

Hand- senskador vårdprogram VO Ortopedi Region Gävleborg

Innehåll

Syfte och omfattning	1
Generella riktlinjer	1
Flexorsenskador	2
Öppna flexorsenskador	2
Slutna flexorsenskador	2
Partiella flexorsenskador	2
Extensorsenskador	2
Dip-ledsnivå (malletfinger)	2
Mellanfalangsnivå	3
Pip-ledsnivå	3
Grundfalangsnivå	3
MCP-ledsnivå	3
Handryggsnivå	4
Handledsnivå	4
Spontana senrupturer	4
Extensorseneluxation mcp-led	4
Dokumentinformation	4

Syfte och omfattning

Riktlinjer gällande omhändertagande av senskador i hand.

Generella riktlinjer

- Undersök alltid cirkulation, sen- samt nervfunktion vid skada på underarm, handled eller hand.
- Senskador kan vara öppna såväl som slutna.
- Alla sårskador skall rengöras i det akuta skedet.
- Suturera huden primärt, förutom vid bettskador och kraftigt kontaminerade skador som lämnas öppna.
- Sätt in antibiotika p.o. (Heracillin 1g x 3) samt ge Tetanusprofylax vid behov.
- Immobilisera med gips eller handförband i framför allt smärtlindrande syfte i väntan på operation av senskador.
- Diskutera handläggningen av mer omfattande sen- och nervskador med bakjour/handkirurg innan kontakt tas med handkirurgjour, UAS.
- Inga senor skall sys på akuten (varesig partiell eller kompletta skador)

Flexorsenskador

Öppna flexorsenskador

- Konsultera erfaren kollega om osäkerhet angående diagnos och behandling.
- Operationsfall inom 1 vecka (i första hand på dagkirurgen).
- Kan opereras med direktsutur upp till 4-6 veckor efter skadan, men sent diagnosticerade fall måste diskuteras med handkirurgkollega innan operationsanmälan görs.
- Äldre skador bedöms av handkirurg på mottagningen för eventuell åtgärd med annan teknik.
- Följs upp postoperativt av handterapeut enligt rutin.

Slutna flexorsenskador

- "Greppskada" (t.ex. fingerkrok) där den djupa böjsenan rupturerar distalt i senssubstansen eller med ett benfragment från fästet i basala ändfalangen.
- Oförmåga att böja i dip-leden.
- Vid ömhet volart om dip-leden kan benfragmentet från ändfalangen ha fastnat i distala senskidan. Rtg av fingret för diagnos.
- Operation med reinsertion om det föreligger ett benfragment som har fastnat distalt. Op kan göras flera månader efter skadan i fall den upptäcks sent.
- Om enbart substansruptur föreligger, går det ej med direktsutur. Då är det sentransplantation som gäller.
- Patienterna får inte så stora besvär av ett "superficialisfinger" (obehandlad ruptur av fdp).

Partiella flexorsenskador

- Bibehållen rörlighet/funktion.
- Distinkt smärta eller svaghet vid test av flexion med motstånd.
- Operation om mer än 50 % av senan är skadad, detta dock svårbedömd i en del fall. Oftast konservativ behandling och eventuell operation senare vid upphakning eller ruptur. Exploreras kirurgiskt frikostigt.
- Rehabilitering som vid en suturerad böjsenskada.

Extensorsenskador

- Jämfört med flexorsenskadorna kan en del av extensorsenskadorna behandlas konservativt.
- Vanligt med samtidig skada på skelett och leder.
- Kirurgiskt generellt gynnsam prognos vid skador på handryggen, mera besvärligt vid skador på grundfalangs- och pip-ledsnivå.
- Generellt operation inom 1 vecka (dagkirurgen) i de fall det är aktuellt.

Dip-ledsnivå (malletfinger)

- Mycket vanlig skada, i regel sluten avslitning av senan eller dess infästning med eller utan benfragment från ändfalangen.
- Klinisk diagnos, men rtg görs för att utesluta inkongruens i leden.

- Behandlas konservativt med droppfingerskena under 6 veckor dygnet runt (viktigt att patienten inte böjer i dip-leden i samband med byte av skena), därefter 6 veckor nattetid.
- Operationsfall vid subluxation i dip-leden (ändfalangen tenderar då att förskjutas volart i förhållande till mellanfalangen). Om $\geq 1/3$ av ledytan är frakturerad är det risk för detta.
- Öppna skador behandlas i första hand konservativt med droppfingerskena om det går att suturera huden.
- Vid sen diagnos av skadan (2-3 månader) och det föreligger ömhet dorsalt, kan det vara framgångsrikt att behandla med skena i alla fall.
- Informera patienten från början om att en 10-15 graders extensionsdefekt i dip-leden oftast kvarstår efter behandlingsslut.

Mellanfalangsnivå

- Oftast partiella skador.
- Vid mindre än 50 % skada på senan är det konservativ behandling med direkt mobilisering via handterapeut.
- Vid större skada på senan, operativ åtgärd med suturering och immobilisering av dip-leden i extension under max 3 veckor innan mobilisering via handterapeut.
- Bekymmer med sammanväxningar mot underliggande skelett.

Pip-ledsnivå

- Mest problematiska området, diagnosen svår vid slutna skador, tolkas ofta som distorsion p g a måttligt status kring leden, senare uppträder en knapphålsdeformitet p g a skada på extensorsenapparaten som är svårbehandlat.
- Vid subkutan ruptur av extensorsenans infästning på mellanfalangen, konservativ behandling med extensionsskena 4v, därefter fingerfjäder 4v och avslutningsvis nattskena 4 v.
- Öppen skada på extensorsenans infästning på mellanfalangen åtgärdas operativt av handkirurg med sutur, transfixation av pip-leden 4v, därefter fingerfjäder 4v och nattskena 4 v.

Grundfalangsnivå

- Oftast partiella skador, platt bred sena.
- Vid mindre än 50 % skada på senan är det konservativ behandling med direkt mobilisering via handterapeut.
- Vid större skada på senan, operativ åtgärd med suturering och immobilisering med gips 3 veckor innan mobilisering via handterapeut.
- Stora bekymmer med sammanväxningar mot underliggande skelett.

MCP-ledsnivå

- Ofta öppna skador med penetration in i leden, t ex knytnäve mot tand.

- Stor risk för septisk artrit, viktigt med noggrann spolning av leden, sätt in antibiotika!
- Skadan lämnas öppen om det rör sig om bettskada, immobilisera med gips, eventuell sensutur i lugnt skede efter mobilisering hos handterapeut.
- I övriga fall operation inom 1 vecka.

Handryggsnivå

- Vanligast med öppna skador från skär- eller sticktrauman.
- Opereras inom 1 vecka.
- God prognos trots sammanväxningar då huden på handryggen är mobil.

Handledsnivå

- Stor risk för skada på flera senor samt nerver.
- Vid sårskador i tumbasregionen, undersök extra noggrant då det ofta föreligger multipla senskador.
- Op inom 1 vecka.
- Vid skada på epl-senan är det mera akut och dessa fall skall opereras inom 2 dagar.

Spontana senrupturer

- Drabbas ofta reumatiker, dessa bedöms av handkirurg på mottagningen angående eventuell åtgärd.
- Den vanligaste rupturen bland icke-reumatiker är ruptur av epl-senan (extensor pollicis longus) några veckor efter radiusfraktur. Denna rupturen åtgärdas med sentransferering i lugnt skede efter att radiusfrakturen har läkt och patienten är rehabiliterad med optimal funktion i övrigt.

Extensorseneluxation mcp-led

- Uppkommer vid dorsalt trauma mot extenderat finger, bindvävsstråken som centraliserar senan brister.
- Patienten är öm över leden, senan glider ned mellan knogarna vid knytning av fingrarna och patienten kan inte sträcka fullt i det drabbade fingret.
- Vid diagnos akut, konservativ behandling med ortos via handterapin i 4 veckor (sträckta mcp-leder, skall kunna böja i pip och dip), därefter tejpnings mot fingret bredvid under ytterligare några veckor.
- Vid äldre skada, bedömning av handkirurg på mottagningen för ställningstagande till rekonstruktion.

Dokumentinformation

Dokumentet skapat av specialistläkare i sektion hand, VO Ortopedi.

Nyckelord:

Senskada, hand, underarm, handled, sektion