

Håndkirurgisk sektor

Ortopædkirurgi på Sygehus Sønderjylland

Hyppige diagnoser

Dupuytrens kontraktur DM720

Dupuytrens kontraktur er en hyppig fibrotisk hereditær sygdom, som rammer palmaraponeurosen. Der findes ingen kur. Mænd rammes hyppigere end kvinder. Ofte findes der noduli i håndfladen, som aldrig progredierer til strengdannelse.

Disse noduli kan være ømme initialt ved aktivitet i sygdommen, men ømheden svinder over tid og de fleste har ikke smerter. Sygdommen rammer hyppigst 4. og 5. fingerstråle og kaldes på dansk også kuskefingre. Hele hånden kan dog være påvirket og sygdommen hænger også sammen med noduli under fodsålerne, på penis og frossen skulder, hvilket sammen med bilateral sygdom, ung alder og familiær anamnese kan være en indikator for aggressivitet af sygdommen.

Der findes forskellige behandlingsmodaliteter, heriblandt nålefascietomi, segmental- og total fasciektomi. Ved sværere tilfælde med tidlig recidiv og gentagne indgreb kan der foretages dermatofasciektomi. Ved fleksionskontraktur på mere end 50 grader kan der opstå huddefekter efter kirurgisk strengfjernelse, som kan dækkes med lokal lapplastik eller frit hudtransplantat. I værste fald kan amputation ofte på PIP-leds niveau være sidste udvej. Recidiv af dupuytrens kontraktur skal behandles hos os.

For få år siden indgik injektion med kollagenase også som led i behandlingen – Xiapex indsprøjtning, hvorefter strengene kunne brydes ved ekstension af fingrene ambulant. Denne behandling er taget af markedet og er aktuelt ikke længere en mulighed.

Ved strengdannelse og kontraktur af fingrene, vil patienterne godt kunne knytte hånden, men har manglende ekstension typisk over MCP og PIP leddet. Fingrene begynder at være i vejen og hænger fast i ting. Fx har man svært ved at føre hånden ned i bukselommen, eller tage handsker på. Hånden kan ikke ligge fladt på bordet. Dvs. fingrene skal subjektivt være i vejen. Herudover skal der objektivt minimum være ca. 20-30 graders kontraktur samlet over MCP og PIP leddet og i så fald ser vi gerne patienten til vurdering. Ved fuld ekstension af fingrene findes der ikke et operativt tilbud, ved ømhed omkring en knude kan der gives en blokade subkutant.

Rodledsartrose DM189

En hyppig tilstand inden for håndkirurgi er rodledsartrose. Op mod 10% af alle middelaldrene kvinder har rodledsartrose. Post mortem studier viser at op mod 75% har artroseforandringer ved rodledet. 55% af patienter med både rodleds- og scaphotrapezial artrose har smerter.

Artrose i rodledet har samme naturhistorie som artrose i andre led. Patienterne vil beskrive triadesmerter og oplever smerter og nedsat kraft ved belastning. Symptomerne kan variere over tid fx oplever mange at smerterne kan være mere intense om vinteren. Ved svære tilfælde vil der være mere eller mindre konstante smerter og natlige smerter.

Klinisk kan symptomerne være diffuse, men er lokaliseret til radial side af håndleddet og volart ved proximale del af tenarballen. Ved svære tilfælde ses der øget laxitet ved leddet, adduktionskontraktur og deraf evt. zigzag konfiguration med hyperekstension i grundleddet. Der ses nedsat kraft sammenlignet med modsatte side. Der vil være direkte smerter og indirekte smerter (grindtest). Ved svær artrose kan man sublukkere leddet. Der kan evt. mærkes strepitus.

På mistanke om rodledsartrose skal der bestilles et røntgenbillede af hånd og fingre under henvisningsteksten obs artrose 1. fingers rodled. Derved afføder dette røntgen af fingerstrålen i stedet for røntgenbilleder af hele hånden i to projektioner.

Behandlingen vil hovedsageligt være symptomatisk og indebærer analgetika (paracetamol og/eller NSAID præparater). Der kan forsøges med aflastende blød bandage der støtter rodleddet, men hvor bevægelse stadig er muligt. Næste trin vil være blokadebehandling, som både har diagnostik og terapeutisk værdi. Sidste instans er kirurgisk intervention. Traditionelt vil standard behandlingen være Trapezektomi eller trapezektomi i kombination med interpositionsartroplastik, hvor vi i Danmark har tradition for at udføre Weilbys artroplastik. Internationalt findes der mange behandlingstilbud, hvor iblandt også artroskopiske metoder vinder frem. I Region Syd, og flere andre steder i landet, tilbydes yngre patienter enten traditionel behandling eller indsættelse af et kunstigt led, hvor vi aktuelt bruger MAIA proteser. I Region Syd isættes der rodledsprotoser i Sønderborg og Odense.

Ligesom andre kunstige led har proteser en levetid og man skal forventeligt opereres igen, hvor traditionel behandling da fortsat er en mulighed. Fordelen ved proteser er at man hurtigere er tilbage på arbejdsmarkedet og man beholder længden på fingerstrålen, hvilket er en forudsætning for styrken i fingeren. Ved alle kirurgiske indgreb skal man ikke forvente normal funktion efterfølgende og indgrebets primære formål er smertereduktion.

Røntgenhenvisning efter traume, ganglier og artrose

Vi ser mange patienter henvist med traumesequelae, ganglier og artrose. I den forbindelse står vi ofte i et dilemma. Fælles for de tre ovenstående diagnoser er, at vi altid ønsker et røntgenbillede. Vi har dog ikke set patienten og en sjælden gang imellem, har vi ikke information omkring sideangivelse eller niveau i henvisningen. Vi bestiller dermed et røntgenbillede på en patient vi aldrig har set med sparsom information ifm. visitation, alternativt må der efterbestilles et røntgen billede på dagen efter undersøgelse, hvilket er en u hensigtsmæssig arbejdsgang.

Vores ønske er derfor at e.l. bestiller et røntgenbillede under udredning eller samtidig med at der sendes en henvisning.