

Udskriftsdato: 19. december 2025

KEN nr 10503 af 20/06/2006 (Gældende)

Klage over operation for knyster på en fod

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
Patientklagenævnet, j.nr. 0654811

Klage over operation for knyster på en fod

Resumé

En 21-årig kvinde havde smertende knyster på den indvendige side af begge fødder. Hun blev opereret på venstre side. Der blev isat en metalkrampe til at holde storetåens knogle på plads. Røntgenbillede bekræftede god stilling af storetåen. 6 uger senere sad storetåen stadig tilfredsstillende.

6 måneder senere pegede venstre storetå lidt ind mod de andre tæer, hvilede ikke naturligt mod gulvet og var stiv. De 2 skruer og metalkrampen blev fjernet, hvorefter storetåen passivt kunne bøjes og strækkes næsten normalt.

4 uger efter havde patienten svært ved at bøje storetåen nedad, og hun blev henvist til fysioterapi. 5 måneder efter kunne storetåen stadig ikke bøjes nedad, og der var smerter, når storetåen blev bøjet meget opad. 3 måneder senere følte patienten stadig, at storetåen var stiv, og hun kunne ikke bøje den nedad. Der blev henvist til fysioterapi. Efter yderligere 3 måneder havde patienten ikke bedre aktiv bøjeevne i storetåen end tidligere, mens den passive bevægelighed nu var øget til 45 grader. Der blev foreslået ny operation, men det ønskede patienten ikke.

Der blev klaget over, at operationen ikke var korrekt, idet tåen efterfølgende blev helt stiv og ikke hvilede almindeligt på gulvet.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægens behandling af patienten.

Nævnet lagde vægt på, at overlægen planlagde indgrebet på baggrund af en vurdering af røntgenbilleder og udmålte skævheden af storetåen til ca. 30 grader. Det var derfor korrekt at planlægge et indgreb, hvor flere elementer indgik. Ved det operative indgreb fulgte overlægen denne plan, idet han løsnede senen til den muskel, der trak storetåen ind mod 2 tå, herefter afmejslede han knysten på indersiden af grundledet, foretog gennemskæring af mellemfodsknoglen og forskydning med fiksation med skruer. Han supplerede med udskæring af en kile fra grundstykket i storetåen og fiksation med en kile. Røntgenkontrol viste tilfredsstillende forhold, og optræning kunne varetages af patienten selv.

Nævnet lagde desuden vægt på, at overlægen ca. halvandet år efter sidste kontrol tilså den venstre storetå igen. Der var en mindre skævhed af tåen og stivhed både ved bevægelse op og ned.

Det var herefter nævnets vurdering, at det var korrekt at tilbyde løsning af arvæv og samtidig fjernelse af 2 skruer og krampe, der kunne være medvirkende til at blokere for fri glidebevægelighed af sener og væv.

Nævnet lagde videre vægt på, at patienten blev henvist til fysioterapi, og da der stadig var stivhed af tåen, specielt besvær med at bøje nedad, blev der tilbudt operativt eftersyn af bøjesenen for at udelukke, at der kunne være en mekanisk årsag lokaliseret i eller omkring bøjesenen, som årsag til de fortsatte gener.