

Dupuytrens kontraktur

Vårdnivå och remiss

Primärvård

Utredning, diagnos. Kontroll av eventuell progress.

Remiss till ortopedläkare

Vid extensionsdefekt på totalt 40 grader eller mer i MCP-led och/eller PIP-led kan remiss för ställningstagande till kirurgisk behandling skickas. För tidig behandling kan accelerera förloppet.

Remissinnehåll

- Lokalstatus med angivande av grad av sträckdefekt i engagerade fingrar (graden av extensionsdefekt påverkar prioriteringen av remissen). Extensionsdefekten är svår att uppskatta och bör därför mätas med vinkelmätare för MCP-led och PIP-led var för sig. Vid mätning i PIP-leden böjer man MCP-leden för att slappa av strängen där och får därmed ett specifikt mått för PIP-ledskontrakturen.
- Progresshastighet
- Grad av besvär arbete/ ADL/ socialt
- Andra sjukdomar som kan påverka möjligheten till operativ behandling i narkos
- Hänvisning till uppdaterad medicinlista i journalen (framförallt beaktas antikoagulantia)

Diagnostik och utredning

Dupuytrens kontraktur är en är klinisk diagnos och ytterligare utredning är sällan nödvändig.

Sjukdomen innebär en förtjockning och skrupning av fascian i handflatan och börjar ofta som en ömmande knuta, vilken av många uppfattas som en valk. Ömheten försvinner så småningom men knölen finns kvar. Så småningom kan förtjockningen sprida sig, bindvävssträngar bildas och en extensionsdefekt i respektive finger uppstår. Smärta är mycket ovanligt. Flektionen är inte påverkad. Vanligast lokalisation är ring- och lillfingret, men alla fingrar kan engageras.

Differentialdiagnostiska överväganden:

- Sträcksenskada eller senluxation över MCP-leden: Fingret hänger ner men kan passivt sträckas fullt

- Ledkontraktur orsakad av exempelvis artros, annan led- eller muskelsjukdom, posttraumatisk eller spasticitet efter stroke
- Triggerfinger: upphakningar som ofta är smärtsamma, där fingret kan "låsas" i flekterat läge

Prevention

Någon effektiv prevention eller konservativ behandling saknas.

Behandling

Behandling är antingen kirurgisk med avlägsnande av strängen och efterföljande mobilisering i lokalbedövning. Operationen genomförs i regel i narkos och patienten behöver därmed vara i skick att överstå sådan med rimlig risk. Antikoagulation behöver sättas ut.

Ojämnheterna i handflatan försvinner inte nödvändigtvis av behandlingen, utan det är extensionsdefekten som behandlas. Vid alltför avancerad sjukdom med stor extensionsdefekt kan full rörlighet inte alltid återfås (gäller framförallt PIP-leden) men förbättring kan oftast uppnås.

I enstaka fall, t.ex. om patienten är för sjuk för operation, kan s.k. nålfasciotomi utföras. Strängen petas då av i handflatan med en kanyl i lokalbedövning. Recidivfrekvensen är dock hög och man når sällan resultat på PIP-ledskontrakturer.

Tidigare fanns kollagenasinjektion (Xiapex) men preparatet är för närvarande avregistrerat i Europa av kommersiella skäl. Det är i nuläget oklart om denna metod återkommer.

Sjukskrivning

Se Faktadokument Samarbete mellan primärvård och ortopedi i sjukskrivningsärenden.

Se Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Sjukskrivning vid hand- och handledsbesvär under relaterad information.

Uppföljning

Läkning efter operation tar vanligen 3-6 veckor.

Uppföljning med rörelseträning och ortosbehandling via arbetsterapeut på ortopedkliniken sker alltid.

Rehabilitering

Rehabilitering och ortosbehandling via specialinriktad arbetsterapeut är mycket viktigt för ett gott slutresultat oavsett behandlingstyp. Ortosbehandling natttid pågår ofta cirka 3 månader.

Patientinformation

Se Dupuytren's kontraktur, 1177 under relaterad information.

Se Faktadokument Sluta röka i samband med operation.

Mer information

Se Best Practice, Dupuytren's contracture under relaterad information.