
Flexorsenskada - läkarprogram, ortopedkliniken

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Diagnos

Det är viktigt att testa den ytliga och djupa böjsenan var för sig. Låt patientens handrygg vila mot underlaget. Man kan då med bara inspektion få en misstanke om senskada, då det skadade fingret ofta har nedsatt böjtonus jämfört med övriga fingrar. För att undersöka funktionen av böjsenorna, pressa ned fingertopparna på de fingrar som inte undersöks mot underlaget. Eftersom de djupa flexorsenorna har ett gemensamt ursprung blockeras dess funktion i det aktuella fingret genom att alla djupa flexorsenor tillsammans låses i ett extenderat läge. På så sätt vet man att den kvarvarande, individuella flexionsförmågan i fingrets PIP-led härrör från den ytliga senan. Den djupa flexorsenan testas genom att man pressar det aktuella fingrets grund- och mellanfalang mot underlaget, samtidigt som patienten uppmanas att flektera fingertoppen. Total avsaknad av rörelse innebär komplett delning av senan, medan en liten och svag rörelse talar för partiell skada. Om patienten har bra rörelseutslag och kraft men känner distinkt smärta då man testar styrkan i senan är det också troligt att det rör sig om en partiell senskada.

Sutur av böjsenskada på handlovs- och underarmsnivå är inte lika känsligt vad gäller begränsning av utrymme eller sammanväxningar.

Böjsenskada oavsett nivå är ofta kombinerad med nerv- och kärlskador. Det är därför viktigt att undersöka såväl nerv- som cirkulationsstatus.

Differentialdiagnos

Smärta från andra skador såsom fraktur, luxation eller infektion kan göra att patienten inte vill eller kan böja fingret. Perifer nerventrapment bör man tänka på vid nedsatt böjförmåga utan sårskada eller distinkt trauma. Slutna skador förekommer tex ruptur av FDP ("jersey-finger") och pulleyskador (tex hos klättrare).

Behandling

Böjsenskada på handen handlägges av handsektionen. Skadan bör opereras så snart som möjligt. Böjsenskador behöver inte opereras utanför kontorstid om det inte föreligger andra skador som kräver direkt operation. Bakjour avgör och kan vid behov kontakta läkare på handsektionen per telefon, för planering av behandlingen.

Skador på handlovs- och underarmsnivå behöver inte åtgärdas av handsektionen.

Större skador och skador som kräver mikrokirurgisk åtgärd remitteras av bakjouren akut till handkirurgen i Uppsala.

Böjsenskador som är mer än cirka två veckor gamla kräver ofta två operationer framför allt inom senskideområdet. Först en operation för att återskapa senskidan och efter cirka 2- 3 månader ytterligare en operation för rekonstruktion av böjsenan.

Flexorsenskada - läkarprogram, ortopedkliniken

På akuten ska skadan alltid åtgärdas i väntan på definitiv operation. Såret ska rentvättas samt vid behov revideras och sutureras. Handen skall immobiliseras med skena. Tetanusprofylax vid behov. Antibiotika vid smutsigt sår. Dokumentera undersökningsfynd noggrant!

Patienten ska sjukskrivas. Sjukskrivningens oftast minst fyra veckor, men patient med tunga manuella arbeten kan behöva 12-16 veckors sjukskrivning. Oftast är sjukskrivningarna för korta initialt

Konservativ behandling

Alla helt avskurna böjsenor ska opereras. Undantag kan vara enstaka slutna avulsionsskador på patient som av olika skäl inte kan eller vill genomgå operation. I dessa fall måste patienten informeras noggrant om funktionsbortfallet. Vid äldre böjsenskador kan det också beroende på funktionsbortfall och patientens krav ibland vara indicerat att avstå från operation i tvåseansförfarande och överväga alternativa operationer såsom t ex artrodes eller tenodes.

Partiella böjsenskador är svårare att bedöma och något konsensus inom den handkirurgiska världen föreligger inte om behandlingsstrategi. Små rifter kan troligen lämnas, men om mer än hälften av senan är skadad eller om osäkerhet föreligger är det bättre att explorera skadan.

Operativ behandling

Metoden för sensutur kan variera. Generellt gäller att det är bra med så stark sutur som möjligt. Många förordar idag 4.0 eller 3.0 icke resorberbar sutur med 4 eller 6 suturtrådar för att hålla ihop senändarna och att man även gör en fortlöpande epitenonsutur med 6.0 resorberbar sutur som ytterligare förstärkning. Hela handen immobiliseras i gips med handleden i lätt flektion MCP lederna maximalt flekterade samt raka interfalangealleder.

Postoperativ behandling

I samband med operation söks arbetsterapeut för personlig överrapportering. Arbetsterapeut i Köping söker nr: 2143 . Patienten kallas inom några dagar för mobilisering enligt CAM; kontrollerad aktiv mobilisering

[Flexorsenskada flexor digitorum profundus \(FDP\) och flexor digitorum superficialis \(FDS\) – behandlingsriktlinje arbetsterapi](#)

[Flexorsenskada flexor pollicis longus \(FPL\) – behandlingsriktlinje arbetsterapi](#)

Sammanfattningsvis avlägsnas gips efter fyra veckor, eventuellt ett handledsstöd. Ingen belastning. Efter fem veckor försiktig belastning. Sex veckor postoperativt försiktigt ökande belastning. Full belastning efter 12 veckor. Tänk på detta vid sjukskrivning!

Flexorsenskada - läkarprogram, ortopedkliniken

Vid samtidig kärl- och/ eller nervskada som åtgärdats måste den postoperativa regimen modifieras efter dessa skador. Då kan immobilisering i tre veckor vara nödvändigt för att kärl- och/eller nervsuturen ska läka komplikationsfritt.

Komplikationer

Böjsenkirurgi speciellt inom senskideområdet är behäftat med en hel del postoperativa problem. Soturinsufficiens och adherensbildningar tillhör de vanligaste komplikationerna, som inte sällan leder till ytterligare operationer. Postoperativ svullnad är en komplikation som försvårar mobiliseringen. Tidig ödemprofylax är därför en mycket viktig del av den postoperativa behandlingen. Finger- hand- skulder syndrom efter böjsenkirurgi förekommer också men är inte så vanligt. Nedsatt rörlighet är en komplikation som inte sällan leder till långvariga postoperativa träningsförlopp utan att full rörlighet uppnås.