



2026-05-26

Extrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger i primärvården: En kartläggande litteraturöversikt

Aron Bryngelsson
Wästerläkarna Redegatan vårdcentral

Rapport: 286859 (rapportnr FoU i VGR), 2026

Litteraturstudie 2026

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/286859>

Utförd under ST i allmänmedicin
inom Grundläggande forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

Handledare:

Kjell Reichenberg

kjell@reichenberg.se

Docent i folkhälsovetenskap

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs universitet

Studierektor:

Charlotte Annerud

Specialistläkare i allmänmedicin

Sammanfattning

Bakgrund

Triggerfinger är en sjukdom som drabbar fingrarnas senor och som ger besvär med smärta, upphakningar och låsningar. En vanlig behandling för triggerfinger är kortisoninjektion där kortisonet injiceras i senskidan (intrasynovialt). Kortisonet kan även ges utanför senskidan (extrasynovialt) vilket anses vara en enklare metod som potentiellt är mer lämplig att använda i primärvård. Det finns enstaka studier om extrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger men, såvitt känt, saknas i dagsläget en sammanställning av dessa studier.

Syfte/frågeställning

Syftet är att undersöka om extrasynovial kortisoninjektion en lämplig behandling för triggerfinger i primärvården genom att kartlägga det aktuella kunskapsläget om metoden. Finns det någon dokumenterad skillnad i utfall för extra- och intrasynovial kortisoninjektion?

Metod

En kartläggande litteraturöversikt utfördes enligt Arksey och O'Malleys metod. En strukturerad sökning genomfördes i Embase och Pubmed.

Resultat

Sökningarna i Embase och Pubmed gav totalt 858 träffar. Efter granskning inkluderades sex artiklar i sammanställningen. Inga komplikationer identifierades i studierna. Effekt på smärta, rörelseinskränkning, funktionsnedsättning, symtomfrihet och antal recidiv var likartad för extra- och intrasynoviala injektioner.

Konklusion

I denna sammanställning framkommer inget som talar emot att extrasynovial kortisoninjektion är en lämplig behandling för triggerfinger i primärvård. Ytterligare studier krävs dock för att bättre kunna värdera nytta och risker.

Nyckelord

Triggerfinger, extrasynovial, subkutan, kortison, injektion.

Bakgrund

Diagnos

Diagnosen triggerfinger ställs genom typisk klinisk bild (1). Vanligtvis uppkommer tilltagande besvär med smärta och rörelseinskränkning (upphakningar och låsningar) av det drabbade fingret, vilket beror på trängsel där flexorsenorna passerar det första annularligamentet. Livstidsincidensen för vuxna är cirka 2 %, med en incidenstopp vid 50–60 års ålder. Kvinnor drabbas något oftare än män. Ett spontant tillfrisknande ses i cirka 20–29 % av fallen (2).

Behandling med kortisoninjektion

Triggerfinger kan behandlas med en rad konservativa metoder alternativt med kirurgi. Av de konservativa metoderna anses kortisoninjektion vara den mest effektiva (3–5). Vid otillräcklig effekt av en första injektion ges ofta ytterligare en till två injektioner (6). Först efter två misslyckade kortisoninjektioner rekommenderas behandling med kirurgi (7). Kortisonet administreras vanligtvis intrasynovialt (i senskidan) men kan även ges extrasynovialt (subkutant) vid det första annularligamentet (8,9). Olika typer av kortison och doser kan användas. Vanligt förekommande är 4–6 mg dexametason, 8–15 mg triamcinolon eller 40 mg metylprednisolon (10). Även betametason användas i doser på exempelvis 6 mg (11).

Komplikationer

I en översiktsartikel från 2026 sammanställdes komplikationer associerade med kortisoninjektion för triggerfinger. Det rapporterades tillfälligt ökad smärta i fingret för 13 %, värmevallningar för 36 %, fettnekros för 2 %, långvarig smärta vid injektionsstället för 4 %, lokal svullnad för 6 % och stelhet i det injicerade fingerat för 4 % av injektionerna. Samtliga komplikationer ansågs lindriga. Injektionslokalen specificerades inte (5). Andra kända komplikationer till lokal kortisoninjektion är pigmentförändringar, skador på nerver eller senor, infektioner och allergiska reaktioner (12).

Smärta

Smärta före och efter behandling av triggerfinger kan mätas med visuell analog skala (VAS)(8) där upplevd smärta graderas mellan 0 (ingen) och 10 (värsta möjliga) (5,13). I en studie från år 2015 där deltagarna fick en

till två intrasynoviala kortisoninjektioner sjönk medelvärdet för VAS från 4,8 till 1,46 efter sex veckor och till 0,5 efter sex månader (14).

Rörelseinskränkning

Rörelseinskränkningen vid triggerfinger kan graderas enligt The Quinnell grading system från 0 till 4:

- 0 Normal rörlighet.
- 1 Upphakning/ojämn rörelse.
- 2 Låsning som går att häva aktivt med fingrets egen kraft.
- 3 Låsning som behöver hävas passivt, till exempel med hjälp av den andra handen.
- 4 Fixerad låsning som inte går att häva (15).

I en studie från år 2015 där deltagarna fick en till två intrasynoviala kortisoninjektioner sjönk medelvärdet för Quinnell-graden från 2,6 till 0,37 efter sex månader (14).

Funktionsnedsättning

Upplevd funktionsnedsättning vid triggerfinger kan mätas med frågeformuläret Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH), som graderar upplevd funktionsnedsättning mellan 0 (ingen) och 100 (största möjliga) (15). I en studie från år 2008 där deltagarna fick en till två kortisoninjektioner och där samma finger fick kortison både extra- och intrasynovialt, sjönk medelvärdet för DASH från 24 till 11 efter tre månader (16).

Symtomfrihet

Studier om kortisoninjektion för triggerfinger använder ofta symtomfrihet som utfallsmått vilket innebär avsaknad av såväl smärta som rörelseinskränkning (4,5). För detta utfallsmått visar tidigare forskning varierande resultat. I en studie från 1989 blev drygt 90 % symtomfria efter en till två intrasynoviala injektioner (17) och i en annan studie från 2012 blev drygt 60 % symtomfria efter en till tre intrasynoviala injektioner (6).

Recidiv

Återkommande symtom på triggerfinger efter kortisoninjektion som kräver ytterligare åtgärd definierar ett recidiv (18). Även för detta utfallsmått visar tidigare forskning varierande resultat. I en studie från 2013 recidiverade 34 % (18) och i en annan studie från 2021 recidiverade 61 % (19). Injektionerna gavs intrasynovialt och genomsnittlig tid till

recidiv var tio månader i båda studierna (18,19). Engagemang av flera fingrar, låg ålder, insulinbehandlad diabetes och förekomst av andra tendinopatier i övre extremiteter är exempel på riskfaktorer för recidiv (19).

Extrasynovial kortisoninjektion och primärvård

Intrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger kan ges i primärvård (20). Extrasynovial injektion anses dock vara enklare att utföra och därför bättre lämpad för en primärvårdskontext (21,22). Det finns forskning som specifikt studerat extrasynoviala injektioner för triggerfinger men, såvitt känt, saknas i dagsläget en sammanställning av dessa studier.

Syfte/frågeställning

Arbetets övergripande syfte är att undersöka om extrasynoviala kortisoninjektioner för vuxna med triggerfinger är en lämplig behandling att ge i primärvård. Mer specifikt syftar arbetet till att kartlägga kunskapsläget om extrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger hos vuxna med avseende på komplikationer, smärta, rörelseinskränkning, funktionsnedsättning, symtomfrihet och förekomst av recidiv. Finns det skillnader mellan extra- och intrasynoviala injektioner för ovan nämnda utfallsmått?

Metod

Studiedesign

För att få en överblick över det aktuella kunskapsläget om extrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger gjordes en kartläggande litteraturöversikt enligt Arksey och O'Malleys metod (23). Efter identifiering av forskningsfrågan genomfördes en litteratursökning i PubMed och Embase där lämpliga artiklar selekterades fram utifrån förutbestämda inklusions- och exklusionskriterier.

Identifiering av forskningsfråga

Forskningsfrågan utformades enligt PICO-modellen (population, intervention och outcome/utfall):

- P (population): Män och kvinnor från hela världen över 16 år med diagnosen triggerfinger i ett eller flera fingrar.
- I (intervention): Extrasynovial kortisoninjektion.

- O (outcome): Komplikationer, smärta, rörelseinskränkning, funktionsnedsättning, symtomfrihet eller förekomst av recidiv.

Inklusion- och exklusionskriterier

För inkludering krävdes att studierna uppfyllde ovan beskrivna PIO-modell. Endast vetenskapliga originalstudier publicerade på engelska eller svenska inkluderades. Studier där administrationssättet för injektionen inte framgick av titel eller sammanfattning exkluderades, liksom studier utan tillgänglig fulltext.

Databaser och söksträng

Litteratursökningen utfördes i databaserna PubMed och Embase. Val av databaser gjordes av författaren i samråd med bibliotekarier på Biomedicinska biblioteket i Göteborg. PubMed är en databas från National Library of Medicine för litteratur om biomedicin och livsvetenskap (24). Embase är en biomedicinsk databas från Elsevier som är särskilt inriktad på forskning om läkemedel (25).

Söksträngarna utarbetades av författaren i samråd med bibliotekarier på Biomedicinska biblioteket i Göteborg. De innehöll kontrollerade ämnesord för respektive databas (MeSH-termer för PubMed och Emtree-termer för Embase) och fritexttermer för titel och sammanfattning. ChatGPT användes för att hitta lämpliga synonymer och preparatnamn. Inga filter användes. Söksträngar och antal träffar presenteras i tabell 1 och 2. Sökningarna genomfördes den 9 mars 2026.

Tabell 1: Sökning i PubMed 2026-03-09. Inga filter användes.

Sökning	Söksträng	Träffar
#1	"trigger finger disorder"[Mesh] OR "trigger finger*"[tiab] OR "trigger digit*"[tiab] OR "trigger thumb"[tiab] OR "snapping finger*"[tiab] OR "flexor tendon entrapment"[tiab] OR "stenosing tenosynovitis"[tiab]	1 983
#2	steroids[Mesh] OR glucocorticoids[Mesh] OR cortisone[Mesh] OR steroid*[tiab] OR corticosteroid*[tiab] OR glucocorticoid*[tiab] OR corticoid*[tiab] OR hydrocortisone[tiab] OR cortisone[tiab] OR methylprednisolone[tiab] OR methyl-prednisolone[tiab]	1 340 972

	OR prednisolone[tiab] OR prednisone[tiab] OR triamcinolone[tiab] OR dexamethasone[tiab] OR betamethasone[tiab]	
#3	injections[Mesh] OR inject*[tiab] OR infiltrat*[tiab]	1 386 770
#4	#1 AND #2 AND #3	363

Tabell 2: Sökning i Embase 2026-03-09. Inga filter användes.

Sökning	Söksträng	Träffar
#1	`trigger finger'/exp OR `trigger finger*':ti,ab,kw OR `trigger digit*':ti,ab,kw OR `trigger thumb':ti,ab,kw OR `snapping finger*':ti,ab,kw OR `flexor tendon entrapment':ti,ab,kw OR `stenosing tenosynovitis':ti,ab,kw	2 616
#2	steroid/exp OR glucocorticoid/exp OR cortisone/exp OR steroid*:ti,ab,kw OR corticosteroid*:ti,ab,kw OR glucocorticoid*:ti,ab,kw OR corticoid*:ti,ab,kw OR hydrocortisone:ti,ab,kw OR cortisone:ti,ab,kw OR methylprednisolone:ti,ab,kw OR methyl-prednisolone:ti,ab,kw OR prednisolone:ti,ab,kw OR prednisone:ti,ab,kw OR triamcinolone:ti,ab,kw OR dexamethasone:ti,ab,kw OR betamethasone:ti,ab,kw	2 425 755
#3	injection/exp OR inject*:ti,ab,kw OR infiltrat*:ti,ab,kw	1 789 708
#4	#1 AND #2 AND #3	495

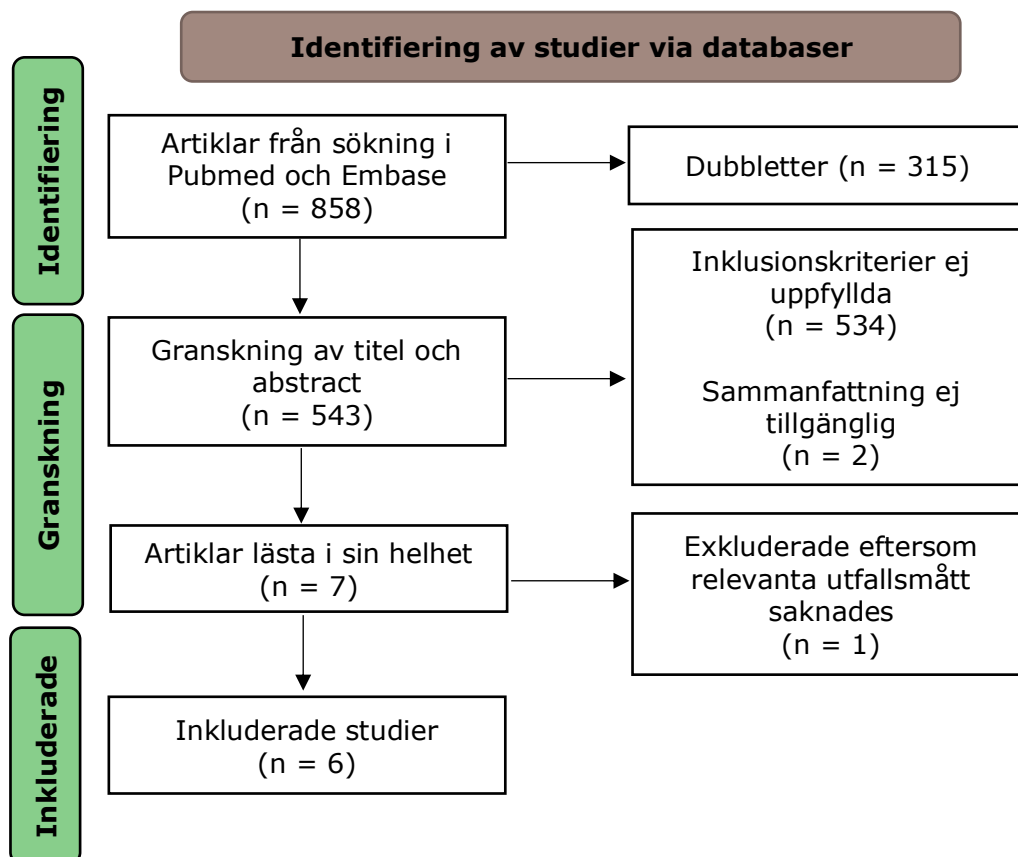
Etik

Det var inte aktuellt att göra en etisk prövning för detta arbete eftersom det är en sammanställning av tidigare forskning. De inkluderade artiklarna har emellertid granskats ur ett etiskt perspektiv och eventuella anmärkningar tas upp i diskussionsavsnittet.

Resultat

Sökningarna gav 363 träffar i PubMed och 495 i Embase (totalt 858). Efter att 315 dubletter tagits bort kvarstod 543 artiklar där titel och sammanfattning granskades. Sju artiklar valdes ut för genomgång av fulltext. En av dessa exkluderades eftersom relevanta utfallsmått saknades. Urvalsprocessen beskrivs i figur 1 enligt The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (26). De sex inkluderade artiklarna presenteras i tabell 3.

Fyra av de inkluderade studierna var randomiserade kontrollerade studier (RCT). Tre av dessa jämförde extra- och intrasynovial injektion (27–29). Den fjärde studien av typen RCT jämförde två olika metoder för extrasynoviala injektioner med avseende på smärta vid injektionerna, vilket inte var relevant för denna översikt. I båda grupperna studerades även symtomfrihet och recidiv och dessa resultat har inkluderats i sammanställningen (30). De övriga två studierna var av typen prospektiva kohortstudier och gav enbart sina deltagare extrasynoviala injektioner (30,31).



Figur 1. Flödesdiagram över urvalsprocessen enligt The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Tabell 3: Inkluderade studier, grupper, injektioner och utfall. Inga studier påvisade några komplikationer.

Författare, år, land, studie-design	Grupper, antal deltagare (d), antal fingrar (f) och injektionsteknik	Medelålder och könsfördelning	Preparat och antal injektioner	Relevanta utfallsmått	Tid för uppföljning och resultat
Taras et al. (27), 1998, USA, RCT	Deltagarna randomiserades till extrasynovial (d=48, f=55) eller intrasynovial injektion (d=48, f=52). Efter röntgen skedde en omgruppering enligt faktisk injektionslokal till extrasynovial (f=64), intrasynovial (f=19) eller blandad injektion (f=24).	Extrasynovial grupp: medelålder 62år, 19 män och 28 kvinnor. Intrasynovial grupp: medelålder 60 år, 18 män och 30 kvinnor.	Injektionerna innehöll 1 ml (6 mg) betametason, 0,5 ml LA och 0,5 ml röntgenkontrast. Varje finger fick en injektion.	Symtomfrihet	Efter två veckor jämfördes symtomfrihet mellan grupperna. Det gick inte att dra några slutsatser på grund av för få deltagare.
Kazuki et al. (31), 2006, Japan, prospektiv kohortstudie	Samtliga deltagare/fingrar fick extrasynovial injektion (d=100, f=129) med blind teknik.	Medelålder 60 år, 24 män och 76 kvinnor.	Injektionerna innehöll 0,5 ml (2,5 mg) betametason och 1 ml LA. Vid behov gavs upp till fyra injektioner.	Smärta, rörelseinskränkning och recidiv	Uppföljning skedde under 1–42 (snitt 6) månader. Smärtan lindrades för 98 % och upphakningar reducerades för 74 %. 45 % recidiverade.
Shinomiya et al. (28), 2016, Japan, RCT	Deltagarna randomiserades till extrasynovial (d=28, f=32) eller intrasynovial injektion (d=27, f=29) med ultraljudsledt teknik.	Extrasynovial grupp: medelålder 66 år, 13 män och 15 kvinnor. Intrasynovial grupp: medelålder 66 år, 13 män och 14 kvinnor.	Injektionerna innehöll 0,5 ml med 5 mg triamcinolon och 1% LA. Varje finger fick en injektion.	Smärta, rörelseinskränkning och recidiv	Efter en månad jämfördes remission av smärta, upphakningar och låsningar. Recidiv jämfördes mellan grupperna efter ett år. Skillnaden var ej signifikant.

Mardani-Kivi et al. (29), 2017, Iran, RCT	Deltagarna randomiserades till extrasynovial (d=83, f=83). eller intrasynovial (d=83, f=83) injektion med ultraljudsledd teknik.	Extrasynovial grupp: medelålder 48,5 år, 33 män och 50 kvinnor. Intrasynovial grupp: Medelålder 49,8 år, 29 män och 54 kvinnor.	Injektionerna innehöll 1 ml (40 mg) metylprednisolon och 0,5 ml LA. Vid behov gavs upp till tre injektioner.	Rörelseinskränkning (Quinnell-grad)	Studien har jämfört Quinnell-grad före och vid flera tillfällen under ett år efter första injektionen. Extra injektioner gavs vid otillräcklig effekt/recidiv. Skillnaden mellan grupperna var ej signifikant.
Jiménez et al. (30), 2020, Spanien, RCT	Deltagarna randomiserades till extrasynovial injektion från handens dorsala sida (d=84, f=84) eller extrasynovial injektion från handens palmar sida (d=76, f=76). Båda grupperna fick injektionerna med blind teknik.	Dorsal grupp: medelålder: 61 år, 24 män och 60 kvinnor. Palmar grupp: medelålder 59 år, 20 män och 56 kvinnor.	Injektionerna innehöll 1 ml (6 mg) betametson och 1 ml LA. Vid behov gavs upp till två injektioner.	Symtomfrihet och recidiv	Det primära utfallsmåttet i denna studie var smärta från själva injektionen men båda grupperna följdes också upp med relevanta utfallsmått för denna sammanställning. Uppföljning skedde efter 1, 3 och 12 månader. Efter ett år var 62 % symtomfria och 5,8 % hade fått recidiv. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna.
Jiménez et al. (32), 2022, Spanien, prospektiv kohortstudie	Samtliga deltagare fick injektionen extrasynovialt (d=126, f=126) med blind teknik.	Medelålder 61 år, 40 män och 86 kvinnor.	Injektionerna innehöll 1 ml (6 mg) betametson och 1 ml LA. Vid behov gavs upp till två injektioner.	Funktionsnedsättning enligt DASH, symtomfrihet och recidiv	Uppföljning skedde efter 1, 3 och 12 månader. Efter ett år var 65 % symtomfria. DASH innan extrasynovial injektion var i snitt 48 och efter ett år 8,6 (p < 0,05). 5,9 % recidiverade.

Förkortningar: RCT = randomiserad kontrollerad studie; d = antal deltagare; f = antal fingrar; LA = lokal anestesi; DASH = Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand.

Taras et al. (27) utförde sin studie på ett handcenter i Philadelphia och South Jersey i USA. Kazuki et al. (31) och Shinomiya et al. (28) utförde sina studier på ortopedkliniker tillhörande universitetssjukhus i Japan. Studien av Mardani-Kivi et al. (29) utfördes på en ortopedklinik tillhörande ett universitetssjukhus i Iran där injektionerna gavs av interventionsradiologer med minst fem års erfarenhet. Studierna av Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) är båda gjorda i Spanien och där utfördes injektionerna av ortopedier.

Taras et al. (27), Kazuki et al. (31) och Jiménez et al. från 2020 (30) samt 2022 (32) hade alla en medelålder på cirka 60 år för sina deltagare. Mardani-Kivi et al. (29) hade en något lägre medelålder på cirka 50 år och Shinomiya et al. (28) en något högre medelålder på 66 år. Samtliga studier hade fler kvinnliga än manliga deltagare. Shinomiya et al. (28) hade drygt 50 % kvinnor och för övriga studier var andelen kvinnliga deltagare mellan 60 och 80 % (27,29–32).

Taras et al. (27) och Jiménez et al. från 2020 (30) samt 2022 (32) gav injektioner med 6 mg betametason. Kazuki et al. (31) injicerade också betametason men använde en lägre dos på 2,6 mg. Shinomiya et al. (28) gav i stället 5 mg triamcinolon och Mardani-Kivi et al. (29) gav 40 mg metylprednisolon till sina deltagare. Hur många injektioner som gavs till varje deltagare/finger varierade. Taras et al. (27) och Shinomiya et al. (28) gav enbart en injektion. I övriga studier upprepades injektionerna vid behov. Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) gav upp till två, Mardani-Kivi et al. (29) gav upp till tre (29) och Kazuki et al. (31) gav upp till fyra injektioner.

Studierna har använt olika metoder för att verifiera injektionernas faktiska lokal. Taras et al. (27) gav kortisoninjektioner med tillägg av röntgenkontrast och kunde efteråt undersöka var injektion hamnade med hjälp av röntgen. Shinomiya et al. (28) och Mardani-Kivi et al. (29) utförde injektionerna med ledning av ultraljud och kunde på så sätt bekräfta injektionens faktiska lokal. Kazuki et al. (31) och Jiménez et al. från 2020 (30) samt 2022 (32) gav subkutana injektioner med blind teknik, utan visuell guidning.

Tiden för uppföljning och utvärdering av injektionerna varierade mycket mellan studierna. Vanligast var att följa deltagarna vid flera tillfällen under ett år (28–30,32). Taras et al. (27) följde enbart upp sina deltagare efter två veckor och Kazuki et al. (31) anger att de följde sina deltagare mellan 1 och 42 (snitt 6) månader.

Komplikationer

Ingen av studierna identifierade några komplikationer för deltagarna. Antalet studerade fingrar var sammanlagt 749, varav 585 behandlades med minst en extrasynovial kortisoninjektion (27–32).

Smärta

Kazuki et al. (31) och Shinomiya et al. (28) studerade remission av smärta. Kazuki et al. (31) gav en till fyra injektioner extrasynovialt och följde sina deltagare under sex månader i snitt. Upplevd smärta kategoriserades i två nivåer: ingen/liten och moderat/svår. Efter injektionerna upplevde 98 % mindre smärta. Shinomiya et al. (28) randomiserade sina deltagare till antingen extra- eller intrasynoviala kortisoninjektioner. Andelen som blev helt smärtfria jämfördes mellan grupperna efter en månad och ingen signifikant skillnad påvisades.

Rörelseinskränkning

Kazuki et al. (31), Shinomiya et al. (28) och Mardani-Kivi et al. (29) studerade specifikt rörelseinskränkning. Kazuki et al. (31) gjorde en egen kategorisering av rörelseinskränkning i tre nivåer (I–III) för sina deltagare. I innebar normal rörlighet, II innebar upphakningar och III innebar låsningar i fingret. Efter en till fyra extrasynoviala injektioner med uppföljning i snitt sex månader reducerades upphakningarna för 74 % av deltagarna.

Shinomiya et al. (28) randomiserade sina deltagare till antingen extra- eller intrasynoviala injektioner och jämförde komplett remission av upphakningar och låsningar efter en månad. Ingen signifikant skillnad påvisades mellan metoderna.

Mardani-Kivi et al. (29) randomiserade också sina deltagare till antingen extra- eller intrasynoviala injektioner och följde båda grupperna med Quinnell-grad under ett år. Ingen signifikant skillnad påvisades mellan metoderna.

Funktionsnedsättning

Jiménez et al. från 2022 (32) studerade självskattad funktionsnedsättning med DASH före och efter extrasynovial kortisoninjektion. Resultaten visade en statistiskt signifikant förbättring från ett medelvärde på 48 före behandlingen till ett medelvärde på 8,6 efter ett år ($p < 0,05$).

Symtomfrihet

Taras et al. (27) och Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) använde symtomfrihet som utfallsmått. Taras et al. (27) jämförde tre grupper som fått extrasynoviala, intrasynoviala och blandade injektioner efter två veckor. Författarna kunde inte dra några säkra slutsatser från studien på grund av för få deltagare. Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) gav sina deltagare en till två extrasynoviala injektioner och redovisade att 62 % (2020) respektive 65 % (2022) av deltagarna blev symtomfria efter ett år.

Recidiv

Kazuki et al. (31), Shinomiya et al. (28) och Jiménez et al. från 2020 (30) samt 2022 (32) studerade antal recidiv. Kazuki et al. (31), som gav en till fyra subkutana injektioner, beskrev att 45 % recidiverade. Tiden som deltagarna följdes varierade mellan 1–42 (snitt 6) månader. Shinomiya et al. (28), som randomiserade sina deltagare till antingen extra- eller intrasynovial injektion, jämförde antal recidiv efter ett år. Ingen signifikant skillnad kunde påvisas. Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32), där deltagarna fått en till två subkutana injektioner, rapporterade att 5,8 % respektive 5,9 % av deltagarna drabbades av recidiv efter ett år.

Diskussion

Sammanfattning av resultat

Denna litteraturöversikt undersökte om extrasynovial kortisoninjektion är en lämplig behandling för triggerfinger i primärvård. Sex studier inkluderades och deras resultat för utfallsmåtten komplikationer, smärta, rörelseinskränkning, funktionsnedsättning, symtomfrihet och recidiv sammanställdes. Tre av studierna randomiserade sina deltagare till antingen extra- eller intrasynoviala injektioner (27–29). En studie jämförde två olika metoder för extrasynoviala injektioner med avseende på smärta vid injektionerna, vilket inte var relevant för denna översikt. I båda grupperna studerades även symtomfrihet och recidiv och dessa resultat har inkluderats i sammanställningen (30). Två av studierna var prospektiva där samtliga deltagare fick extrasynoviala injektioner (27,32).

Ingen av studierna identifierade några komplikationer (27–32). En av studierna som jämförde extra- och intrasynoviala injektioner hade för få deltagare för att kunna dra några slutsatser (27). De övriga två jämförande studierna påvisade ingen signifikant skillnad för smärta, rörelseinskränkning eller antal recidiv för metoderna (28,29).

I tre studier fick samtliga deltagare extrasynoviala injektioner. I en av dessa rapporterades remission av smärta i 98 % och av upphakningar i 74 % (31). I en annan studie minskade funktionsnedsättningen enligt DASH från i genomsnitt 48 till 8,6, och 62 % av deltagarna blev symtomfria (30). Ytterligare en studie visade symtomfrihet hos 65 % (32). Recidivfrekvensen rapporterades till 40 % (31), 5,8 % (30) och 5,9 % (32).

Resultatet i relation till tidigare forskning

En tidigare översiktsartikel har beskrivit att lindriga komplikationer, såsom värmevallningar och tillfälligt ökad smärta, är vanligt vid kortisoninjektioner för triggerfinger (5). Det förefaller därför osannolikt att inga komplikationer förekom i de inkluderade studierna, med sammanlagt 749 studerade fingrar. Samtliga studier saknade en tydlig definition av begreppet komplikation, vilket innebär att lindriga komplikationer kan ha förekommit utan att redovisas. Mer allvarliga komplikationer hade däremot sannolikt rapporterats. Det finns därför inget i resultatet som tyder på en hög förekomst av allvarliga komplikationer för extrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger.

Tidigare studier har visat att intrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger har god effekt på smärta. En studie från 2015, där deltagarna fick en till två injektioner, har visat att medelvärdet för VAS sjönk från 4,8 till 0,5 efter sex månader (14). Kazuki et al. (31), som följde sina deltagare i snitt sex månader, rapporterade att smärtan lindrades för 98 % efter en till fyra subkutana injektioner. Studien använde en egen smärtskala med två steg. Resultatet antyder en god effekt, men det framgår inte hur stor smärtlindring deltagarna upplevde och det är svårt att ställa resultatet i relation till tidigare forskning. En mer vedertagen smärtskala med fler steg, såsom VAS, hade gjort resultatet lättare att tolka och jämföra med annan forskning. Shinomiya et al. (28), som jämförde extra- och intrasynoviala injektioner, påvisade ingen signifikant skillnad för komplett remission av smärta efter en månad. Sammantaget finns det inget som talar mot att extrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger skulle ha god effekt på smärta.

Tidigare studier har visat att intrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger har god effekt på rörelseinskränkning. En studie från 2015, där deltagarna fick en till två injektioner, visade att medelvärdet för Quinnell-graden sjönk från 2,6 till 0,37 efter sex månader (14). För Kazuki et al. (31), som gav en till fyra extrasynoviala injektioner med uppföljning i snitt sex månader, reducerades upphakningarna för 74 % av deltagarna. Studien använde en egen tregradig skala för rörelseinskränkning. Resultatet tyder på en god effekt men det är det svårt att ställa utfallet i

relation till annan forskning eftersom studien använder egna kategorier. Shinomiya et al. (28) och Mardani-Kivi et al. (29) jämförde extra- och intrasynoviala injektioners effekt på rörelseinskränkning och ingen av studierna kunde påvisa någon signifikant skillnad i rörelseinskränkning. Sammantaget talar inget i denna sammanställning emot att extrasynovial kortisoninjektion vid triggerfinger har god effekt på rörelseinskränkning.

Ett annat utfallsmått för kortisoninjektion för triggerfinger är upplevd funktionsnedsättning. En studie från 2008, där deltagarna fick en till två kortisoninjektioner både extra- och intrasynovialt, har visat att medelvärdet för DASH sjönk från 24 till 11 efter tre månader (16). Jiménez et al. från 2022 (32), som gav en till två extrasynoviala injektioner, visade en signifikant förbättring av DASH från i snitt 48 före behandlingen till i snitt 8,6 efter ett år ($p < 0,05$). Resultatet talar för att kortisoninjektioner som enbart ges extrasynovialt också har god effekt på upplevd funktionsnedsättning. Att utgångsvärdet för DASH skiljer sig åt mellan studierna kan ha många olika förklaringar, såsom olika grad av symtom vid studiernas början och olika krav på funktion för deltagarna. Att slutligt medelvärde för DASH skiljer sig mellan studierna kan bero på uppföljningstiden.

Tidigare studier om intrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger som har använt symtomfrihet som utfallsmått visar varierande resultat. En studie från 1989 har visat att drygt 90 % blev symtomfria efter en till två intrasynoviala injektioner (17) och en annan studie från 2012 har visat att drygt 60 % blev symtomfria efter en till tre intrasynoviala injektioner (6). Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) gav sina deltagare en till två extrasynoviala injektioner och visade att 62 % (2020) respektive 65 % (2022) av deltagarna blev symtomfria efter ett år. Resultatet är i linje med tidigare forskning för intrasynovial injektion. Taras et al. (27), som jämförde extrasynoviala, intrasynoviala och blandade injektioner efter två veckor, hade för få deltagare för att kunna dra några slutsatser.

Studier om intrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger har rapporterat varierande grad av recidiv. En studie från 2013 har visat att 34 % recidiverade (18) och en annan studie från 2021 har visat att 61 % recidiverade (19). Shinomiya (28) hittade ingen signifikant skillnad vad gäller antal recidiv för extra- och intrasynovial injektion. Kazuki et al. (31) rapporterade att 45 % drabbades av recidiv, vilket är i linje med tidigare forskning. Enligt Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) recidiverade 5,8 % respektive 5,9 %, vilket får anses vara anmärkningsvärt låga siffror. Sammantaget finns det inget i de inkluderade studierna som tyder på att extrasynovial injektion skulle ge högre risk för recidiv än intrasynovial injektion.

En förklaring till att Jiménez et al. från 2020 (30) och 2022 (32) fick så få recidiv kan vara att personer med engagemang av flera fingrar exkluderades. Som tidigare nämnts är engagemang av flera fingrar, låg ålder, insulinbehandlad diabetes och förekomst av andra tendinopatier i övre extremiteter riskfaktorer för recidiv (17). Eftersom Kazuki et al. (31) inkluderade 129 fingrar på 100 deltagare kan fler recidiv förväntas. Medelåldern för deltagarna var cirka 60 år i alla tre studier. Förekomst av insulinbehandlad diabetes och andra tendinopatier redovisades inte i någon av studierna (19).

Metoddiskussion

Taras et al. (27), som jämförde extra- och intrasynovial injektion, skriver att de hade för få deltagare för att kunna dra några slutsatser, vilket är en uppenbar svaghet för studien. Shinomiya et al. (28) och Mardani-Kivi et al. (29) skriver båda att de inte kunde påvisa någon signifikant skillnad mellan grupperna i fråga om flera olika utfallsmått (se tabell 3). Frånvaron av signifikanta skillnader innebär dock inte att ekvivalens mellan extra- och intrasynovial injektion kan fastställas. För detta krävs studier med särskilt upplägg (33). Kazuki et al. (31) och Jiménez et al. från 2020 (30) samt 2022 (32), som enbart gav injektionerna extrasynovialt, saknar i många fall konfidensintervall eller andra statistiska beräkningar för sina utfallsmått. Det försvårar tolkningen av resultaten och påverkar tillförlitligheten negativt.

Samtliga inkluderade studier utfördes i en sekundärvårdskontext. En viktig fråga är därför om resultaten är överförbara till primärvård. Utförare i primärvård har sannolikt mindre erfarenhet och saknar ofta visuella hjälpmedel såsom ultraljud. Det kan innebära sämre precision vilket är särskilt relevant vid intrasynoviala injektioner. Eftersom extrasynoviala injektioner anses relativt enkla (21,22) borde skillnaden i träffsäkerhet vara mindre relevant, vilket talar för en viss överförbarhet. Samtidigt kan sämre träffsäkerhet påverka utfallet även för extrasynoviala injektioner, exempelvis genom ökad risk för skador på närliggande nerver och senor. Skillnader i patientpopulation mellan primär- och sekundärvård kan också påverka resultaten, då patienter i sekundärvård ofta har mer samsjuklighet och svårare symtom.

Studierna som jämförde extra- och intrasynoviala injektioner bedöms vara relevanta även för primärvård, eftersom en behandling som är rimlig att ge i primärvård (extrasynovial injektion) jämförs med en behandling som är bättre lämpad för sekundärvård (intrasynovial injektion med visuellt hjälpmedel). Sammantaget bedöms samtliga studier vara relevanta för primärvård, även om överförbarheten är osäker.

Styrkor och svagheter

Denna översikt utfördes endast av en författare, vilket är en begränsning som ökar risken för misstag i selektionsprocessen och i tolkningen av de inkluderade studiernas resultat. Sökningarna utfördes endast i två databaser vilket innebär risk för att viktiga publikationer kan ha missats. Ingen systematisk granskning av kvaliteten på ingående studier har utförts vilket är en svaghet för detta arbete. Kvalitetsgranskning av inkluderade studier ingår dock vanligen inte i en kartläggande litteraturöversikt (23).

En styrka med översikten är att Arksey och O'Malleys (23) strukturerade metod användes för att identifiera, samla in och bearbeta data. Samtliga artiklar som inkluderades kunde dessutom analyseras i fulltext, vilket ökar sannolikheten för att den mest relevanta forskningen inom ämnet har kommit med.

Etik

Taras et al. (27) och Kazuki et al. (31) redovisade inte något etiskt godkännande i sina artiklar, vilket de övriga inkluderade studierna gjorde. En förklaring till det kan vara att de är äldre än övriga studier. Taras et al. (27) gjorde sin studie i USA och den publicerades 1998. Redan 1991 infördes dock Common Rule i USA, som ställde krav på etisk prövning (34). Kazuki et al. (31) utförde sin studie i Japan och publicerade denna 2006. Etiska riktlinjer för medicinsk forskning på människor började ta form i Japan efter millennieskiftet (35). Tidsaspekten kan således inte helt förklara avsaknaden av etiskt godkännande i de två artiklarna.

Implikationer för primärvården

Det finns inga resultat i denna kartläggande översikt som talar emot användning av extrasynoviala kortisoninjektioner vid behandling av triggerfinger i primärvård. Trots att två studier i denna sammanställning inte kunde påvisa någon signifikant skillnad i utfall för extra- och intrasynoviala injektioner finns det inga studier som visar att behandlingarna är likvärdiga i nuläget. Det finns inte heller några studier som specifikt undersöker resultatet av extrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger i en primärvårdskontext. Användning i klinisk praxis kan därför övervägas, men bör om möjligt ske inom ramen för studier, eftersom kunskapsläget är osäkert.

Framtida forskning

I dagsläget saknas studier som specifikt kartlägger komplikationer för extrasynovial kortisoninjektion vid triggerfinger, vilket är relevant att

undersöka. Vidare hade ett mer standardiserat sätt att mäta olika behandlingseffekter av triggerfinger underlättat kommande forskning. Det finns behov av studier som undersöker ekvivalens för extra- och intrasynoviala kortisoninjektioner för triggerfinger, exempelvis med avseende på komplikationer, smärta, rörelseinskränkning, funktionsnedsättning, symtomfrihet och förekomst av recidiv. Det finns också behov av att studera extrasynovial kortisoninjektion för triggerfinger i en primärvårdskontext.

Konklusion

De ingående studiernas resultat ska tolkas med försiktighet, men i denna sammanställning framkommer inget som motsäger att extrasynovial kortisoninjektion är en lämplig behandling för triggerfinger som kan utföras i primärvård. Fler studier krävs för att bättre kunna jämföra extra- och intrasynovial kortisoninjektion och för att kunna värdera lämplig injektionslokal för triggerfinger i primärvård.

Intressekonflikter

Författaren uppger att inga intressekonflikter föreligger. Arbetet har genomförts inom ramen för en kurs i grundläggande forskningsmetodik för läkare under specialisttjänstgöring och har inte erhållit någon extern finansiering.

Referenslista

1. Makkouk AH, Oetgen ME, Swigart CR, Dodds SD. Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. *Curr Rev Musculoskelet Med.* juni 2008;1(2):92–6. doi:10.1007/s12178-007-9012-1
2. Moore JS. Flexor Tendon Entrapment of the Digits (Trigger Finger and Trigger Thumb): *J Occup Environ Med.* maj 2000;42(5):526–45. doi:10.1097/00043764-200005000-00012
3. Akhtar S, Bradley MJ, Quinton DN, Burke FD. Management and referral for trigger finger/thumb. *BMJ.* 02 juli 2005;331(7507):30–3. doi:10.1136/bmj.331.7507.30 PubMed PMID: 15994689; PubMed Central PMCID: PMC558536.
4. Shen PC, Chou SH, Lu CC, Fu YC, Lu CK, Liu WC, m.fl. Comparative effectiveness of various treatment strategies for trigger finger by pairwise meta-analysis. *Clin Rehabil.* september 2020;34(9):1217–29. doi:10.1177/0269215520932619
5. Chiang CH, Liu WC, Wu ZH, Wang JH, Shih CL. Evidence-based management strategies for adult trigger digits: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Phys Rehabil Med.* 14 februari 2026;69(4):102074. doi:10.1016/j.rehab.2025.102074 PubMed PMID: 41691955.
6. Dala-Ali BM, Nakhdeh A, Lloyd MA, Schreuder FB. The Efficacy of Steroid Injection in the Treatment of Trigger Finger. *Clin Orthop Surg.* 2012;4(4):263. doi:10.4055/cios.2012.4.4.263
7. Kerrigan CL, Stanwix MG. Using evidence to minimize the cost of trigger finger care. *J Hand Surg.* augusti 2009;34(6):997–1005. doi:10.1016/j.jhsa.2009.02.029 PubMed PMID: 19643287.
8. Frizziero A, Maffulli N, Saglietti C, Sarti E, Bigliardi D, Costantino C, m.fl. A Practical Guide to Injection Therapy in Hand Tendinopathies: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Funct Morphol Kinesiol.* 26 augusti 2024;9(3):146. doi:10.3390/jfkm9030146 PubMed PMID: 39311254; PubMed Central PMCID: PMC11417863.
9. Dijksterhuis A, Gardiner MD, Pinder RM, Debeij J, Rodrigues J, Howes R, m.fl. Clinical variation in the treatment of trigger finger: An international survey of orthopaedic and plastic surgeons. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* september 2022;75(9):3628–51. doi:10.1016/j.bjps.2022.06.101 PubMed PMID: 35933286.
10. David M, Rangaraju M, Raine A. Acquired triggering of the fingers and thumb in adults. *BMJ.* 30 november 2017;359:j5285. doi:10.1136/bmj.j5285 PubMed PMID: 29191846.

11. Kistler JM, Adams JA, Hozack BA, Matzon JL. The Effect of Corticosteroid Type on Failure Following Primary Trigger Finger Injection. *J Hand Surg.* 02 maj 2026;S0363-5023(26)00247-9. doi:10.1016/j.jhsa.2026.03.011 PubMed PMID: 42068318.
12. Brinks A, Koes BW, Volkers AC, Verhaar JA, Bierma-Zeinstra SM. Adverse effects of extra-articular corticosteroid injections: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 13 september 2010;11:206. doi:10.1186/1471-2474-11-206 PubMed PMID: 20836867; PubMed Central PMCID: PMC2945953.
13. Crichton N. Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs.* 2001;10(5):706–6.
14. Cecen GS, Gulabi D, Saglam F, Tanju NU, Bekler HI. Corticosteroid injection for trigger finger: blinded or ultrasound-guided injection? *Arch Orthop Trauma Surg.* januari 2015;135(1):125–31. doi:10.1007/s00402-014-2110-9 PubMed PMID: 25381472.
15. Langer D, Maeir A, Michailevich M, Luria S. Evaluating Hand Function in Clients with Trigger Finger. *Occup Ther Int.* 10 januari 2017;2017:9539206. doi:10.1155/2017/9539206 PubMed PMID: 29097982; PubMed Central PMCID: PMC5612741.
16. Ring D, Lozano-Calderón S, Shin R, Bastian P, Mudgal C, Jupiter J. A prospective randomized controlled trial of injection of dexamethasone versus triamcinolone for idiopathic trigger finger. *J Hand Surg.* april 2008;33(4):516–22; discussion 523-524. doi:10.1016/j.jhsa.2008.01.001 PubMed PMID: 18406955.
17. Marks MR, Gunther SF. Efficacy of cortisone injection in treatment of trigger fingers and thumbs. *J Hand Surg.* juli 1989;14(4):722–7. doi:10.1016/0363-5023(89)90199-8 PubMed PMID: 2754207.
18. Schubert C, Hui-Chou HG, See AP, Deune EG. Corticosteroid injection therapy for trigger finger or thumb: a retrospective review of 577 digits. *Hand N Y N.* december 2013;8(4):439–44. doi:10.1007/s11552-013-9541-6 PubMed PMID: 24426963; PubMed Central PMCID: PMC3840755.
19. Flensted F, Jensen CH, Daugaard H, Vedel JC, Jørgensen RW. Factors Associated with Increased Risk of Recurrence following Treatment of Trigger Finger with Corticosteroid Injection. *J Hand Microsurg.* april 2021;13(2):109–13. doi:10.1055/s-0040-1719228 PubMed PMID: 33867770; PubMed Central PMCID: PMC8041498.
20. Merry SP, O’Grady JS, Boswell CL. Trigger Finger? Just Shoot! *J Prim Care Community Health.* 2020;11:2150132720943345. doi:10.1177/2150132720943345 PubMed PMID: 32686570; PubMed Central PMCID: PMC7372603.

21. Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH, Jong BM de. Corticosteroid injections effective for trigger finger in adults in general practice: a double-blinded randomised placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis.* september 2008;67(9):1262–6. doi:10.1136/ard.2007.073106 PubMed PMID: 18180279.
22. Jeppsson C. Triggerfinger Behandlingsförslag och indikationer för remiss till Handkirurgi [Internet]. Skånes universitetssjukhus; 2025 [citerad 25 mars 2026]. Tillgänglig vid: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/behandlingstod-vgs-hand---triggerfinger.pdf>
23. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 01 februari 2005;8(1):19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
24. PubMed [Internet]. United States National Library of Medicine at the National Institutes of Health; [citerad 25 mars 2026]. About PubMed. Tillgänglig vid: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
25. www.elsevier.com [Internet]. Elsevier Inc.; [citerad 25 mars 2026]. Embase® – The biomedical research database now with AI search. Tillgänglig vid: <https://www-elsevier-com.ezproxy.ub.gu.se/products/embase>
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, m.fl. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;n71. doi:10.1136/bmj.n71
27. Taras JS, Raphael JS, Pan WT, Movagharnia F, Sotereanos DG. Corticosteroid injections for trigger digits: is intrasheath injection necessary? *J Hand Surg.* juli 1998;23(4):717–22. doi:10.1016/S0363-5023(98)80060-9 PubMed PMID: 9708388.
28. Shinomiya R, Sunagawa T, Nakashima Y, Yoshizuka M, Adachi N. Impact of Corticosteroid Injection Site on the Treatment Success Rate of Trigger Finger: A Prospective Study Comparing Ultrasound-Guided True Intra-Sheath and True Extra-Sheath Injections. *Ultrasound Med Biol.* september 2016;42(9):2203–8. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2016.05.015 PubMed PMID: 27365258.
29. Mardani-Kivi M, Karimi-Mobarakeh M, Babaei Jandaghi A, Keyhani S, Saheb-Ekhtiari K, Hashemi-Motlagh K. Intra-sheath versus extra-sheath ultrasound guided corticosteroid injection for trigger finger: a triple blinded randomized clinical trial. *Phys Sportsmed.* februari 2018;46(1):93–7. doi:10.1080/00913847.2018.1400897 PubMed PMID: 29125382.
30. Jiménez I, Garcés GL, Marcos-García A, Medina J. A randomized controlled trial of dorsal web space versus palmar midline injection of steroid in the treatment of trigger digits. *J Hand Surg Eur Vol.* december 2020;45(10):1071–7. doi:10.1177/1753193420927999 PubMed PMID: 32493111.

31. Kazuki K, Egi T, Okada M, Takaoka K. Clinical outcome of extrasynovial steroid injection for trigger finger. *Hand Surg Int J Devoted Hand Up Limb Surg Relat Res J Asia-Pac Fed Soc Surg Hand*. 2006;11(1–2):1–4. doi:10.1142/S0218810406003115 PubMed PMID: 17080520.
32. Jiménez I, Medina J, Marcos-García A, Garcés GL. Out-of-sheath corticosteroid injections through the dorsal webspace for trigger finger and trigger thumb. A prospective cohort study. *Rev Espanola Cirugia Ortop Traumatol*. augusti 2022;66(4):260–6. doi:10.1016/j.recot.2021.03.009 PubMed PMID: 34366261.
33. Walker J. Non-inferiority statistics and equivalence studies. *BJA Educ*. augusti 2019;19(8):267–71. doi:10.1016/j.bjae.2019.03.004 PubMed PMID: 33456901; PubMed Central PMCID: PMC7808096.
34. Gostin LO, Hodge JG, Levin DE. Legal Interventions to Address US Reductions in Life Expectancy. *JAMA*. 15 september 2020;324(11):1037. doi:10.1001/jama.2020.7715
35. Eba J, Nakamura K. Overview of the ethical guidelines for medical and biological research involving human subjects in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. 31 maj 2022;52(6):539–44. doi:10.1093/jjco/hyaco34