

## FINGER- OCH HANDSKADOR

---

### Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)

[Frakturer](#)

[Behandling](#)

[Nervskador](#)

[Sensskador](#)

[Amputationer](#)

[Infektioner](#)

[Brännskador](#)

---

### Frakturer

#### Allmänt:

Immobilisera så kort tid som möjligt, i princip ej över 3 veckor.

Små felställningar kan ge stora problem. Rotationsfelställning bör korrigeras.

Obs! Eventuellt rotationsfelställning är en klinisk bedömning, normalt skall fingertopparna konvergera mot os scaphoideum vid flexion.

#### Behandling

**Fingerfrakturer:** Processus unguicularis kan i regel reponeras med hjälp av nageln om dislocerad. Ta inte bort nageln. Vid mer proximala frakturer i distala falangen - tänk på att dorsala corticalis stödjer nagelbädden och att en nivåskillnad här kan ge senare nagelproblem.

**Malletfinger:** Behandlas konservativt med fingerextensionsskena i 8 veckor eller tejpning. Operationsindikation föreligger om ytterfalangen subluserats volart eller om röntgen visar dislocerad fraktur dorsalt proximalt i distala falangen omfattande mer än 1/3-del av ledytan.

Frakturer på **mellan-och grundfalangen** kan ofta reponeras slutet.

Fixeras med dorsal gipsskena i funktionsställning i 3 veckor, alternativt volar skena eller volar rulle beroende på fixering, därefter tvåfingerfixation i 1-2 veckor. Bör röntgenkontrolleras efter en vecka.

Om reposition ej lyckas eller acceptabelt läge ej kan bibehållas bör operation utföras.

Frakturer engagerande **interfalangealeder:** I princip bör frakturer reponeras exakt. Detta innebär oftast operation. Specialfall är hyperextensionsvåld alternativt luxation i PIP-leder där man vid röntgenkontroll ofta ser ett litet slitfragment från mellanfalangens proximala volara hörn. Detta fragment kräver ingen speciell behandling om leden i övrigt är stabil. Observera att reposition av luxerad led alltid skall dokumenteras med röntgenkontroll.

**Metacarpalfraktur: Spiralfrakturer** är ofta relativt stabila och kan behandlas med vid behov sluten reposition och dorsal eller volar gipsskena i 3 veckor. Därefter tvåfinger-fixation. Skenan anbringas i funktionsställning.

**Tvåfrakturer** är oftare instabila och kan då kräva öppen reposition och osteosyntes. Observera risken för rotationsfelställning vid tvåfrakturer.

**Subcapitulära frakturer** är vanligast på MC V. Oftast föreligger en volarbockning av distala fragmentet och vid måttlig felvinkling är de funktionella besvären obetydliga. Om volarvinklingen överstiger 40-45° bör dock reposition ske.

OBS: i MC II och III accepteras endast 30 grader. För övrigt gipsbehandling som ovan. Läget bibehålles genom att proximala falangens proximala ledyta stödjer distalfragmentet vilket innebär att MCP-lederna bör ingipsas i 80-90 graders flexion.

Kraftigt dislocerade instabila subcapitulära frakturer bör bli föremål för operation. Tvärfaktur på **tummens metacarpalben** uppvisar ofta en ad latus felställning. En förskjutning upp till en halv benbredd kan accepteras.

### Bennetfraktur:

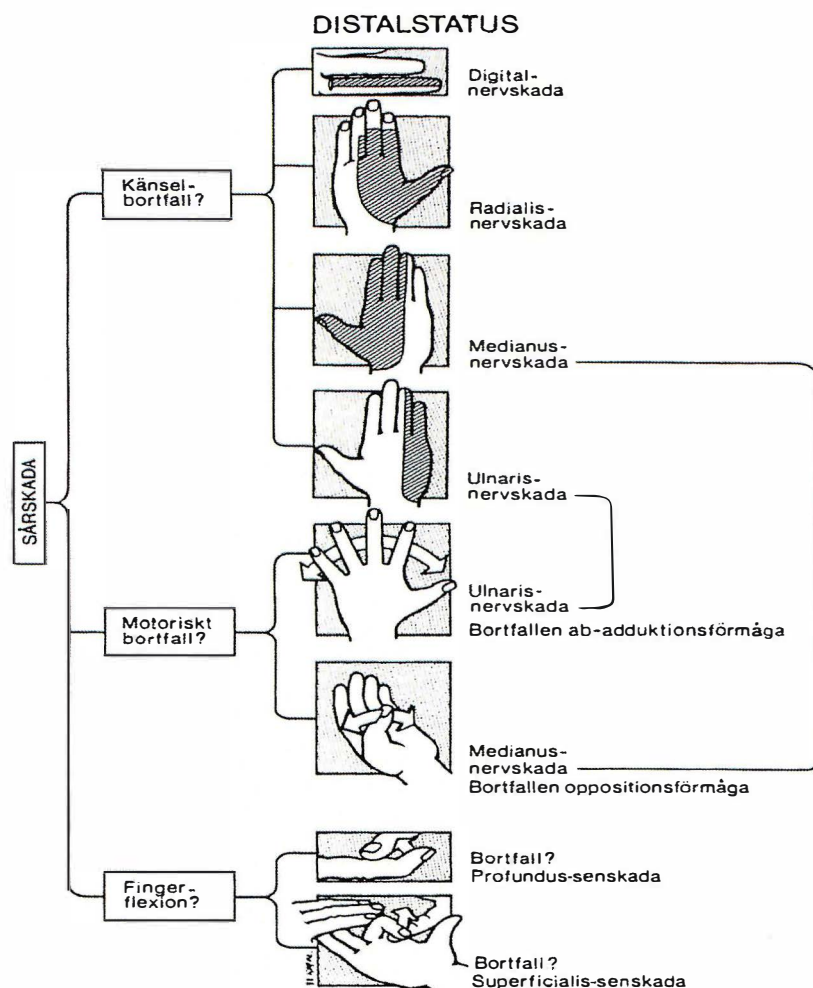
Intraartikulär fraktur proximalt i MC I. Genom tensionen i abduktor pollicis longussenorna disloceras distalfragmentet ofta. Det mindre volara-ulnara hörnet förblir på plats på grund av en stark ligamentär infästning. Behandlas oftast operativt.

### Omvänd Bennetfraktur "Tenneb":

Analog fraktur till Bennetfraktur på basen av metacarpale V. Även här är exakt reposition nödvändig varför operation ofta måste tillgripas.

## Nervskador

Vid konstaterad eller misstänkt avskuren eller avsliten digitalnerv proximalt om DIP-ledsnivå eller en eller flera av nervstammarna i armen, handläggs detta på plats (nervsutur) om kompetens finns annars tas kontakt med Handkirurgiska kliniken UMAS om patient vårdas i Halmstad alternativt handkirurgen i Göteborg om patient vårdas i Varberg.



## Senskador

Vid konstaterad eller misstänkt avskuren flexorsena, handläggs detta på plats (sensutur) om kompetens finns, annars kontakt med Handkirurgiska kliniken UMAS. Extensor senor kan man suturera på akuten om skadan sitter distalt om MCP leden. Skada på extensor sena som sitter proximalt om MCP leden innebär oftast operation med plexus/narkos och blodtomt fält, för att muskeln kan dra proximal senändan mer proximalt.

## Amputationer

Fingertoppsamputationer utan synligt ben kan sekundärläka med täta omläggningar (ung var tredje dag). Sköts via ortopedimottagningen men kan in ett senare skeende utslussas till primärvården. Om lite synligt ben i dagen kan detta nypas ned och skötas på samma sätt, men observera infektionsrisk. Antibiotikaprofylax skall övervägas.

Replantation kan bli aktuellt om amputation av tumme, flera fingrar, mellanhands-, handleds-, eller underarmsnivå. På barn är indikationen för replantation mycket frikostig och bör alltid diskuteras med handkirurg.

Transport till Handkirurgen i Malmö eller Göteborg (det sistnämnda gäller främst Varberg) sker efter kontakt med den amputerade delen inlindad i fuktig koksaltkompress, innesluten i en plastpåse. Påsen placeras i isvatten. Observera att nedkylning under noll grader kan allvarligt skada amputatet. Amputerade fingrar kan klara upp till 24-30 timmar vid nedkylning.

## Infektioner

### Symtom:

- Generellt:  
Svullnad, rodnad, värmeökning, smärta/värk, nedsatt funktion
- Artrit:  
Leden hålls stilla. Rörelsesmärta, både passivt och aktivt. Palpationsömhet och uttalad ruckömhet över leden.
- Tendovaginit:  
Fingret hålls semiflekterat – Primärt ömhet längs senskidans utbredning, senare blir passiv extension smärtsam.
- Abscess:  
En speciell form är pulpaabscessen som är kraftigt ömmande och spänd.

### Utredning på akutmottagningen:

Kontrollera temp, CRP, leukocyter, markera rodnat område för att bedöma progress/ regress. Om recidiverande infektioner utred bakomliggande orsak: Röntgen för att utesluta osteit, ultraljud vid misstanke om främmande kropp.

Tänk på att alltid odla innan antibiotika sätts in!

### Behandling:

Infektion utan allmänpåverkan och utan misstanke artrit/ tendovaginit:

Punktera/incidera ytliga abscesser. Immobilisera i högläge

Vid behov kontroll inom 1-2 dygn på akutens sårutredning att infektionen inte progredierar.

Antibiotikabehandling (odla först!) enligt nedan.

Behandlingstid minst 10 dagar.

Misstanke om bakteriell tendovaginit eller artrit kontaktas bakjour eller akutoperatör  
angående akut operativ åtgärd med urspolning och debridering.

- Kontaminerad sårskada/klinisk infektion
  - Tabl Heracillin 1 g x 3 (Dalacin 300 mg x 3 om allergi)
- Skada i lantbruk eller vid utomhusarbete
  - Tabl Eusaprim Forte 1 x 2
- Sårskada efter människobett
  - Tabl Kåvepenin 1 g x 3 (Dalacin 300 mg x 3 om allergi)
- Sårskada efter djurbett
  - Tabl Spektramox 0.5 g x 3. (K. Dalacin 300 mg x 3 om allergi)

### **Brännskador**

Vid handbrännskador skall man kontakta brännskadeenheten i Linköping, enligt Rikssjukvårdsavtal. Eventuell kontakt med handkirurg för diskussion.

### **Uppdaterat från föregående version**

Ersätter 2014-03-24. Uppdaterat, inga ändringar gjorda.