

1. Inledning

Rehabiliteringsprogrammet bygger på aktuell evidens och beprövad erfarenhet. Litteratursökning har gjorts utifrån elektroniska databaser, t.ex. PubMed. Utveckling har skett genom samverkan i regionalt och lokalt nätverk. Programmet vänder sig till arbetsterapeuter och studerande i syfte att kvalitetssäkra behandling av malletfingrar inom regionen.

2. Faktabakgrund

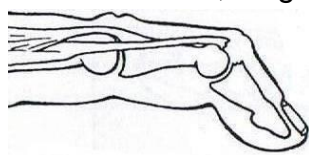
En malletskada innebär en avskärning eller ruptur av extensorsenans distala infästning på fingrets ytterfalang, alternativt en avulsjon av ett benfragment vid senans infästning ^[1,2,3]. Som ett resultat av skadan kan fingertoppen inte extenderas aktivt. Hyperextension av PIP-leden kan uppträda ^[1,5].

Skadan ses ofta vid ett direktvåld mot fingertoppen. Det är vanligt under bollsporter men majoriteten av malletskador uppkommer under aktiviteter i arbete eller hem, t ex bädda sängen eller ta på en strumpa. Generellt är skadan mer vanlig hos män. Skador hos yngre vuxna tenderar att uppkomma efter mer signifikant trauma medan det hos äldre kvinnor kräver mindre trauma. Skadan är vanligast i den dominanta handens tre ulnara fingrar ^[1,4].

En malletskada behandlas med ortos som håller DIP-leden extenderad dygnet runt under 6-8 veckor. Förväntad läkningstid är 8-12 veckor ^[6,7].

3. Diagnostik

Läkare utreder, diagnostiserar samt remitterar patienten till arbetsterapeut.



Malletskada diagnostiseras genom ett typiskt utseende av det skadade fingret. Ytterfalangen hänger ner och kan inte extenderas aktivt. Det kan ha skett ett trauma direkt mot fingertoppen ^[3,8,9]. Ömhet och svullnad över DIP-leden är vanligt. Röntgen görs för att fastställa eventuell fraktur och för

att se skadans omfattning ^[2].

Typ I skada: Malletfinger utan fraktur

Typ II skada: Malletfinger med större eller mindre benfragment, utan felställning av ytterfalangen.

Typ III skada: Malletfinger som en fraktur med volar dislokation av ytterfalangen. ^[3]

4. Komplikationer

Hudirritation/syrebrist kan uppstå på grund av tryck från ortosen ^[1,2,4] eller alltför stark hyperextension i DIP-leden ^[2,5]. Ökad risk för hudirritation kan finnas vid skör hud av andra orsaker. Andra komplikationer kan vara utveckling av svanhalsdeformitet, nagelförändringar, köldkänslighet eller allergiska reaktioner mot tejp ^[1,9].

5. Mål

Målet med behandlingen är att återfå en normal ledanatomi så att senan kan läka med så lite kvarvarande extensionsdefekt som möjligt och därmed återställa en aktiv DIP-leds extension ^[1, 9].

6. Behandling

Malletfinger typ I-II (slutet malletfinger) efter ruptur av sträcksenan behandlas konservativt med ortos i 6-8 veckor dygnet runt. DIP-leden ska hållas lätt hyperextenderad vid malletfinger typ I och immobiliseras med fördel dygnet runt i 8 veckor ^[1, 7, 6]. Det är viktigt att leden inte översträcks så mycket att huden bleknar pga. minskad cirkulation ^[2]. Vid malletfinger typ II ska DIP-leden hållas i neutralläge och immobiliseras i 6 veckor dygnet runt ^[1, 7, 6]. Studier har visat att vilken typ av ortos som används spelar mindre roll så länge den håller leden i rätt läge. Egentillverkade ortoser har visat sig skapa större möjligheter för ett lyckat behandlingsresultat och ökad compliance hos patienten ^[9]. Förslag på ortoser ^[bilaga2].

Vid tendens till översträckning av PIP-leden (svanhalsdeformitet) behöver behandlingen kompletteras med en ortos som positionerar PIP-leden i 30-40° flexion de första veckorna. Positionen avlastar laterala banden och kan hjälpa den skadade extensorsenan att få bättre kontakt vid DIP-leden. Under den här tiden ska PIP-leden tränas aktivt några tillfällen per dag med DIP-leden immobiliserad i rakt läge i ortos ^[2].

Patienten ska under immobiliseringstiden instrueras att ta ut rörlighet i fria leder och informeras om att vara observant på eventuella hudförändringar. Det är också viktigt att informera patienten om att stabilisera DIP-leden vid eventuellt behov av att inspektera huden och tvätta fingret ^[4]. Om DIP-leden flekteras under påbörjad dygnet runt behandling med ortos måste behandlingen starta om ^[9]. Ortosen ska efter att ha använts dygnet runt i 6-8 veckor användas ytterligare fyra veckor nattetid ^[1, 7]. När ortosen avvecklats dagtid bör handen endast användas i lätta grepp. Ortosen kan användas vid belastande arbete. Böjning i ytterleden tränas inte specifikt. Om det finns behov av stöd i aktivitet kan t.ex. elastisk självhäftande linda (Coban/Co-plus) användas ^[Bilaga 2]. Skriftlig patientinformation ^[Bilaga 1] lämnas vid första behandlingstillfället.

Immobilisering dygnet runt bör fortsätta om det visar sig att extensionsförmåga i DIP-leden saknas eller om extensionsdefekt ökar när ortosen ska börja avvecklas efter 6 respektive 8 veckor ^[6].

Riktlinjer för rehabilitering vid Malletskada

2019-04-05

Om benfragmentet är stort, mer än en tredjedel av ledytan och kraftigt dislocerat (typ III-skada) eller om ytterfalangen ligger subluserad kan operation vara indicerad ^[3].

7. Uppföljning

Uppföljningen omfattar kontroll av ortos, immobiliseringsläge, hud samt rörlighet i fria leder. Uppföljning bör göras 1v och 3v efter påbörjad immobilisering. Vid 6v respektive vid 8 v kontrolleras även sträcksenans funktion. Uppföljningen bör individanpassas utifrån patienten och behandlarens bedömning.

Eventuell extensionsdefekt mäts med goniometer. En extensionsdefekt upp till 25° utan smärta anses enligt Crawfords kriterier (1984) som acceptabel. En extensionsdefekt mellan 0°-10° anses som ett bra resultat ^[1, 5]. Efter behandlingen finns vanligen en kvarvarande extensionsdefekt på ca 10°, vilket bedöms som ett lyckat behandlingsresultat. Viktigast är dock patientens upplevelse och studier har visat att det inte finns någon korrelation mellan extensionsförmåga och patientnöjdhet ^[5]. Extensionsdefekten kan minska något efter en tid till följd av att ärrvävnaden i senan drar ihop sig i samband med läkning ^[2].

Prognosen är god vid behandling med korrekt utformad och använd ortos. Tidig behandlingsstart, inom 2 veckor, är att föredra. Även vid sen behandlingsstart, mer än 4 veckor efter skadan, kan ett lyckat behandlingsresultat uppnås ^[2, 4, 6]. Studier har visat ett bra behandlingsresultat även vid behandlingsstart upp till 3 månader efter skadan ^[4, 6]. Det slutliga resultatet ser man först 6 månader efter skadan ^[2].

*Sammanställ av: Regionala nätverket för handrehabilitering i sydöstra sjukvårdsregionen;
Region Kalmar Län, Region Jönköping, Region Östergötland
J. Eriksson, S. Lindahl*

Referenser

1. Salazar Botero S, Hidalgo Diaz JJ, Benaida A, Collon S, Facca S, Liverneaux PA. Review of Acute Traumatic Closed Mallet Finger Injuries in Adults. Archives of Plastic Surgery. 2016; 43(2): 134-144.
2. Hunter JM, Mackin EJ, Callahan AD. Rehabilitation of the hand and upper extremity, 6th ed. Mosby inc. 2011.
3. Lundborg G, Björkman A. Handkirurgi. Studentlitteratur, 2015.
4. Alla SR, Deal ND, Dempsey IJ. Review Current concepts: mallet finger. Hand. 2014; 9: 138-144.
5. Lin JS, Balch Samora J. Surgical and Nonsurgical Management of Mallet Finger: A systematic review. American Journal of Hand Surgery. 2018; 43: 146-163.
6. Bachoura A, Ferikes AJ, Lubahn JD. A review of mallet finger and jersey finger injuries in the athlete. Curr Rev Musculoskelet Med. 2017; 10:1-9.
7. Gruber JS, Bot AGJ, Ring D. A prospective randomized controlled trial comparing night splinting with no splinting after treatment of mallet finger. Hand (N Y). 2014; 9(2): 145-150.
8. Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering - skador och sjukdomar volym 2. Studentlitteratur 1992.
9. Lamarinis GA, Matthew MK. The Diagnosis and Management of Mallet Finger Injuries. Hand. 2017; 12(3): 223-228.

Bilaga 1

Patientinformation: Behandling Malletfinger (droppfinger) Kalmar 2019.

Bilaga 2

Exempelsamling på ortoser.