

Riktlinjer för konservativ behandling av ulnar collateralligamentskada (UCL) i tumme

Inledning

Rehabiliteringsprogrammet bygger på befintliga program inom Sydöstra sjukvårdsregionen, kompletterat med aktuell evidens och beprövad erfarenhet. Programmet vänder sig till arbetsterapeuter och arbetsterapeutstuderande i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra utredning och behandling av UCL inom regionen.

Beskrivning av målgrupp

Ligamentskador på tummens metacarpophalangealled (MCP-led) ses ofta i samband med olyckshändelser vid idrott, t ex handboll, fotboll, basket, ishockey och skidsport (Husband & Mc Pherson, 1996). De senaste 20 åren har skador på ulnara collateralligamentet i tummen fyrdubblats inom skidsporten. Vid dessa olyckor sker hyperabduktionsvåld mot tummen och skada uppstår, ofta uppstår även skada på den volara plattan. Skadan kan orsaka antingen en subtotal ruptur eller en total ruptur (Ford, Mc Kee & Szilagy, 2003). Skador på UCL är tio gånger vanligare än skador på radialis collateralligamentet (Fillion 2003). Dessa skador är väsentliga att diagnostisera, eftersom en kvarstående instabilitet i leden omöjliggör ett användbart grepp mellan tumme och övriga fingrar. Skada kan leda till att artros utvecklas i MCP-leden (Lundborg, 2015). Detta kan på sikt innebära att tummens MCP-led behöver stelopereras för att lindra smärta och öka funktion (Lundborg, 1999).

Symtomen är ömhet och svullnad över ulnara delen av MCP-leden. Kunskap inom anatomi är avgörande vid undersökning. Vid total ruptur på ligamentet har ledbandet fastnat från distala fästet och vikts proximalt och adduktoraponeurosen lägger sig mellan ligamentändarna och omöjliggör läkning, så kallad Stenertumme (Stener, 1962). Tummen går då att vinkla radiallyt utan distinkt stopp och dessa skador kräver operativ åtgärd.

Anamnes/utredning

Klinisk undersökning av ledstabiliteten i tummens MCP led görs genom att tummens grundfalang både i extenderat och lätt flekterat läge, passivt devieras radiallyt under det att man fixerar första metakarpalbenet. Man bör alltid jämföra med den andra oskadade handen. Kraftig lokal palpationsömhet över ligamentet, med bevarad stabilitet i leden, talar för en partiell ledskada. Instabilitet och ofta en kraftigt ömmande lokal svullnad proximalt dorsoulnart om MCP-leden kan tyda på total ruptur. Patienter med misstänkta kollateralligamentskador bör röntgas (Lundborg 2015)

Förutom bedömning av passiv rörlighet och ledstabilitet görs bedömning av aktiv rörlighet. Kan göras med goniometer. Smärta bedöms genom att skatta på Visuellt Analog Skala (VAS). Svullnad bedöms genom inspektion, palpation eller måttband (HAKIR 2012). Aktivitetsförmåga kan mätas med instrument som Disability of Arm, Shoulder and Hand outcome-instrument (DASH), Canadian Occupational Performance Measure (COPM) eller Patientspecifik funktionell skala (PSFS).

Behandlingsmål

Det primära behandlingsmålet är att bli stabil och smärtfri i MCP leden för att få ett fungerande aktivitetsutförande.

Arbetsterapeutisk intervention:

Vid instabilitet/total ruptur behöver patienten opereras och får därefter gips i 6 veckor alternativt gips i 3 veckor och sedan ortos i ytterligare 3 veckor. Vid stabilitet/subtotal ruptur får patienten gips i 4 veckor och vid behov ortos i ytterligare 2 veckor. Det är upp till behandlande läkare att besluta om immobiliseringstid.

Ortosbehandling

Gipsbehandling efterföljs vid behov av ortos som förhindrar sidovackling, i radial riktning, i MCP-leden.

Ortos bör användas vid tyngre kroppsarbete upp till 12 veckor efter skadan (Anderson, 2010) och från 6-12 veckor vid sport (Leggit & Meko, 2006).

Handträning

Rörelseträning påbörjas vid avgipsning efter individanpassat rörelseprogram eller enligt bifogat träningsprogram. Träning av abduktion bör inte påbörjas förrän efter fyra veckor för stabila och sex veckor för instabila skador.

Rörlighetskontroll görs av intilliggande leder och vid behov utförs rörelseträning även i dessa.

Efter 8 veckor kan styrketräning påbörjas (Anderson, 2010).

Svullnadsbehandling

Svullnadsbehandling med yttre kompression i form av handske eller lindning ges vid behov.

Råd och regim

Patienten får vid första besöket broschyren "Patientinformation Ulnar collateralligamentskada i tumme".

Uppföljning och utvärdering

Patienten uppmanas ta kontakt med arbetsterapeut om besvär uppstår. För att kunna utvärdera krävs att handfunktionen och aktivitetsförmågan bedöms igen som tidigare. Slututvärdering skall utföras efter 8 veckor eller efter patientens behov.

Referenser

Anderson, D. (2010). Skier's Thumb. Australian Family Physician, 39(8), 575-577.

Fillion, P.L. (2004). Ulnar Collateral Ligament Thumb Sling. Journal of hand therapy. 17(1). 69-70.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). Etisk kod för arbetsterapeuter. Stockholm: FSA.

Ford, M., McKee, P., & Szilagyi, M. (2003). Protecting the Ulnar Collateral Ligament and Metacarpophalangeal Joint of the Thumb. Journal of hand therapy, Januari-March, 64-68.

Heim, D., & Kratz, M. (2001). The Skier's Thumb: Ulnar Displacement of the Extensor Pollicis Longus Tendon - a New Type. European Journal of Trauma. 27, 340-344.

HAKIR. (2012). Nationell Mätmanual. Hämtad 4 mars, 2012, från <http://hakir.se/wp-content/uploads/2011/11/HAKIR-1-2012-webb.pdf>.

Husband, J.B., & McPherson, S.A. (1996). Bony Skier's Thumb Injuries. Clinical Orthopaedics and Related Research. 327, 79-84.

Leggit, J. & Meko, C. (2006). Acute Finger Injuries: Part II. Fractures, Dislocations and Thumb Injuries. American Family Physician. 73(5). 827-834.

Lundborg, G. (1999). Handkirurgi. 2a uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lundborg, G (2015). Handkirurgi, Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Stener B. (1962). Displacement of the ruptured ulnar collateral ligament of the metacarpophalangeal joint of the thumb. Journal of Bone Joint Surgery 44B. 869-79.

TRÄNINGSPROGRAM EFTER ULNAR COLLATERALLIGAMENT SKADA I TUMME

Sitt bekvämt så att Du är avslappnad i arm och axel. Låt hela underarmen vila mot bordet. Träningen ska utföras _____ggr/dag jämnt fördelat över dagen.



_____ Böj och sträck i IP-leden och håll samtidigt MCP-leden stilla med friska handens tumme, pek- och långfinger.

Denna övning kan göras från: 2 veckor vid stabil skada och 3-4 veckor vid instabil skada.



_____ Böj och sträck i MCP-leden och håll samtidigt CMC-leden stilla med den friska tummen, pek- och långfingret.

Denna övning kan göras från: 2 veckor vid stabil skada och 3-4 veckor vid instabil skada.



_____ Lägga handens lillfingersida mot bordet och för tummen mot taket respektive mot pekfingret.

Denna övning kan göras från: 4 veckor vid stabil skada och 6 veckor vid instabil skada.



_____ Lägga handens lillfingersida mot bordet och för tummen ut respektive in mot pekfingret som när Du fattar om ett glas.

Denna övning kan göras från: 4 veckor vid stabil skada och 6 veckor vid instabil skada.



_____ Sätt tumtoppen mot pekfingertoppen. Forma ett O genom att böja samtliga leder. För tummen utåt – bakåt mellan varje O. Gör samma sak med de andra fingrarna. För till sist tummen i en vid båge till lillfingrets bas och tillbaka.

Denna övning kan göras från: 4 veckor vid stabil skada och 6 veckor vid instabil skada.

