



Dokumentnamn/Diagnos:

Flexorsenskada FDP, FDS, FPL

- Tidig aktiv träning zon I-V

Dokumentet gäller inom Region:	Skåne
Enhet:	Handkirurgiska kliniken, SUS, Malmö
Ansvarig enhetschef:	Elisabeth Ekstrand
Upprättat av FT/AT/KUR:	Stefan Johansson

Giltigt fr.o.m. datum:	2022
Dokumenthistorik tidigare versioner:	Finns att tillgå på enheten

	Övergripande Information
Bakgrund kortfattad	<p>Flexorsenskador är en av de vanligaste akuta diagnoserna på Handkirurgiska kliniken. Vid 88 procent av fallen involveras ett finger. Skada på FDP till dig II och V är vanligast förekommande.</p> <p>Malmö använder, så gott som uteslutande, tidig aktiv kontrollerad mobilisering vid flexorsenskador.</p> <p>I de flesta fall är det skärskada som orsakats av ex kniv, glas, vass plåt etc och i dessa fall förekommer ofta även digitalnervskada.</p> <p>Det förekommer även slutna skador som uppkommer efter ryck- eller slitvåld mot ett flekterat finger/fingrar.</p>
Kirurgiska aspekter relevanta för rehabiliteringen	
Problem tex funktion, aktivitet och delaktighet	Smärta, svullnad samt oförmåga att böja en eller flera av fingrets leder. Nedsatt styrka
Utvärderings-instrument	<p>Bedömning och utvärdering sker kontinuerligt med relevanta mätinstrument.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Smärta: NRS i vila, vid rörelse och belastning</li><li>• Rörlighet: Goniometer, knytdiastas</li><li>• Greppstyrka: Jamar (6-12 månader postoperativt)</li></ul>

HAKIR Funktionsuppföljning, ev. Exklusionskriterier	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Målsättning	Återfå aktiv rörlighet som tillåter senan att glida fritt i senskidan. Återgå till vardagliga aktiviteter (person/hem/fritid/arbete) och hantera de kraven det innebär. Smärtfrihet Normal greppstyrka (12 månader postoperativt).
Förväntat resultat	Förväntat resultat i medel efter 3 mån; DIP 5/40 PIP 10/80. Efter 12 mån; PIP 10/90 DIP 5/50 samt styrka 90% av oskadd hand. (HAKIR ut data samtliga t.o.m. 20.12.31). Medelvärden baseras på många faktorer som t ex typ av skada och ålder, spridningen i förväntat resultat är stor.
Observandum/ Restriktioner	Vid samtidig sutur av ffa A2- och/eller även A4-ligament ska pat utrustas med ”pulleyring” som skydd i 6 v vid aktiv flexion. Läkning och rehabilitering tar lång tid. Under gipstiden får fingrarna ej användas i aktivitet och aktiv flexion ska ske utan kraft eller motståndskänsla i fingret. Det kan medföra besvär för patienten att hantera vardagliga aktiviteter. Patienter har beskrivit att de måste använda handen i aktivitet trots restriktioner för att kunna fungera i vardagen. Hur patienten hanterar sin vardag i förhållande till restriktionerna bör lyftas under rehabiliteringen.
Förväntad rehabiliteringstid	Minst 3 månader
Förväntad sjukskrivningstid	Detta är beroende av yrke. Personer som arbetar administrativt är i regel sjukskrivna kortare än de med fysiska arbeten. Det vanligaste är mellan 4-12 v.
Övrigt	I de fall där man sytt senan med endast 2-strand mer försiktighet vid aktiv flexion.

<b>Tidslinje pre- och/eller postoperativt, restriktioner</b>	
Dag 0 = operationsdagen 1 vecka postoperativt = 7 dagar efter operation	
<b>Tid</b> Dag/vecka/månad	
<b>Dag 3-5</b>	Besök till SSK/USK på Handkir vårdavd för sårkontroll samt omläggning. Mobilisering via avd fysioterapeut som utrustar pat med en dorsal glasfibergips (Dynacast Prelude). FDP/FDS: Handled i lätt extenderat läge (15°), flekterade MCP-leder (45°) samt raka IP-leder. FPL: Radiell gipsskena som håller handleden i lätt extenderat läge (0-15°), CMC-1 i semiabducerat läge och MP-leden i neutralposition.

	Genomgång av skada, träningsprogram, gipstid samt belastningsregim kommande 12 v. Pat tränar med fysioterapeuten vid två tillfällen denna dag.
<b>Dag 3-5 forts.</b>	<p><b>Rörelseträning:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Flektera fingrarna passivt dvs. för finger/tumtoppen mjukt mot handflatan på den opererade handen med hjälp av den friska handen.</li> <li>2. Flektera fingrarna försiktigt aktivt dvs. med egen kraft men utan motståndskänsla i fingret. De får ej ta i (rörelseomfång max halva rörelsebanan).</li> <li>3. Extendera fingrarna aktivt upp emot taket på gipsskenan. Målet är raka PIP-leder. Proximalt stöd kan användas för att lättare nå full extension av PIP lederna.</li> </ol> <p>Övningarna utförs 7 ggr/dag, ca varannan timma. Varje övning 5 reps</p> <p>Vid ev samtidig digitalnervskada/nervskada konsulteras avdelningsarbetsterapeut för information angående nervskada, läkning samt känselträning FAS 1.</p>
<b>8-9 dagar postop</b>	Kontroll hos fys ter på rehabiliteringsavdelningen för de patienter som var mer smärtpåverkade och/eller svullna i sina fingrar, och pga detta begränsade i sina övningar, vid mobiliseringsstart.
<b>2 veckor postop</b>	<p>Kontroll på rehabiliteringsavdelningen hos fys ter i samband med suturtagning på mottagningen. Kontroll att gipsskenan sitter väl. Vid extensionsdefekt i PIP-leder lägger vi till passiv flexion i PIP-leder med maxflekterade MCP-leder. Pat fortsätter med befintliga övningar men ökar nu på träningsfrekvensen till 10 träningspass/dag à 5 repetitioner.</p> <p>Vid svullnad och om patienten är förbandsfri bör patienten utrustas med yttre kompression som tex kompressionsstrumpa och/eller Cobanlinda att använda nattetid samt mellan träningspass dagtid.</p> <p>Vid läkt hud kan ärrmobilisering introduceras.</p> <p>Vid samtidig digitalnervskada/nervskada kontroll även hos arbetsterapeut för uppföljning av känselträning FAS 1.</p>
<b>3 v postop</b>	<p>Kontroll på rehab för de patienter som har haft svårt med sina övningar pga smärta, svullnad eller annat. Träningsfrekvens är fortsatt 10 träningspass/dag á 5 reps.</p> <p>Vid behov kan man introducera försiktig aktiv flexion med proximal stabilisering.</p>
<b>4 v postop</b>	Pat kommer för avgipsning samt fortsatt mobilisering hos fys ter på rehabiliteringsavdelningen. Patienten tillåts endast att använda handen i mycket lätta aktiviteter tex tangentbordarbete, hålla bestick, lätt påklädning, hålla glas. Pat tillåts ej att bära/lyfta.

	<p><b>Rörelseträning:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortsatt passiv flexion samt vid behov passiv extension med kvarhåll</li> <li>2. Aktiv flexion med proximal stabilisering alt senglidningsövningar samt full sammansatt flexion utan att använda kraft.</li> <li>3. Aktiv sammansatt extension.</li> <li>4. Aktiv palmarabduktion om det är en FPL-skada.</li> </ol> <p>Aktiva handledsövningar, extension-flexion med avslappnade fingrar, aktiv ulnar-radialdeviation samt aktiv pronation-supination. Övningarna utförs 10 ggr/dag á 5 repetitioner.</p> <p>Rörlighetsmätning passivt samt aktivt.</p> <p>Konsultera arbetsterapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexionskontraktur i PIP-leden (volar fingervagga)</li> <li>- Uppföljning känselträning</li> </ul>
<b>6 v postop</b>	<p>Fortsatt rörelseträning fingrar och/eller tumme. Fortsatt rörelseträning för handled vid behov.</p> <p>Rörlighetsmätning</p> <p>Tillåts nu att belasta max 1 kg.</p> <p>Avlägsnande av ”pulleyring” i de fall detta använts.</p> <p>Uppföljning hos arbetsterapeut av känsel vid digitalnervskada</p>
<b>8 v postop</b>	<p>Fortsatt rörelseträning fingrar och/eller tumme.</p> <p>Rörlighetsmätning</p> <p>Tillåts att belasta max 2 kg</p>
<b>10 v postop</b>	<p>Fortsatt rörelseträning fingrar och/eller tumme.</p> <p>Rörlighetsmätning</p> <p>Tillåts att belasta max 3 kg.</p>
<b>12 v postop</b>	<p>Uppföljning enligt HAKIR med rörlighetsmätning. EJ Jamar!</p> <p>Full belastning i vardagen men avvakta ytterligare 4 v med tung styrketräning samt klättring.</p> <p>Uppföljning av känsel samt känselträning hos arbetsterapeut.</p>
<b>12 månader postop</b>	<p>Uppföljning enligt HAKIR med rörlighetsmätning samt Jamar.</p>