

Gäller för: Verksamhet Handkirurgi

Giltig från: 2025-07-24

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

Giltig till: 2027-07-09

Granskad av: Dag Vikingsson, (dagvi2), Sektionschef

Godkänd av: Martin Byström, (marby1), Verksamhetschef

Vårdprogram Tenolys på flexorsena

Förändringar sedan föregående version

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

Sammanfattning

Behandling och vård av patienter med tenolys på flexorsena.

Bakgrund och syfte

Syftet är att säkerställa god och patientsäker vård för patienter med tenolys på flexorsena.

Klassifikation

NDL59 Tenolys eller tenosynovektomi vid handled eller i hand

(KVÅ – kirurgiska åtgärder (KKÅ) Klassifikation av kirurgiska åtgärder)

Diagnos och undersökningsfynd

Bakgrund

Tidigare flexorsenskada som opererats med sutur eller transplantation och som erhållit otillfredsställande rörlighet efter adekvat utförd rehabilitering.

Diagnos

Patienten uppvisar vanligen bättre passiv än aktiv rörelseförmåga i fingret. Därutöver så brukar de uppvisa nedsatt flexionsförmåga dvs

en knytdiastas och/eller en flexionskontraktur dvs oförmåga att sträcka fingret helt.

Utförande

Behandling

Flexorsenskador som genomgår operation skall följas upp med strukturerad rehabilitering som närmare täcks i rutin:

[Handkirurgi - Böjsensskada, akut - ARB](#) (VO Arbetsterapi och fysioterapi) (Dokument-ID: SU9807-1076540875-134)

Indikationer för operation

- Patienten skall ha utfört adekvat rehabilitering efter tidigare operation under minst sex månader samt ha provat rörelsefasiliterande ortoser före ställning tas till operativ tenolys.
- Patienten skall ha visat compliance i tidigare rehabilitering och vara införstådd med den träning som behövs efter tenolys.
- Operatör och rehabpersonal bedömer tillsammans att det föreligger compliance för den rehabilitering som krävs efter en tenolys.

Operationsteknik

Efter sedvanliga preoperativa förberedelser enligt vårdhygiens direktiv sker operationen plexusbedövning.

Operationsteknik nedsatt aktiv flexion

Brunnerincision, oftast krävs friläggning från vola till fingertoppen.

Hela senskidan friläggs och öppnas mellan annularligamenten. Dessa skall om möjligt sparas, ffa så får inte A2 delas.

Flexorsenorna lossas från adherenser och sammanväxningar med kniv (Beavers eller tenolyskniv), sax eller planinstrument.

Fortsätt adherenslösning till drag i senorna proximalt ger samma flexion som den passiva. Den slutgiltiga rörligheten blir aldrig bättre än den man uppnår på operationsbordet.

Noggrant hemostas och hudsutur med enstaka suturer (skall tåla tidig mobilisering).

Bandagera med innerbandage som kan sitta kvar under tidig mobilisering (Mepilex och tunn Elastotelbinda).

Remiss till handrehab för efterbehandling.

Operationsteknik flexionskontraktur

Brunnerincision, friläggning och tenolys som ovan!

Om senorna är helt fria och PIP-leden ändå inte kan extenderas föreligger en ledkontraktur.

Lös denna genom att först dela de accessoriska kollateralligamenten inklusive volara portionerna av kollateraligamenten.

Om detta inte leder till att man kan extendera PIP-leden fullt så går man vidare och lossar fästet för volara plattan.

Bandagering sker som ovan.

Postoperativt

Oftast inneliggande träning.

Dag 1

Analgetika till patienten före mobiliseringsträning (T. Alvedon 665 mg och T. Oxycontin 10 eller 5 mg samt T.Oxynorm 5 mg vb.)

Rehabiliteringen sker i tätt samarbete och under överinseende av handterapeut.

Före hemgång skall patienten fått träningsinstruktioner och visat att hen har förstått träningen och kan utföra rörelserna.

Dag 3 – 20

Återbesök på handrehab för kontroll och hjälp med träningen.

Råd om högläge och träningsprogram.

Recept på analgetika kan behövas för att patienten skall kunna fullfölja träningen.

Suturtagning kan ske via handkirurgens sköterskemottagning efter 2 veckor.

Återbesök hos operatör bör ske före sjukskrivningstiden går ut.

Sjukskrivning

Sjukskrivning 4-8 veckor beroende på arbete.

Återbesök

Återbesök till PAL vanligtvis 4-6 veckor postoperativt för att utvärdera effekt samt planera för återgång i arbetet

Förväntat resultat

Ökat aktivt rörelseomfång (AROM) med förbättrad handfunktion.

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

Dag Vikingsson, Överläkare handkirurgi

Anders Björkman, 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: SU9785-1904528390-429

Version: 1.0

Giltig från: 2025-07-24

Giltig till: 2027-07-09