

مشاكل القدم

Foot Problems

| | |
|-----|------------------------------------|
| ٢٨٧ | تمزق وتر الظنبوية الأمامية |
| ٢٨٩ | إصابات أربطة الكاحل |
| ٢٩١ | تمزق وتر العرقوب (أشيل) |
| ٢٩٣ | تشوه القدم المسطحة المكتسب |
| ٢٩٥ | تمزق وتر الشظويات |
| ٢٩٧ | التهاب وتر الشظويات |
| ٢٩٩ | الخلع والخلع الجزئي في وتر الشظوية |
| ٣٠١ | متلازمة نفق الرصغ |
| ٣٠٣ | القدم المقوسة |
| ٣٠٥ | قدم شاركوت |
| ٣٠٧ | إبهام القدم الأروح (الوكعة) |
| ٣٠٩ | إبهام القدم الصمل |
| ٣١١ | كسر السمساني في الإصبع الكبير |
| ٣١٣ | ظفر إصبع القدم الناشب |

- ٣١٥ تشوه إصبع المطرقة
- ٣١٧ تشوه إصبع المطرقة الخشبية
- ٣١٩ التشوه المخليبي في إصبع القدم
- ٣٢١ مسمار جلد القدم: القاسي والطري
- ٣٢٣ وكعة الخياط
- ٣٢٥ الورم العصبي بين الأصابع لمورتون
- ٣٢٧ الخلع و الخلع الجزئي في المفصل المشطي السلامي
- ٣٢٩ ألم العقب، من الخلف
- ٣٣١ ألم العقب، الأخمصي
- ٣٣٣ الاضطرابات القرنية في جلد أخمص القدم (الأثقان)

تمزق وتر الظنبوية الأمامية Anterior Tibial Tendon Rupture

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٢٦,٧٤ .

■ أساسيات التشخيص

- يمكن للوتر أن يتمزق عند ارتكازه على سطح العظم الإسفيني الإنسي أو تحت الطرف العلوي الإنسي للقيد retinaculum الباسط السفلي (في السنتمترات الثلاثة القاصية من الوتر عادة) .
- يكون التمزق تنكسياً، مخفياً ومزمناً (التمزق الحاد نادر) .
- في القصة المرضية نجد التواء في القدم أو انعقال الأصابع في الأرض أثناء المشي .
- ألم فوق الوجه الأمامي للكاحل .
- ضعف في الثني الظهرى للقدم (تستخدم باسطات الأصابع لتعويض عن الظنبوية الأمامية) .
- يجس أحياناً كتلة أمام الكاحل .
- التصوير بالرنين المغناطيسي مشخص إذا لم يكن الفحص السريري جازماً .

■ التشخيص التفريقي

- التهاب الغشاء الزليلي للوتر .
- كسر إجهادي .
- اعتلال الجذور القطنية .
- الداء التنكسي في مفاصل منتصف الرصغ .
- ورام عصبي neuroma في منتصف ظهر القدم .

■ المعالجة

- تعتمد على شدة الأعراض عند المريض ودرجة العجز؛ فالمرضى كبار السن وذوي النشاط القليل يمكن معالجتهم معالجة محافظة باستخدام مقومة القدم والكاحل ankle foot orthosis مع وقف الحركة للأسفل عند ٩٠ درجة لمدة ٣- ٤ أشهر.
- تستطب الجراحة عند المرضى الرياضيين النشطين؛ ثبت الوتر على الزورقي أو استخدم طعم وتري إذا كان الوتر قصيرا جدا بحيث لا يصل للعظم الإسفيني.
- تستخدم العكازات لمدة أسبوع ثم يسمح بتحميل الوزن بعد وضع جبس تحت الركبة لمدة ٤-٦ أسابيع.

■ ملحوظة جوهرية

قد يؤدي التمزق غير المعالج إلى قدم مسطحة وأصابع مقلبية.

المراجع

Anagnostakos K, et al.: Rupture of the anterior tibial tendon: three clinical cases, anatomical study, and literature review. Foot Ankle Int 2006;27:330. [PMID: 16701053]

إصابات أربطة الكاحل Ankle Ligament Injuries

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : الشظوي العقب ١٤٥,٠٢ ؛ الدالي ١٤٥,٠١ ، الظنبوي الشظوي القاصي (المرتبط) ١٤٥,٠٣ .

■ أساسيات التشخيص

- هي أكثر إصابات الهيكل العظمي العضلي شيعاً؛ وأكثر ما يصاب هو المركب الرباطي الجانبي الوحشي (الرباط الكاحلي الشظوي الأمامي ATFL والرباط الكاحلي الشظوي الخلفي PTFL والرباط العقبي الشظوي CFL)، كما يمكن أن يتمزق من الجانب الإنسي الرباط الدالي deltoid ligament والمرتبط syndesmosis الذي يربط الشظية بالظنوب.
- يحدث مضمض في الرباط المتمزق وقد يكون هناك ارتخاء بحسب شدة الإصابة.
- عند وجود عدم ثبات رباطي في الكاحل قم بإجراء اختبارات الإجهاد السريرية والشعاعية لتوضيح الإصابة بشكل أفضل.
- اختبار الجر الأمامي والكاحل في حالة ثني أخمصي ٣٠ درجة ودوران داخلي خفيف لفحص الرباط الكاحلي الشظوي الأمامي؛ واختبار الانقلاب الداخلي القسري للعقب والكاحل في حالة ثني ظهري لفحص الرباط العقبي الشظوي.
- إصابة المرتبط: تقوم بالجلس ويوجد تورم أكثر من ٢ سم فوق مفصل الكاحل؛ يمرض المضمض بضغط الشظية على الظنوب، ويحدث ألم فوق الكاحل عند تدوير الكاحل للخارج.
- قد يكون للرنين المغناطيسي فائدة عندما يكون الفحص السريري غير جازم.

- يشكو المرضى المصابين بالتحام الكاحل والزورقي والتحام العقب والزورقي غالباً من تكرر وئي الكاحل.

■ التشخيص التفريقي

- الكسر .
- إصابة عظمية غضروفية.
- إصابة وتر الشظويات.

■ المعالجة

- يفيد السناد الطري soft brace للكاحل والثلج ورفع الطرف في كل الإصابات؛ استمر في وضع السناد من ١-٤ أشهر بحسب شدة الإصابة؛ يعطى الاستامينوفين أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية كمسكنات .

■ ملحوظة جوهرية

يحتاج تمزق المرتبط وزيادة عرض نقر الكاحل *ankle mortis* إلى الترميم الجراحي؛ قد يستفيد عدم الثبات المزمن هو الآخر من التصنيع الجراحي..

المراجع

- Petrella R, et al.: Efficacy of celecoxib, a cox-2-specific inhibitor, and naproxen in the management of acute ankle sprain: results of a double-blind, randomized controlled trial. Clin J Sport Med 2004;14:225. [PMID: 15273528]
- van Os AG, et al.: Comparison of conventional treatment and supervised rehabilitation for treatment of acute lateral ankle sprains: a systematic review of the literature. J Orthop Sports Phys Ther 2005;35:95. [PMID 15773567]

تمزق وتر العرقوب (أشيل) Achilles Tendon Rupture

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٦٧.٧٢٧ .

■ أساسيات التشخيص

- يشاهد عادة بين ٣٠-٥٠ سنة من العمر " محاربو نهاية الأسبوع weekend warriors "؛ نتيجة لتقلص لامتراكز eccentric في المركب المؤلف من العضلة النعلية - وعضلة الساق .
- يحدث التمزق عادة على مسافة ٣-٦ سم أدنى ارتكاز الوتر على العقب؛ نظرا لأن هذه المنطقة هي الأفقر من حيث التروية الدموية .
- يشكو المرضى من ألم مفاجئ مع طقة في أغلب الأحيان بعد حركة دفع في القدم، لا يوجد في القصة المرضية ما يشير لوجود ألم قبل التمزق .
- اختبار تومسن Thompson (عصر الربلة والمريض مستلق على بطنه [منكب] والركبة مثنية ٩٠ درجة) إيجابي (لا يوجد حركة في الكاحل) في التمزق الكامل، كما لا يستطيع رفع كعبه في الطرف المصاب.
- يستطيع المريض إجراء الثني الأخمصي للكاحل نظرا لسلامة مثنيات الأصابع.
- يجس فجوة ويحدث تورم على مسافة عدة أصابع من العقب.
- أظهرت إحدى الدراسات أن أطباء الرعاية الأولية غفلوا عن تشخيص ٢٣٪ من التمزقات.
- يمكن للتصوير بالرنين المغناطيسي وتخطيط الصدى ultrasonography أن يفيدا في تشخيص التمزق الناكس والتمزق الجزئي و لا داع لهم في التمزق الكامل.

■ التشخيص التفريقي

- تمزق جزئي في الوتر .
- التهاب الوتر.
- الداء الوتري (تنكس في الوتر) tendinosis .

■ المعالجة

- تفضل المعالجة الجراحية (خياطة النهايات) عند المرضى الشباب ، وعند كبار السن النشطين ، وعند من تمزق وتره قبل أسبوعين من مراجعته.
- قد يحتاج التمزق المزمن للتصنيع على شكل Y-V أو إعادة البناء جراحيا بنقل مثنية إبهام القدم الطويلة.
- تبقى المعالجة غير الجراحية بوضع القدم بالجبس وهي بحالة ثني أخمصي خيارا عند المرضى الأقل نشاطا ولمن لا تناسبه الجراحة .

■ ملحوظة جوهرية

نسبة عودة التمزق بعد العمل الجراحي أقل من تلك بعد المعالجة المحافظة.

المراجع

- Jarvinen TA, et al.: Achilles tendon disorders: etiology and epidemiology. Foot Ankle Clin 2005;10:255. [PMID: 15922917]
- Khan RJ, et al.: Treatment of acute achilles tendon ruptures. A meta-analysis of randomized, controlled trials. J Bone Joint Surg Am 2005;87:2202. [PMID: 16203884]

تشوه القدم المسطحة المكتسب Acquired Flatfoot Deformity

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٤ .

■ أساسيات التشخيص

- حسب التعريف المريض الذي لديه تشوه القدم المسطحة المكتسب هو المريض الذي كان لديه وظيفة القوس الطولي الإنسي يوماً ما طبيعية .
- لها أربعة أسباب : خلل في وظيفة الظنبوية الخلفية (تمزق) ، فصال عظمي في المفصل الرصغي المشطي ، تبدلات شاركوت في منتصف القدم ، انخماص كاحلي زورقي talonavicular collapse .
- قد يشتمل التشوه على خلع جزئي في المفصل الكاحلي الزورقي أو المفصل الرصغي المشطي ، تشوه روجي في القدم ، أو تباعد في مقدمة القدم .
- عندما يقف المريض على رؤوس أصابعه يأخذ العقب وضعية الروح بدلا من الانقلاب الداخلي الطبيعي .
- يتظاهر تمزق وتر الظنبوية الخلفية بمضض وتورم عند جس غمد الوتر ، ويتظاهر خلل وظيفة الظنبوية الخلفية بضعف الانقلاب الداخلي .

■ التشخيص التفريقي

- تمزق وتر الظنبوية الخلفية .
- فصال في المفصل الرصغي المشطي (كسر ليسفرانك 50% Lisfranc ؛ فصال أولي ٥٠%) .
- انخماص كاحلي زورقي (٥٠% من المرضى لديهم التهاب مفاصل رثياني) .
- قدم شاركوت .

■ المعالجة

- تتضمن المعالجة المحافظة دعم القوس الطولي باستخدام مقومة القدم والكاحل.
- يتضمن الإصلاح الجراحي لتمزق وتر الظنبوية الخلفية إعادة بنائه باستخدام وتر مثنية أصابع القدم الطويلة وقطع عظمي للعقب إذا كان روح مؤخره القدم كبيرا.
- يمكن إجراء الإيثاق لمشاكل المفصل الكاحلي الزورقي ومفصل منتصف الرصغ.

■ ملحوظة جوهريّة

عندما ينظر لقدم المريض من الخلف يشاهد عدد أكبر من الأصابع في الوحشي في الجانب المصاب (علامة " زيادة عدد الأصابع *too many toes*).

المراجع

- Mankey MG: A classification of severity with an analysis of causative problem related to the type of treatment. Foot Ankle Clin 2003;8:461. [PMID: 14560899]
- Pedowitz WJ, Kovatis P: Flatfoot in the adult. J Am Acad Orthop Surg 1995;3:293. [PMID: 10790667]

تمزق وتر الشظويات Peroneal Tendon Tears

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٦٨, ٧٢٧.

■ أساسيات التشخيص

- ينجم عادة عن الاحتكاك، بسبب تخريش ميكانيكي.
- من النادر مشاهدة التمزق في أي من الوترين بشكل معزول (بدون آفة مصاحبة).
- تمزق الشظوية القصيرة أكثر شيوعا من تمزق الشظوية الطويلة .
- قد يكون التمزق حادا (أو حادا بعد إصابة مزمنة)، فإن كان كذلك فسكون هناك قصة إجهاد للكاحل.
- قد يكشف الجس مضضا وتورما على طول مسير الوتر .
- قد يكون واضحا وجود ضعف وألم في الانقلاب الخارجي .
- الرنين المغناطيسي هو الوسيلة المفضلة للتشخيص .

■ التشخيص التفريقي

- وتهي الكاحل الوحشي.
- كسر الجزء الداني من المشط الخامس.
- كسر التواء الأمامي للعقب.
- خلع جزئي في وتر الشظويات.
- إصابة عظمية غضروفية في الكاحل.
- اعتلال الجذر العجزي الأول S1.

■ المعالجة

- ينجح منع الحركة في علاج ٢٠٪ من الحالات، ويحتاج ٨٠٪ من الحالات إلى الترميم الجراحي.

■ ملحوظة جوهرية

قد يكون تمزقات وتر الشظويات مصدرا لألم مزمن وحشي الكاحل.

المراجع

- Dombek MF, et al.: Peroneal tendon tears: a retrospective review. J Foot Ankle Surg 2003;42:250. [PMID: 14566716]
- Wind WM, Rohrbacher BJ: Peroneus longus and brevis rupture in a collegiate athlete. Foot Ankle Int 2001;22:140. [PMID: 11249224]

التهاب وتر الشظويات

Peroneal Tendonitis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٩.٧٢٦.

■ أساسيات التشخيص

- تنجم بسبب رضّي أو نشاط يتطلب حركة متكررة (وهذا هو الأكثر شيوعاً) أو بسبب اعتلالات المفصل الالتهابية.
- يمكن أن يؤدي إلى تقوس في القدم عند ضعف الشظويات.
- يحدث عادة خلف الكعب الوحشي عندما تعبر الشظوية الطويلة فوق القصيرة.
- الشكوى الشائعة هي الألم وحشي الكاحل، والذي يزداد سوءاً بالحركة ويخف بالراحة ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- مضمض في الجس على طول أوتار الشظويات.
- تورم على طول أوتار الشظويات.
- ألم عند مقاومة الانقلاب الداخلي في القدم.
- التصوير بالرنين المغناطيسي مشخص.

■ التشخيص التفريقي

- تمزق وتر الشظوية.
- وئي الكاحل المزمن.
- كسر جهدي في المشط الخامس.
- خلع جزئي في وتر الشظوية.
- اعتلال الجذر العجزي الأول S1.

■ المعالجة

- منع الحركة بالجبس لمدة ٤-٦ أسابيع في الحالات الشديدة؛ يمكن معالجة الحالات المتوسطة بمقومة الكاحل وتغيير النشاط ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- عند فشل المعالجة المحافظة يلجأ للإنضار الجراحي.

■ ملحوظة جوهرية

فكر في التهاب أوتار الشظويات كسبب لألم الكاحل الوحشي عندما يكون لدى المريض كسر سابق في العقب.

المراجع

- Kijowski R, et al.: Magnetic resonance imaging findings in patients with peroneal tendinopathy and peroneal tenosynovitis. *Skeletal Radiol* 2007;36:105. [PMID: 17136379]
- Leppilahti J, et al.: Longitudinal split of peroneus brevis tendon. A report on two cases. *Ann Chir Gynaecol* 2000;89:61. [PMID: 10791647]

الخلع والخلع الجزئي في وتر الشظوية Peroneal Tendon Subluxation & Dislocation

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٩, ٧٢٦ .

■ أساسيات التشخيص

- يحدث نتيجة لتقلص قوي في أوتار الشظويات مترافق مع ثني ظهري للكاحل مما يؤدي إلى تخرب قيد الشظويات الذي يثبت الأوتار في مكانها .
- تنخلع الأوتار بشكل جزئي للأمام حول حافة الشظية fibula عند التقلص والثني الظهري ثم يشعر بقفزتها وعودتها لمكانها.
- يحدث عادة بشكل حاد ولكن قد يترافق مع وئي ناكس في الكاحل.
- يجس الموض خلف الكعب الوحشي.
- قد يحدث خلع جزئي للوتر عند الثني الظهري للقدم.
- قد تظهر الصورة الشعاعية قطعة صغيرة من العظم وحشي الشظية.
- قد يكون التصوير بالرنين المغناطيسي مفيدا.

■ التشخيص التفريقي

- وئي الكاحل (حاد أو مزمن).
- عدم ثبات الكاحل .
- التهاب وتر الشظوية .
- تمزق وتر الشظوية .

■ المعالجة

- تمنع الحركة بجبيرة جسية بوضعية الثني الأخمصي والانقلاب الداخلي في الحالات الحادة (نسبة الفشل ٥٠% ~).

- يستطب الترميم الجراحي الفوري عند المرضى الشباب الناشطين ومن هم أقل نشاطا وفشلت عندهم المعالجات غير الجراحية.
- إذا لوحظ أثناء ترميم القيد أن الثلم الشظوي سطحي ، فإن هذا الثلم يعمق لمنع حدوث النكس .
- ملحوظة جوهرية

على العكس من مرضى الوثي فإن المرضى المصابين بالخلع أو الخلع الجزئي لا يتذكرون بالضبط متى حدثت الإصابة.

المراجع

Alanen J, et al.: Peroneal tendon injuries. Report of thirty-eight operated cases.

Ann Chir Gynaecol 2001;90:43. [PMID: 11336369]

Ferran NA, et al.: Recurrent subluxation of the peroneal tendons. Sports Med

2006;36:839. [PMID: 17004847]

متلازمة نفق الرصغ Tarsal Tunnel Syndrome

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٣٥٥,٥ .

■ أساسيات التشخيص

- هي اعتلال عصبي ناجم عن انضغاط أو شد على العصب الزنبوبي الخلفي (أو أحد تفرعاته، العصب الأخمصي الإنسي أو الوحشي) عند عبوره تحت قيد المثنيات flexor retinaculum خلف الكعب الإنسي.
- الأعراض: احساس مبهم vague dysesthesias (حارق) في أخمص القدم يزداد مع الحركة ويخف بالراحة وأسوأ ما يكون في الليل.
- أكثر الأسباب شيوعاً الحزمة الوعائية الشريانية والندبات، وتتضمن الأسباب الأخرى الورم الشحمي، والكيسة العقدية، والوذمة، والورم في نفق الرصغ.
- أيجابية علامة تنل Tinel sign .
- قد تفيد دراسة التوصيل العصبي NCS.
- يفيد التصوير بالرنين المغناطيسي في إظهار الآفات الشاغلة لحيز.

■ التشخيص التفريقي

- ألم العقب.
- التهاب اللفافة الأخمصية plantar fasciitis.
- كسر إجهادي في العقب.
- التهاب العظم والنقي.
- خلل في وظيفة وتر الزنبوبية الخلفية.

■ المعالجة

- تنجح المعالجة بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية مع مقومة القدم والكاحل والقدم بوضعية سوية من حيث الانقلاب الداخلي والخارجي في ٧٥٪ من الحالات في تخفيف الأعراض .
- يؤدي التحرير الجراحي واستئصال العصب إلى التحسن موضوعي objective بنسبة ٨٥٪ وتحسن شخصاني subjective بنسبة ٥١٪.

■ ملحوظة جوهرية

في أحيان نادرة يكون السبب شذوذا ناجما عن وجود مثنية طويلة إضافية للأصابع.

موضوعي objective : هو ما يكشفه الفاحص.

شخصاني subjective : ما يشعر به المريض .

المراجع

- Bracilovic A, et al.: Effect of foot and ankle position on tarsal tunnel compartment volume. *Foot Ankle Int* 2006;27:431. [PMID: 16764800]
- Burks JB, DeHeer PA: Tarsal tunnel syndrome secondary to an accessory muscle: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2001;40:401. [PMID: 11777236]
- Gondring WH, et al.: An outcomes analysis of surgical treatment of tarsal tunnel syndrome. *Foot Ankle Int* 2003;24:545. [PMID: 12921360]
- Sammarco VJ, Nichols R: Orthotic management for disorders of the hallux. *Foot Ankle Clin* 2005;10:191. [PMID: 15831266]

القدم المقوسة Cavus Foot

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٦,٣٧ .

■ أساسيات التشخيص

- هو ارتفاع زائد في القوس الطولي بسبب انثناء أخمصي ثابت في مقدمة القدم (الشكل الأمامي)، وتشوه بالثني الظهرى للعقب (الشكل الخلفي)، وتشوه مشترك.
- كب في مقدمة القدم وتقريب، وفحج في مؤخرة القدم (متفاوت الشدة).
- ألم في المشي والوقوف، ضمور في عضلات الربلة calf muscle، أصابع مخلبية claw toes.
- يقوّم اختبار كولمان Coleman (وضع ألواح تحت الجزء الوحشي للقدم) مرونة مؤخرة القدم والكب في مقدمتها.
- الصورة الشعاعية بوضعية الوقوف: انثناء أخمصي زائد في الأمشاط، ارتفاع منتصف القدم، فحج في مؤخرة القدم، غياب الثني الأخمصي لعظمة الكاحل.
- فكر في تخطيط العضلات الكهربائي EMG إذا كانت القدم طبيعية سابقا (ثلثي المرضى لديهم اضطرابات عصبية)، التصوير بالرنين المغناطيسي للحبل الشوكي لنفي الأورام وآفات خلل الرفاء dysraphic lesions، والتصوير الطبقي المحوري للرأس لنفي موه الرأس الخفي occult hydrocephalus.

■ التشخيص التفريقي

- الشوه غير المتناظر أو الوحيد الجانب: الشلل الدماغي، تضاعف النخاع diastematomyelia (خلل في رفاء الحبل الشوكي)، ورم الحبل الشوكي، الحبل الشوكي المنعقل tethered cord .

- التشوه المتناظر أو في الجانبين : مجهول السبب ، الحثل العضلي لبيكر Becker muscular dystrophy ، الشلل الدماغي ، القدم المقوسة الولادية ، متلازمة شاركو ماري توث ، خلل التوتر العضلي المشوه dystonia musculorum deformans (قفءاء فحجاء equinovarus) ، رنج فريديك Friedreich ataxia ، شلل الأطفال ، اعوجاج المفاصل artrogryposis ، موه الدماغ الخفي .

■ المعالجة

- المعالجة غير جراحية في التشوهات البسيطة : حذاء نعله طري ، حذاء زائد العمق للأصابع المخلبية الشديدة ، مقومة القدم والكاحل عندما يكون هناك ضعف حركي شديد .
- المعالجة الجراحية ، في المرحلة المبكرة من التشوه : تحرير النسيج الرخوة ، نقل أوتار ، (تحرير الصفاق الأخمصي ، تحرير الأصابع المخلبية).
- المعالجة الجراحية ، تشوهات ثابتة : قطع عظمي للعقب ، قطع عظمي للأمشاط .

■ ملحوظة جوهرية

يشيرازدياد التشوه مع الزمن إلى زيادة الاضطراب العصبي .

المراجع

- Burns J, et al.: Effective orthotic therapy for the painful cavus foot: a randomized controlled trial. J Am Podiatr Med Assoc 2006;96:205. [PMID: 16707631]
- Joseph TN, Myerson MS: Correction of multiplanar hindfoot deformity with osteotomy, arthrodesis, and internal fixation. Instr Course Lect 2005;54:269. [PMID: 15948455]

قدم شاركوت Charcot Foot

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧١٣,٥ .

■ أساسيات التشخيص

- وتسمى أيضا اعتلال القدم العصبي neuropathic أو التغذوي العصبي neurotrophic، أو اعتلال المفصل العصبي neuroarthropathic.
- تخرب شديد في السطوح المفصالية، إنخماص في المسافة المفصالية، تترافق غالبا مع خلع في مفصل أو أكثر من مفصل (تلخص في أربع كلمات كلها تبدأ بحرف D بالإنجليزية "Ds4": تخرب Destruction، خلع Dislocation، تشوه Deformity، حطام Debris).
- تكلس أو حطام عظمي في النسيج الرخوة حول المفصل.
- الألم خفيف جدا أو أقل مما يتوقع في مثل تلك الدرجة من التخريب .
- يظهر الفحص احتكاك عظم على عظم مع إحساس خفيف بعدم الراحة.
- غالبا ما يكون في الكاحل والقدم احمرار وتورم يجب تفريقهما عن التهاب الهلل أو التهاب العظم والنقي - ويفيد التصوير بالرنين المغناطيسي في هذا الأمر؛ كما أن الحمامي erythema في قدم شاركوت أكثر ما تظهر عندما نبقي القدم متدللة (احمرار التدلي dependent rubor) في حين تكون القدم في التهاب الهلل محمرة سواء أكانت مرفوعة أم متدللة .

■ التشخيص التفريقي

- التهاب الهلل.
- التهاب العظم والنقي .
- خراج.
- كسر.

■ المعالجة

- الهدف الأساسي هو الحد من تخرب المفصل والمحافظة على التشريح العظمي لمنع حدوث تقرح النسج الرخوة.
- المعالجة الأولية في المرحلة الحادة هي منع الحركة immobilization ورفع القدم؛ نركز بعد ذلك في الجراحة على إزالة البروزات العظمية و تأمين مفصل ثابت بالإيثاق و القطع العظمي.
- قد يكون الإيثاق صعبا وقد يحتاج إلى منع الحركة لمدة طويلة .

■ ملحوظة جوهرية

أكثر المفاصل التي يصيبها تبدلات شاركوت هي المفاصل الرصغية المشطية *tarsometatarsal joints* يتلوها المفصل الكاحلي الزورقي والمفصل العقبي النردي *calcaneocuboid joint*. نادرا ما تصاب المفاصل السلامية والمفصل تحت الكاحلي.

المراجع

- Ledermann HP, Morrison WB: Differential diagnosis of pedal osteomyelitis and diabetic neuroarthropathy: MR imaging. *Semin Musculoskelet Radiol* 2005;9:272. [PMID: 16247726]
- Trepman E, et al.: Current topics review: charcot neuroarthropathy of the foot and ankle. *Foot Ankle Int* 2005;26:46. [PMID: 15680119]

إبهام القدم الأرواح (الوكعة) Hallux Valgus (Bunion)

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٥,٠ .

■ أساسيات التشخيص

- الانحراف الوحشي لإصبع القدم الكبير هو أكثر التشوهات شيوعاً في المفصل المشطي السلامي؛ ويحدث أكثر بعشر مرات عند النساء؛ بسبب ضيق الأحذية التي يلبسونها.
- يحدث ألم وتخريش في المفصل المشطي السلامي خاصة في الإنسي.
- تؤكد الصورة الشعاعية للقدم بوضعية الوقوف التشخيص وتحدد المعالجة: يجب أن تكون الزاوية بين الإصبع الكبير والمشط (زاوية الإبهام الأرواح) أقل من ١٥ درجة؛ والزاوية بين المشط الأول والثاني (الزاوية بين المشطين) أقل من ٩ درجات .

■ التشخيص التفريقي

- إبهام القدم الصمل.

■ المعالجة

- المعالجة المحافظة: تعديل الحذاء بتوسيع مكان الأصابع، وضع وسائد لرفع الضغط عن الأثقان callus والعظام السمسمانية sesamoids أو ملء المسافة في الوترية الأولى، تغيير طبيعة التمارين والنشاط الذي يمارسه المريض.
- تعتمد المعالجة الجراحية على الموجودات المرضية (شدة التشوه، التهاب المفصل، إلخ..)، عوامل في المريض (العمر، مستوى النشاط)، وما يفضله الجراح .

- بشكل عام توجه المعالجة في البداية إلى الزاوية بين المشط الأول و الثاني ، فإذا كانت زائدة يجرى العمل الجراحي لإصلاحها إما على الجزء الداني وإما القاصي ، ثم يوجه الاهتمام للحصول على مفصل مشط سلامي متناسق ومتجه في الاتجاه الصحيح .
- وصفت عدة عمليات جراحية أو عمليات جراحية مشتركة ؛ عملية كيلر Keller (رأب المفصل بالاستئصال) تستخدم بشكل رئيسي للمرض كبار السن ولن لديهم التهاب مفصلي ؛ يلجأ للإيثاق عند المرضى الشباب الذين لديهم التهاب مفصلي أو كحل إنقاذي .

■ ملحوظة جوهرية

إن البراهين التي تشير إلى أن المعالجة المحافظة لها أي أفضلية على عدم المعالجة محدودة

جدا.

المراجع

- Ferrari J, et al.: Interventions for treating hallux valgus (abductovalgus) and bunions. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD000964. [PMID: 14973960]
 Marks RM: Arthrodesis of the first metatarsophalangeal joint. Instr Course Lect 2005;54:263. [PMID: 15948454]
 Sammarco VJ, Nichols R: Orthotic management for disorders of the hallux. Foot Ankle Clin 2005;10:191. [PMID: 15831266]

إبهام القدم الصمدل Hallux Rigidus

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٢ ، ٧٣٥ .

■ أساسيات التشخيص

- تحدد في الحركة وألم في المفصل المشطي السلامي للإصبع الكبير (التهاب في المفصل المشطي السلامي).
- يصيب البالغين في الأعمار الصغيرة (٣٠ سنة فما فوق) .
- قد يكون السبب إصابة عضروفية لم تشخص أو إصابة سابقة في الأربطة أو المحفظة (كالتواء الإصبع في القدم turf toe) .
- يحدث الألم عند الثني الظهري المنفعل ويزداد سوءا بالمعالجة الفيزيائية.
- ألم عند الضغط المحوري والثني والبسط.
- تظهر الصورة الشعاعية تشكل تبتات عظمية في ظهر النهاية القاصية للمشط الأول.

■ التشخيص التفريقي

- إبهام القدم الأفحج.
- إبهام القدم الأروح.
- إبهام القدم المنبسط Hallux extensus .

■ المعالجة

- تتألف المعالجة المحافظة من مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، قدم ذات نعل قاسٍ وحقن الكورتيزون.

- تفضل المعالجة الجراحية عادة عند المرضى الأكثر نشاطا وكذلك للمرضى الذين لم يستجيبوا للمعالجة المحافظة.
- قد يفيد استئصال الشفة cheilectomy (استئصال عظم من ظهر المشط الأول) في المرضى المصابين بالتهاب مفصلي خفيف.
- يمكن إجراء عمليات رأب مفصل مختلفة عندما يكون الالتهاب المفصلي أكثر شدة (كيلر ، بدائل prosthetic) ولكن نجاحها قليل ؛ بسبب النسبة العالية من المضاعفات .
- يستطب الإيثاق للتخفيف من الألم وإذا مضى على الحالة مدة طويلة ، كل ما هنالك هو تحدد النشاط بدرجة قليلة.

■ ملحوظة جوهرية

إن رفع الإصبع الكبير بعيد عن الأرض عند المريض الواقف يؤدي إلى ألم في إبهام

القدم الصمل.

المراجع

- Gibson JN, Thomson CE: Arthrodesis or total replacement arthroplasty for hallux rigidus: a randomized controlled trial. *Foot Ankle Int* 2005;26:680. [PMID: 16174497]
- Sammarco VJ, Nichols R: Orthotic management for disorders of the hallux. *Foot Ankle Clin* 2005;10:191. [PMID: 15831266]

كسر السمسماني في الإصبع الكبير Sesamoid Fracture of the Great Toe

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : المعلق ١٢٧،٠ ، المفتوح ١٢٧،١ .

■ أساسيات التشخيص

- يوجد قصة رض أو إصابة هرس ، أو خلع في المفصل المشطي السلامي أو زيادة في النشاط أو التدريب.
- ألم (خاصة عند تحميل وزن) في المفصل المشطي السلامي.
- تورم ، كدمات ، مضمض بالجلس.
- قد يفيد التصوير الشعاعي ؛ يفيد التصوير بالرنين المغناطيسي في التفريق بين الكسر والسمسماني ذو القسمين بإظهار المظاهر الحادة للكسر.

■ التشخيص التفريقي

- رض على النسج الرخوة (رباط ، وتر ، إصابة).
- خلع مردود في المفصل المشطي السلامي الأول.
- كسر إجهادي في السمسماني.
- عظم سمسماني ذو قسمين ملتهب *inflamed bipartite sesamoid*.

■ المعالجة

- الكسر غير المتبدل : يعالج بتعديل الحذاء (نعل قاسي) وتغيير النشاط.
- الكسر المتبدل : يحتاج لثبيت الإصبع الكبير وهو في وضعية الشني.
- الاستئصال : يجب أن يكون هو آخر الحلول ؛ نظرا لأنه يؤدي إلى التهاب في المفصل يعيق وظيفته.

■ ملحوظة جوهرية

السهماني ذو القسمين الملتهب أقل مضضا عند الثني الأخمصي للإصبع الكبير
(على العكس من الكسر الذي يكون ممضا في كل الوضعيات).

المراجع

- Dedmond BT, et al.: The hallual sesamoid complex. J Am Acad Orthop Surg. 2006;14:745. [PMID: 17148622]
- Mittlmeier T, Haar P: Sesamoid and toe fractures. Injury 2004;35(suppl 2):SB87. [PMID: 15315883]

ظفر إصبع القدم الناشب Ingrown Toenail

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٠ ، ٧٠٣ .

■ أساسيات التشخيص

- يحدث في الأقصى على مستوى فراش الظفر أو تحت الظفر hyponychium (في الثلم الإنسي أو الوحشي للظفر).
- يمكن أن ينجم عن الأحذية الضيقة أو قص الأظافر بطريقة سيئة.
- الحاد: ألم، تورم، التهاب الهلل cellulitis.
- المزمن: نضح قيحي purulent exudate، نسيج حبيبي granulation tissue.

■ التشخيص التفريقي

- عدوى النسيج الرخوة في إصبع القدم.
- داحس هربسي Herpetic whitlow.
- عرن تحت الظفر subungual exostosis.
- التهاب عظم ونقي عند السكريين أو عند المرضى ذوي المناعة المضطربة .

■ المعالجة

- تتضمن المعالجة الوقائية قص الأظافر موضعياً، تعلم الطريقة الصحيحة لقص الأظافر (يجب أن يقص الظفر أقصى ثنية الظفر) والتأكيد على لبس الحذاء ذي المقاس المناسب.
- يمكن التخفيف من الظفر الناشب المبكر بإعطاء المضادات الحيوية عن طريق الفم والاهتمام بالأمور الوقائية .

- تتطلب الحالات المزمنة استئصال بضع مليمترات من الجزء الإنسي أو الوحشي للظفر حتى مطرس الظفر nail matrix.
 - في الحالات الناكسة من الظفر؛ الناشب يستأصل الجزء الإنسي أو الوحشي من الظفر بما فيه مطرس الظفر وذلك لمنع النكس. يمكن استخدام الفينول على المطرس المنتش germinal matrix للتخفيف من النكس.
 - قد يكون من الضروري في بعض الحالات عندما يكون الظفر مشوها بتر نهاية السلامة القاصية مع كامل الظفر (بتر سايم Syme amputation).
- ملحوظة جوهريّة

ينبغي أن لا يستأصل من الجزء الوحشي أو الإنسي للظفر (أو فراش الظفر) إلا ما هو ضروري؛ لمنع انحشار الظفر في النسيج الرخوة.

المراجع

- 1. Rounding C, Bloomfield S: Surgical treatments for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD001541. [PMID: 15846620]
- 2. Shaath N, et al.: A prospective randomized comparison of the Zadik procedure and chemical ablation in the treatment of ingrown toenails. Foot Ankle Int 2005;26:401. [PMID: 15913526]

تشوه إصبع المطرقة Hammer Toe Deformity

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٥,١ .

■ أساسيات التشخيص

- انثناء غير طبيعي في المفصل بين السلاميات الداني في إصبع من الأصابع الصغيرة في القدم.
- يزداد سوءا بفرط البسط في المفصل المشطي السلامي.
- قد يكون ثابتا أو قابلا للإصلاح بشكل منفعل .
- يحدث بسبب استخدام حذاء غير مناسب لمدة طويلة.
- يشاهد ثفن او تقرح فوق المفصل بين السلامي الداني أو في رأس الإصبع.

■ التشخيص التفريقي

- الإصبع المخليبي claw toe .
- إصبع المطرقة الخشبية mallet toe .
- (ملاحظة : لم يفرق المعجم الطبي الموحد بين hammer toe و mallet toe) .

• المعالجة

- تتألف المعالجة المحافظة من ارتداء حذاء مناسب.
- المعالجة الجراحية للتشوه المرن تكون بنقل المثنية الطويلة إلى جانبي الشريط الباسط، فهذا يحولها من قوة مشوهة إلى قوة مصححة (نقل جردلستون Girdlestone transfer) .
- يعالج التشوه الثابت باستئصال لقم النهاية القاصية للسلامية الدانية (Du Varies) أو إثاق المفصل بين السلامي الداني أو كلاهما معا.

■ ملحوظة جوهرية

قد يحدث تشقق في ثفن السلامة القاصية مما يؤدي إلى قرحة عند المرضى السكريين .

المراجع

- Coughlin MJ: Lesser toe abnormalities. Instr Course Lect 2003;52:421. [PMID: 12690869]
- Edwards WH, Beischer AD: Interphalangeal joint arthrodesis of the lesser toes. Foot Ankle Clin 2002;7:43. [PMID: 12380380]
- Jones S, et al.: Re: Arthrodesis of the toe joints with an intramedullary cannulated screw for correction of hammertoe deformity. Foot Ankle Int 2005;26:1101. [PMID: 16390648]
- O'Kane C, Kilmartin T: Review of proximal interphalangeal joint excisional arthroplasty for the correction of second hammer toe deformity in 100 cases. Foot Ankle Int 2005;26:320. [PMID: 15829216]

تشوه إصبع المطرقة الخشبية

Mallet Toe Deformity

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٥,١ .

■ أساسيات التشخيص

- انثناء شاذ في المفصل بين السلاميات القاصي في أحد أصابع القدم الصغيرة، ويصيب عادة الإصبع الثاني لكونه الأطول.
- قد يكون ثابتا أو قابل للإصلاح بشكل منفعل.
- يعرف التشوه المرن إذا تم إصلاحه بالثني الأخمصي للكاحل الذي يرخي مثنيات الأصابع.
- يحدث عند استعمال أحذية غير مناسبة لمدة طويلة .
- يحدث ثفن أو تقرح فوق المفصل بين السلامي القاصي أو عند رأس الإصبع.
- قد يشاهد تشوه مسماري.

■ التشخيص التفريقي

- الإصبع المخليبي .
- إصبع المطرقة.

■ المعالجة

- ارتداء حذاء أكثر عمقا في جهة الأصابع ، وضع رفادة padding .
- يتطلب الإصلاح الجراحي للتشوهات المرنة تحرير وتر مثنية الأصابع الطويلة على مستوى المفصل بين السلامي الداني. تعالج التشوهات الثابتة باستئصال الجزء القاصي من السلامية الوسطى والتثبيت بمسمار.

■ ملحوظة جوهرية

قد تتشقق أظفار السلامة القاصية محدثة قرحة عند المرضى السكريين.

المراجع

Coughlin MJ: Lesser toe abnormalities, Instr Course Lect 2003;52:421. [PMID: 12690869]

التشوه المخليبي في إصبع القدم Claw Toe Deformity

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٣، ١٣٥ .

■ أساسيات التشخيص

- بسط غير طبيعي في المفصل المشطي السلامي مع انثناء في المفاصل بين السلامية يصيب غالبا كل أصابع القدم الصغيرة وأحيانا الإصبع الكبير.
- يحدث عادة عند الشباب، قد يكون مرنا أو قاسيا.
- ينجم عن عدم توازن في العمل بين عضلات أصابع القدم الداخلية والخارجية.
- يتشكل ثفن في ظهر المفصل بين السلامي الداني أو في الوجه الأحمصي لرؤوس الأمشاط أو في كليهما.
- يشكو المريض من ألم في الأمشاط مع احتمال وجود كسر سابق في الظنوب مع إصابة أو تقفع في باسطات الأصابع الطويلة والمثنيات.

■ التشخيص التفريقي

- تقفع فولكمان الإقفاري Volkmann Ischemic contracture .
- إصبع المطرقة الحشبية mallet toe .
- التهاب المفاصل الرثياني.
- اضطرابات عصبية عضلية (كإصابة الحبل الشوكي).
- القدم المقوسة .

■ المعالجة

- المعالجة المحافظة: حذاء ذو عمق زائد، للتشوهات البسيطة المرنة؛ وسادة تحت رؤوس الأمشاط.
- المعالجة الجراحية: توجه المعالجة في أول الأمر إلى مؤخره القدم في القدم المقوسة مع التشوه؛ يعالج التشوه المرن بنقل المثنيات الطويلة إلى جانبي الشريط الباسط وإصلاح إصبع المطرقة، حول عند الضرورة المثنيات من قوة مشوهة إلى قوة مصححة (نقل جردلستون)؛ يجري في التشوه الثابت، تحرير للنسج الرخوة، استئصال اللقم من السلامة الدانية (Du Vries)، وقد يكون من الضروري تثبيت المفصل المشطي السلامي بسيخ إضافة إلى نقل جردلستون، قد تكون عملية جون (نقل باسطة إبهام القدم الطويلة إلى رأس المشط) وإيثاق المفصل بين السلاميات ضرورية للإصبع الكبير.

■ ملحوظة جوهرية

إن الثني الأخمصي المنفعل للكاحل يسمح بإصلاح الإصبع المخليبي المرن، في حين أن التشوه القاسي والثابت لن يصحح.

المراجع

- Ozdolop S, et al.: Modified Girdlestone-Taylor procedure for claw toes in spinal cord injury. Spinal Cord 2006;44:787. [PMID: 16568140]
- Steensma MR, et al.: Flexor hallucis longus tendon transfer for hallux claw toe deformity and vertical instability of the metatarsophalangeal joint. Foot Ankle Int 2006;27:689. [PMID: 17038279]

مسمار جلد القدم: القاسي والطري

Corn: Hard & Soft

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٠٠,٠ .

■ أساسيات التشخيص

- هي آفة تقرنية keratotic lesion تتشكل فوق البروزات العظمية في أصابع القدم الصغيرة نتيجة لضغطها الزائد على الجلد، وتعرف أيضا بثفن لين clavus mollum (طرية) وثفن قاسي clavus durum (صلبة).
- يحدث المسمار القاسي بشكل شائع فوق الوجه الظهري والوحشي للإصبع الخامس، أو فوق المفاصل بين السلامية الدانية لأصابع القدم الصغيرة.
- تتشكل المسامير الطرية بين أصابع القدم في منطقة الوتر web space ؛ بسبب الضغط الناجم عن البروزات العظمية في الأصابع المتقابلة (عادة في منطقة الوتر الرابعة في إصبع القدم الرابع؛ بسبب ضغط عظام الإصبع الخامس)؛ وهي طرية بسبب الرطوبة التي تؤدي للتعتن maceration.

■ التشخيص التفريقي

- قرحة سكرية.
- أصابع القدم المخلية.

■ المعالجة

- يجب أن تتجه المعالجة لإزالة الضغط، باستخدام أحذية أكثر سعة، رفادات لدفع الضغط إلى مناطق أخرى، كما يساعد استئصال الآفة في التخفيف من الإزعاج.

- تتطلب المعالجة الجراحية إزالة البروز العظمي المسبب للإزعاج (تكفي تماما الإجراءات البسيطة).
- يمكن معالجة المسامير الطرية أيضا بجراحة ارتفاع الأصابع للإصبع الرابع والخامس ، وذلك بإزالة الجلد بين أصابع القدم واستئصال المسمار.
- ملحوظة جوهرية
قد تنجم المسامير الطرية من سوء التحام في كسور الإصبع.

المراجع

Mann RA, Mann JA: Keratotic disorders of the plantar skin. Instr Course Lect 2004;53:287. [PMID: 15116622]

وكعة الخياط

Tailor's Bonuion

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ١ ، ٧٢٧ .

■ أساسيات التشخيص

- قد يكون بروز رأس المشط الخامس سببا في ألم المشط metatarsalgia ؛ يتشكل ثفن على الوجه السفلي أو الوحشي لرأس المشط الخامس.
- سميت بوكعة الخياط أو الوكعية bunionette ؛ نتيجة للوضعية التي يجلس بها الخياط .
- قد تحدث بسبب تفلطح القدم وغياب القوس المعترضة في مقدمة القدم.

■ التشخيص التفريقي

- شيخوخة القدم وغياب القوس المعترضة.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- سوء التحام عقب الرض.

■ المعالجة

- قد تفيد المقومات إذا كان السبب زيادة الكب في الكاحل ، يمكن التخفيف من الأعراض في الحالات الخفيفة والمبكرة بلبس أحذية عريضة ، طرية ، وأشرطتها علوية مع دعامة للأمشاط بحيث تخفف حلاقة الثفن من الألم مؤقتا.
- الجراحة هي الحل المناسب في الحالات الشديدة حيث تضيق القدم باستئصال البروز العظمي الموجود وتصلح التشوه ؛ تعيد الجراحة الزاوية بين المشط الرابع والخامس إلى وضعها الطبيعي.

■ ملحوظة جوهرية

قد تتطلب المعالجة الجراحية إصلاح التشوه الأخمصي والوحشي للتخفيف من

المشكلة.

المراجع

Ajis A, et al.: Tailor's bunion: a review. J Foot Ankle Surg 2005;44:236. [PMID: 15940605]

Vienne P, et al.: Modified Coughlin procedure for surgical treatment of symptomatic tailor's bunion: a prospective followup study of 33 consecutive operations. Foot Ankle Int 2006;27:573. [PMID: 16919208]

الورم العصبي بين الأصابع لمورتون

Morton Interdigital Neuroma

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٦ ، ٣٥٥ .

■ أساسيات التشخيص

- ألم حدوده واضحة يتوضع عادة بين رؤوس الأمشاط في المسافة بين الأصابع الثانية أو الثالثة وهو الأكثر شيوعاً.
- يعتمد التشريح المرضي على موقع العصب الإصبعي digital nerve بالنسبة للرباط المشطي المعترض.
- يزداد الألم بالحركة ويخف بالراحة، وقد يتفاقم بلبس الأحذية الضيقة.
- يحدث عند النساء أكثر بعشر مرات من الرجال، وهو أكثر شيوعاً عند اللاتي يلبسن الأحذية ذات الكعب العالي.
- الفحص السريري: ألم (كالبرق أحياناً) يحرض بجس المسافة بين الأصابع، يؤدي عصر مقدمة القدم إلى حدوث ألم وأحياناً طقة (طقة مولدر Mulder click) في الورم العصبي في المسافة بين الأمشاط؛ ويجس أحياناً كتلة في تلك المسافة.
- هو ليس ورماً عصبياً حقيقياً وإنما تنكس في النسيج العصبية بسبب الرضوض المتكررة.

■ التشخيص التفريقي

- الكيسات بين الأصابع.
- أمراض المفصل المشطي السلامي (التهاب المفصل).
- كسر المشط الإجهادي.

■ المعالجة

- تتضمن الوسائل المحافظة استخدام أحذية عريضة وتجنب الأحذية الضيقة ذات الكعب العالي، وسائد للأمشاط، وحقن الستيروئيد.
- الاستئصال الجراحي للعصب المصاب للمرضى الذين لم يستجيبوا للمعالجة المحافظة.

■ ملحوظة جوهرية

يعد التصوير الفائق الصوت *ultrasound* بيد مصور خبير الوسيلة التصويرية المفضلة لتأكيد التشخيص.

المراجع

- Hassouna H, Singh D: Morton's metatarsalgia: pathogenesis, aetiology and current management. *Acta Orthop Belg* 2005;71:646. [PMID: 16459852]
- Thomson CE, et al.: Interventions for the treatment of Morton's neuroma. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD003118. [PMID: 15266472]

الخلع و الخلع الجزئي في المفصل المشطي السلامي Metatarsophalangeal Joint Subluxation & Dislocation

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ١٣٨,٠٥ .

■ أساسيات التشخيص

- أكثر أسباب الخلع والخلع الجزئي في المفصل المشطي السلامي هو ضغط الإبهام الأرواح على الإصبع الثاني، وضعف الأربطة الذي قد ينجم عن حقن الستيروئيدات.
- يزداد التشوه في غضون ٣-٦ أشهر، وقد يتصالب الإصبع الثاني مع الإصبع الكبير.
- يتوضع الألم في الوجه الظهرى والأخمصى؛ لأن السلامة الدانية في الظهر والمفصل المشطي في الأخمص .
- يقوم ارتصاف المفصل باستخدام اختبار لآخمن Lachman على السلامة الدانية.
- التصوير الشعاعي مشخص في معظم المرضى.

■ التشخيص التفريقي

- تشوه إصبع المطرقة في القدم.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- رض.
- كسر.

■ المعالجة

- ينصح بالمعالجة المحافظة إذا كان الخلع الجزئي ثابتا، وتتضمن لبس حذاء بمقاس مناسب وحقن الكورتيزون.

- تستطب المعالجة الجراحية فقط إذا فشلت المعالجة المحافظة، أو كان هناك صعوبة في لبس الحذاء أو كان التشوه شديدا مما يجعله غير ثابت.
- تستطب عملية جيردليستون في حالة الخلع الجزئي.
- يستطب القطع العظمي في عنق المشط عند المرضى المصابين بالخلع.
- يمكن محاولة الرد في حالة الخلع الرضي للمفصل (أو مفاصل) المشطي السلامي.

■ ملحوظة جوهرية

تتطلب المعالجة الناجحة أخذ كل مقدمة القدم بعين الاعتبار خاصة عند وجود أي تشوه للإبهام الأرواح.

المراجع

- Mendicino RW, et al.: Predislocation syndrome: a review and retrospective analysis of eight patients. J Foot Ankle Surg 2001;40:214. [PMID: 11924682]
- Mycerson MS, Jung HG: The role of toe flexor-to-extensor transfer in correcting metatarsophalangeal joint instability of the second toe. Foot Ankle Int 2005;26:675. [PMID: 16174496]

ألم العقب، من الخلف Heel Pain, Posterior

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٤٧, ٧١٩ .

■ أساسيات التشخيص

- السبب الشائع هو اعتلال وتر العرقوب Achilles tendinosis (التهاب الوتر) وله علاقة بحالات أكثر تنكسا تحدث إما عند ارتكاز وتر العرقوب أو أدنى من نقطة الارتكاز بعدة سنتيمترات، و يترافق مع النشاط الحركي الزائد.
- يحدث عند المريض ألم موضع عند استخدام عضلة الساق gastrocnemius .
- يظهر الفحص السريري مضضا وسخونة عند ارتكاز وتر العرقوب (الارتكازي) أو على التوتر أدنى من مكان الارتكاز، وقد تتسمك هذه المنطقة (غير الارتكازية).
- قد تظهر الصورة الشعاعية وجود مهماز عقبي calcaneal spur أو تكلسات عند ارتكاز الوتر، ولكنها ليست موجودات حادة.

■ التشخيص التفريقي

- انقلاع (تمزق) الاتصال العضلي الوتري لعضلة الساق.
- تمزق وتر العرقوب.
- تشوه هوكلند Hugelund مع التهاب الجراب خلف العقب.
- اعتلال الجذور القطنية.
- متلازمة نفق الرصغ tarsal tunnel syndrome .

■ المعالجة

- يعالج تنكس وتر العرقوب بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية، تمارين التمثيط (خاصة تمارين التحميل المتعددة عن المركز eccentric loading)، تغيير النشاط، ورفع العقب.
- يلجأ للجراحة لإنضار الوتر المتكس وإزالة التكلسات إذا لم يستجيب المريض للمعالجة غير الجراحية لمدة ٩ أشهر.
- إذا وجد تشوه هوكلند يستأصل أيضا.

■ ملحوظة جوهرية

يترافق الليفوفلوكساسين *levofloxacin* وهو فلوروكوينولون *fluroquinolone* بنسبة عالية من اعتلال الأوتار.

المراجع

- Leone R, et al.: Adverse drug reactions related to the use of fluoroquinolone antimicrobials: an analysis of spontaneous reports and fluoroquinolone consumption data from three italian regions. *Drug Saf* 2003;26:109. [PMID: 12534327]
- Rees JD, et al.: Current concepts in the management of tendon disorders. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45:508. [PMID: 16490749]

ألم العقب، الأخمصي Heel Pain, Plantar

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٢٩,٥ .

■ أساسيات التشخيص

- كثيرا ما يشتكي منه المرضى و يترافق مع النشاط الحركي ، أكثر أسبابه شيوعا هو التهاب الصفاق الأخمصي plantar fasciitis ، قد يكون حادا ولكن المزمّن هو الأغلب.
- يحدث الألم في الصباح عند الخطوة الأولى ، أو بعد الراحة.
- مضمض على الوجه الأخمصي الإنسي للعقب موقعه عادة محدد تماما .
- قد تظهر الصور الشعاعية وجود مهماز عند منشأ الصفاق ، ولكنه ليس من الموجودات التي تظهر فجأة.

■ التشخيص التفريقي

- ضمور وسادة العقب.
- إصابة رضية (مثال ، كسور العقب).
- اعتلال الجذور القطنية.
- متلازمة نفق الرصغ .
- انعقال عصب باكستر Baxter nerve (عصب مبعده الإصبع الصغير).
- داء سيفر Sever disease (التهاب نتوء العقب) في المرضى الصغار.

■ المعالجة

- يعالج التهاب الصفاق الأخمصي بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، وتمارين التمثيط ، ولبس أحذية مرنة ذات كعب طري ، وبجائز ليلية لإبقاء

وتر العرقوب والصفاق مشدودين أثناء الليل، قد يفيد وضع الجبس وحقن الستيروئيد في الحالات المستعصية.

- التحرير الجراحي للصفاق الإنسي فعال في ٧٥٪ من الحالات تقريبا، ومن مضاعفاته الشديدة والمسببة للعجز هو التمزق الكامل للصفاق، وقد أظهرت المعالجة بالأموح التصادمية بعض النجاح.
- يعطي التحرير الجراحي للأعصاب المنعقدة (نفق الرصغ، أو انعقال عصب باكستر) نتائج جيدة.

■ ملحوظة جوهرية

أخبر المرضى أن التهاب الصفاق الأخمصي قد يحتاج لأشهر لكي يشفى وأن الجراحة لا تستطب قبل تسعة أشهر على الأقل.

المراجع

- 1. Digiovanni BF, et al.: Plantar fascia-specific stretching exercise improves outcomes in patients with chronic plantar fasciitis. A prospective clinical trial with two-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:1775. [PMID: 16882901]
- 2. Roos E, et al.: Foot orthoses for the treatment of plantar fasciitis. *Foot Ankle Int* 2006;27:606. [PMID: 16919213]
- 3. Sems A, et al.: Extracorporeal shock wave therapy in the treatment of chronic tendinopathies. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;14:195. [PMID: 16585361]

الاضطرابات التقربية في جلد أخمص القدم (الأثفان) Keratotic Disorder of the Plantar Skin (Callosities)

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٠٠ .

■ أساسيات التشخيص

- تنشأ الأثفان من الاحتكاك والضغط على عظم بارز .
- تحدث بكثرة في السطح الأخمصي تحت رأس المشط الثاني والثالث ؛ نتيجة لطول الزائد للأمشاط أو بسبب تفلطح القدم وغياب القوس المعترض في مقدمة القدم.
- قوم وضعية القدم، ووجود تشوهات، وحركة المفاصل، والحالة الوعائية العصبية ودرجة تشكل الأثفان.
- الأثفان الكبيرة المعندة على العلاج يمكن أن تصبح عرضية بشدة وقد تتقرح لاسيما عند المرضى السكريين.
- قد تظهر الصور الشعاعية بوضعية الوقوف البروز العظمي المسبب للإزعاج.

■ التشخيص التفريقي

- الثؤلول الأخمصي plantar wart.
- شيوخوخة القدم مع غياب القوس المعترضة.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- الشعاع الأول المفرط الحركة.
- اليبوسة بعد الرض.
- الفصال العظمي في المفاصل بين السلامية.

■ المعالجة

- سبب الثفن هو الذي يحدد شكل المعالجة.
- استخدم أحذية عريضة وطرية برباط مع دعم للأمشاط في الحالات الخفيفة والمبكرة، تفيد حلقة الثفن في التخفيف من الألم مؤقتاً.
- يلجأ للجراحة لإزالة البروز العظمي المصاحب أو إصلاح التشوه في الحالات المعقدة أو الشديدة، قد تزول الأثقان بالقطع العظمي للمشط أو استئصال اللقم.

■ ملحوظة جوهرية

تحدد الصورة الشعاعية عند وضع علامة معدنية على الثفن العظم المتبارز.

المراجع

- Feibel JB, et al.: Lesser metatarsal osteotomies. A biomechanical approach to metatarsalgia. *Foot Ankle Clin* 2001;6:473. [PMID: 11692493]
- Mann RA, Mann JA: Keratotic disorders of the plantar skin. *Instr Course Lect* 2004;53:287. [PMID: 15116622]