

## Triggerfinger - Triggertumme - Arbetsterapiprogram

### Bakgrund

Dispositionen avviker från Region Jönköpings läns gällande struktur för Kliniskt kunskapsstöd och Arbetsterapiprogram.

Behandlingsriktlinjer för Sydöstra sjukvårdsregionen. Utveckling sker genom samverkan i regionalt och lokala nätverk. Riktlinjerna vänder sig till arbetsterapeuter och studenter i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra utredning och behandling.

Faktabakgrund Tendovaginitis stenosans ”triggerfinger” är en av de vanligaste handåkommorna.

### Symtom och patofysiologi

Symtomen kännetecknas av ett hoppande eller knäppande fenomen ofta smärtande i ett eller flera fingrar, palpationssmärta i handflatan, låsningar i böjt läge och nedsatt rörelseomfång är vanliga symtom [1,2,3]. Besvären kan ge funktionella begränsningar som till exempel nedsatt greppstyrka och oförmåga att hålla verktyg mot handflatan[2].

Symtomen beror på en inflammatorisk förändring av sena och peritendinös vävnad. Detta ger en inkongruens mellan flexorsenans volym och utrymmet inom den mest proximala delen av senskidan vanligtvis i höjd med första annularligamentet (A1) beläget volart proximalt om MCP-leden [4]. Senan får då svårt att passera det trånga utrymmet i sentunneln antingen beroende på en förträngning av sentunneln (stenosans) eller en förtjockning av senan (nodosa)[3]. Flexor digitorum superficialis senan är vanligtvis påverkad därför att den ligger direkt under A1 ligamentet. Vad gäller tummen är den vanligaste lokaliseringen där flexor pollicis brevis senan fäster i höjd med MP-leden och sesambenen [5].

### Etiologi

I de flesta fall är inte orsaken till triggerfinger känd (primärt idiopatisk triggerfinger)[6].

Associerade diagnoser till triggerfinger hos vuxna (sekundärt triggerfinger) är till exempel carpal tunnel syndrom, Morbus de Quervain, systemsjukdom som till exempel diabetes mellitus, reumatoid artrit [4,6,7]. Ett samband har setts mellan högt Body Mass Index (BMI) och förekomsten av flera triggerfingrar samtidigt [5].

Det finns inget fastställt samband mellan arbete och förekomst av triggerfinger [5].

Om patientens anamnes visar att besvären uppkom i samband med en specifik aktivitet kan besvären klinga av om aktiviteten undviks [6].

### Epidemiologi

Triggerfinger i tummen förekommer hos små barn (kongenital triggertumme). Risken att någon gång under sin livstid utveckla triggerfinger är mellan 2-3% medan diabetiker har en risk upp till 10 % att utveckla besvären. Triggerfinger debuterar oftast i 45-60 årsåldern [2]. Primärt triggerfinger som drabbar friska personer förekommer 2-6 gånger oftare bland kvinnor jämfört med män [5]. Tummen är oftast drabbad, ca 50% av fallen, följt av ring- och långfinger cirka 20% vardera. Pek- och lillfinger drabbas sällan[5].

### Behandling

Triggerfinger kan behandlas konservativt eller kirurgiskt. Konservativ behandling kan bestå av antiinflammatorisk medicinering, cortisoninjektion, kombination av cortisoninjektion och ortos eller enbart ortos [1].

Resultat av enbart ortosbehandling eller kombinerad ortos och träningsprogram har visat sig vara effektivt i 73-93% enligt flera studier [1,7,8].

### Indikationer för arbetsterapi

#### Arbetsterapeutisk utredning

Symptombilden vid triggerfinger karaktäriseras av ett knäppande fenomen vid rörelse alternativt låsning av det aktuella fingret och lokal smärta i nivå med handflatans distala böjveck eller tummens grundled [1,2].

Funktionellt kan det förekomma nedsatt handstyrka och begränsad förmåga att greppa om små föremål [2].

Vid klinisk undersökning kan en ömmande uppdrivning palperas i senan på motsvarande nivå. Förändringen förskjuts med passiva rörelser i fingret [4,5].

#### Anamnes

- Symtombild
- Omfattning av besvär
- Duration
- Förekommer repetitiv ensidig belastning i aktivitet
- Hur påverkas aktivitetsutförande

#### Undersökning

- Palpation utefter flexorsena volart i handen i viloläge och vid passiv rörelse av aktuellt finger.
- Iaktta aktivt rörelsemönster
- Antal upphakningar vid 10 aktiva extension-flexion av samtliga fingrar
- Smärta – Visual Analogue Scale (VAS) eller Numeric Rating Scale (NRS)
- Hälsoenkät arm, axel, hand - Disability Arm Shoulder Hand (QuickDASH)

Bedöm stadiet av triggerfinger, se dokument *Stages of Stenosing Tenosynovitis (SST)*.

## Arbetsterapeutisk intervention

### Konservativ

Behandling syftar till att fingret ska återfå full rörlighet utan smärta och upphakningar [9].

Den arbetsterapeutiska behandlingen består av en kombination av ortosanvändning och rörelseträning/senglidningsövningar [9].

Om det bedöms vara relaterade till ensidig belastning i grepp ges även råd om grepperonomi [3,5].

### Ortos

Målet med ortosbehandling är att avlasta flexorsenorna, reducera irritation, svullnad och inflammation i området kring A1 ligamentet [9]. Ortosen ska immobilisera en eller flera leder i extension [5]. Ortos ska inte användas när ett finger är låst i flexion och passivt inte kan extenderas [9]. Ett triggerfinger som varat >6 mån, när det är flera triggerfingrar eller vid triggertumme hjälper det inte med bara ortosbehandling [2].

MCP-led eller DIP/IP-led kan fixeras. Testa genom att hålla MCP-led eller DIP/IP-led fixerad i sträckt läge och tillåt rörelse i övriga leder. Iakttä effekten avseende smärta och ev. tendens till upphakning vid fixering av respektive led [5]. Prova ut ortos till den led som fixeras med bäst resultat [5,8]. Om det inte framkommer någon tydlig skillnad vid fixering av MCP- respektive DIP/IP-led så fixeras MCP i första hand [1].

MCP-leden immobiliseras i 10-15° flexion med DIP och PIP-leder fria [6,7,10]. Tummens IP-led fixeras i extenderat läge, så mycket som möjligt av tumtoppen lämnas fri [2].

Fler alternativa ortosdesigner kan användas, viktigt att tänka på användarvänligheten för patienten.

Se dokument, *Förslag på ortosmodeller*.

Ortosen ska användas dygnet runt i upp till 6-10 veckor och endast tas av vid träning.[7] Handen ska användas i aktivitet så normalt som möjligt [11].

Patienten informeras om att under första dygnet ta av ortosen fler gånger och inspektera huden för att uppmärksamma om eventuellt skav eller tryck från ortosen uppkommit. Om besvär föreligger ska patienten kontakta behandlande arbetsterapeut omgående.

### Träning/senglidning

Ta av ortosen 3 ggr/dag och upprepa övningarna 5 ggr [2,7].

#### Finger 2-5:

1a. Med hjälp av friska handen böj samtliga fingrar in mot handflatan.

1b. Sträck samtliga fingrar med hjälp av friska handen (alternativt med egen kraft om det kan utföras utan upphakning eller smärta).

2a. Böj ytter- och mellanleder med egen kraft. (Ev. kan ortosen användas som stöd för att hålla rak MCP-led i övningen).

2b. Sträck fingrarna med egen kraft [2,7].

**Tummen:**

1. Med hjälp av friska handen böj tummen mot lillfingrets bas.
2. Sträck tummen med hjälp av friska handen (alternativt med egen kraft om det kan utföras utan upphakning eller smärta) [5].

**Patienten erhåller information muntligt och skriftlig om diagnosen:**

Se dokument,

- *Patientinformation, ortosanvändning och träning*
- *Träningsprogram – Triggertumme, Triggerfinger*

**Risker/kontraindikationer**

Om fingret är helt låst konsulteras läkare för ställningstagande till annan åtgärd. Vid oförmåga att sträcka fingret fullt pga smärta bör risk för kontraktur i PIP-leden uppmärksammas [6]. Även i de fall DIP-leden fixeras i ortos bör risk för kontraktur i PIP-led uppmärksammas [1].

Patienten informeras muntligt och skriftligt att kontakta behandlande arbetsterapeut om ortosen skulle ge skav eller tryck.

**Mätetal och målnivå**

Målet med behandlingen är att kunna använda handen i dagliga aktiviteter utan att fingret hakar upp sig eller smärta efter 6-10 veckor med ortos.

**Telefonuppföljning efter 1 vecka**

Arbetsterapeut ringer patienten. Uppföljning av hur träningen fungerar och att patienten klarar av att använda ortosen. Om det är problem bokas besök och patienten får komma för justering av ortosen.

**Återbesök efter 4 veckor**

Kontroll av behandlingen. Ser allt bra ut fortsätter man som planerat, vid behov justeras ortosen.

**Återbesök efter 6-10 veckor**

Om fingret är helt bra avslutas behandlingen och patienten kontaktar arbetsterapeuten vid behov. Har det blivit en förbättring men fortfarande inte helt bra kan patienten ha ortosen dygnet runt några veckor till. Om besvären fortfarande kvarstår efter 10 veckor uppmannas patienten ta kontakt med sin läkare.

**Bedömningsinstrument vid återbesök**

Se document, Stages of Stenosing Tenosynovitis (SST)

Antal upphakningar vid 10 aktiva extension-flexion av samtliga fingrar

Smärta – VAS eller NRS

Hälsoenkät arm, axel, hand - QuickDASH

**Referenser**

1. Tarbhai, K., Hannah, S., & Schroeder, H.P. (2012). Trigger finger treatment: A Comparison of 2 Splint Designs. *Journal of Hand Surgery*, 37, 243-249.

2. Valdes, K. (2012). A Retrospective Review to Determine the Long-term Efficacy of Orthotic devices for Tiggerfinger. *Journal of Hand Therapy*, 25, 89-96.
3. Runnquist, K., Cederlund, R., & Sollerman C. (1992). *Handens rehabilitering: skador, sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
4. Lundborg, G. (1999). *Handkirurgi- skador, sjukdomar, diagnostik och behandling (andra uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
5. Petersen Lee, M., Nasser-Sharif, S., & Zelouf, D.S. (2002). In Hunter, J.M., Mackin E.J., & Callahan, A.D. (Eds.), *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy 5th ed.* (pp 931-943). St Louis: Mosby.
6. Ryzewicz, M., & Moriatis Wolf, J. (2006). Trigger digits: principals, management and complications. *Journal of Hand Surgery*, 31A, 135-146.
7. Colbourn, J., Heath, N., Manary, S., & Pacifico, D. (2008). Effectiveness of Splinting for the Treatment of Triggerfinger. *Journal of Hand Therapy*, 21,336-343.
8. Rodgers, J.A., MCCarthy, J.A. & Tiedeman, J.J. (1998). Functional Distal Interphalangeal Joint Splinting for Trigger Finger in Laborers: A Review and Cadaver Investigation. *Orthopedics*, 21(3), 305-310.
9. Nimigan, A.S., Rosenblatt, Y., & Gan, B.S. (2006). Trigger Fingers: A Review. *Critical Reviews in Physical & Rehabilitation Medicine*, 18(4), 303-316.
10. Patel, M.R., & Bassini, L. (1992). Trigger fingers and thumb: when to splint, inject or operate. *Journal of Hand Surgery*, 17A, 110-113.
11. Linder-Tons, S., & Ingell, K. (1998). An Alternative Splint Design for Trigger Finger. *Journal of Hand Therapy*, 11, 206-208.