

Subkutan atrofi efter steroidinjektion i forbindelse med behandling af springfinger

Peter Birk Larsen¹ & Michael Kjelager Tjørnild²

KASUISTIK

1) Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg
2) Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Horsens

Ugeskr Læger
2014;176:V05140273

Springfinger, der også er kendt under synonymerne digitus saltans, stenoserende tenosynovitis og *trigger finger*, er en relativt hyppig lidelse. Livstidsprævalensen er hos raske 2,2% med størst hyppighed blandt kvinder, hos diabetikere er livstidsprævalensen op til 10% [1].

Ætiologien er ukendt, og tilstanden opstår spontant. Nogle tilfælde debuterer i relation til belastning, man har dog ikke påvist nogen sikker sammenhæng mellem erhverv og udvikling af springfinger [1].

Springfinger betegner en tenosynovitis med hævelse af fingrenes fleksorsener/seneskeder. Dette medfører et misforhold mellem sene og seneskede. Således kan senen ikke passere frit gennem forstærkningerne i seneskeden – de såkaldte *pulleys*. Diagnosen er klinisk og baseres på objektive fund og en typisk sygehistorie. Patienten beskriver således hyppigt en øm knude, palmart ved metacarpusphalangea-leddet, og en finger der, ledsaget af ubehag, »springer« ved fleksion for derefter at være »låst« i bøjet stilling.

SYGEHISTORIE

En 59-årig, i øvrigt rask kvinde konsulterede egen læge, idet hun gennem nogle måneder havde været generet af springfinger i højre hånds fjerde finger. Der blev foretaget blokadebehandling af den afficerede finger, og i den proksimale phalanx blev der injiceret 20 mg triamcinolonacetonid (syntetisk glukokortikoid med protraheret virkning) suspenderet i lidocain uden adrenalin – samlet 1½ ml. Til immobilisation blev fingeren tapet i let ekstension i tre uger. Efter ca. tre måneder kontaktede patienten egen læge, idet hun havde bemærket svind af fingermuskulaturen. Herefter blev hun henvist til vurdering i et håndkirurgisk ambulatorium.

Subjektivt beskrev patienten god funktion af fingeren, mens generne var tørhed af huden og af kosmetisk karakter. Objektivt blev der fundet moderat subkutan atrofi i højre hånds fjerde fingers proksimale phalanx (**Figur 1**). Ved palpation blev der ikke fundet smerter i fingerled eller seneskedens *pulleys*. Fingeren blev fundet ligamentært stabil uden indskrænkninger i funktion og således også uden springfænomenet.

Patienten blev informeret om, at der ikke forelå behandlingsmuligheder for en sådan atrofi, der var forårsaget af steroidinjektion, således blev undersøgelsen afsluttet uden videre behandling. Ved opfølgning ni måneder efter steroidinjektionen var fingeren uden tegn til springfinger. Der var fortsat moderat atrofi og endvidere uspecifikke smertegener/ændret følelse, dette af svag karakter.

Patienten blev informeret om, at der ikke forelå behandlingsmuligheder for en sådan atrofi, der var forårsaget af steroidinjektion, således blev undersøgelsen afsluttet uden videre behandling. Ved opfølgning ni måneder efter steroidinjektionen var fingeren uden tegn til springfinger. Der var fortsat moderat atrofi og endvidere uspecifikke smertegener/ændret følelse, dette af svag karakter.

DISKUSSION

Vi beskriver her et enkelt tilfælde af subkutan atrofi efter steroidinjektion som led i behandlingen af springfinger. I litteraturen findes der kun ganske få studier, hvor der rapporteres om alvorlige bivirkninger efter en blokadeserie på op til tre injektioner, og kun i et studie af *Anderson et al* beskrives der en relativt høj komplikationsrate med forbigående atrofi hos fire af 64 patienter [2]. Overordnet set er forekomsten af alvorlige komplikationer såsom infektion, seneruptur og subkutan atrofi særdeles lav ved op til tre serier af injektioner [3].

Således må behandling med steroidinjektion anses for at være sikker og effektiv. Dog bør man være opmærksom på, om der er tale om springfinger i relation til systemisk sygdom såsom diabetes melitus, mukopolysakkaridose, amyloidose eller reumatoid arthritis. I disse tilfælde samt ved Quinell grad IV-springfinger er effekten af blokadebehandling ringe [4].

FIGUR 1

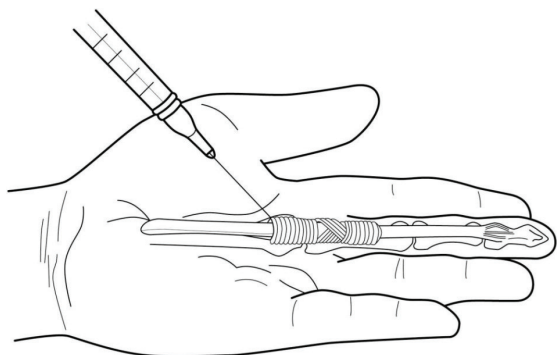
Tre måneder efter steroidinjektion. Der ses subkutan atrofi af fjerde fingers proksimale phalanx (pile).





FIGUR 2

Anlæggelse af steroidblokada i A1-pulley.



Quinnells klassifikation kan anvendes til beskrivelse af sværhedsgraden af springfinger. Grad 0: normal bevægelighed med let krepitation. Grad I: intet springfænomen, men ujævn fleksion-ekstension. Grad II: springfænomen, fingeren kan aktivt eksterenderes. Grad III: springfænomen, fingeren kan kun eksterenderes passivt ved hjælp af den modsidige hånd. Grad IV: fingeren er låst og kan ikke eksterenderes [5].

I litteraturen er der beskrevet forskellige teknikker for injektion. Ved blind anlæggelse palperes caput ossis metacarpi, med en kanyle af lille kaliber foretages der indstik i fleksorsenen over caput, og herefter føres kanylen tilbage, indtil den er fri af senen. Ved forsigtigt at bevæge patientens finger sikres det, at placeringen er korrekt – således intrasynovialt og fri af senen (**Figur 2**). Ved ultralydvejledt anlæggelse opnår man højere sikkerhed for intrasynovial injektion [1].

Springfinger ses hyppigt i almen praksis. Ved fravær af systemisk sygdom som ovenfor anført er blokadebehandling et sikkert og effektivt tilbud forud for åben eller perkutan kirurgisk behandling [1].

SUMMARY

Peter Birk Larsen & Michael Kjølager Tjørnild:

Subcutaneous atrophy following steroid injection in the treatment of trigger finger

Ugeskr Læger 2014;176:V05140273

Trigger finger (TF), also known as stenosing tenosynovitis, is a rather common condition that causes entrapment of the flexor tendon at the site of the annular pulley. The accepted first-line treatment for TF is injection of long-acting corticosteroid in the involved flexor tendon sheath. This treatment is characterized by a high success rate and a low level of reported adverse effects in the literature. We report a case of subcutaneous atrophy after steroid injection in the treatment of TF.

KORRESPONDANCE: Peter Birk Larsen, Skovbakkevej 43, 8800 Viborg.

E-mail: p.birk.larsen@gmail.com

ANTAGET: 3. september 2014

PUBLICERET PÅ UGEKRIFTET.DK: 10. november 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Wolfe SW, Pederson WC, Hotchkiss RN et al. Green's operative hand surgery. 6. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2011.
2. Anderson B, Kaye S. Treatment of flexor tenosynovitis of the hand with corticosteroids: a prospective study of the response to local injection. Arch Intern Med 1991;151:153-6.
3. Wang J, Zhao JG, Liang CC. Percutaneous release, open surgery, or corticosteroid injection, which is the best treatment method for trigger digits. Clin Orthop Relat Res 2013;471:1879-86.
4. Ryzewicz M, Wolf JM. Trigger digits: principles, management and complications. J Hand Surg 2006;31A:135-46.
5. Quinnell RC. Conservative management of trigger finger. Practitioner 1980;224:187-90.
6. FIGUR 1
7. Tre måneder efter steroidinjektion. Der ses subkutan atrofi af fjerde fingers proximale phalanx (pile).