

Behandlingsriktlinje droppfinger

INLEDNING

På uppdrag av specialitetsgruppen arbetsterapi har ett nätverk bildats med namngivna personer för att utveckla handrehabilitering vid länets sjukhus och inom primärvården. Uppdraget är att skapa en evidensbaserad och framgångsrik arbetsterapi inom länets handrehabilitering och tydliggöra rehabkedjan för olika patientgrupper med handdiagnoser/skador.

Definition

Formulering av behandlingsriktlinjer är ett led i att utveckla, strukturera och teoretiskt förankra arbetsterapi. Riktlinjerna är beskrivna utifrån WHO:s International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)(1).

Behandlingsriktlinjer kan användas för att förtydliga när arbetsterapeutiska interventioner kan äga rum, hur de går till och vad de syftar till. Riktlinjerna bör också förtydliga patientens nytta med interventionen och hur interventionen utvärderas (2).

Syfte

Behandlingsriktlinjer syftar till att skapa enhetliga rutiner för arbetsterapeuter inom sluten och öppen vård och att ge invånarna i Region Dalarna en jämlik och trygg sjukvård/rehabilitering baserad på kvalitet och den enskildes behov.

Syftet är dessutom att öka kunskapen hos nyanställda arbetsterapeuter, studerande, och ge berörd personal inom sluten och öppen vård, kommun och primärvård kunskap om de behandlingsinsatser arbetsterapeuten gör för den aktuella patientgruppen och på så vis underlätta samverkan mellan dessa grupper (3).

MÅLGRUPP

Malletfinger som ibland kallas droppfinger är en vanlig skada. Malletfinger är en avulsion, avlösning, av extensorsenans distala infästning på distala falangen. (2) Orsaken är ofta traumatisk med hyperflexion eller hyperextension av DIP-leden genom slag, fall eller ryck. Vid misstanke om fraktur röntgas patienten för att utesluta eller fastställa om slitfragment eller sublaxationsställning förekommer.

Kroppsfunktion

Skadan delas in i fyra grader (2):

1. Partiell ruptur genom sensubstans (viss aktiv extension kvarstår)
2. Total ruptur genom sensubstans (total oförmåga till extension)
3. Ruptur med mindre slitfragment
4. Ruptur med stort slitfragment och subluxation av DIP-leden

Grad 1-3 behandlas vanligen konservativt i **primärvården**, grad 4 kräver operativ behandling.

Prognosen är god vid konservativ behandling med rätt utformad och använd ortos (3). Tidig behandling, inom två veckor, är att föredra men även vid sen behandlingsstart (1-2 månader) kan ett lyckat behandlingsresultat uppnås (3,4,5).

Aktivitet och delaktighet

Patienten har svårigheter att använda handen i dagliga livets aktiviteter.

Omgivning

Patienten har svårigheter att greppa föremål med handen.

BEHANDLINGSMÅL

Huvudmålet är att senan ska läka, och att patienten under behandlingstiden skall kunna använda handen i alla aktivitetsområden samt få information gällande behandlingsstrategi.

ARBETSTERAPEUTISKA ÅTGÄRDER

Bedömning

Observation/handstatus; oförmåga att sträcka fingrets DIP-led aktivt.

Vid behov: intervju med t ex Canadian Occupational Performance Measure (COPM) för att utreda om/hur skadan påverkar utförandet av aktiviteter.

Intervention

-Kroppsfunction

Ge information till patienten om malletfinger

Ingen specifik rörelseträning är aktuell under eller efter behandlingstiden.

Viktigt att PIP-leden är rörlig och att patienten använder handen så naturligt som möjligt i grepp

-Aktivitet och delaktighet

Information angående rörelseuttag och belastning/kraftgrepp första tiden utifrån vilka aktiviteter som ingår i patientens vardag. Ortosen ska vara utformad så att patienten ska kunna använda handen i alla aktivitetsområden; personlig vård, boende, arbete och fritid.

Ortos eller lindning av DIP-leden med, t ex Cobanlinda alt neoprenhylsa, rekommenderas som stöd vid aktiviteter där DIP-leden utsätts för större belastning efter behandlingstiden (2,5,6).

-Omgivning

Tillverkning av ortos som håller fingrets yttersta led i ett maximalt sträckt läge så att sträcksenan kan läka fast igen. Ortosen kan appliceras dorsalt eller volart. En fördel med dorsalt applicerad ortos är att ett taktilt grepp möjliggörs (2).

Immobiliseringen ska inte innefatta PIP-leden. Rekommenderad behandlingstid med fingerortos varierar i litteraturen. (4,5,6,7,8)

Dessa behandlingsriktlinjer följer region Dalarnas handout om handkirurgi för primärvårdsläkare som rekommenderar behandling med dorsal fingerortos i 6v dygnet om och därefter 6v nattetid.(9)

Om DIP-leden inte kan sträckas fullt efter 6v kan behandlingstiden förlängas med ytterligare 2v-6v (3,6,10). En "flexionsbroms", som t ex cobanlinda, kan sedan användas 2v dagtid tillsammans med nattortos (3).

Patienten behöver information om och vara införstådd med att DIP-leden måste hållas i extenderat läge under hela behandlingstiden, även om/när ortosen tas av vid hygien eller byte av ortos.

Skulle fingret böjas under behandlingen måste behandlingsperioden startas om (6,11).

Tillverka alltid minst två skenor (i t ex orfitplast) och rekommendera patienten att förbereda tejpbitar (leukoplast) innan ev byte/rengöring (6). Se bilaga 1 (12).

Fler byten/rengöring innebär en ökad risk att fingertoppen kan böjas.

Vid ortosbehandling rekommenderas uppföljning inom några veckor för kontroll av ortosens passform och följsamhet till behandling, ev hudirritation/sår, rörligheten i fingrets övriga leder. Ytterligare uppföljning kan behövas utifrån patientens behov (6).

RESULTAT OCH UTVÄRDERING

Efter behandling finns i regel en kvarvarande sträckdefekt på 10-20 grader. Denna defekt kan så småningom minska något genom att läkningen vid senfästet kan skrumpna ihop (2,6). Det slutliga resultatet ser man först sex månader efter skadan (3,5)

Vid kvarstående droppfinger med uttalade besvär 6 månader efter adekvat behandling bör patienten återremitteras till läkare för bedömning om ev operation (2,9).

REFERENSER

1. WHO (2010) International Classification of Funktioning, Disability and Health, (ICF) Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Edita Västra Aros AB, 2010s
2. Runnqvist, K., Cederlund, R., Sollerman, C. Handens Rehabilitering, undersökning behandling. Lund: Studentlitteratur, 1992.
3. Hunter JM, Mackin EJ, Calahan AD. Rehabilitation of the hand and upper extremity, 5 ed. Mosby inc. 2002.
4. Axelsson P, Fridém J. ABC om senskador i handen. Läkartidningen nr 9 volym 103 2006
5. <https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/ortopedi/patientinformation/armbage-underarm-hand/droppfinger>
6. [Droppfinger - Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://www.nationellt.kunskapsstod.se)
7. Lundborg, G. Handkirurgi – skador, sjukdomar, diagnostik och behandling. Lund: Studentlitteratur, 1999.
8. Tolkien Z, Potter S, Burr N, Gardiner M D, Blazeby J M, Jain A, Henderson J. Conservative management of mallet injuries: A national survey of current practice in the UK. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2017; 70(7): 901-907
9. https://ar.ltdalarna.se/arbetsrum/OHAR468X/publicerat/Dokument/f89e5ada-0a50-4e5a-a036-ca749d67817d/Handout%20handkirurgi_210219.pdf
10. Valdes K, Naughton N, Algar L. Conservative treatment of mallet finger: A systematic review. Journal of hand therapy 28, 237-246, 2015.
11. Handoll, H., Vaghela, M. Intervention for treating mallet finger injuries(Review) The Cochrane Library 2008; (3): 1-20.
12. [Droppfinger | Vårdgivare Östergötland \(regionostergotland.se\)](https://www.regionostergotland.se)

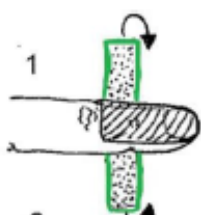
Sökning database CINAHL, Pub Med advanced search:

- *Malletfinger AND treatment AND ("last 10 years")*
 - *Malletfinger AND occupational therapy AND ("last 10 years")*
-

Ortosbehandling vid droppfinger

Fixering av ytterled i full extension/lätt hyperextension med hjälp av en stabil ortos

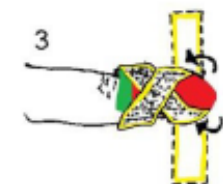
1. Använd en ortos som sträcker sig från mellanled (PIP) till fingertopp
2. Förbered genom att klippa de tejpbitar som behövs
3. Lyft fingret i fingertoppen så att ytterleden hela tiden hålls *helt* sträckt
4. Tejpa så att patienten kan böja fingrets mellanled fullt (figur 1 och 2)



Placera fingret på tejp (1), lägg skenan ovanpå fingret och fäst den med tejp.



Lyft fingret och lägg den på nästa tejpbit (2). Fäst tejp upp runt fingertoppen och fäst den på skenan, så att fingret lyfts upp mot den. Nu är ytterleden säkrad.



Placera fingret igen på en tejpbit (3), drag och korsa den över skenan. Upprepa tejpning steg 1–3. Lägg sen en extra låsning enligt bild 1.

Byte av ortos

Det är av största vikt att fingret hålls sträckt under hela perioden.

Skulle fingret böjas under behandlingen måste behandlingsperioden startas om.



Behandlingstid

Informera patienten om att behandlingen är lång och att följsamhet är av stor vikt för behandlingsresultatet.

Vid kvarstående ömhet och viss sträckdefekt i slutet av behandlingsperioden rekommenderas förlängd behandling i ytterligare två veckor.