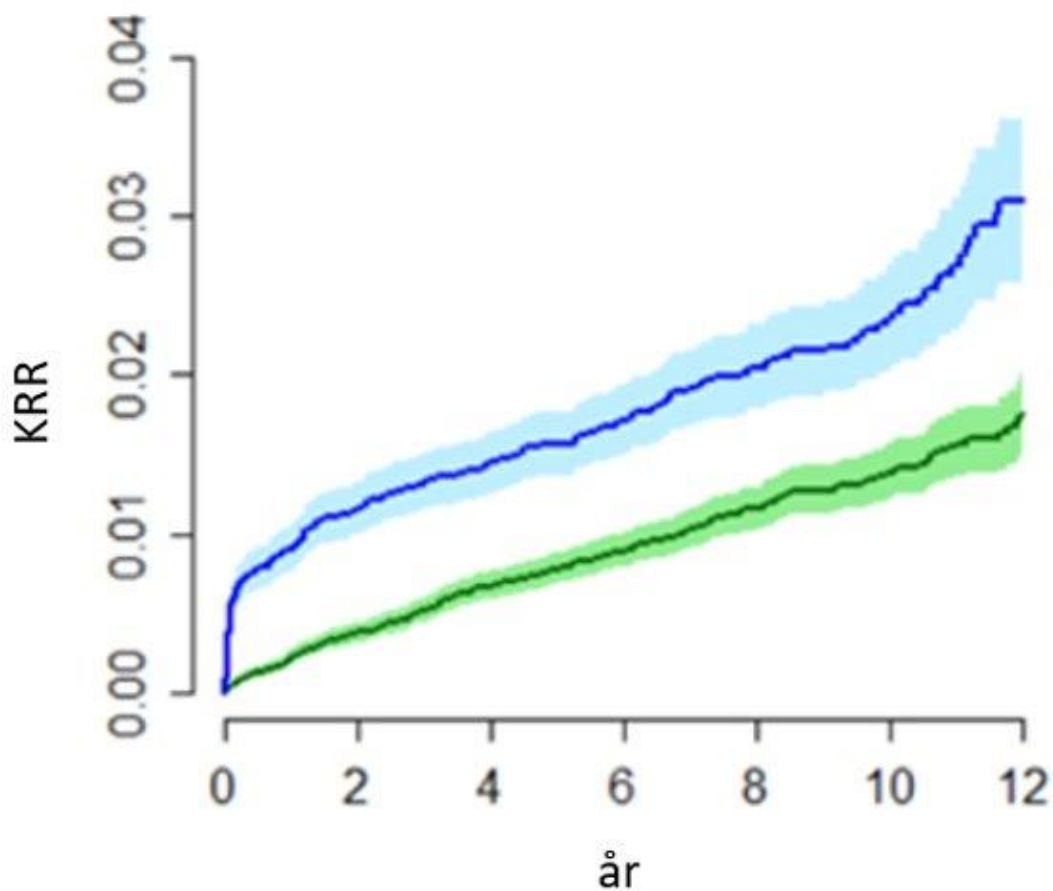
Uppkomst av implantatfraktur (t ex av platta eller protesstam).

Användning av multifilament cerklage (cable wire) t ex. vid frakturkirurgi eller fixation av trokanter major. På grund av mikro- eller makrorörelser i frakturen (eller pseudoartrosen) uppstår slitage mellan metalltrådarna som bygger upp vajern. De slitageprodukter som bildas orsakar en vävnadsreaktion samt osteolys.

Korrosion av protesstam vid användning av cementerad höftprotes speciellt om den är tillverkad av titanlegering, men fenomenet förekommer också vid användning av stammar gjorda av andra legeringar. Cementerade protesstammar rör sig mer eller mindre regelbundet i cementmanteln beroende på deras yttäckning och form. Slitageprodukter kan under ogynnsamma omständigheter bildas i spalten mellan cement och stam samt dessutom ofta lågt pH vilket kan orsaka korrosion.

Ett korrekt svar (med korrekt koppling komplikation + implantat) ger två poäng. Om fler svar inga ytterligare poäng.

Fråga 14 2 p



Linjerna i diagrammet visar medelvärdet för den kumulativa risken (kumulativ revisionsrisk – KRR) att drabbas av stamrevision efter insättning av en cementerad (grön linje) respektive ocementerad (blå linje) stam vid höftproteskrurgi. De i Sverige mest använda protesstammarna under perioden 2014 till 2022 och i åldersgruppen 65-74 år har inkluderats.

Vad visas med de ljusblåa respektive ljusgröna fälten? (1 p)

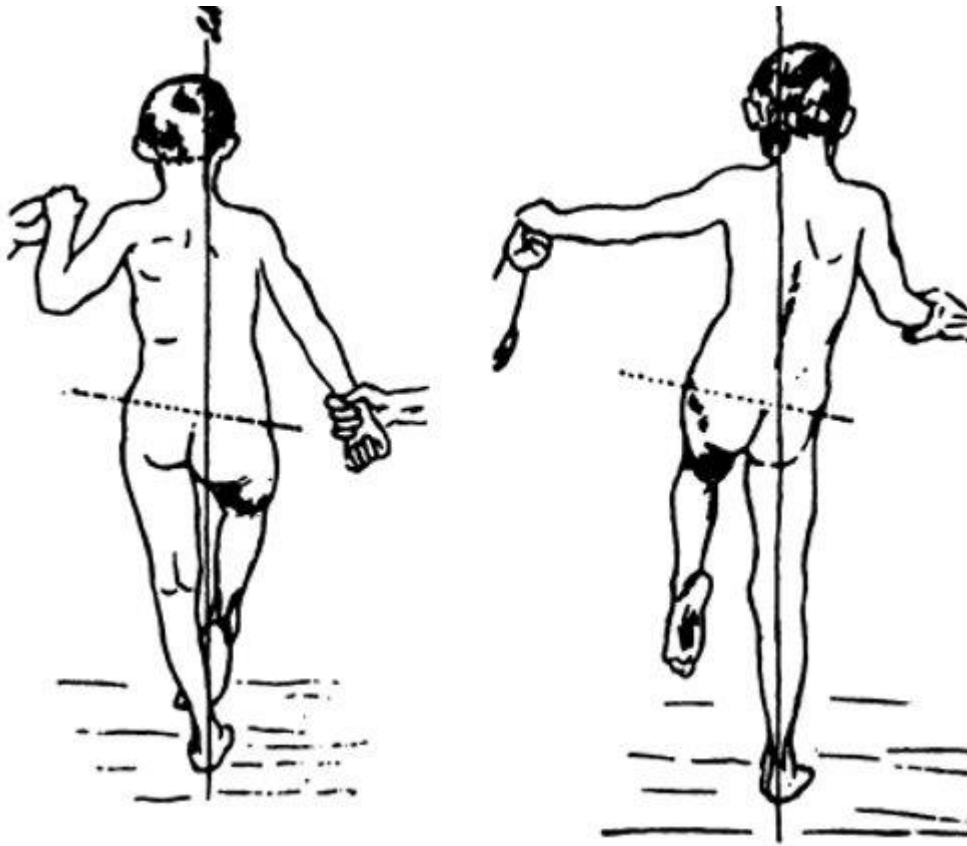
Bestämning av medelvärdet innebär en viss osäkerhet. Osäkerheten blir större ju färre observationer som det beräknas ifrån. **De skuggade fälten visar därför medelvärdets 95% konfidensintervall** för att man skall kunna bedöma hur säker bestämningen av medelvärdet egentligen är. **Skuggningen innebär alltså att det uppskattade medelvärdet ligger inom intervallet som anges i skuggningens gränser uppåt och nedåt med 95 procent sannolikhet.**

Varför blir dessa fält bredare och något ojämna med ökad observationstid? (1 p)

Skuggningens bredd ökar och kurvan blir mer ojämna med ökande observationstid **beroende på att antalet observationer minskar med ökande uppföljningstid.**

(Svaret kan uttryckas på olika sätt, innebörden skall dock motsvara det som anges med fet stil)

Fråga 15 3 p



Nämn fyra patofysiologiska mekanismer och kliniska exempel på orsaker som till positiv Trendelenburgs test. (2 p)

Grund och högt placerad acetabulum med instabil höftled som vid medfödd höftledsluxation eller dysplasi (0,5 p)

Uttalade höftsmärtor till exempel vid avancerad artrit eller kaputnekros (0,5 p)

Skadad abduktormekanism till exempel efter höftkirurgi eller dislocerad trokanterfraktur (0,5 p)

Kort momentarm till exempel efter höft- bäckenfraktur eller bristfälligt utförd proteskirurgi (0,5 p)

Vilken bild (vänster eller höger) illustrerar ett positivt test? (1 p)

Bilden till vänster illustrerar ett positivt test.

Fråga 16 3 p

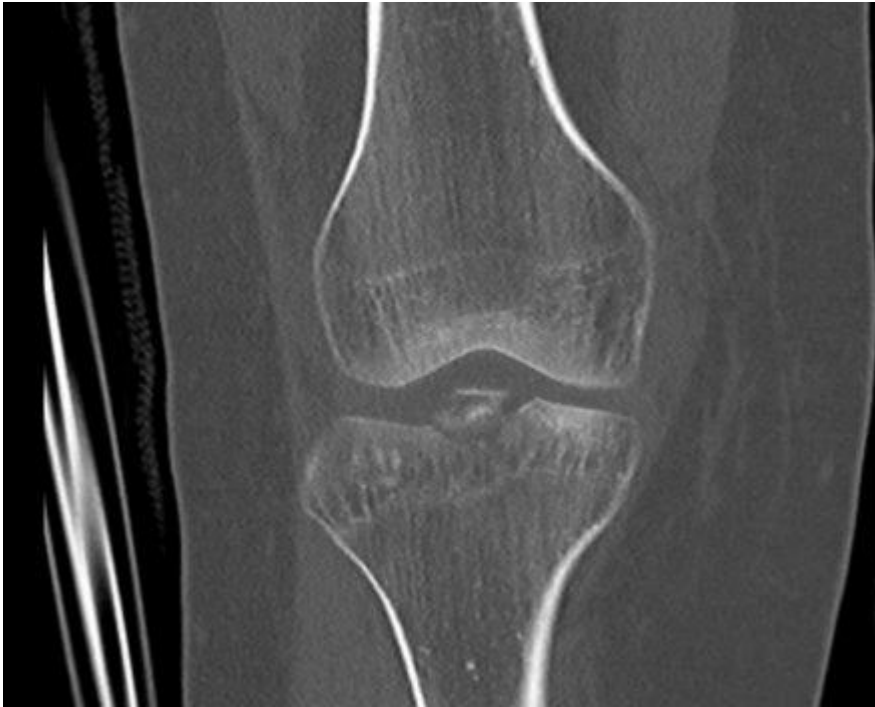
Vilka är de främsta riskfaktorerna (ange 3) och bakomliggande orsakerna till lateral patellaluxation? (1,5 p)

Trauma, ledlaxitet, patella alta, trochleadysplasi, MPFL-insufficiens, valgus, rotationsdeformitet, ung ålder, hypoplastisk femurkondyl, MPFL-laxitet och trochleadysplasi viktas högre. (0,5 p per rätt svar högst 1,5 p)

Nämna tre vanliga operationstekniker för recidiverande patellainstabilitet samt vad de syftar till att åstadkomma! (1,5 p)

MPFL-rekonstruktion, Tuberositas-transfer medialt och eller distalt, Trochleoplastik, Medial rafi/lateral release (0,5 p per rätt svar högst 1,5p)

Fråga 17 3 p



Vilken diagnos kan du se på röntgenbilden? (0,5 p)

Eminentiafraktur

Vilket ligament är involverat vid denna skada? (0,5 p)

Främre korsbandet

Vilken är den vanligaste associerade skadan? (0,5p)

Meniskskada

Hur ska patienten utredas vidare? (0,5 p)

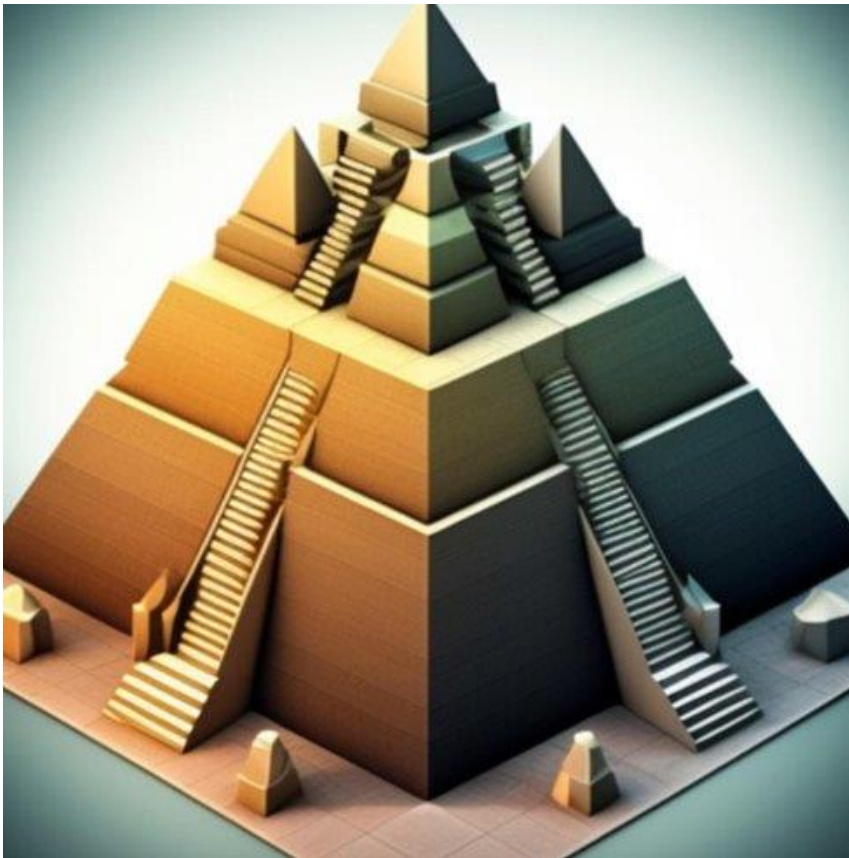
MR

Beskriv olika behandlingsalternativ. Ange en metod för hur patienten ska opereras. För icke-operativ behandling beskriv hur patienten får mobiliseras. (1 p)

Akut operation med fixering (skruv, tråd, smartnail) (0,5 p)

Ortos/gips 6 veckor i extenderat läge (0,5 p)

Fråga 18 3 p



Beskriv kortfattad behandlingspyramiden vid gonartros (1 p)

Ange begreppen grund- och tilläggsbehandling samt kirurgisk behandling

Ange vad som ingår i de olika stegen och hur de rangordnas (1 p)

Grundbehandling, där begreppen utbildning och råd kring fysisk aktivitet ingår

Tilläggsbehandling där, begreppen smärtstillande behandling (i första hand antiinflammatoriska) och hjälpmedel ingår

Redogör för indikation för kirurgi vid gonartros (1 p)

Kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling

Oacceptabel smärta och/eller värk som inte svarar på analgetika

Vilo- och nattliga smärtor

Svår funktionsinskränkning och behov av sjukskrivning

Fråga 19 3 p

En 15-åring somatiskt frisk flicka söker till ortopedakuten av ett länssjukhus på grund av smärta medialt i sitt högra knä sedan fyra månader. Det finns inget trauma i anamnesen och inga allmänna infektionssymptom. Vid klinisk undersökning noteras en liten, relativt hård resistens medialt i proximala tibia och lätt lokal ömhet vid palpation, inget annat patologiskt. Man beställer en konventionell radiologisk undersökning och ser denna bild.



Vilka är de mest sannolika differentialdiagnoserna? (1 p)

Infektion (0.5p) och neoplasi (0.5p).

Hur utreds patienten lämpligast och vilka metoder används i detta sammanhang? (2 p)

På akuten kontroll av inflammationsmarkörer (CRP, LPK, SR). Sarkommisstänkt lesion, start av standardiserat vårdförlopp för skelett- och mjukdelssarkom och remiss till sarkomcentrum (1 p). Radiologiskt: MRT (0,5p). Biopsi av lesionen vid sarkomcentrum (0,5 p).

Fråga 20 4 p

Du träffar en 45-årig man på ortopedmottagningen. För tre år sedan började han att få lite ont i sin högra stortå efter att han gått långt eller varit på grupp-gymnastik. Det har blivit värre sista året och smärtan i stortån besvärar honom nu mycket. Han kommer på egenremiss och har inte provat någon behandling för problemet.

Du ber honom att gå runt i undersökningsrummet och han uppger att det gör ont. Han går lite mer på utsidan av högra foten så att det inte böjer upp så mycket i stortån vid stegavvecklingen. Han förlägger smärtan i/vid höger stortåns grundled. Den leden är mer omfattande än i vänster fot och du misstänker artros i den aktuella leden.

Vilken behandling vill du i första hand rekommendera vid detta besök? (2 p)

Information om tillståndet "hallux rigidus". Skor som är mjuka eller **rymliga och inte klämmer** på stortåns grundled men ändå sitter bra över mellanfoten. Skor med **"rullsula"** under främre fotblad i kombination med en styvare till mycket **styv sula** så att det inte böjer så mycket i stortån vid gång. Alternativt kan ett helt styvt kolfiberinlägg ge samma effekt i personens befintliga skor. 0,5p för varje av de fyra markerade svaren. Hålfotsinlägg eller pelott har ingen plats i behandling av hallux rigidus. Att planera operation direkt utan att ha provat något av ovanstående och utan röntgen är oftast inte rätt.

Det finns tre vanliga typer av operation vid artros i stortåns grundled. En av dem är "cheilectomi". Den operationen har tre viktiga delar. Beskriv dessa. (2 p)

Cheilectomi: Den dorsala vallen på metatarsalhuvudet inklusive **övre dorsala ca ¼-1/3 av den distalt riktade ledytan sågas av**. Det räcker sällan att bara såga av den naturliga "dorsala vallen". **Alla kvarvarande osteofyter** på dorsal-, medial- och lateralsidan av leden nyps av från metatarsalhuvudet och stortåns grundfalang. Leden mobiliseras och **sesambenen löses** under metatarsalhuvudet. Här har oftast sammanväxningar bildats. Om leden inte får god och glidande dorsal rörelseförmåga innan den sluts är risken för dåligt resultat betydligt större. 2 p om de tre fetmarkerade nämns.

(Information om noggrann aktiv och passiv rörelseträning av leden är viktig postoperativt för att behålla vunnen rörlighet)

Fråga 21 3 p



Nämn två orsaker till droppfot. (1 p)

Post-stroke, diskbråck eller annan perifer nervskada, post-trauma, post-compartmentesyndrom, tibialis-anterior-senskada, neurologisk sjukdom.

Näm de två vanligaste sentransfereringarna som rekommenderas i de svenska rekommendationerna för fotkirurgi. (1 p)

STATT (Split Tibialis anterior Tendon Transfer) och Tibialis posterior transfer. (0,5 p per rätt svar)

Vilken av de två operationerna utförs på bilderna? (1 p)

Tibialis posterior transfer

Fråga 22 3 p



Vilken är den vanligaste lokaliseringen för Mortons neurom? (1 p)

Plantart i andra och tredje interstitiet mellan metatarsalhuvudena.

Nämn tre möjliga behandlingar (inkl. konservativ behandling) (1 p)

Rätt skolval/justering av befintliga skor, inläggsbehandling, kortisoninjektion, operation med excision av nerven inkl. neuromet. (1 p för tre rätta svar)

Nämn tre möjliga komplikationer till kirurgi. (1 p)

"Stump neuroma" - smärta, felaktig diagnos - kvarstående symptom, sårinfektion, sårruptur - främst plantart snitt, nedsatt känsel, missad excision av nerven – kvarstående symptom. (1 p för tre rätta svar).

Fråga 23 2 p

SBAR är en välkänd modell för att öka chansen för en säker och korrekt kommunikation. Vad står de olika bokstäverna för? (0,5 poäng för alla rätt)

S = situation

B = bakgrund

A = aktuellt tillstånd ("analys" kan också godkännas då en del använder den betydelsen)

R = rekommendation

Vad är vinsten med att kommunicera enligt SBAR? (1,5 p)

Det tvingar avsändaren att tänka igenom vad man vill framföra innan man framför det man vill framföra

Det undanröjer flera av de problem som följer av att det finns olika sätt att kommunicera och skapar en gemensam struktur för kommunikation

Det är ett sätt att motverka att väsentliga delar av informationen glöms, missförstås eller faller bort, samt säkrar att budskapet nått fram.

0,5 p per rätt svar

