

# Injektionspraktika för handåkommor

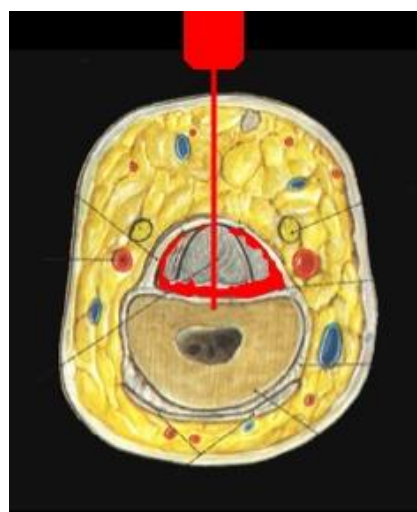
## INTRODUKTION

Kortisoninjektion är en säker första behandlingsstrategi för triggerfinger/tumme och radial handledssynovit (Mb De Quervain) med utmärkta kortidsresultat där de flesta patienter blir helt besvärsfria inom några veckor. Kortison är också en effektiv tredjehandsstrategi (efter arbetsterapi/artrosskola och tumbasortos/skena) vid tumbasartros.

Komplikationer är mycket ovanliga, men lokal smärta framförallt efter injektion i CMC-1-leden under några dagar är vanligt. Förslagsvis används kortison blandat med lokalbedövningsmedel, exempelvis Depomedrol med Lidocain, eftersom effekten oftast blir momentan efter injektion med en nöjd, besvärsfri patient som resultat.

Nedan beskrivs i detalj injektionstekniker för ovan nämnda användningsområden. I början kan det vara lämpligt att markera tänkt injektionsställe genom att trycka yttersta delen av en kulspetspenna med kuldelen indragen mot huden innan man desinficerar ordentligt.

## TRIGGERFINGER



1. Markera injektionsstället i proximala falangen i berört finger. I tummen ligger senskidan litet mer dorsalt, palpera tumböjarsenan och centrera över denna. I övriga fingrar centralt i medellinjen (skärningslinjen för linjerna ovan i vänstra bilden).
2. Desinficera med spritindränkt kompress.
3. Använd blå kanyl på en 2 eller 5 mls spruta med 1 ml depomedrolblandning: stick rakt ner till benet enligt den högra bilden. Håll samtidigt i fingret distalt med din icke-dominanta hand.
4. När kanylen står mot benet: lägg ett medelhårt tryck på kolven och börja sakta dra ut kanylen
5. När kanylspetsen ligger i senskidan under böjsenorna uppstår ett "loss of resistance" och blandningen börjar injiceras. Oftast känner man med andra handen att senskidan fylls.

Efter injektion råder inga särskilda begränsningar för vad patienten får göra med handen. Förklara att fingret kommer att bli bedövat i 2-3 h, och att besvären kanske återkommer efter detta men att kortisoneffekten kommer att ta bort hälften av besvären inom 7-10 dagar.

Förklara för patienten att tillståndet kan komma tillbaka (som det gör hos ca 50% av patienterna), och att det finns mer behandling att få. I första hand kan man överväga en ny injektion i dessa fall, men om det gått kortare tid än några månader är det sannolikt att kirurgi kommer att behövas och man kan då remittera patienten till närmsta ortoped.

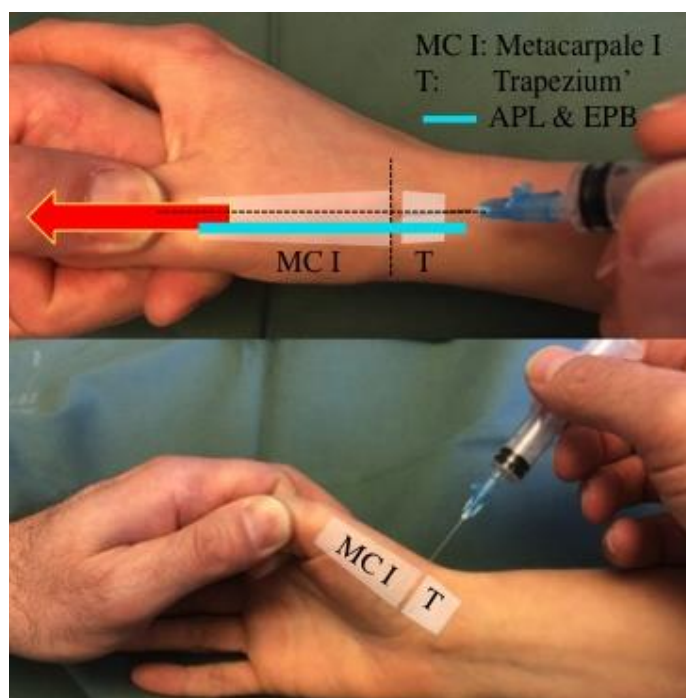
## RADIAL TENOSYNOVIT (Mb De Quervain)



1. Identifiera injektionsstället i första dorsala senfacket (lila rektangeln ovan) genom att be patienten att lyfta tummen. Senorna som då kan ses och/eller palperas under huden är EPL (extensor pollicis longus) som går snett dorsalt och APL och EPB som går längsgående. Palpera dessa tills du känner ben (radiusstyloiden, den streckade linjen). Välj ditt ställe en knapp centimeter proximalt om denna kant i medellinjen av senorna.
2. Desinficera med spritindränkt kompress.
3. Använd blå kanyl på en 2 eller 5 mls spruta med 1 ml depomedrolblandning: stick rakt ner till benet som vid triggerfinger.
4. När kanylen står mot benet: lägg ett medelhårt tryck på kolven och börja sakta dra ut kanylen
5. När kanylspetsen ligger i första dorsala senfacket uppstår ett "loss of resistance" och blandningen börjar injiceras. Vänta några minuter och upprepa Finkelsteins test och be patienten att göra rörelser som brukar utlösa smärta.

Efter injektion råder inga särskilda begränsningar för vad patienten får göra med handen, men många patienter har redan så uttalade besvär att de har ortos/skena för tummen och de bör undvika utlösande moment under den tid det tar innan kortisonet verkar (ca 2 veckor). Patienten skall upplysas om att besvären kan komma tillbaka och att mer behandling finns att få. Om effekten inte är tillräcklig efter en månad bör kirurgi övervägas.

## TUMBASARTROS



Till skillnad från injektion för triggerfinger och radial tenosynovit där man sticker direkt till ben och lätt träffar rätt skall man vid tumbasartros försöka hamna centralt i leden. Om man lyckas märker man att kanylen går in ca 1 cm, men det kan ta litet träning att hamna rätt (men läs nästa stycke!)

1. Palpera längs Metacarpale I mot handleden, där det blir mjukt ligger leden mot Trapezium. Be patienten att lyfta tummen för att identifiera senorna som vid radial tenosynovitinjektion.
2. Markera injektionsstället i hörnet mellan APL och EPB och den mjuka spalt som markerar CMC-1 leden (se övre bilden)
3. Drag i tummens längsriktning (ännu bättre: låt en medhjälpare dra).
4. Desinficera med spritindränkt kompress
5. Använd blå kanyl på en 2 eller 5 mls spruta med 1 ml depomedrolblandning.
6. Stick i 45 graders vinkel mot radius för att komma in i leden (se nedre bilden)

Det finns inga begränsningar för vad patienten får göra med handen, men oftast gör denna injektion mer ont än de tidigare beskrivna. Om patienten har god effekt över tid kan man överväga att ge denna behandling som mest tre gånger per år om han/hon inte vill opereras.

## HAV FÖRTRÖSTAN!

En klockren träff enligt ovan leder till att patienten blir bedövad och besvärfri (och du framstår som en fantastisk läkare). Även om detta inte blir det direkta resultatet så går det sannolikt rätt bra ändå. De flesta studier har visat att om kortisonet deponeras i närheten av A1 pulleyn (triggerfinger), första dorsala senfacket (radial handledssynovit) eller tumbasen så har det effekt.