

Handkirurgi för ortopedjouren

Författat av: Hugo Jakobsson, ST-läkare handkirurgi

Handkirurgi för ortopedjouren

Introduktion

En stor del av den akuta handkirurgin kan skjutas upp till kontorstid. Vid patientfall där handkirurgisk bedömning krävs under jourtid bör ortopedisk mellan-/bakjour som i sin tur kontaktar handkirurgisk bakjour. Efter en helg ackumuleras ofta jourfall till måndag morgon, vilket kan leda till långa väntetider för patienter och stor belastning för sköterskor och dagjouren. Således kan det vara lämpligt att sprida ut återbesök till handkirurgiska kliniken under veckans första dagar om det inte är absolut nödvändigt med snar operation eller bedömning. Om patient som bedömts av ortopedjour hänvisas till handkirurgiska kliniken skall akutremiss skrivas.

Detta PM syftar till att:

- identifiera fall där handkirurgisk jour skall kopplas in för ställningstagande till akut operation
- ge vägledning om remiss till handkirurgiska kliniken krävs och i så fall när besök är lämpligast.

Gips

Immobilisering av hand skall ske i funktionsställning. Detta innebär 30 grader dorsalextension i handled, ca 80 grader flektion i MCP-led dig II-V och raka PIP- och DIP-leder, tumme skall vara abducerad. Gipset bör oftast täcka 2/3 av underarmen.

Sårskador

Högläge och lokalt tryck stillar alla blödningar, använd ej tourniquet. Sårskador av mindre omfattning där klinisk undersökning är invändningsfri behövs ej exploreras. Skador orsakade av glas bör ägnas extra omsorg då stora skador kan finnas trots ett relativt litet sår i huden. Exploration av sårskador bör ske av läkare med god kännedom om handens anatomi. Det är oftast nödvändigt med blodtomt fält med manschett eller fingerring. Blodtrycksmanschett pumpas upp till 80 mmHg över det systoliska trycket. Patienter i vaket tillstånd klarar av 20-30 minuter med blodtomt fält innan det blir för smärtsamt. Mindre skador på muskler kan lämnas utan åtgärd, men större muskelskador bör sutureras i fascia med Vicryl 3/0. Om skadan är kontaminerad skall den rengöras noggrant. Patient skall då även få antibiotikaproylax, detta även vid skador på senskida eller ledkapsel. Heracillin 1g x 3, eller Dalacin 300mg x 3 vid Penicillinallergi, i 7-10 dagar.

Sårskador utan sen-/nerv-/kärlskada

- Sutureras på akutmottagningen.
- Sårskador < 2 cm kan oftast lämnas att sekundärläka.
- Överväg antibiotikaproylax.
- Eventuellt omläggning via VC efter 3-5 dagar.
- Suturtagning via VC efter ca 2 veckor.

Kvarliggande främmande kropp

- Kan ofta extraheras i LA och blodtomt fält på akutmottagningen.
- Vid misslyckat försök hänvisas patient till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag.
- Överväg röntgen eller ultraljud.

Djurbett

- Noggrann rengöring.
- Revidera sårskada, klipp bort icke viabel vävnad.
- Skall inte sutureras.
- Om såret glipar mycket eller är stort kan hud sutureras glest.
- Antibiotikaproylax enligt Strama.

Nagelluxation

Skall p.g.a. infektionsrisk och för att minska risk för nageldeformitet reponeras så snart som möjligt. Använd planinstrument för att få nageln på plats i sin ficka igen. Nageln fixeras sedan med 2-3 enstaka suturer Vicryl rapid 4/0 eller 5/0 för barn och Ethilon 4/0 för vuxna. Om patient ej är samarbetsvillig kan försök i LA göras i lustgas på barnakutmottagningen, annars krävs narkos. Nageln brukar oftast släppa när en ny nagel vuxit ut under den gamla.

- Reponeras.
- Om det finns stora skador på nagelbädd bör dessa sutureras med Vicryl Rapid 5/0.
- Sårkontroll och omläggning efter 3-5 dagar och efter 14 dagar.
- Antibiotikaproylax om skadan är stor och/eller kontaminerad.

Sensskador

Totala extensorsensskador

- Sår sutureras enl. tidigare rubrik.
- Gips
- Patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag.

Partiella extensorsensskador

- Senskada som omfattar <50% behöver ej åtgärdas och skall ej hänvisas till handkirurgiska kliniken.
- Senskada som omfattar >50% kräver åtgärd.
- Sår sutureras enl. tidigare rubrik.
- Gipsas i extenderad ställning för att avlasta sena.
- Patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag.

Flexorsenskada

- Sår sutureras enl. tidigare rubrik.
- Antibiotikaproylax
- Gips
- Patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag.
- Om skadan inträffar under helg bör handkirurgisk jour informeras för ställningstagande till operation under jourtid, särskilt om multipla fingrar är engagerade och om det finns kombinerade kärl- och nervskador.



Nervskador

Digitalnerv eller kutan gren från n. Radialis

Digitalnervskador på mellanfalangsnivå och distalt härom sutureras ej. Nervändar adapteras ofta väl med noggrann suturering av hud. Dessa patienter behöver ej remitteras till handkirurgiska kliniken. Prognosen vid nervskador är dålig. I bästa fall kan patienten återfå skyddskänsl. Vid låg misstanke om nervskada kan man avvakta 3 dagar för att se om känsl återkommer.

- Sår sutureras noggrant.
- Patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag.

Nervstamskador

Ofta större trauma med fler strukturer engagerade. Överväg inläggning. Noggrann klinisk undersökning. Sår sutureras.

- Gips
- Kontakt med bakjour för ställningstagande till operation under jourtid.
- Annars skall patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen kl. 0830 nästkommande vardag, fastande.

Amputationsskador

Distala falangen

- Noggrann mekanisk rengöring.
- Om skelett ligger i nivå med mjukdelar uppnås bäst resultat med sekundärläkning, omlägges med Mepitel eller ocklusivt förband.
- Om skelett ej är täckt av mjukdelar skall det nypas ner med gaugetång, detta kan göras på akutmottagningen.
- Eventuellt kan man suturera mjukdelar för att hjälpa läkning, sätt ej suturer i nagelbädd som kan orsaka nageldeformitet.

Mellanfalang och proximala falangen

- Eventuellt replantation – kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation.
- Om replantation ej blir aktuellt skall ben nypas ner och rundas till så att primärsutur av hud med tillräcklig polstring är möjlig. Använd ej senändar för att täcka skelett, detta kan påverka rörlighet i övriga fingrar. Detta kan göras på akutmottagningen.

MCP-led och proximalt härom

- Eventuellt replantation – Kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation.
- Om ej aktuellt med replantation behöver skadan revideras och sutureras på operation.

Frakturer

Vid öppen fraktur skall sår rengöras noggrant och sutureras i väntan på operation. Om det finns en mjukdelsdefekt som förhindrar suturering skall pt opereras inom 24h. Inläggning med antibiotika IV. Det är av stor vikt att kontrollera att ingen rotationsfelställning finns. Fingertoppar skall peka mot skafoideumtuberkeln vid flektion. Jämför med frisk sida då normalvariationer finns. Om felställning finns bör reponeringsförsök alltid göras. Frakturer i fingrar och metacarpalben kan, vid okomplicerad läkning, belastas fullt först efter 8 veckor. Således skall sjukintyg skrivas vid behov.

Distala falangen

- Kan nästan alltid behandlas konservativt. Nagel fungerar som skena. Eventuellt kan man ge patienten en fingertuta som polstring. Arbetsterapeut kan också gjuta en skena som skydd.
- Bör undvika belastning under ca 8 v. Sjukintyg vid behov.
- Operationsfall om inkongruent led, eller felställning som riskerar att påverka nagel.
- Seymour- och Malletfraktur remitteras till handkirurgiska kliniken nästkommande vardag.



Malletfraktur



Seymourfraktur

Mellanfalang och proximala falangen

- Felställning intraartikulärt i DIP-led skall opereras för att minska risk för artrosutveckling. Patient gipsas och hänvisas till handkirurgiska mottagningen fastande, kl. 0830 nästkommande vardag.
- Odislocerade diafysära frakturer kan behandlas konservativt med gips i 3 veckor. Återbesök med kontrollröntgen efter 7-10 dagar på handkirurgiska kliniken. Vid dislocerade frakturer skall pt gipsas och hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande, kl. 0830 nästkommande vardag.
- Avulsionsfraktur i PIP-led motsvarande centralbandets fäste skall gipsas och hänvisas till handkirurgiska mottagningen kl. 0830 nästkommande vardag.
- Avulsionsfraktur i PIP-led motsvarande volara plattan skall behandlas konservativt med tvillingförband i 2-3 veckor. Remitteras till handkirurgiska kliniken för kontakt med handterapeut inom 7-10 dagar.

- Avulsionsfraktur i PIP-led motsvarande kollateralligament skall behandlas konservativt med tvillingförband i 2-3 veckor.

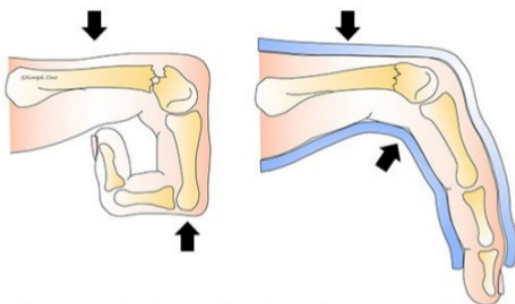
Metacarpalben

Vid bedömning av frakturer i metacarpalben är det viktigt att ta hänsyn till rotationsfelställning och längd på metacarpalbenet. Förkortning kan leda till extensionsdefekt i fingret p.g.a. förändrad dynamik i sena. Testa således alltid extension och rotationsfelställning. Trots god extension kan frakturer som läker med förkortning orsaka besvär för patienten om denne ställer höga krav på handfunktion.

- Dislocerade intraartikulära frakturer i MCP-led skall gipsas och hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande, kl. 0830 nästkommande vardag för operationsplanering
- Subcapitulära frakturer kan ofta behandlas konservativt trots kraftig volarbockning, så länge patienten kan extendera och inte har rotationsfelställning. Reponeringsförsök (Jahss manöver) med LA i frakturhematom bör göras. Om misstänkt operationsfall skall patient gipsas och hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag. Om beslut att behandla fraktur konservativt är det mycket viktigt att gipsa i funktionsställning. Återbesök till handkirurgiska mottagningen efter 7-10 dagar med kontrollröntgen. Volarbockning som kan accepteras är:

- o Metacarpale V: 60 grader
- o Metacarpale IV: 30-40 grader
- o Metacarpale III: 15 grader
- o Metacarpale II: 15 grader

- Diafysära frakturer ska bedömas avseende förkortning, rotation och vinkelfelställning. Odislocerade frakturer eller frakturer med adekvat läge behandlas med gips i 3 veckor. Kontrollröntgen efter 7-10 dagar på handkirurgiska kliniken. Vid misstänkta operationsfall skall patienten gipsas och hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande, kl. 0830 nästkommande vardag.



Jahss manöver

Karpalben, ej skafoidium

- Odislocerade frakturer kan oftast behandlas med gips i 4-6 veckor, läkningskontroll med CT.
- CT kan behövas för bättre kartläggning.

Distal radiusfraktur

- Reponeras vid behov med LA i frakturhematom.
- Kontakt med handkirurgiska kliniken under kontorstid innan patienten eventuellt remitteras.
- Om öppen fraktur eller nervpåverkan finns bör bakjour kontaktas för ställningstagande till akut operation.

Luxationer

DIP-led

- Reponera i LA.
- Om ej möjligt med sluten reposition bör pt opereras inom 24h. Således kontaktas bakjour för ställningstagande till kirurgi.

PIP-led

- Reponera i LA
- Om ej möjligt med sluten reposition bör pt opereras inom 24h. Således kontakt med bakjour för ställningstagande till kirurgi.
- Stabilitetstesta, om instabilt – tvillingförband.
- Uppföljning hos handrehab för mobilisering efter 3-5 dagar.
- Om volar luxation bör patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen kl. 0830 nästkommande vardag.

MCP-led

- Reponera i LA
- Ofta krävs öppen reposition p.g.a. interponat. Således kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation. Bör opereras inom 24h.

CMC-led

- Reponera, gips
- Patient hänvisas till handkirurgiska mottagningen, fastande kl. 0830 nästkommande vardag.

Handled

- Granska lateral projektion på röntgen handled för diagnos.
- Undersök nervpåverkan.
- Alltid kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation och reponering.

Ligamentskador

Fingerligamentskador

- Kan oftast behandlas med tvillingförband i 2-3 veckor.



UCL MCP-led dig I

- Gips
- Hänvisas till handkirurgiska mottagningen kl. 0830, fastande, nästkommande vardag.

Carpala ligamentskador

- Gips
- Kontakt med handkirurgiska kliniken under kontorstid.

Infektioner

Pulpaabcess/panaritium

- Lindriga fall kan behandlas konservativt med antibiotika.
- Incideras och utrymmes på akutmottagningen.
- Odling
- Heracillin 1g x 3.

Paronyki

- Lindriga fall kan behandlas konservativt med antibiotika.
- Incideras och utrymmes på Akutmottagningen.
- Odling
- Heracillin 1g x 3.

Purulent tendovaginit

- Lindriga fall kan skickas hem med antibiotika po och hänvisas till handkirurgiska mottagningen kl. 0830, fastande, dagen efter.
- Om möjligt bör odling säkras innan antibiotikakur inleds.
- Inläggning med Ekvacillin 2g x 3.
- Kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation.

Purulent artrit

- Patienter med artritmisstanke handläggs primärt av medicinkliniken.
- Kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation eller ledpunktion.

Djupa handinfektioner

- Inläggning med Ekvacillin 2g x 3.
- Kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation.

Nekrotiserande fasciit

- Kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation.

Övrigt

Akut kompartmentsyndrom

- Kontakt med handkirurgisk jour för akut operation.

Högtrycksinjektionsskador

- Kontakt med bakjour för ställningstagande till akut operation.

Brännskador på händerna

- Kirurgkliniken handlägger dessa skador på jourtid. Ej kontakt med handkirurg.