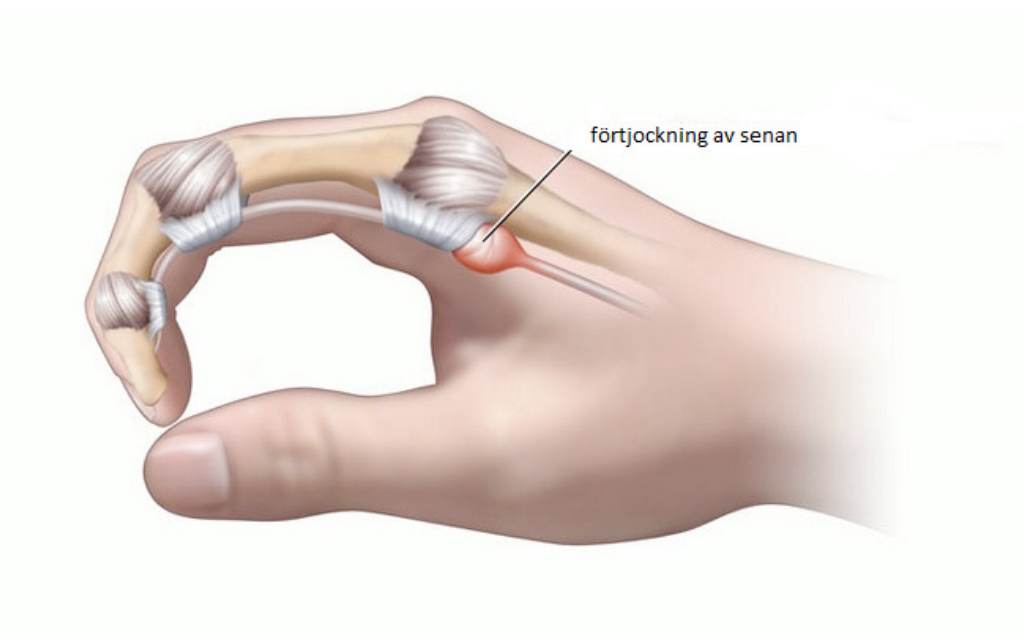


Riktlinje för arbetsterapi vid triggerfinger



1 Faktabakgrund

Tendovaginitis stenosans "triggerfinger" är en av de vanligaste handåkommorna.

Symtom och patofysiologi

Symtomen kännetecknas av ett hoppande eller knäppande fenomen ofta smärtande i ett eller flera fingrar, palpationssmärta i handflatan, låsningar i böjt läge och nedsatt rörelseomfång är vanliga symtom.^[1,2,3] Besvären kan ge funktionella begränsningar som tex. nedsatt greppstyrka och oförmåga att hålla verktyg mot handflatan.^[2] Symtomen beror på en inflammatorisk förändring av sena och peritendinös vävnad. Detta ger en inkongruens mellan flexorsenans volym och utrymmet inom den mest proximala delen av senskidan vanligtvis i höjd med första annularligamentet (A1) beläget volart proximalt om MCP-leden.^[4] Senan får då svårt att passera det trånga utrymmet i sentunneln antingen beroende på en förträngning av sentunneln (stenosans) eller en förtjockning av senan (nodosa).^[3] Flexor digitorum superficialis senan är vanligtvis påverkad därför att den ligger direkt under A1 ligamentet. Vad gäller tummen är den vanligaste lokaliseringen där flexor pollicis brevis senan fäster i höjd med MP-leden och sesambenen.^[5]

Etiologi

I de flesta fall är inte orsaken till triggerfinger känd (primärt idiopatisk triggerfinger).^[6] Associerade diagnoser till triggerfinger hos vuxna (sekundärt triggerfinger) är t.ex. carpaltunnelsyndrom, Morbus de Quervain, systemsjukdom som tex. diabetes mellitus, reumatoid artrit.^[4,6,7] Aktiviteter som innebär långvarigt statiskt eller repetitivt kraftgrepp samt användning av verktyg som ger långvarigt tryck mot A1 pulleyn kan bidra till triggerfinger.^[5]

Om patientens anamnes visar att besvären uppkom i samband med en specifik aktivitet kan besvären klinga av om aktiviteten undviks.^[6]

Epidemiologi

Triggerfinger i tummen förekommer hos små barn (kongenital triggertumme). Risken att någon gång under sin livstid utveckla triggerfinger är mellan 2-3% medan diabetiker har en risk upp till 10% att utveckla besvären. Triggerfinger debuterar oftast i 45-60 årsåldern.^[2] Primärt triggerfinger som drabbar friska personer förekommer 2-6 gånger oftare bland kvinnor jämfört med män. Tummen, ring- och långfinger är oftast drabbade. Pek- och lillfinger drabbas sällan.^[5]

Behandling

Triggerfinger kan behandlas konservativt eller kirurgiskt. Konservativ behandling kan bestå av antiinflammatorisk medicinering, cortisoninjektion, kombination av cortisoninjektion och ortos eller enbart ortos.^[1,7,8]

Resultat av enbart ortosbehandling eller kombinerad ortos och träningsprogram har visat sig vara effektiv i 47%-93% enligt olika studier.^[1,9,10,11]

2 Diagnostik och utredning

Symptombilden vid triggerfinger karaktäriseras av ett knäppande fenomen vid rörelse alt. låsning av det aktuella fingret och lokal smärta i nivå med handflatans distala böjveck eller tummens grundled.^[1,2]

Funktionellt kan det förekomma nedsatt handstyrka och begränsad förmåga att greppa om små föremål.^[2]

Vid klinisk undersökning kan en ömmande uppdrivning palperas i senan på motsvarande nivå. ^[4,5] Förändringen förskjuts med passiva rörelser i fingret.^[4]

Anamnes:

- Symtombild
- Omfattning av besvär
- Duration
- Förekommer repetitiv ensidig belastning i aktivitet
- Hur påverkas aktivitetsutförande

Undersökning:

- Palpation utefter flexorsena volart i handen i viloläge och vid passiv rörelse av aktuellt finger.
- Iaktta aktivt rörelsemönster
- Antal upphakningar vid 10 aktiva extension-flexion av samtliga fingrar
- Smärta – VAS (Visual Analogue Scale) eller NRS (Numeric Rating Scale)
- Hälsoenkät arm, axel, hand - QuickDASH (Disability Arm Shoulder Hand)

Bedöm stadiet av triggerfinger - Stages of Stenosing Tenosynovitis (SST).^[Bilaga 1]

3 Indikationer/kontraindikationer

Om fingret är helt låst konsulteras läkare för ställningstagande till annan åtgärd.^[2,12]

Konservativ behandling har visat sämre resultat i de fall där flera fingrar är involverade, vid duration mer än 4-6 månader, när förtjockning på senan är diffus jämfört med när det är en tydlig noduli samt i de fall där det är en kraftig upphakning.^[2,5]

European hand guide study påvisar följande konsensus kring behandlingshierarki beroende på grad av upphakning: 1) ortosanvändning 2) cortisoninjektion 3) cortisoninjektion plus ortosanvändning 4) operation.).^[7]



RIKTLINJER FÖR ARBETSTERAPI VID TRIGGERFINGER

Av Temagrupp Hand, Rehab Söder och Samrehab/ M.Ahlström, E. Svensson, A. Sjölin

Datum: 2019-03-28

Gemensam riktlinje inom Regionala Handnätverket Sydöstra Götaland (Region Östergötland, Region Jönköping, Region Kalmar). Nästa revidering 2023.

4 Behandling – åtgärder och alternativ

Konservativ

Konservativ behandling syftar till att fingret ska återfå full rörlighet utan smärta och upphakningar. [12]

Den arbetsterapeutiska behandlingen består av en kombination av ortosanvändning och rörelseträning/senglidningsövningar. [12]

Om det bedöms vara relaterade till ensidig belastning i grepp ges även råd om greppergonomi. [3,5]

Ortos

Målet med ortosbehandling är att avlasta flexorsenorna, reducera irritation, svullnad och inflammation i området kring A1 ligamentet. [12] Ortos ska inte användas när ett finger är låst i flexion och passivt inte kan extenderas. [9] Ett triggerfinger som varat >6 mån, när det är flera triggerfingrar eller vid triggertumme hjälper det inte med bara ortosbehandling. [2]

Fler alternativa ortosdesigner kan användas, viktigt att tänka på användarvänligheten för patienten. [11] Förslag på ortosmodeller. [Bilaga 2]

Ortosen används dygnet runt i 3-6 veckor och förlängs upp till 12 veckor om inte besvären gått tillbaka vid 6 veckors uppföljning. Ortosen tas endast av vid skötsel av hygien och vid träning. [7,9,11,13] Handen ska användas i aktivitet så normalt som möjligt. [14]

Patienten informeras om att under första dygnet ta av ortosen flera gånger och inspektera huden för att uppmärksamma om eventuellt skav eller tryck från ortosen uppkommit. Om besvär föreligger ska patienten kontakta behandlande arbetsterapeut omgående.

Ortos vid triggerfinger

MCP-led eller PIP-led kan fixeras. [2,11] Testa genom att hålla MCP-led eller PIP-led fixerad i sträckt läge och tillåt rörelse i övriga leder. Iaktta effekten avseende smärta och ev. tendens till upphakning vid fixering av respektive led. [5] Prova ut ortos till den led som fixeras med bäst resultat och som patienten föredrar med hänsyn till funktionalitet och vilka aktiviteter som hen utför. [5,11]

Vid val att fixera PIP-led immobiliseras den i extenderat läge. [15]

Vid val att fixera MCP-led är rekommendationer kring ledens position inte entydiga. Enligt tidigare litteraturgenomgång immobiliseras MCP-leden i 10-15° flexion med DIP och PIP-leder fria. [6,9,16] Enligt rekommendation från European HANDGUIDE Group immobiliseras MCP-leden i 0° med DIP och PIP-leder fria. [7]



RIKTLINJER FÖR ARBETSTERAPI VID TRIGGERFINGER

Av Temagrupp Hand, Rehab Söder och Samrehab/ M.Ahlström, E. Svensson, A. Sjölin

Datum: 2019-03-28

Gemensam riktlinje inom Regionala Handnätverket Sydöstra Götaland (Region Östergötland, Region Jönköping, Region Kalmar). Nästa revidering 2023.

Ortos vid triggertumme

Tummens IP-led fixeras i extenderat läge, så mycket som möjligt av tumtoppen lämnas fri.^[2]

I en studie rekommenderas fixation av IP-led i 15° flexion dagtid och kompletterat med ortos som immobiliserar både CMC, MCP- och IP-led nattetid.^[13]

Senglidning

Ta av ortosen 3 ggr/dag och upprepa övningarna 5 ggr.^[2,9]

Finger 2-5:

- 1a. Med hjälp av friska handen böj samtliga fingrar in mot handflatan.
- 1b. Sträck samtliga fingrar med hjälp av friska handen (alternativt med egen kraft om det kan utföras utan upphakning eller smärta).
- 2a. Böj ytter- och mellanleder med egen kraft. (Ev. kan ortosen användas som stöd för att hålla rak MCP-led i övningen).
- 2b. Sträck fingrarna med egen kraft. ^[2,5,9] [Bilaga 3]

Tummen:

1. Med hjälp av friska handen böj tummen mot lillfingrets bas.
2. Sträck tummen med hjälp av friska handen (alternativt med egen kraft om det kan utföras utan upphakning eller smärta).^[5] [Bilaga 4]

Patienten erhåller information muntligt och skriftlig om diagnosen, ortosanvändning och träning.^[Bilaga 5]

Ergonomi

Ergonomiska råd kan ges med syfte att undvika aktiviteter som orsakar mekanisk friktion av de involverade senorna.

Det är viktigt att de ergonomiska råden anpassas till patientens individuella behov och kan omfatta aktivitetsutförande inom personlig vård, hushållsgöromål, rekreation/fritid, arbete/sysselsättning, utbildning samt vilka omgivningsfaktorer som påverkar aktivitetsutförandet.



RIKTLINJER FÖR ARBETSTERAPI VID TRIGGERFINGER

Av Temagrupp Hand, Rehab Söder och Samrehab/ M.Ahlström, E. Svensson, A. Sjölin

Datum: 2019-03-28

Gemensam riktlinje inom Regionala Handnätverket Sydöstra Götaland (Region Östergötland, Region Jönköping, Region Kalmar). Nästa revidering 2023.

5 Uppföljning - mål och mätetal

Målet med behandlingen är att kunna använda handen i dagliga aktiviteter utan att fingret hakar upp sig eller smärtar efter 6-10 veckor med ortos.

Telefonuppföljning efter 1 vecka

Arbetsterapeut ringer patienten. Uppföljning av hur träningen fungerar och att patienten klarar av att använda ortosen. Om det är problem bokas besök och patienten får komma för justering av ortosen.

Återbesök efter 4 veckor

Kontroll av behandlingen. Ser allt bra ut fortsätter man som planerat, vid behov justeras ortosen.

Återbesök efter 6-12 veckor

Om fingret är helt bra avslutas behandlingen och patienten kontaktar arbetsterapeuten vid behov. Har det blivit en förbättring men fortfarande inte helt bra kan patienten ha ortosen dygnet runt några veckor till. Om besvären fortfarande kvarstår efter 12 veckor uppmanas patienten ta kontakt med sin läkare.

Bedömningsinstrument:

SST-skala

Antal upphakningar vid 10 aktiva extension-flexion av samtliga fingrar

Smärta – VAS eller NRS

Hälsoenkät arm, axel, hand - QuickDASH

6 Patientsäkerhet/ Komplikationer/ risker

Om fingret är helt låst konsulteras läkare för ställningstagande till annan åtgärd. Vid oförmåga att sträcka fingret fullt p.g.a. smärta bör risk för kontraktur i PIP-leden uppmärksammas.^[6]

Patienten informeras muntligt och skriftligt att kontakta behandlande arbetsterapeut om ortosen skulle ge skav eller tryck.^[Bilaga 5]

7 Referenser

1. Tarbhai, K., Hannah, S., & Schroeder, H.P. (2012). Trigger finger treatment: A Comparison of 2 Splint Designs. *Journal of Hand Surgery*, 37, 243-249.
2. Valdes, K. (2012). A Retrospective Review to Determine the Long-term Efficacy of Orthotic devices for Tiggerfinger. *Journal of Hand Therapy*, 25, 89-96.
3. Runnquist, K., Cederlund, R., & Sollerman C. (1992). *Handens rehabilitering: skador, sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
4. Lundborg, G. & Björkman, A. (2015). *Handkirurgi* (tredje uppl.). Lund: Studentlitteratur.
5. Hunter, J.M., Mackin, E.J., Callahan, A.D. (2011) Rehabilitation of the hand and upper extremity, 6th ed. (pp 575-579). Mosby inc.
6. Ryzewicz, M., & Moriatis Wolf, J. (2006). Trigger digits: principals, management and complications. *Journal of Hand Surgery*, 31A, 135-146.
7. Huisstede, B.M.A., Hoogvliet, P., Coert, J.H. & Fridén, J. for the European HANDGUIDE Group. (2014) Multidisciplinary Consensus Guideline for Managing Trigger Finger: Results From the European HANDGUIDE Study. *Physical Therapy*, 94(10), 1421–1433.
8. Choudhury, M.M. (2014). Prospective study on the management of trigger finger. *Hand Surgery* 19(3), 393-397.
9. Colbourn, J., Heath, N., Manary, S., & Pacifico, D. (2008). Effectiveness of Splinting for the Treatment of Triggerfinger. *Journal of Hand Therapy*, 21,336-343.
10. Rodgers, J.A., MCCarthy, J.A. & Tiedeman, J.J. (1998). Functional Distal Interphalangeal Joint Splinting for Trigger Finger in Laborers: A Review and Cadaver Investigation. *Orthopedics*, 21(3), 305-310.
11. Lunsford, D., Valdes, K. & Hengy, S. (2017). Conservative management of trigger finger: A systematic review. *Journal of Hand therapy*, 28 December.
12. Nimigan, A.S., Rosenblatt, Y., & Gan, B.S. (2006). Trigger Fingers: A Review. *Critical Reviews in Physical & Rehabilitation Medicine*, 18(4), 303-316.
13. Alsancak, S., Güner, S. & Bilgin, S. (2015). Efficacy of Splinting in Two Different Treatment Protocols in Trigger Thumb. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 27, 17-22.



RIKTLINJER FÖR ARBETSTERAPI VID TRIGGERFINGER

Av Temagrupp Hand, Rehab Söder och Samrehab/ M.Ahlström, E. Svensson, A. Sjölin

Datum: 2019-03-28

Gemensam riktlinje inom Regionala Handnätverket Sydöstra Götaland (Region Östergötland, Region Jönköping, Region Kalmar). Nästa revidering 2023.

14. Linder-Tons, S., & Ingell, K. (1998) An Alternative Splint Design for Trigger Finger. *Journal of Hand Therapy*, 11, 206-208.

15. Teo, S.H., Chen Li Ng, D. & Wong, Y.K.Y. (2018). Effectiveness of proximal interphalangeal joint-blocking orthosis vs metacarpophalangeal joint-blocking orthosis in trigger digit management: A randomized clinical trial. *Journal of Hand Therapy*.

16. Patel, M.R., & Bassini, L. (1992). Trigger fingers and thumb: when to splint, inject or operate. *Journal of Hand Surgery*, 17A, 110-113.

Bilaga 1 Stadier av triggerfinger - Stages of Stenosing Tenosynovitis (SST)

Bilaga 2 Ortosförslag

Bilaga 3 Träningsprogram triggerfinger

Bilaga 4 Träningsprogram triggertumme

Bilaga 5 Patientinformation