

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Tina Zorko, (tinzo1), Specialistläkare

Granskad av: Isabell Barksten Sävland, (isaba), Överläkare

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-02

Giltig till: 2028-04-02

PIP-ledsluxationer – akuta skador

Förändringar sedan föregående version

Ingen revidering i denna version. Giltighetstiden förlängd.

Bakgrund

Fingrarnas PIP-leder är vanligt utsatta för skador, bl.a. PIP-ledsluxationer. Samtidigt finns en stark tendens till långdragna besvär med svullnad, stelhet och flexionskontraktur i PIP-leder efter skada. För att minska dessa besvär i så stor utsträckning som möjligt är det viktigt med korrekt behandling så tidigt som möjligt efter skadan.

PIP-ledsluxationer kan vara rena mjukdelsskador eller frakturluxationer. Mjukdelsstrukturer som bl.a. kan skadas är volara plattan, kollateralligament och senor.

Den vanligaste typen av PIP-ledsluxation är den **dorsala luxationen** där mellanfalangen luxerar dorsalt om proximala falangen. Vid dorsala PIP-ledsluxationer skadas bl.a. den volara plattan. Mekanism och kraften i våldet avgör hur omfattande skadorna blir och vilka strukturer som skadas. Skademekanismen kan vara hyperextensionsvåld eller axiellt våld mot en flekterad PIP-led. Frakturer som uppstår i samband med en dorsal luxation engagerar vanligen volara läppen på basen av mellanfalangen.

Det förekommer också **volara luxationer** i PIP-leden där mellanfalangen luxerar volart om proximala falangen. För att en volar luxation ska kunna ske kommer centrala bandet behöva skadas. Mekanism och kraften i våldet avgör hur omfattande skadorna blir och vilka ytterligare strukturer som skadas. Skademekanismen kan vara hyperflexionsvåld eller axiellt våld mot extenderad PIP-led. Frakturer som uppstår i samband med en volar luxation engagerar vanligen dorsala delen av basen på mellanfalangen.

Vid axiellt våld mot PIP-leden med tillräckligt stor kraft kan en frakturluxation uppstå som involverar hela ledytan på basen av mellanfalangen. Detta kan kallas för **pilonfraktur**.

Syfte

Ge stöttning vid handläggning av PIP-ledsluxationer i fingrarna vid akutmottagningen. Ge vägledning angående vilka av dessa skador som kan behandlas utan operation och vilka fall som behöver diskuteras med mer erfaren kollega för ställningstagande om eventuell operativ åtgärd.

Vilka berörs

Alla läkare som tillhör ortopedkliniken och akutmottagningen i NU-sjukvården.

Åtgärder

Utredning

Anamnes bör alltid tas och kan ge vägledning till vilka strukturer som kan misstänkas vara skadade. Ibland kan en PIP-ledsluxation ha reponerats redan innan patienten söker på akutmottagningen och detta behöver då fångas i anamnesen.

Status ska utföras både innan och efter reposition.

Slätröntgen skall ingå i utredningen. Om det inte finns någon påverkan på cirkulation är det oftast lämpligt att vänta med att reponera tills efter röntgen är genomförd. Utseendet på luxationen på röntgen ger information om vilka strukturer som kan misstänkas vara skadade. Ny slätröntgen skall göras efter reposition av PIP-ledsluxationen.

Behandling

PIP-ledsluxationer kan normalt reponeras i fingerbasblockad på akutmottagningen. Om luxationen ej kan reponeras på akutmottagningen behöver patienten tas till operation för reposition.

Dorsal PIP-ledsluxation som är stabila efter reposition kan vanligen behandlas icke-kirurgiskt. PIP-leden skall för att räknas som stabil vara fortsatt kongruent i ledens fulla rörelseomfång vid aktiv flexion och extension. Leden ska också kännas stabil vid test av kollateralligamenten i extenderat och semiflekterat läge. Ett litet avulsionsfragment vid infästningen av volara plattan på volara kanten av basen på mellanfalangen påverkar inte behandlingen om leden är stabil.

Icke-kirurgisk behandling av dorsal PIP-ledsluxation består av omedelbar mobilisering, med rörelseträning och behandling för att minska svullnaden via arbetsterapin. Inget förband behöver appliceras på akutmottagningen, men tvåfingerförband kan användas i 1 vecka om man tror detta leder till att patienten vågar mobilisera fingret bättre. Remiss till arbetsterapin i NU-sjukvården för hjälp med rörelseträning och uppföljning skall skickas vid akutbesöket.

Kirurgi vid dorsal PIP-ledsluxation skall övervägas om leden inte är helt kongruent och stabil efter reposition. Om det finns ett volart frakturfragment på basen av mellanfalangen som involverar mer än 30 % av ledytan indikerar det större risk för att leden inte är stabil. Vid frakturfragment som engagerar 50 % eller mer av ledytan är leden oftast inte stabil.

Volar PIP-ledsluxation som är stabil efter reposition kan vanligen **behandlas icke-kirurgiskt**. PIP-leden skall för att räknas som stabil vara fortsatt kongruent i ledens fulla rörelseomfång vid aktiv flexion och extension. Leden ska också kännas stabil vid test av kollateralligamenten i extenderat och semiflekterat läge. Vid volara PIP-ledsluxationer är det utöver stabilitet också viktigt att testa funktionen av centrala bandet för extensor-senan. Detta görs med Elson's eller modifierat Elson's test. Kopia av akutanteckningen som remiss till arbetsterapin i NU-sjukvården för uppföljning och rehabilitering.

Vid tecken till **skada på centrala bandet** eller osäkerhet kring detta ska PIP-leden immobiliseras med en aluminiumska i extenderat läge. Ett avlöst fragment dorsalt på basen av mellanfalangen räknas som tecken till skada på centrala bandet eftersom detta fäster här. Vid skada på centrala bandet ska PIP-leden immobiliseras 4–5 veckor i extenderat läge. Belastning ökas successivt från 6 veckor till 12 veckor efter skadan. Senan klarar full belastning efter 12 veckor. Kopia av akutanteckningen som remiss till arbetsterapin i NU-sjukvården för uppföljning och rehabilitering.

Kirurgi vid volar PIP-ledsluxation skall övervägas om leden inte är helt kongruent och stabil efter reposition eller vid stort avlöst fragment med dislokation.

Referenslista

Elfar J, Mann T. Fracture-dislocations of the proximal interphalangeal joint. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013 Feb;21(2):88-98

Gaine WJ, Beardsmore J, Fahmy N. Early active mobilisation of volar plate avulsion fractures. *Injury.* 1998 Oct;29(8):589-91.

Paschos NK, Abuhemoud K, Gantsos A, Mitsionis GI, Georgoulis AD. Management of proximal interphalangeal joint hyperextension injuries: a randomized controlled trial. *J Hand Surg Am.* 2014 Mar;39(3):449-54.

Jeffery Yao, *Green's Operative Hand Surgery, Eighth Edition, Chapter 8 Dislocations and Ligament Injuries of the Digits*, Elsevier, 2023

Capon A, Watson A, England H. Therapeutic management of closed central slip injuries: Outcome of a service evaluation. *Hand Therapy.* 2019;24(1):3-12.

Schreuders TA, Soeters JN, Hovius SE, Stam HJ. A Modification Of Elson's Test For The Diagnosis Of An Acute Extensor Central Slip Injury. *The British Journal of Hand Therapy.* 2006;11(4):111-112.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Tina Zorko, (tinzo1), Specialistläkare

Granskad av: Isabell Barksten Sävland, (isaba), Överläkare

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10097-1869289359-219

Version: 2.0

Giltig från: 2026-04-02

Giltig till: 2028-04-02