

Bakgrund

Fingerfrakturer är vanliga skador där små felställningar kan ge betydande funktionshinder. Risken för adherensbildning är stor.

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Svullnad och ömhet efter trauma. Ev. instabilitet och/eller felställning. Smärta vid belastning.

Status

- Notera ev. felställning, svullnad och rodnad.
- Föreligger rotationsfelställning (se figur 14).
- Hudsår, skrapår eller genomstick?
- Oförmåga att extendera i PIP- eller DIP-leden kan vara sträcksenskada med eller utan fraktur som löst av senfästet.

Differentialdiagnoser

Distorsion, ligamentskada, hematom, inflammation.

Lab, röntgen etc

Frontal och lateral projektion av skadat finger.

Handläggning

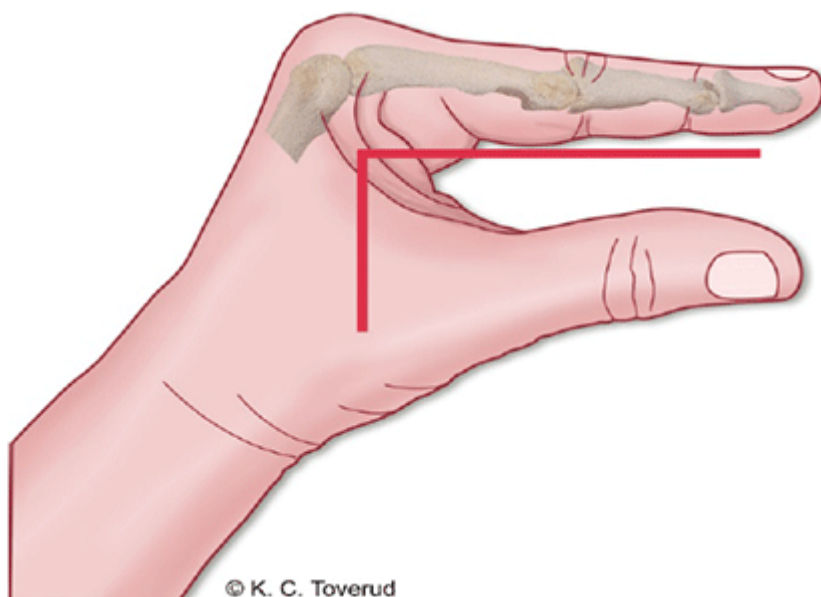
I regel kan mindre vinkel- ($<15^\circ$), förkortnings- (<5 mm) och ad latusfelställningar accepteras, men **ALDRIG** rotationsfelställning!

Undvik onödig immobilisering

Ett skadat finger får immobiliseras i högst 3 veckor. Stabila frakturer med ringa felställning kan mobiliseras direkt i tvillingförband. Adhärenser mellan skelett och senor minskar vid tidiga

Handen ska vila i s.k. ”rehabiliteringsställning”, det vill säga lätt extenderad handled, flekterade MCP-leder till 90° samt extenderade IP-leder. Tummen i abduktion. **Högläge** (se figur 15).

Sluten reposition sker i fullgod bedövning, oftast är fingerbasanestesi tillräcklig. Om läget är gott primärt efter reposition läggs en volar skena (gips eller metall) med fingerstrålen i ”rehabiliteringsställning” (se figur 15). Det är ofta svårt att få tillräckligt böjda MCP-leder. Böj gips eller skena minst 1 cm proximalt om distala böjvecket i vola.



Figur 14

Det är svårt att fixera ett finger, varför ett eller två intilliggande fingrar bör ingå i förbandet.

Röntgenkontroll efter reposition och om acceptabelt läge, efter en vecka.

Rörelseträning efter avgipsning under översyn av kompetent arbetsterapeut.

Följande frakturer kräver ofta kirurgi:

- **Malletfraktur** med avlösning av >30% ledytan eller med volar subluxation av ytterfalangen
- **Tvåra skafffrakturer** är ofta instabila och långsamt läkande
- **Sneda skafffrakturer/spiralfrakturer** om förkortning och/eller rotation
- **Intraartikulära kondylfrakturer** med vinkelfelställning och ledytehak

(utgöraste för konlaterangament)..

Remiss till handintresserad ortoped eller handkirurg. Slutna frakturer ska opereras inom 1–2 veckor efter traumat. Öppna skador ska opereras inom 24–48 timmar beroende på grad av kontaminering och storlek. Ge antibiotika i samråd med ortoped eller handkirurg.

Metacarpalfrakturer

Bakgrund

Frakturerna är av främst fyra karaktärer:

- **Subcapitulära med volar vinkelfelställning**, vanligast dig 4–5, ofta efter knytnävsslag
- **Diafysära tvära** med volar vinkelfelställning
- **Diafysära spiralfrakturer** med rotationsfelställning och förkortning
- **Basala intraartikulära med luxationsbenägenhet i CMC-leden**, vanligast i CMC I (Bennetfraktur) och CMC V. Dessa har en luxationsbenägenhet dorsalt på grund av abductor pollicis longus (APL) resp. extensor carpi ulnaris (ECU) senornas insertioner på resp. metacarpalben.

En förkortning av ett enstaka metacarpalben kan ge en påtaglig nedsättning av kraften i den berörda fingerstrålen eftersom både böj- och sträcksenor är förbundna till bredvidliggande fingerstrålars motsvarande senor.

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Svullnad, rörelsesmärta, indirekt smärta samt felställning inkl. förkortning.

Status

Svullnad, palpationsömhet och indirekt smärta. Kontrollera felställning vid fingerknytning samt förkortning.



Figur 15

Differentialdiagnoser

Distorsion, hematom, inflammation.

Lab, röntgen etc

Frontal och lateral projektion av hand.

Handläggning

- **Subcapitulär fraktur MC IV eller V**

Sluten reposition görs med MCP- och PIP-lederna i 90° flexionsställning. Grundfalangen trycks mot metacarpalhuvudet volart ifrån. Immobilisering med dorsal 2-fingerskena med flekterad MCP-led och rak, helst fri, PIP-led i 3 veckor. Felställning upp till 40° kan ibland accepteras utan funktionsförlust.

- **Diafysär tvärfraktur**

Om stabil utan felställning – gipsimmobilisering i volar skena 3veckor.

Om instabil eller felställning – remiss till handkirurg för operation.

Specialfall är proximalt belägen tvärfraktur i MC I. Denna fraktur läker ofta i 45° volar vinkelfelställning med nedsatt greppöppning som resultat. Remiss till handkirurg eller ortoped för operation.

- **Diafysär spiralfraktur**

Om förkortning (>0,5 cm) eller rotationsfelställning. Remiss till handkirurg eller ortoped för operation.

- **Intraartikulär basfraktur i MC I (Bennetfraktur)**

Lätt att reponera slutet men svårt att hålla i reponerat läge varför oftast operationsfall. **”Rolandofraktur”** är en kombination av tvärdiafysfraktur och Bennetfraktur i form av ett Y eller T och är den mest svårbehandlade av tummens frakturer. Oftast operationsfall och ska remitteras till handkirurg.

Uppföljning

Frakturer som behandlas konservativt ska röntgas efter en vecka.

Carpala frakturer

Bakgrund

Scaphoideumfraktur är den i särklass vanligaste frakturen i carpus och uppstår efter ett hyperextensionsvåld. Carpalbensfrakturer är ibland den röntgenologiskt synliga delen av en omfattande carpal ligamentskada, där den initiala luxationen spontanreponerats.

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Svullnad och smärta i handleden efter trauma.

Status

Svullnad och smärta. Palpationsömheter i fossa tabatière, radially mellan processus styl. radii och CMC I-leden, talar för scaphoideumfraktur.

Differentialdiagnoser

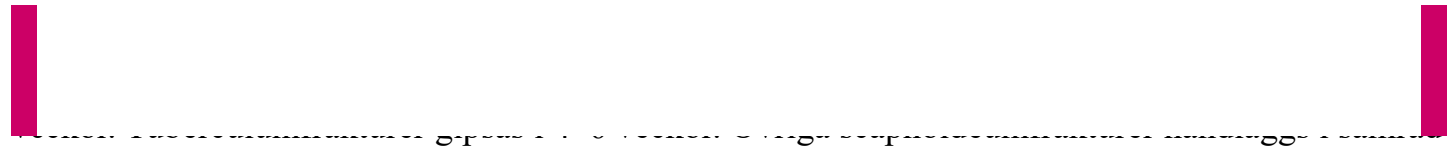
Inflammation och distorsion med ligamentskador.

Lab, röntgen etc

Handled frontal och lateral projektion av handled. Begär scaphoideumprojektioner om radially symptom.

Handläggning

Scaphoideumfraktur



med ortoped eller handkirurg.

Övriga carpala frakturer

Handläggs av handintresserad ortoped eller handkirurg.

Om innehållet

Uppdaterat: 29 november 2021

Författare: Anna Gerber-Ekblom

Reviderat av: Tobias Laurell