

Handout om handkirurgi för primärvårdsläkare Region Gävleborg

Innehåll

Syfte och omfattning.....	2
Allmänt	2
Handskelett	3
Sensorisk handinnervation	4
Handens sträcksenor	5
Handens böjsenor	6
Undersökning av djupa och ytliga flexorsenan.....	7
Sträcksenor	7
Mallet-finger (droppfinger)	7
Övriga sträcksensador	7
Ganglion	8
Vanliga ganglionlokalisationer	9
Böjsenskidans pulleysystem	10
Tenosynovialis stenosis	10
Triggerfinger	11
Senorna i det första senfacket.....	12
De Quervains sjukdom	13
CMC-led	14
CMC-ledsartros	15
STT-artros	15
Tinnel test.....	16
Phalen test	16
2-punktsdiskriminationstest.....	16
Kortisoninjektionsteknik.....	17
Karpaltunnelsyndrom (CTS).....	18
Tummens ulnara kollateraligaments test.....	19
Distorsioner	20
Funktionsställning	20
Handledens viktiga ligament	21
Handledstrauma	22
Palmaraponeuros	23
Dupuytren's kontraktur	24
Remiss till handkirurgen, ortopedkliniken.....	25
Plan för kommunikation och implementering	25
Dokumentinformation	25

Syfte och omfattning

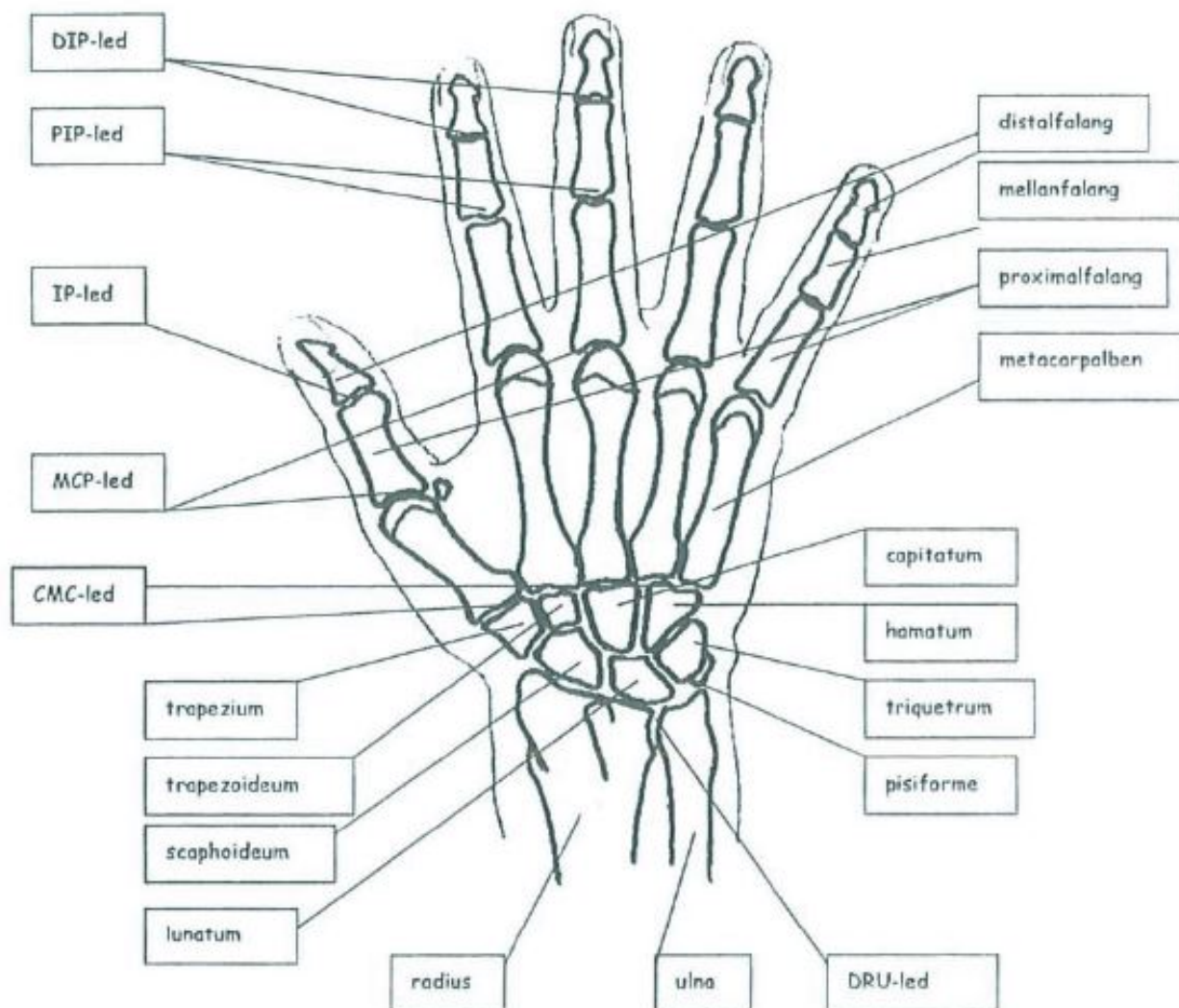
Denna handout är skapad för att sprida kunskap om de ”vanliga” handsjukdomarna och vilken intervention som är lämplig inom primärvården.

Allmänt

Antalet inkommande remisser till ortoped/handkirurgen har stadigt ökat t o m 2019 då det var 1709 remisser. Inflödet i länet sjönk år 2020 till 1298 remisser. Majoriteten av de inremitterade patienterna har diagnoser som primärt kan åtgärdas inom primärvården.

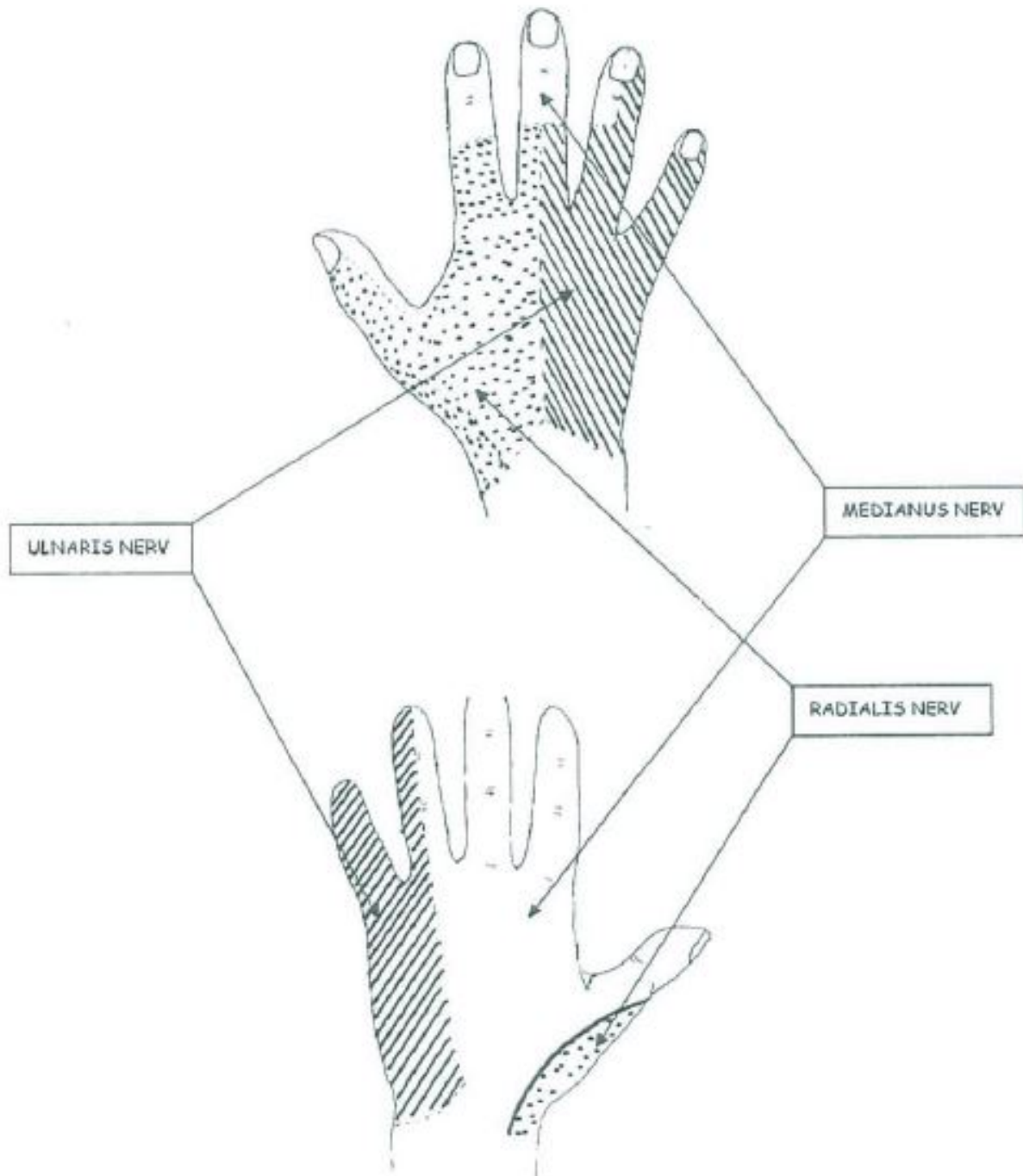
Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Handskelett

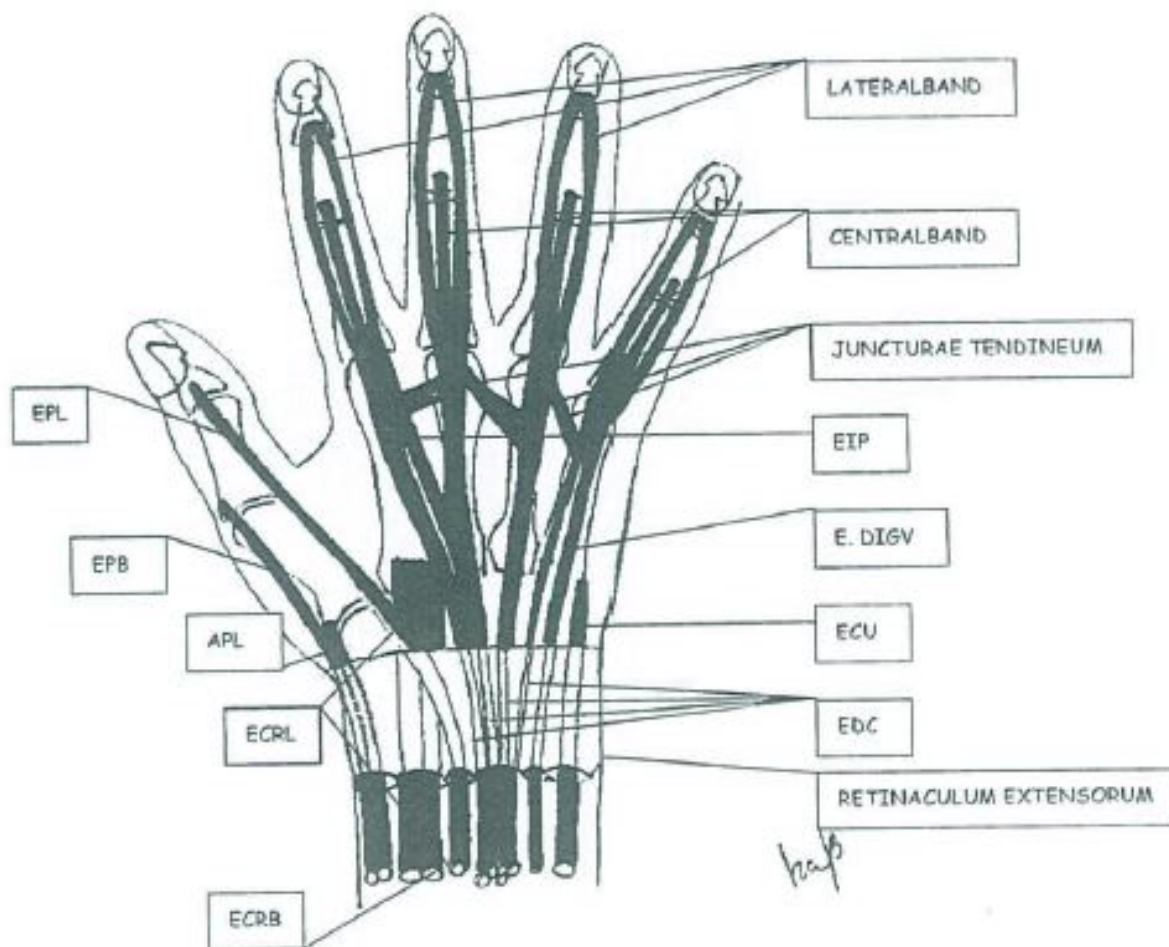


DIP-led	- distal interfalangeal led
PIP-led	- proximal interfalangeal led
IP-led	- interfalangeal led dig 1
MCP-led	- metakarpofalangeal led
CMC-led	- karpo-metakarpal led
DRU-led	- distal radio-ulnar led

Sensorisk handinnervation

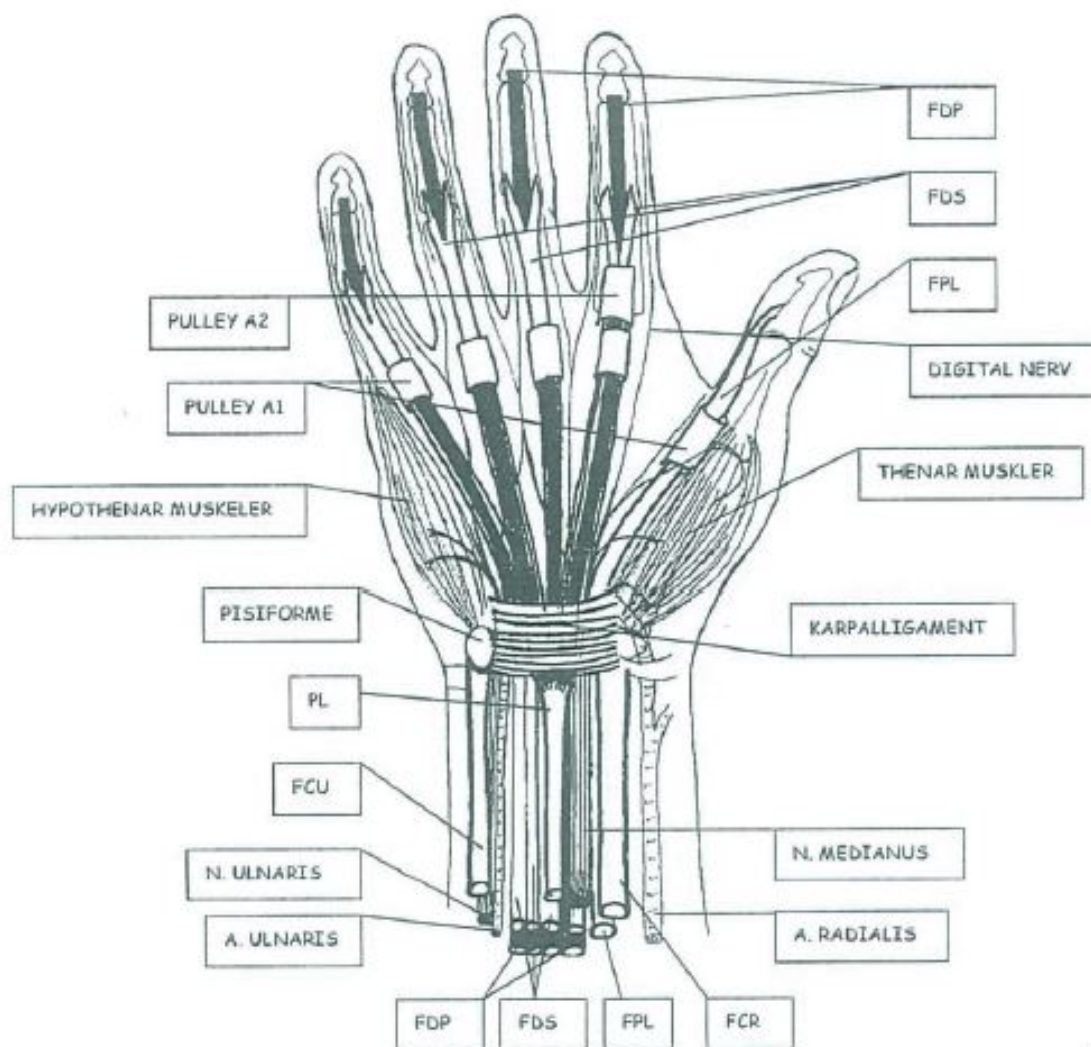


Handens sträcksenor



EPL-	extensor pollicis longus
EPB-	extensor pollicis brevis
APL-	abductor pollicis longus
ECRL-	extensor carpi radialis longus
ECRB-	extensor carpi radialis brevis
EIP-	extensor indicis proprius
E.DIG V-	extensor digiti minimi
ECU-	extensor carpi ulnaris
EDC-	ex. digitorum communis

Handens böjsenor



FDP-	m.flexor digitorum profundus
FDS-	m.flexor digitorum superficialis
FPL-	m.flexor pollicis longus
FCR-	m.flexor carpi radialis
FCU-	m.flexor carpi ulnaris
PL-	m.palmaris longus
PULLEY-	struktur som håller senan intill skelettet

Undersökning av djupa och ytliga flexorsenan



Den **djupa** senan testas genom att man pressar ned det skadade fingrets mellanfalang mot underlaget samtidigt som man uppmanar att patienten ska böja fingertoppen (DIP-leden).



Den **ytliga** senan testas genom att man pressar ned de oskadade fingertopparna mot underlaget samtidigt som man uppmanar att patienten ska börja det skadade fingret i PIP-leden.

Sträcksenor

Mallet-finger (droppfinger)

Subcutan senruptur EDC. Ska alltid röntgas. Vid fraktur, remiss till ortoped. Behandlas med skena dorsalt DIP-led 6 veckor + 6 veckor nattetid via arbetsterapeut på primärvården. Sträckdefekt på 10-20 gr kvarstår efter behandling som får accepteras.

Övriga sträcksensskador

Skickas till ortoped.

Ganglion

Ganglion utgörs av en vätskefylld cystisk bildning från ledhinna eller senskida som tros orsakas av mucoïd degeneration som initieras av kronisk irritation eller trauma. I handleden är den vanligaste lokaliseringen dorsalt på handryggen eller volart radiallyt kring flexor carpi radialis och radialisartären. Dessa kan bli mellan 10-50 mm och konsistensen kan variera. På fingrarna utgår ganglierna från senskidorna oftast volart kring fingerbasen. Dessa är små, 2-5 mm, och hårda. Mucoïdcystor beror på exostoser vid dip-leder. De orsakar ofta nageldeformation.

Symptom

Ganglierna kan vara smärtsamma samt palpationsömma.

Differentialdiagnostik

Maligna tumörer differentierar man genom MRT.

Behandling

Handledsganglier

I de flesta fall försvinner ganglierna och smärtan spontant efter ett par år och därför krävs ingen behandling. I de fall patienter ändå vill få det avlägsnat förordas då punktion med eventuell injektion av kortison i den tömda cystan. Punktionen kräver inte lokalbedövning. Innehållet är trögflytande och man behöver en grov (rosa) punktionsnål för att kunna aspirera. Om man använder 10-20 ml spruta får man bättre sug. Efteråt behövs bara ett lättare tryckförband som kan avlägsnas dagen efter av patienten själv. Recidivfrekvensen efter punktion oavsett om kortison injiceras eller inte är hög uppåt 50 %. Recidiv vid kirurgi är också mycket vanligt, varvid vi undviker att operera dessa.

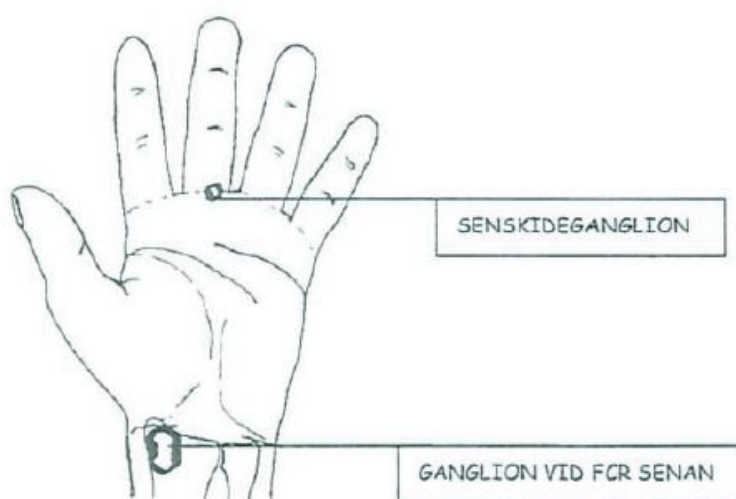
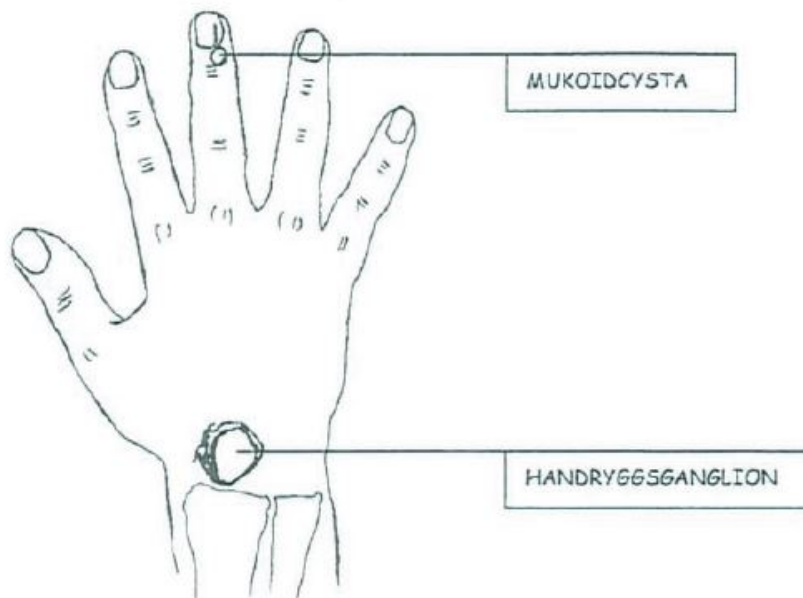
Mucoïdcystor

Vid uttalade besvär behandlas operativt med kirurgisk excision.

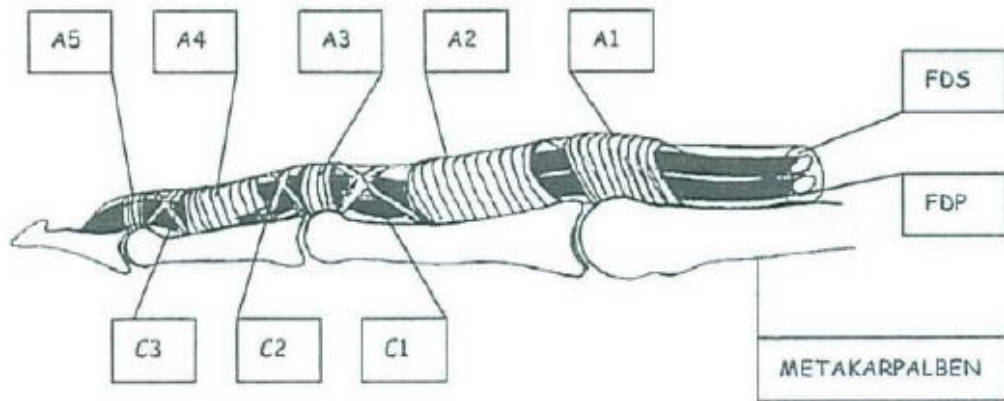
Remiss till handkirurgen

- Patienter där MR visar solid tumör.
- Ganglier som orsakar nerventrapment (i t ex Guyons kanal).
- Besvärande mucoïdcystor.

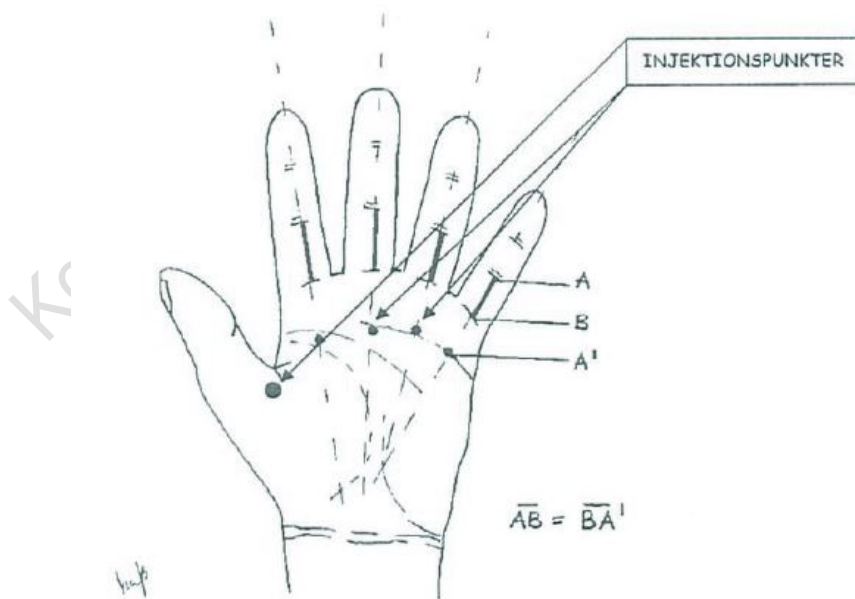
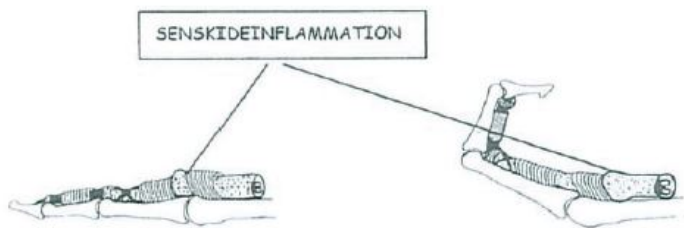
Vanliga ganglionlokalisationer



Böjsenskidans pulleysystem



Tenosynovialis stenosis



Triggerfinger

Triggerfinger (tendovaginitis stenosans) är en inflammatorisk förändring av böjsena och peritendinös vävnad som ger inkongruens mellan flexorsenans volym och utrymmet inom den mest proximala delen av senskidan. Orsaken är oftast idiopatisk, förekommer även vid repetitiv rörelse med överbelastning. Patienter med diabetes mellitus eller reumatoid artrit har likaså en ökad risk.

Symtom

Lokal smärta i nivå med handflatans distala böjveck eller tummens grundled med eller utan låsningsfenomen.

Ibland framträder låsningsfenomen endast på morgonen. Vid försummade fall är fingret låst i böjt läge. Vissa patienter får bara ont om man trycker ovan på flexorsensskidan i handflatan och samtidigt ber patienten att böja finger/fingrar.

Behandling

Dessa patienter ska behandlas konservativt inom primärvård med kortisonspruta, NSAID och aktiv rörelseträning.

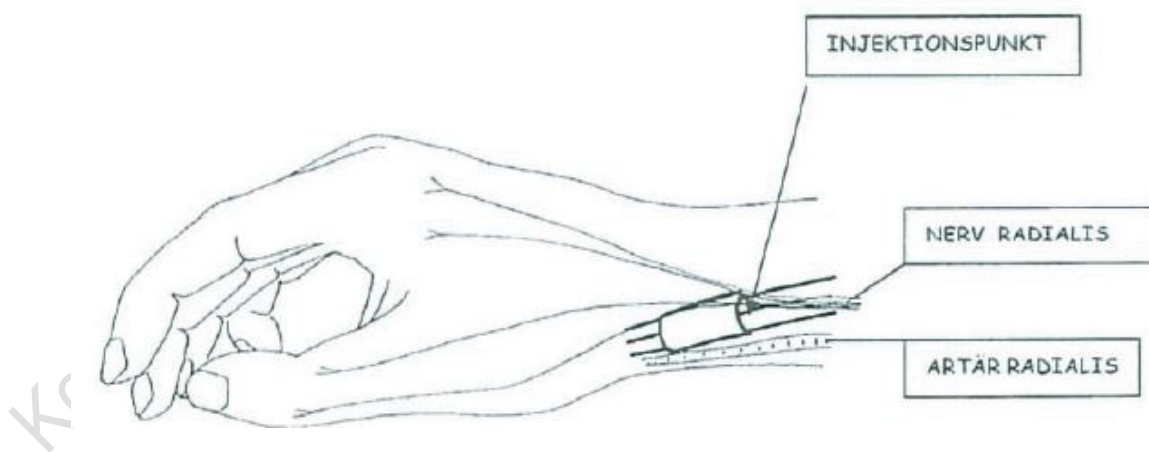
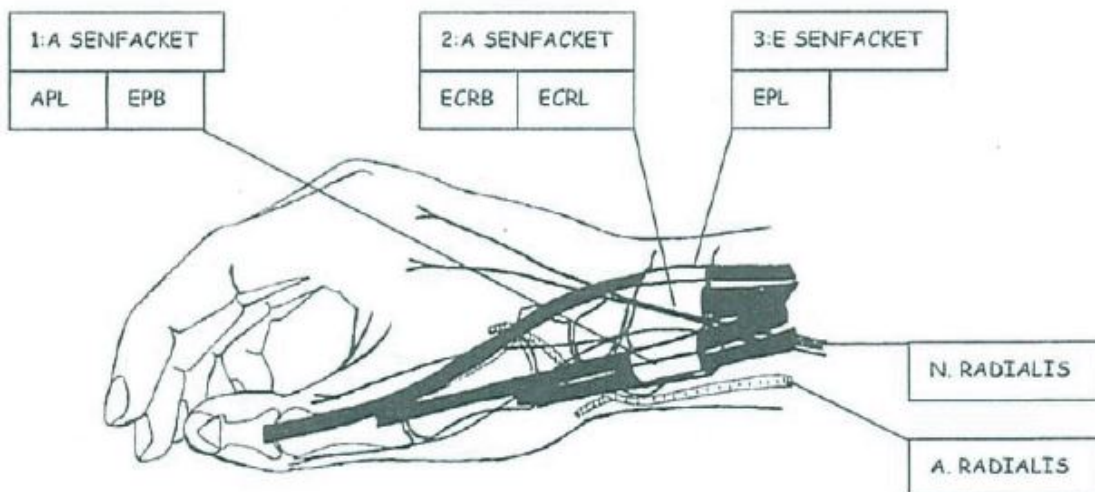
Injektionsteknik

Kortisonsprutan ges ovanför den ömmande senskidan. I tummen ligger injektionspunkten vid MCP-ledens böjveck (se bild). Kortisonet (exempelvis 20 mg Depo-Medrol per finger/senskida) sprutas i senskidan genom att man riktar en blå eller grå nål 45 grader till hudytan. Man får inte spruta mot motstånd då injektion i själva senan kan orsaka ruptur. Att innehållet sprutas utanför senskidan är inte farligt utan ger enbart sämre effekt. Viktiga strukturer som nerver och artär ligger åt sidorna och djupare så att det finns nästan ingen risk att skada dem. Tidig mobilisering.

Remiss handkirurgen

När upprepade kortisoninjektioner har misslyckats kan operativ åtgärd tänkas.

Senorna i det första senfacket



De Quervains sjukdom

De Quervains sjukdom är en tendovaginit som engagerar första dorsala senfacket på handryggen. Det är ofta idiopatiskt, men ses även efter överbelastning.

Symptom

Patienten klagar över intensiv värk över första dorsala senfacket radiallyt dorsalt vid processus styloideus radii. Passiv ulnardeviation av handleden med tummen invikt i handflatan utlöser kraftig värk (positiv Finkelstein test).

Patient med artros i tummens grundled (CMC-leds artros) kan ha liknande symptom varvid röntgen har sin plats för att skärpa diagnostiken hos äldre.

Behandling

Dessa patienter ska behandlas konservativt inom primärvård med kortisonspruta inuti senskidan och NSAID. Immobilisering med tumortos via arbetsterapeut i primärvården kan vara bra smärtlindring.

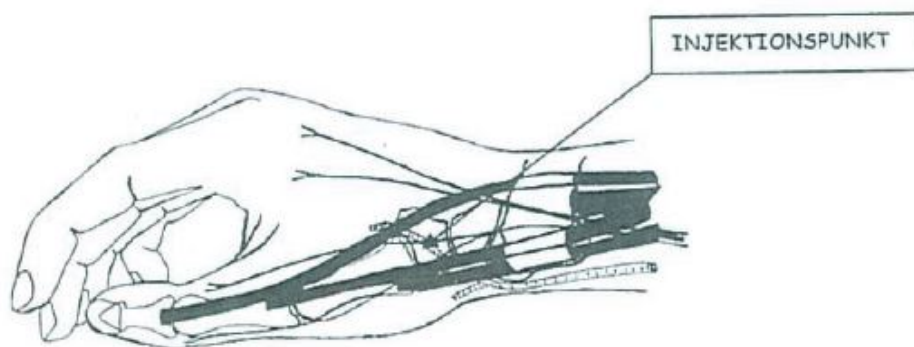
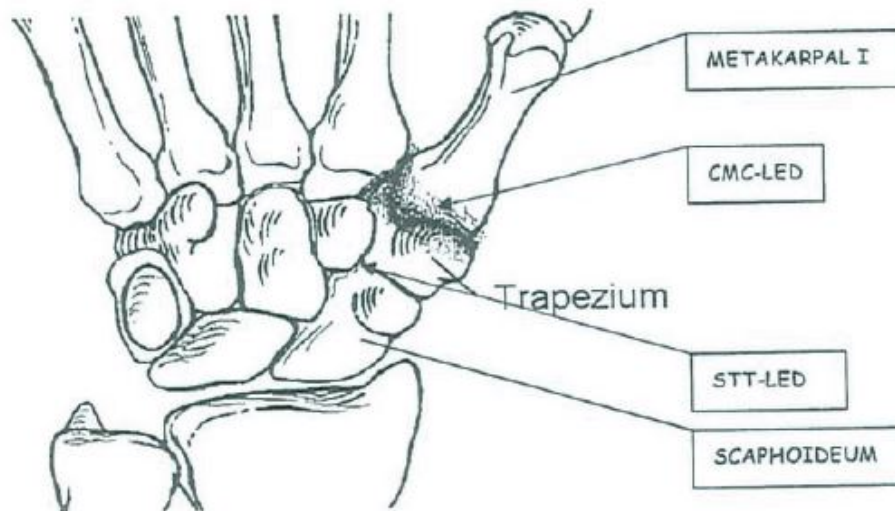
Injektionsteknik

Injektionspunkten ligger 1-2 cm proximalt från styloideus radii, dorsalt från a.radialis. Kortisonet (exempelvis 20 Depo-Medrol) sprutas i senfacket genom att man riktar en blå eller grå nål 45 grader till huden. Man går genom senfacket, spruta inte om motstånd föreligger utan justera då nålläget.

Remiss till handkirurgen

Vid recidiv är kirurgi indicerat vilket kräver remiss till ortoped.

CMC-led



statumet

Kr

CMC-ledsartros

Symtom

Artros i tummens grundled (CMC-led) ger smärta vid tumrörelser. Detta orsakar smärta i tumbasen samt nedsatt kraft i pincettgreppet.

Diagnostik

Röntgenundersökning med specialbilder av CMC-led krävs för diagnos. Vanliga röntgenfynd är förtunnat ledbrosk, osteofyter, ev. subluxation av metakarpale 1.

Behandling

I tidiga stadier rekommenderas tumortos som kan prövas ut av distriktsarbetsterapeut eller sjukgymnast. Intraartikulär kortisoninjektion kan periodvis lindra besvären. Kontakt med distriktsarbetsterapeut för artrosskola. Fall där konservativ behandling minst 4-6 mån misslyckats, bör bli föremål för operation för vilket remiss krävs.

Injektionsteknik

Injektionspunkten ligger i basen på metakarpale 1. Kortisonen sprutas periartikulärt cirka 20-30 mg med en blå eller grå nål som är riktad cirka 60-80 grader till huden. Aspirera innan insprutning!

STT-artros

Symtom

Motsvarande symptom som vid CMC-ledsartros, men ofta mer ont från själva handleden.

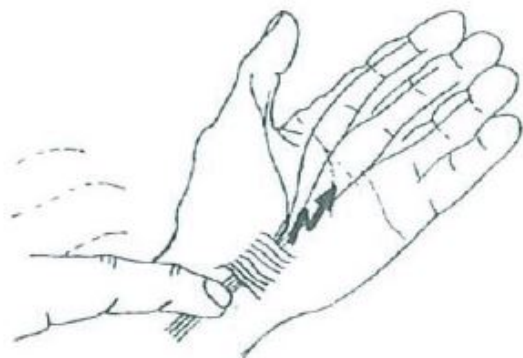
Diagnostik

Röntgen

Behandling

Konservativt som ovan, annars operativt om detta misslyckas. Remiss vid behov.

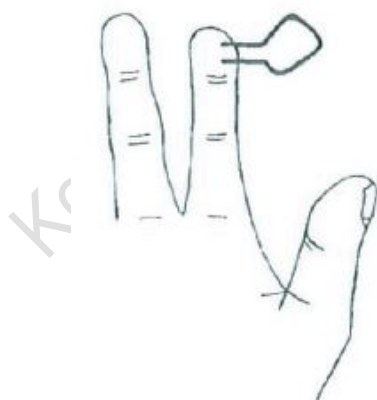
Tinnel test



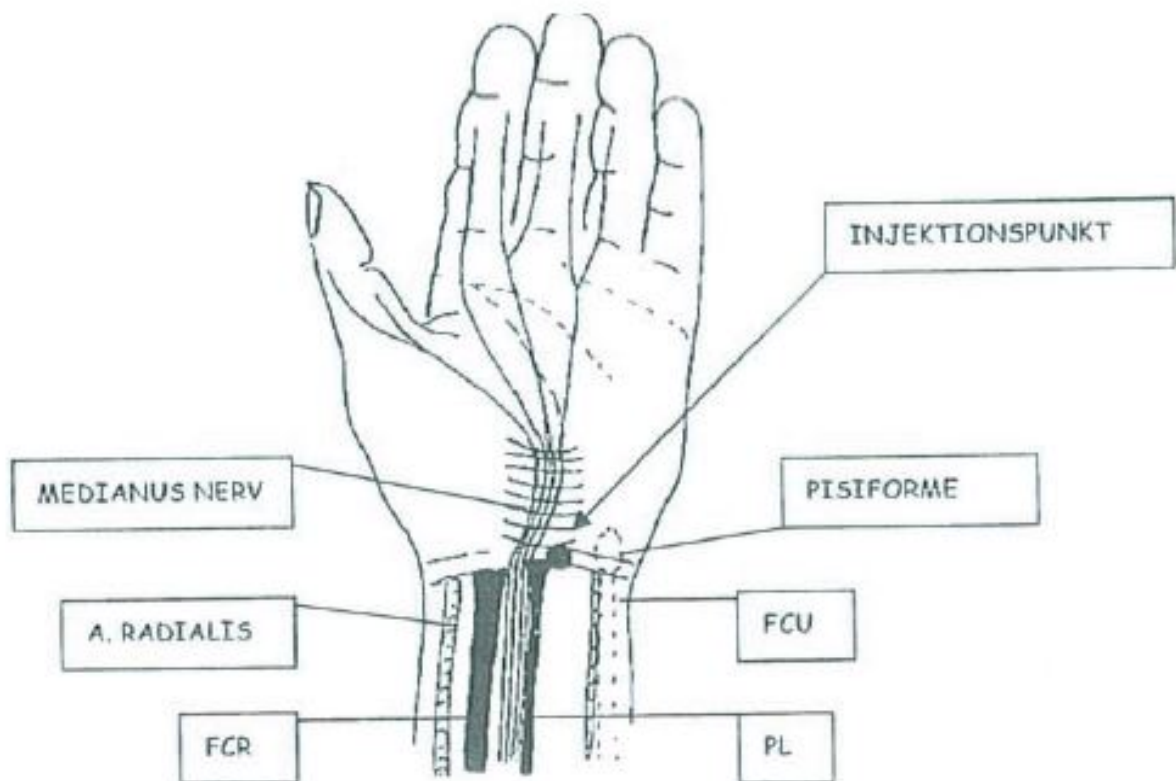
Phalen test



2-punktsdiskriminationstest



Kortisoninjektionsteknik



Kopians giltighet

Karpaltunnelsyndrom (CTS)

CTS beror på ett kompressionstillstånd av medianusnerven i karpaltunneln. Detta orsakas av t ex tenosynovit, vätskeretention (graviditet) eller inskränkt utrymme efter fraktur i distala radius.

Symtom

I tidiga stadier kännetecknas CTS av nattliga parestesier och domningar i medianusinnerverade fingrar i handen. I mer långt gångna stadier blir det symptom med nedsatt 2PD (2 punkts diskrimination), tenaratrofi.

En typisk anamnes med positiv Tinels tecken och Phalens tecken och nedsatt 2PD räcker för diagnos. I tveksamma fall är neurografiundersökning indicerat för att bekräfta diagnosen och bedöma graden av kompression.

Behandling

I tidigare stadier (oftast några månaders anamnes) räcker det med konservativ behandling med handledsstöd via arbetsterapeut i primärvården och NSAID. Patient med mycket stora besvär eller med misslyckad konservativ behandling remiss till ortoped.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Fingerledens kollateralligament



Tummens ulnara kollateraligaments test



1/3 del av ledytan



Distorsioner

Symptom

Vid distorsioner i fingerlederna vid t ex klassiskt volleybolltrauma eller skidåkares tumtrauma har patienten ont och har svullnad kring leden samt nedsatt rörlighet. Svullnaden kvarstår i flera månader.

Diagnostik

Röntgenundersökning ska utföras av **primärvården**. Svaret visar oftast ingen skelettskada eller en mindre fraktur som motsvarar ligamentfästet.

Om fragmentet är mindre än 1/3 del av ledytan betraktas och behandlas den som en distorsion. Om fragmentet är större behandlas frakturen som en intraartikulär fraktur vilket ofta kräver kirurgisk åtgärd av ortoped.

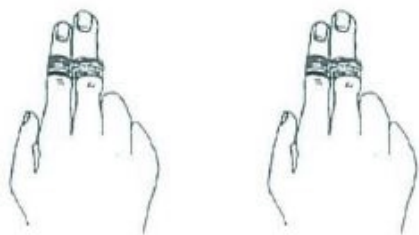
Instabilitet ska alltid kontrolleras särskilt vid tummens grundled. Om sidoinstabiliteten överstiger 20 grader jämfört med friska sidan behövs ortopedisk bedömning av oss inför eventuell kirurgisk intervention.

Behandling

Intraartikulära frakturer (röntgenpositiv) och totala ligamentrupturer (klinisk instabilitet) ska behandlas av handkirurger.

För fingerledsdistorsioner där sidoinstabiliteten understiger 20 gr finns ingen operativ indikation. Immobilisering i funktionsställning kan krävas vid mycket värk och svullnad med hjälp av en liten viloskena under max 3 veckor. Därefter påbörjas rörelseträning med tvåfingerförband. Det tar som regel upp till sex månader innan patienten är besvärsfri.

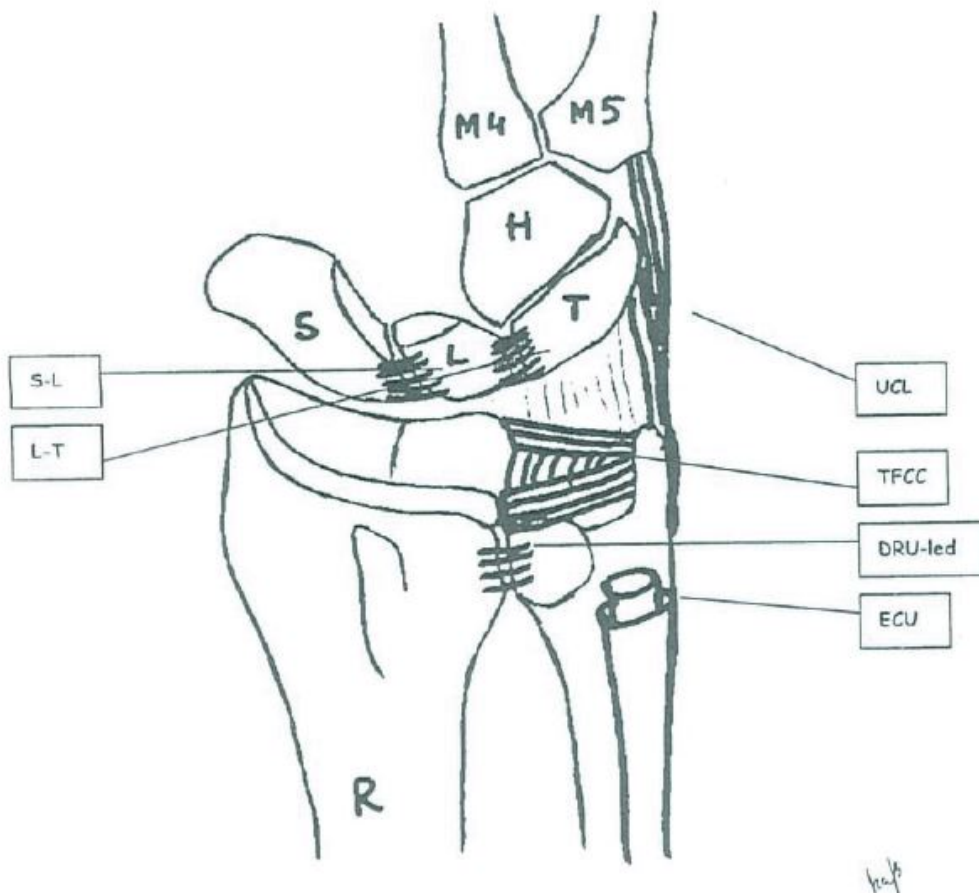
Tvåfingerförband



Funktionsställning



Handledens viktiga ligament



UCL	handledens ulnara kollateralligament
TFCC	triangular fibrocartilage complex
DRU	distal radio-ulnar led
ECU	extensor carpi ulnaris
S-L	scapho-lunära ligamentet
L-T	luno-triquetrala ligamentet

Handledstrauma

Symtom

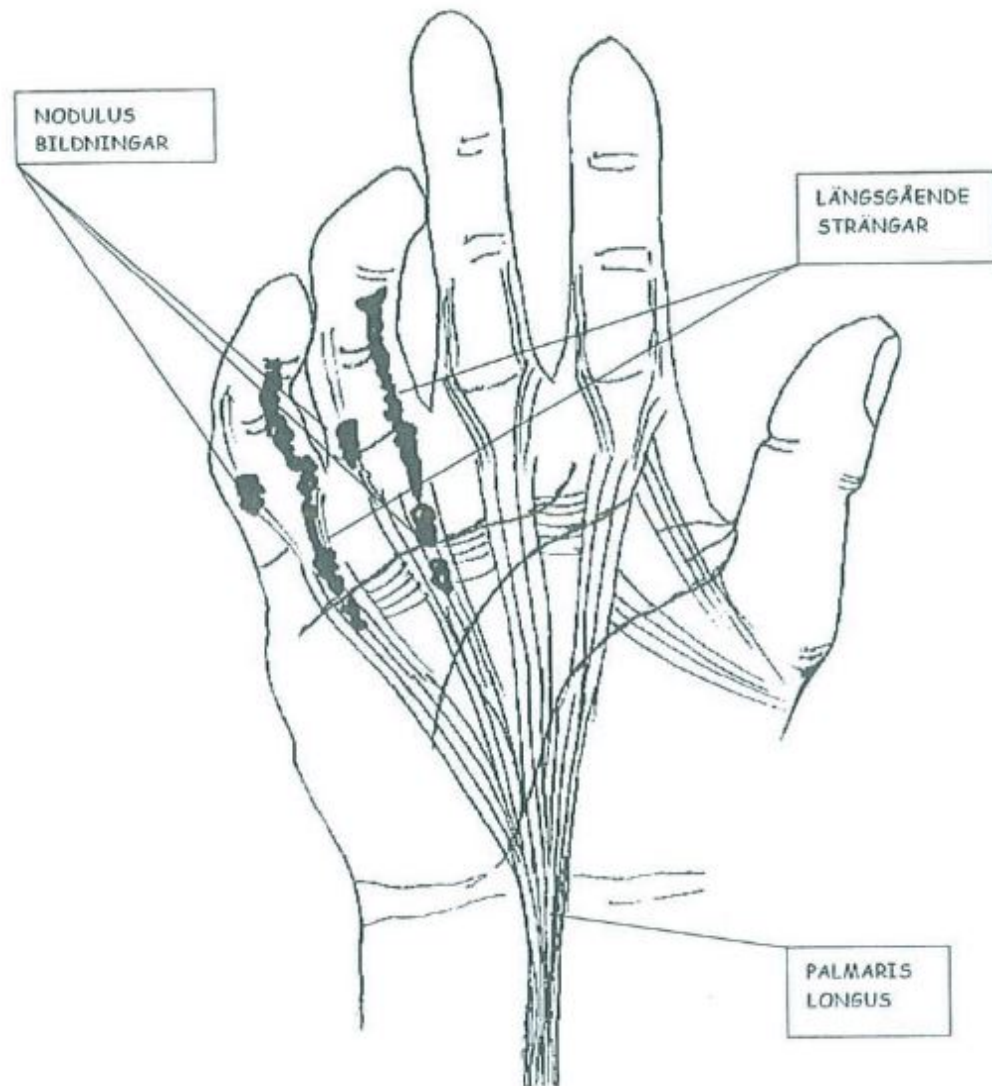
Efter handledstrauma söker patient för ont i handleden vid rörelse och belastning. Den vanligaste smärtlokaliseringen är kring radiala dorsala delen av handleden. Den kliniska undersökningen är ofta invändningsfri förutom palpationsömheter samt mindre svullnad.

Diagnostik och behandling

Röntgen av handled och scaphoideum ska utföras av primärvården. Om röntgen påvisar fraktur ska patienten remitteras till ortoped. Om röntgen är negativ ska patienten erhålla en avlastande ortos eller gipsskena i 3-4 veckor. Vid fortsatta besvär ska patienten få tid för förnyad röntgen av scaphoideum samt remiss till ortoped som jourfall för att ortoped så tidigt som möjligt kan bedöma en ligamentskada i handleden.

Kopians giltighet garanteras endast till utskriftsdatumet

Palmaraponeuros



Kopier

ymet

Dupuytren's kontraktur

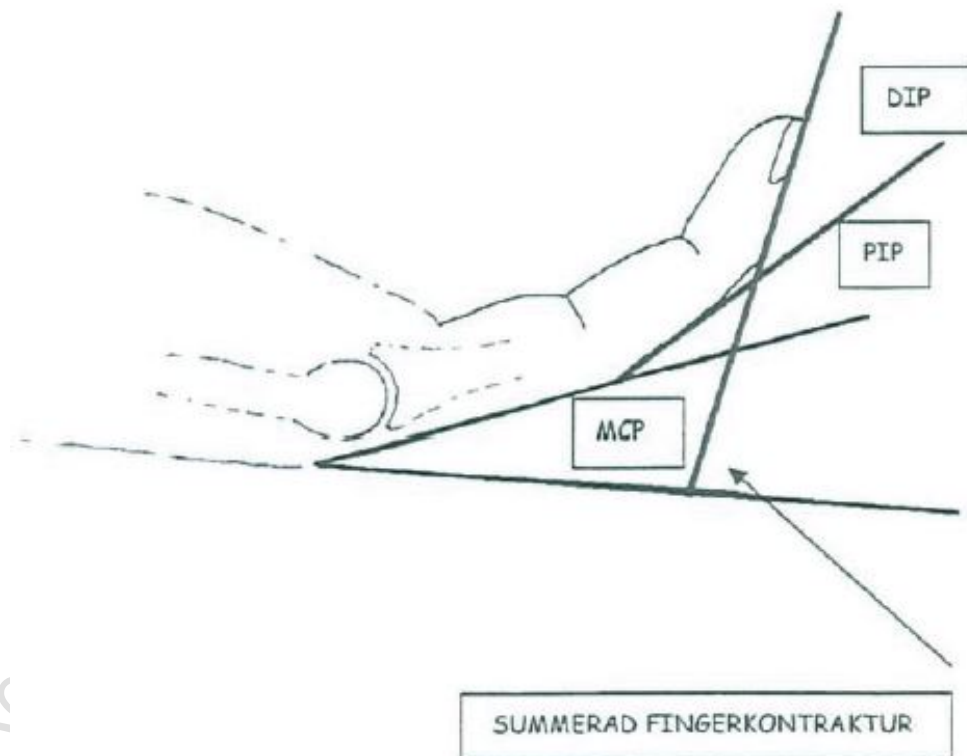
Dupuytren's kontraktur har ingen känd etiologi och orsakar fingerkontrakturer i böjläge till följd av förändringar i palmaraponeurosen. Stark ärftlighet föreligger. Till en början finns enbart noduli i handflatan som kan vara ömmande. Flexorsenan är aldrig engagerad.

Symtom

Huden i handflatan förtjockas och ibland bildas kryptor kring nodulusbildningarna. Extensionsförmågan minskar med tiden.

Behandling

Vid extensionsdefekt ~40 gr kan nålfasciotomi övervägas. Remissen ska innehålla uppgifter om extensionsinskränkningarna i MCP, PIP och DIP-leder och i vilka fingrar (se bild). I utvalda fall opereras handen i stället.



Remiss till handkirurgen, ortopedkliniken

För att hjälpa ortopederna att bättre kunna bedöma inkommande remisser behöver ortopederna information om patientens hälsotillstånd.

Alla remisser ska innehålla:

- Uppgifter om aktuell nedsatt arbetsförmåga p g a handsjukdom (% sjukskrivning och period).
- Yrke
- Sida höger/vänster eller bilateralt? Höger- eller vänsterhänt?
- Handstatus (hudförändringar, deformation, nedsatt rörelse, cirkulation, känsel, smärtlokalisering).
- Röntgenfynd, neurografisvar m.m.
- Uppgifter om smärta, dess intensitet (t ex permanent smärta, nattliga besvär, värk vid belastning).
- Allmänstatus samt medicinering.
- Patientens aktuella telefonnummer och mobilnummer.

Vi ber er att författa en remiss och inte enbart bifoga journalkopior.

Plan för kommunikation och implementering

För att dokumentet ska vara sökbart på rätt sätt och att det inte ska finnas olika versioner läggs det i Platina och därefter länkning till Samverkanswebben.

Dokumentinformation

Text utformad av sektion hand VO ortopedi, Region Gävleborg samt från "Handout om handkirurgi för distriktsläkare inom Västerbottens läns landsting", Izabela Blaszczyk, Per Jernmalm, Norrlands Universitetssjh, Handkir klin, Umeå med illustrationer av Izabela Blaszczyk, Bertil Windenfalk .