

Vårdprogram Ruptur av ulnara kollateralligamentet MCP I (UCL-skada)

Förändringar sedan föregående version

Uppdatering och revidering av dokumentinnehåll samt anpassning i nya dokumentmall för styrande dokument.

Sammanfattning

Behandling och vård av patienter med ruptur av ulnara kollateralligamentet MCP I (UCL-skada)

Bakgrund och syfte

Syftet är att säkerställa god och patientsäker vård för patienter med UCL-skada.

Klassifikation

S63.4 UCL-ruptur (ICD-10-SE)

Diagnos och undersökningsfynd

Bakgrund

- Flexions-, abduktionstrauma mot tummen i samband med skidåkning, cykelolycka eller snubblingsolycka med liknande våld mot tummen.
- Smärta vid rörelse och belastning av tummens MCP-led.

Diagnos

- Synlig svullnad av tummens MCP-led.

- Palpationsömhet motsvarande UCL.
- Instabilitet vid belastning av MCP i radial riktning, både i sträckt och semi-flekterat läge. Jämför med friska tummen!
- Röntgen skall göras på alla patienter med misstanke på UCL skada.
- Vid uttalad smärtreaktion som försvårar stabilitetsprövningen kan leden bedövas alternativt att tummen immobiliseras i gips och ny undersökning genomförs inom 10 dagar.

Genes

MCP-ledens ulnara kollateralligament täcks av adduktoraponeurosen, vars proximala begränsning går snedgående över ligamentet. Ruptur av kollageralligamentet sker oftast som en avlösning av distala fästet från grundfalangen.

I skadeögonblicket, när leden är kraftigt radialdevierad, kan det rupturerade kollateralligamentet dras upp ovanför adduktoraponeurosen som då lägger sig som ett interponat mellan ligamentändarna och förhindrar läkning s.k. ”uppslaget ligament” eller ”Stener skada”.

Det vanligaste är dock att det rupturerade kollateralligamentet inte hamnar ovanpå aponeurosen.

Utförande

Behandling

Stabiliteten i ULC är avgörande för behandlingen. Konventionell röntgen skall alltid genomföras innan stabilitetstest för att fånga eventuell avulsionsfraktur.

Smärta i kombination med viss ökad rörlighet (instabilitet) men ett distinkt ändläge (stopp) är en ”partiell UCL” skada. Denna kan behandlas i en handbaserad ortos alternativt gips.

Indikationer för operation

Smärta i kombination med instabilitet utan något distinkt ändläge innebär en ”komplett UCL” skada. Denna behandlas med operation.

Särskild rutin för postoperativ rehabilitering finns skall följas:

[Handkirurgi - UCL-skada - ARB](#) (VO Arbetsterapi och fysioterapi)

(Dokument-ID: SU9807-1076540875-137)

Operationsteknik

Efter sedvanliga preoperativa förberedelser enligt vårdhygiens direktiv sker operationen i eller plexusbedövning alternativt perifer blockad.

Blodtomt fält med manschett på överarmen.

Dorsal vinklad eller bågformad incision över MCP I.

Lyft hud-, mjukdelsslambån och identifiera ev subkutana nervgrenar som skall skyddas. Identifiera adduktoraponeurosen och dela denna skarpt med kniv 1-2 mm från infästningen på EPL-senan. Fria trubbigt underliggande ligamentvävnad och identifiera UCL och rupturstället (oftast från grundfalangens bas) och eventuellt benfragment.

Vid ruptur genom ligamentsubstansen kan ligamentsutur sutureras med 1-2 dubbla 3-0 Ticronsuturer. Vid avlösning av ligamentfästet måste ligamentet reinseras med benankare tex Mitek. Observera att distala fästet sitter långt ner volart på grundfalangen och det är viktigt att ett rupturerat ligament återfixeras så volart som möjligt.

Efter kontroll av ledstabilitet sutureras aponeurosen med 5-0 Maxon och huden med enstaka eller fortlöpande suturer. Tummen fixeras i gipsskena, som måste modelleras väl ulnart om metacarpale I för att hålla denna i abduktion, medan tummens grundfalang fixeras i lätt flexion och lätt ulnardeviation.

Postoperativt

- Följ rutin: [Handkirurgi - UCL-skada - ARB](#) (VO Arbetsterapi och fysioterapi) (Dokument-ID: SU9807-1076540875-137)
- Råd om högläge och rörelseträning av fria fingrar.
- Gipsbyte och suturtagning vid sköterskemottagning 2 veckor post-op. Observera att även den nya gipsen måste fixera MCP-leden i lätt flexion och lätt ulnardeviation.

Sjukskrivning

Sjukskrivning 2 – 8 veckor beroende på arbete.

Återbesök

Återbesök till läkare för avgipsning och mobilisering ca 4-6 veckor efter operation. Mobiliseringen sker via handkirurgens rehab avdelning.

Förväntat resultat

Stabil MCP led med väsentligen bibehållet rörelseomfång.

Avsteg och uppföljning

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Uppföljning

Innehållsansvarig och/eller överläkare på Handkirurgi ansvarar för uppföljning och revision av innehållet i rutinen.

Arbetsgrupp

Anders Björkman, Professor/Överläkare handkirurgi

Dag Vikingsson, Överläkare handkirurgi

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Handkirurgi

Innehållsansvar: Anders Björkman, (andbj19),
Överläkare/Professor

Granskad av: Dag Vikingsson, (dagvi2), Sektionschef

Godkänd av: Martin Byström, (marby1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9785-1904528390-427

Version: 1.0

Giltig från: 2025-07-24

Giltig till: 2027-07-09