

Injeksjonsbehandling ved triggerfinger

Det er rapportert gode resultater ved kortikosteroidinjeksjon i finger med triggerfenomen.

Vi har behandlet 27 pasienter med triggerfinger (32 fingrer) med kortikosteroidinjeksjon. I 17 fingrer var det satt sprøyte ved to anledninger. Median fire år og to måneder (spredning 29–56 måneder) senere ble pasientene kontaktet per post eller per telefon, og personer med vedvarende plager ble etterundersøkt klinisk.

12 fingrer var blitt operert median seks måneder (spredning 3–33 måneder) etter injeksjonsbehandlingen. 14 fingrer ble rapportert å være helt bra, én finger gav kun lette plager, fire var fortsatt til besvær, men mindre enn før injeksjonsbehandlingen, og én finger var like ille som før. To av disse pasientene hadde ved etterundersøkelse ingen triggerfenomener, men karpometakarpal artrose.

Vi foreslår å forsøke injeksjon av kortikosteroid i seneskjeden ved behandlingstrengende triggerfinger.

Triggerfinger (digitus saltans, springfinger, stenoserende tenosynovitt) er en av de vanligste grunner til at en pasient oppsøker håndkirurg og ortoped. Tilstanden arter seg ved at en finger henger seg opp i full fleksjon. Pasienten kan ofte overkomme motstanden som har låst fingeren i fullt bøyd stilling ved å ekstendere kraftig eller ved å rette fingeren ut passivt med den andre hånden, og kan deretter bevege fingeren fritt. Årsaken til tilstanden er et fortykket parti på en av de lange fleksorsene. Denne ligger under den første, faste delen av fleksorsenseskjeden når fingeren er rett, men blir liggende proksimalt for åpningen til seneskjeden når fingeren er flektert. Når pasienten så forsøker å rette ut fingeren igjen, kiler fortykkelsen seg fast i åpningen til seneskjeden.

Som ved de fleste sykehus i Norge har det vært rutine ved Regionsykehuset i Trondheim å tilby pasienter med triggerfinger operasjon om de trenger behandling. I litteraturen finnes imidlertid mange rapporter om gode resultater ved kortikosteroidinjeksjon. Vi har benyttet denne behandlingen de siste årene og ønsket å vurdere resultatene.

Vilhjalmur Finsen

vilh.finsen@medisin.ntnu.no

Henrik Sandbu

Ortopedisk avdeling

Regionsykehuset i Trondheim

7006 Trondheim

Finsen V, Sandbu H.

Corticosteroid injection for trigger finger.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3406–7.

Background. Since 1996 we have treated patients with trigger finger with corticosteroid injection as an alternative to surgery, on the basis of good results from this treatment reported in the literature. We wished to evaluate the results.

Material and methods. 27 patients with 32 trigger fingers were treated with corticosteroid injection. Two injections had been used in 17 fingers. The patients were contacted by mail or telephone median 4 years and 2 months (range 29–56 months) later, and patients with persistent pain were examined clinically.

Results. 12 fingers had been operated by the time of the follow-up. 14 fingers were reported to be quite normal, one gave slight discomfort, four were still painful, but less so than before injection, and one was still as bad as before injection. Two of these patients had painful carpo-metacarpal arthrosis.

Interpretation. We suggest that corticosteroid injection should be tried in patients with trigger finger.

Materiale og metode

Pasienter henvist til ortopedisk poliklinikk med mistanke om triggerfinger ble vurdert av en av forfatterne. Diagnosen ble stilt på grunnlag av sykehistorie og vanligvis ved at pasienten demonstrerte at fingeren hengte seg opp. Pasientene ble så forklart muligheten for å forsøke en kortikosteroidinjeksjon før de ble søkt til operasjon. De fleste ønsket å forsøke injeksjonsbehandling.

0,6–2 ml av blanding av like deler betametason (Celeston Chronodose) og Xylocain 1% uten adrenalin ble injisert i den proksimale delen av seneskjeden. Innstikket var i midtlinjen av strålen, litt distalt for grunnleddets bøyefure. Kanylen ble ført inn i små etapper mens pasienten ble bedt om å flektre og ekstendere aktivt i fingeren. Riktig plassering i seneskjeden ble bekreftet ved en skrapende følelse mellom kanylespissen og senen. Ved injeksjon av væsken angav

ofte pasienten en «strømmende følelse» eller lett spreng i fingeren. De fleste ble tatt til kontroll fire til seks uker senere for å rapportere om effekten.

Alle pasienter som ble behandlet i årene 1996–98 og som kunne identifiseres ut fra poliklinikkens arkiv, fikk tilsendt et spørreskjema. De som ikke svarte, ble kontaktet per telefon. Uopererte pasienter som angav fortsatte plager ble innkalt til klinisk vurdering. Vi fikk på denne måten kontakt med alle 27 pasienter i median fire år og to måneder (spredning 29–56 måneder) etter første injeksjon. Median alder ved første injeksjon var 63 år (spredning 25–80 år). Til sammen var det satt injeksjoner i 32 fingrer: 15 tomler, tre langfingrer, sju ringfingrer og en lillefinger. I 17 fingrer ble det satt sprøyte ved to anledninger.

Resultater

20 av de 32 fingrene var ikke operert da pasienten kom til etterkontroll. For 14 av disse fingrene angav pasientene at de ikke lenger hadde noen form for plager. I én finger var det kun lette plager, mens fire fortsatt var plagsomme, men mindre enn før injeksjonen, og én var like ille som før behandlingen.

De fem sistnevnte pasientene ble innkalt til klinisk vurdering, og fire møtte. To hadde ikke lenger opphaking av tommelen, men var plaget av artrose i første karpometakarpalledd. De to andre hadde hatt meget uttalte triggerfenomener før injeksjonen og hadde etterpå så lette plager at de anså videre behandling som unødvendig.

De øvrige 12 fingrene var blitt operert median seks måneder (spredning 3–33 måneder) etter første injeksjon. Det var ingen komplikasjoner i tilknytning til inngrepene. Én hadde fortsatt opphaking av fingeren postoperativt og måtte reopereres. En annen, som også hadde artrose i samme fingers mellomledd, angav at fingeren fortsatt var like ille som da han først oppsøkte poliklinikken, og én hadde fortsatt lette problemer med fingeren. De øvrige ni opererte fingrene var nå asymptomatiske.

Seks av de opererte pasientene og to av de uopererte var behandlet for andre fingrer tidligere.

Diskusjon

Triggerfinger kan opereres i lokalbedøvelse med åpning av den første delen av fleksorse-

neskjeden. Det finnes få rapporter av resultatene av slik kirurgi. I den ene (1) fant man en overraskende høy frekvens av fortsatt triggerfenomen i opererte fingrer (11%), peroperativ skade av fingrerner (8%) og infeksjon (4%), mens resultatene fra en annen studie (2) mer er i samsvar med våre egne erfaringer med kirurgi. Vårt inntrykk er at resultatene er gode og komplikasjonene få, selv om vi har opplevd ett tilfelle med overskjæring av en fingrerve for få år siden.

Åpen spalting av seneskjeden, slik vi har gjort det, krever bruk av operasjonsstue – med alt hva det fører med seg av omstendelige rutiner. Spaltingen kan imidlertid også gjøres perkutant på poliklinikken eller kontoret. I to større serier rapporteres det om suksess med denne metoden i henholdsvis 75% og 90% av tilfellene (3, 4). Det var ingen nerveskader eller andre komplikasjoner.

Det er angitt at å spjelke fingeren med lett fleksjon i grunnleddet mens interfalangealleddene er frie fører til opphør av symptomer hos mange (5, 6).

Den konservative behandlingsformen som oftest omtales i litteraturen, er kortikosteroidinjeksjon i seneskjeden. Vellykket resultat etter 1–3 tre slike injeksjoner rapporteres hos mellom 60% og 77% (7–10). Færre bedres etter den andre og tredje sprøyten enn etter den første injeksjonen (9). Mer enn tre sprøyter anbefales ikke, og noen opererer om det ikke er tilfredsstillende resultat av den første injeksjonen (8). Resultatene er dårligere hos pasienter med insulinkrevende diabetes (9, 11) og når flere fingrer er affisert

(10). Flere rapporterer bedre resultater ved injeksjonsbehandling om symptomene har vart kortere enn fire til seks måneder (7, 10), mens andre ikke har kunnet bekrefte dette (9). Freiberg og medarbeidere (12) angav bedre resultater hos pasienter hvor man kunne kjenne en tydelig kul på senen enn der det var en mer diffus oppdrivning. Den eneste alvorlige komplikasjonen i de sitert arbeidene, med til sammen nesten 800 behandlede fingrer, var ett tilfelle av infeksjon i seneskjeden, som måtte åpnes og dreneres (8).

Mange bruker den teknikken vi har benyttet ved injeksjon. Andre foretrekker å føre kanylen gjennom senen til den treffer bein (7, 8). De trekker den så litt tilbake inntil det ikke lenger er motstand mot injeksjon idet spissen ligger i seneskjeden dypt for fleksor-senene.

Omtrent halvparten av våre pasienter ble kvitt sitt besvær ved kortikosteroidinjeksjon og unngikk dermed operasjon. Våre egne resultater er ikke fullt så gode som de som siteres i litteraturen, men observasjonstiden i vårt materiale var lengre. En del av pasientene ville nok ha blitt kvitt sitt besvær uten intervensjon i løpet av denne tiden, men det er usikkert om dette ville ha skjedd så tidlig om de ikke hadde fått kortikosteroidinjeksjon. Behandlingen er lett å gjennomføre og medfører svært liten fare for komplikasjoner.

Etter vårt syn bør slik kortikosteroidinjeksjon forsøkes ved behandlingstrengende triggerfingrer. Interesserte allmennpraktikere bør kunne utføre behandlingen så sant symptomene er typiske og injeksjonen foretas under strengt aseptiske forhold.

Litteratur

1. Thorpe AP. Results of surgery for trigger finger. *J Hand Surg* 1988; 13B: 199–201.
2. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger. *J Hand Surg* 1997; 22A: 145–9.
3. Patel MR, Moradia VJ. Percutaneous release of trigger digit with and without cortisone injection. *J Hand Surg* 1997; 22A: 150–5.
4. Tanaka J, Muraji M, Negoro H, Yamashita H, Nakano T, Nakano K. Subcutaneous release of trigger thumb and fingers in 210 fingers. *J Hand Surg* 1990; 15B: 463–5.
5. Lindner-Tons S, Ingell K. An alternative splint design for trigger finger. *J Hand Ther* 1998; 11: 206–8.
6. Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. *J Hand Surg* 1992; 17A: 110–3.
7. Rhoades CE, Gelberman RH, Manjarris JF. Stenosing tenosynovitis of the fingers and thumb. Results of a prospective trial of steroid injection and splinting. *Clin Orthop* 1984; 190: 236–8.
8. Bamford DJ, Kay NRM. The conservative management of trigger finger. *J Orthop Rheumatol* 1993; 6: 71–3.
9. Benson LS, Ptaszek AJ. Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. *J Hand Surg* 1997; 22A: 138–44.
10. Newport ML, Lane LB, Stuchin SA. Treatment of trigger finger by steroid injection. *J Hand Surg* 1990; 15A: 748–50.
11. Griggs SM, Weiss A-PC, Lane LB, Schwenker C, Akelman E, Sachar K. Treatment of trigger finger in patients with diabetes mellitus. *J Hand Surg* 1995; 20A: 787–9.
12. Freiberg A, Mulholland RS, Levine R. Non-operative treatment of trigger fingers and thumbs. *J Hand Surg* 1989; 14A: 553–8.

○

Annonse