

Kollateralligamentens uppbyggnad i MCP-leden gör till skillnad från PIP-leden, att ligamenten blir spända i flekterat läge och slackar i extenderat läge. Stabilitets-prövning i MCP-leden måste därför göras i 90° flexion med extenderade PIP- samt DIP-leder.

Undersökning och utredning

Klinisk bild, status

Felställning, svullnad, ömhet, instabilitet och nedsatt förmåga att röra i leden.

Differentialdiagnoser

Artrit/artros, fraktur.

Röntgen

Frontal och lateral projektion av skadat finger. Visar felställning i leden med eventuell fraktur eller avslitet fragment.

Handläggning

- Distorsioner samt partiella ligamentskador behandlas med omedelbar mobilisering i tvåfingerförband (fingret kopplas till ett intilliggande finger) eller immobiliseras först i lätt flexion under 1–2 veckor.
- Luxationer kan oftast reponeras slutet i lokalbedövning, behandlas därefter enligt ovan. Kontrollera alltid läget med röntgen efter reposition.
- Luxation av pekfingrets MCP-led kan ibland inte reponeras slutet, då metacarpal-benshuvudet fångats mellan ligamentapparaten och böjsenorna och volara ledplattan kan ligga interponerad. Detta kräver öppen reposition.

Tummens metacarpofalangealled (MCP-led I)

Bakgrund

kvarstående instabilitet i MCP-leden, med risk för artros-utveckling och framtida behov av artrodes. Radial kollateralligamentskada förekommer även liksom ruptur eller avulsion av volara ledplattan.

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Svullnad samt hematom över leden. Smärta som förvärras vid provokation av leden. Inskränkt rörlighet. Vid äldre skada klagar patienten på nedsatt kraft i greppet samt instabilitet.

Status

Palpationsömhet ulnart över MCP-leden och ibland en palpabel ”knöl” proximalt över metacarpalbenshuvudet motsvarande det uppslagna ligamentet. Stabilitet testas med klinisk undersökning där tummens grundfalang passivt devieras radialt. Testet görs både med leden fullt utsträckt och lätt flekterad. Jämför alltid med den oskadade tummen på den andra handen. Vid kraftig smärta kan man utföra testet i lokalbedövning.

Differentialdiagnoser

Fraktur. Partiell ligamentskada, se nedan.

Röntgen

Frontal och lateral projektion av tummen utförs alltid för att utesluta fraktur.

Handläggning

- Distorsioner med bevarad stabilitet mobiliseras tidigt.
- En partiell **ulnar kollateralligamentskada** med bevarad stabilitet i leden, men med kraftig lokal palpationsömhet, bör behandlas med gipsimmobilisering i 2–3 veckor och därefter en handburen ortos för MCP-leden tills besvärsfrihet vid belastning. Fall med klar eller tveksam instabilitet i leden ska opereras.

varför akut behandlas med 6 veckor gipsimmobilisering med leden i fullt flekterat läge efter reposition.

- Dorsala luxationer i MCP-I går för det mesta att reponera slutet. Kontrollera med rtg efter reposition och kontrollera ev. instabilitet. Ledbandsskada behandlas som ovan beskrivits.

Tummens carpometacarpalled (CMC I)

Bakgrund

Vid kraftigt trauma i tummen, ofta i samband med axiellt våld med adducerad tumme, kan man i sällsynta fall få ruptur av det volara ligamentet i CMC I-leden. Detta ligament går mellan volara basen av första metacarpalbenet och trapezium.

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Svullnad samt ömhet kring CMC I-leden.

Status

Man kan luxera första metacarpalbenets bas dorsalt om trapezium genom ett volart tryck över metacarpalbensbasen. Patienten kan också subluxera leden genom ett kraftigt pincettgrepp mellan tumme och pekfinger.

Röntggen

CMC I-leden står dorsalt subluxerad jämfört med andra tummens led.

Differentialdiagnoser

Bennetfraktur.

Handläggning

Carpus

Bakgrund

Benen i carpus är arrangerade i två transversella rader (se figur 16). Den proximala utgörs av scaphoideum (1), lunatum (2), triquetrum (3) och pisiforme (4). Den distala utgörs av trapezium (5), trapezoideum (6), capitatum (7) och hamatum (8). Benen är i dessa rader inbördes fixerade till varandra med strama intercarpalligament. Dessutom finns extrinsicligament som utgår från radius och ulna och fäster i carpus. Den proximala carpalbensraden rör sig som en enhet.



Figur 16

Den distala carpalbensraden är väl fixerad till metacarpalbenen. Rörligheten tas ut både mellan radius och carpus samt mellan de två carpalbensraderna. Olika brott i den proximala carpalbensraden medför allvarlig instabilitet och ev. felställningar som orsakar snedbelastningar och leder till artros med framtida behov av artrodeser. De vanligaste skadorna av denna typ är scaphoideumfraktur, SL-ruptur och LT-ruptur.

Instabiliteter kan vara statiska (det vill säga med bestående felställningar) eller dynamiska (felställningar uppträder endast vid provokation).

Scapho-lunär ligamentskada (SL-dissociation)

Bakgrund

Skador på detta ligament uppkommer genom hyperextensionsvåld i handleden och en total ruptur medför att scaphoideum roterar volart (tvärställer sig) och lunatum roterar dorsalt så att distala ledytan pekar dorsalt och förskjuter capitatum och handen i dorsal riktning (så kallad DISI-felställning).

Status

Palpationsömhet dorsalt över SL-leden. Positivt Watsons test.

Watsons test

I ulnardevierat läge i handleden pressas scaphoideums distala pol dorsalt med undersökarens tumme, samtidigt som man sedan radialdevierar i handleden. Vid positivt test subluxerar scaphoideum i dorsal riktning med ev. krepitation över dorsala radiuskanten och patienten upplever smärta dorsalt i handleden över scaphoideums proximala pol. Vid negativ test roterar istället scaphoideum till en tvärställning och undersökaren känner hur tuberculum scaphoidei rör sig volart mot undersökarens tumme. Ingen smärta uppstår.

Röntgen

Vid statisk instabilitet ses ett ökat avstånd i SL-leden i frontalprojektion (Terry-Thomas tecken, efter en komiker med glugg mellan framtänderna). Scaphoideum ser förkortad ut på grund av tvärställningen och tuberculum scaphoidei blir mer framträdande och bildar ett ”ring sign”. På sidobild ses DISI-fel-ställning (dorsalroterad lunatum och tvärställd scaphoideum med en SL-vinkel om 70–90°). Vid dynamisk instabilitet kan man provocera fram ett ökat avstånd, mer än 3 mm, mellan scaphoideum och lunatum vid ulnardeviation eller belastning med knuten hand. Jämförs alltid med den andra handleden.

Handläggning

Remiss till handkirurg.

Luno-triquetral ligamentskada (LT-dissociation)

Bakgrund

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Eventuell svullnad dorsalt över handleden i akut skede.

Status

Palpationsömhet dorsalt över LT-leden. Positivt LT-test.

LT-test

Undersökaren sätter sin tumme mot pisiforme och sitt pekfinger dorsalt om tummen. Hen griper då över triquetrum och pisiforme. Undersökaren placerar sin andra tumme radiallyt om den första och pekfingret på dorsalsidan, och har nu även ett grepp kring lunatum. Genom att försöka förskjuta sina två händer utför undersökaren ett chuck-test av LT-leden. Smärta indikerar skada.

Röntgen

Sidobild kan visa VISI-felställning vid statisk instabilitet. Frontalbild visar sällan någon dissociation. VISI-felställning kan även ses på en frontalbild i form av kort projicerad scaphoideum med ”ring sign” och roterad lunatum. Jämför alltid med kontralaterala handleden.

Handläggning

Akut remiss till handkirurg.

Karpal luxation - Handledsluxation

Bakgrund

Vid häftigt hyperextensionsvåld i handleden kan capitatum luxera dorsalt om lunatum, med extensiva ligamentskador som följd. Scaphoideum måste då antingen rotera kraftigt (perilunär luxation utan scaphoideumfraktur) eller frakturera (transscaphoidal perilunär luxation). När

Undersökning och utredning

Klinisk bild

Svullnad samt eventuellt synbar felställning i handleden. Ofta är nervus medianus påverkad med stickningar, domningar samt nedsatt sensibilitet i dig 1–4.

Status

Bedöm alltid status i n. medianus avseende sensorik och motorik.

Differentialdiagnoser

Handledsfraktur.

Röntgen

Ofta är dessa skador svåra att upptäcka på frontalprojektion av handleden.

Granska noga sidoprojektionen som visar luxationen! Vid tveksamhet, beställ DT.

Handläggning

I det akuta skedet kan en perilunär luxation ibland reponeras slutet, men den måste alltid opereras.

Akut kontakt med handkirurg för att undvika påverkan på n. medianus. Samtidig scaphoideumfraktur är uttalat instabil och bör behandlas med osteosyntes.

Om innehållet

Uppdaterat: 29 november 2021

Författare: Anna Gerber-Ekblom

Reviderat av: Tobias Laurell

