

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2024-10-10

Innehållsansvar: Johanna Blomstrand, (johah5), Specialistarbetsterapeut

Giltig till: 2026-10-10

Granskad av: Maria Stenvall, (marst167), Sektionsledare

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Hand – PIP-ledsluxation – ARB

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin

Sammanfattning

PIP-ledsluxationer är en vanligt förekommande ortopedisk skada. För att undvika komplikationer är det av största vikt att behandla dessa skador korrekt och snabbt.

Bakgrund och syfte

Den proximala interphalangealeden (PIP-leden) är en gångjärnsled som flekterar och extenderar mellan bas- och mellanfalangen i fingret. PIP-leden kan från sträckt läge flekteras till ca 105 grader och är därigenom en viktig funktion i olika grepp. PIP-leden stabiliseras av kollateralligament på ömse sidor av leden och av volara plattan och centralbandet. (1).

PIP-ledsluxation är en vanligt förekommande skada (2–4). En luxation kan ske dorsalt, volart eller lateralt, där den dorsala luxationen är den vanligaste (1–3, 5–6). Riktningen refererar till mellanfalangens ställning vid skadetillfället. Den akuta behandlingen är reposition av leden så att den blir kongruent. Efter reposition så skall leden immobiliseras så kort som möjligt och därefter mobiliseras. Behandlingsstrategi i både akutskedet och under rehabiliteringen baseras på luxationsriktning och vilken stödjevävnad som därmed skadas.

I samband med en luxation förekommer också luxationsfrakturer, allt ifrån volara avulsionsfrakturer till komplexa, instabila ledengagerande frakturer i basen av mellanfalangen, där det kan vara extremt svårt att uppnå adekvat reposition och fixering (6).

Handens funktioner är viktiga komponenter för att kunna utföra vardagliga aktiviteter (7). Det är därför viktigt med tidig bedömning och en aktiv

rehabilitering för ett så bra behandlingsresultat som möjligt (8).
Handrehabilitering ska initieras så tidigt som möjligt, inom 1–3 dagar (9).
Vanliga komplikationer är stelhet och funktionsnedsättning,
boutonniere deformitet (volar luxation), laxitet i volara plattan,
extensionsdefekt, instabilitet, smärta (2,3).

Detta styrdokument syftar till att optimera behandlingen av patienter med
PIP-ledsluxationer, och säkerställa en likvärdig och jämställd vård.

Avgränsningar

Denna rutin gäller för arbetsterapeuter inom verksamhet Arbetsterapi och
Fysioterapi.

Utförande

Målsättning

Målsättningen med behandlingen är att möjliggöra optimal handfunktion för
att förhindra nedsatt aktivitetsförmåga och förhindra komplikationer.
Patientgruppen ingår därför i snabbspåret (se bilaga 1) för fingerskador.
Snabbspåret möjliggör en direkt kontakt med arbetsterapeut och därmed en
tidig rehabiliteringsstart.

Bedömning

- Anamnes
- Undersökning – visuell inspektion (rörelsemönster, anatomi, rodnad), palpation (var sitter smärtan, hur känns svullnaden), bedömning av svullnad (enligt HAKIR), ledrörlighet inklusive knytdiastas (enligt HAKIR), smärta (VAS/NRS), känsel (2pd vid behov)
- Övriga formaliserade undersökningar efter behov (Elsons test, FDS/FDP-test, stabilitet)
- Användning av hand/ADL

Åtgärd

Interventionerna baseras på luxationsriktning.

Dorsal luxation: En luxation (och även en distorsion) i dorsal riktning uppstår vid forcerad hyperextension av PIP-leden, generellt i kombination med axial kompression, och orsakar ofta en skada eller komplett ruptur av volara plattan eller en avulsionsfraktur volart i infästningen av volara plattan (3,8). Graden av skada kan bedömas med hjälp av Eaton klassificering (10). Vid dorsal luxation skadas också ofta kollateralligamenten. Om skadan inte behandlas, kan det leda till att volara plattan blir förkortad och förtjockad, vilket resulterar i en extensionsdefekt (3). Efter en dorsal luxation bör därför en skada på volara plattan misstänkas, speciellt vid samtidig ömhet volart över PIP-leden samt smärta vid extension i PIP-leden (3).

Volar luxation: De volara luxationerna är mer ovanliga och den behöver oftare än den dorsala luxationen reponeras kirurgiskt (1). En volar luxation uppstår ofta från ett rotationsvåld mot en semiflekterad PIP-led (10), och resulterar i en skada på centrala bandet vilket resulterar i en försämrad förmåga eller oförmåga att sträcka i PIP-leden, medan DIP-leden kan extendera med hjälp av de laterala banden. Obehandlat kan därför en volar luxation leda till en boutonniéredformitet (2,3,10). Även vid en volar luxation kan det uppstå skador på den volara plattan och på de laterala banden (10).

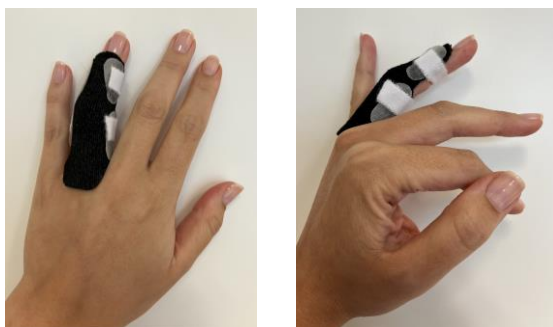
Lateral luxation: En lateral luxation uppstår efter en direkt forcering av fingret i sidled, ulnart eller radially (10), och resulterar i en skada på kollateralligamentet på den ena sidan och beroende på kraften/dislokationen, även på den volara plattan (2,6,10), vilket resulterar i varierande grad av instabilitet. Graden av instabilitet kan delas in i tre nivåer, där grad 2-3 behandlas operativt (2,10). Laterala luxationer är komplexa och ska följas noggrant. Behandlingen kan skilja sig beroende på komplexiteten och graden av instabilitet. Vissa patienter kan behandlas med tvåfingerkopplare och tidig mobilisering (6) medan andra är i behov av ortos under 2-3 veckor (3).

Ortos

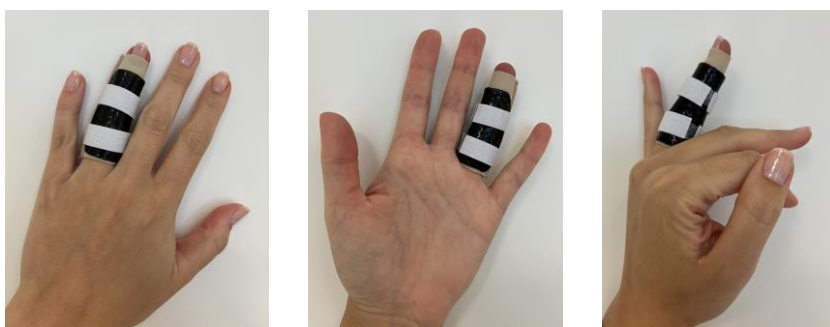
Dorsal luxation:

Vid skada på volara plattan (ömhet volart över PIP-leden, smärta volart PIP-leden vid extension): Ortos för dorsalt stopp i ca 20-30° i 2-3 veckor (1,3,6). Efter ortosbehandlingen övergång till tvåfingerkopplare i ytterligare 2-4 veckor (3).

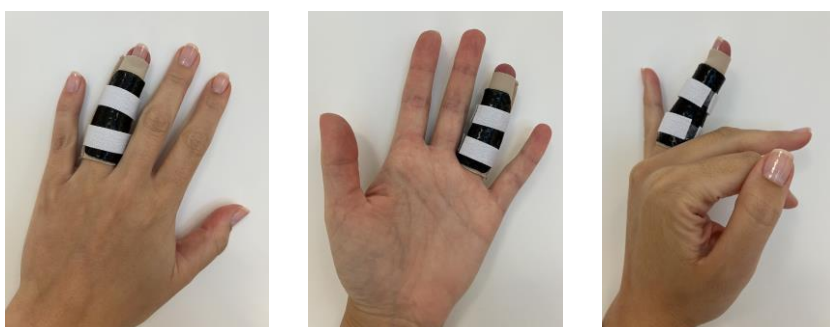
Utan misstanke gällande skada/ruptur på volara plattan: Tvåfingerkopplare i 2-4 veckor.



Volar luxation: Ortos med PIP-leden i extension och fri DIP-led i 4–6 veckor (2,3,6), därefter fingerfjädrar i 2 veckor.



Lateral luxation: Ortos med PIP-leden i extension och fri DIP-led i 2–3 veckor (2). Efter ortosbehandlingen övergång till tvåfingerkopplare i ytterligare 2–4 veckor (3).





Aktivitet

Oavsett luxationsriktning är det viktigt att ge information om att använda handen i grepp och lätt vardagsaktivitet, utifrån förutsättningarna och med respekt för smärta.

Ödem

Ödem är vanligt förekommande och måste prioriteras tidigt i rehabiliteringen, då kvarstående ödem kan bidra till fibrotisering och adherensbildning med nedsatt ledrörlighet som följd (7).

Informera patienten om vikten av högläge och ödemprofylax. Uppmuntra till aktiva pumpövningar, utifrån förutsättningar (ortoser etc). Använd gärna någon form av yttre kompression, såsom ödemhandske, coban, fingerstrumpa eller lindning.



Rörelseträning

Tidig rörelseträning är av stor vikt, både i ödemreducerande syfte och för att undvika adherenser och stelhet. All rörelseträning ska individanpassas, både gällande intensitet och vilka rörelser som utförs, med respekt för smärta.

Dorsal luxation: Obelastad tidig rörelseträning av alla leder (inom 1 vecka), till en början enbart mjuka knyt- och sträckövningar, när smärtan tillåter, oftast efter 1–2 v enligt program Senglidning fingrar (se bilaga 2) med respekt för smärta (med dorsalt stopp för att undvika extension/hyperextension).

Volar luxation: Aktiv flexions- och extensionsträning av MCP- och DIP-led ska initieras så snart patienten erhållit ortos (3). Efter ortosbehandlingen ska

patienten träna obelastad rörelseträning enligt program Senglidning fingrar (se bilaga 2).

Lateral luxation: Aktiv flexions- och extensionsträning av MCP- och DIP-led ska initieras så snart patienten erhållit ortos (10). Efter ortosbehandlingen ska patienten träna obelastad rörelseträning enligt program Senglidning fingrar (se bilaga 2). Träningen ska i början ske med tvillingkopplare för att undvika att fingret drar åt stabila sidan (10).

Efterföljande komplikationer

Efter en fingerluxation finns en stor risk för svullnad som kan kvarstå under 6–8 månader efter traumat (11,12), vilket kan resultera i svårigheter med både extensions- och flexionsförmågan i leden. En bidragande orsak till detta kan vara callusbildning vilket gör leden uppdriven och tjock.

Det är viktigt att informera patienten i ett tidigt skede om risken för långdragna symtom med rörelse- och belastningssmärta samt eventuell kvarstående breddökning av leden. Fingret bör inte utsättas för kraftig belastning förrän tidigast efter 3 månader, detta är dock individuellt och kan variera beroende på skada och individ. Det är viktigt att utvärdera hur leden reagerar på ökad belastningen, och ökad smärta och svullnad är ett tecken på att träningen och/eller belastningen varit för intensiv/hård. Smärta och svullnad kan förekomma vid belastning upp till ett år efter skadan (10).

Uppföljning

Patienten bör följas med jämna mellanrum för kontroll av funktion (rörlighet, smärta, svullnad), uppföljning av träning och aktivitetsförmåga samt för kontroll och eventuell justering av ortoser.

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

Relaterad information

Bilaga 1 Rutin snabbspår

Bilaga 2 Hand – Senglidning fingrar (träningsprogram)

Arbetsgrupp

Johanna Blomstrand, Med dr, Överarbetsterapeut, Specialist i arbetsterapi

Dennis Persson, Leg. Arbetsterapeut

Granskat av:

Anders Björkman, Överläkare och Professor Handkirurgi

Peter Söderman, Överläkare Ortopedi

Källförteckning

1. Ramponi D, Cerepani MJ. Finger Proximal Interphalangeal Joint Dislocation. *Adv Emerg Nurs J*. 2015 Oct-Dec;37(4):252-7.
2. Taqi M, Collins A. Finger Dislocation. [Updated 2022 Nov 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551508/>
3. Childress MA, Olivas J, Crutchfield A. Common Finger Fractures and Dislocations. *Am Fam Physician*. 2022 Jun 1;105(6):631-639.
4. Grange M, Carra K, Barrett S, McKinstry C. Management of stable proximal interphalangeal joint volar plate injuries with figure-of-8 orthoses: A parallel-group randomized controlled trial. *Journal of hand therapy*. 2024.
5. Caggiano NM, Harper CM, Rozental TD. Management of Proximal Interphalangeal Joint Fracture Dislocations. *Hand Clin*. 2018 May;34(2):149-165.
6. Kolovich GP, Heifner JJ. Proximal interphalangeal joint dislocations and fracture-dislocations. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2023;48(2_suppl):27S–34S.
7. Björkman A, Johansson S, Rosén B. *Handrehabilitering*. Upplaga 1. 2023.
8. McDevitt J, Griffin M, Doyle D. Volar Plate Injuries of the Proximal Interphalangeal Joint. *Journal for nurse practitioners*. 2021;17(4):418–24.
9. Miller EA, Friedrich JB. Management of Finger Joint Dislocation and Fracture-Dislocations in Athletes. *Clin Sports Med*. 2020 Apr;39(2):423-442. doi: 10.1016/j.csm.2019.10.006. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32115092.
10. Chinchalkar SJ, Gan BS. Management of proximal interphalangeal joint fractures and dislocations. *Journal of hand therapy*. 2003;16(2):117–28.
11. Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. *Handens rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur; 1992.
12. Skirven TM. *Rehabilitation of the hand and upper extremity*. Seventh edition. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2021.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Johanna Blomstrand, (johah5), Specialistarbetsterapeut

Granskad av: Maria Stenvall, (marst167), Sektionsledare

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-181

Version: 1.0

Giltig från: 2024-10-10

Giltig till: 2026-10-10