

Doknr. i Barium 23669	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2018-09-20	Version 3
<b>RUTIN</b> Vårdprogram Karpaltunnelsyndrom (CTS)			
<b>Innehållsansvarig:</b> Christer Sollerman, Överläkare, Läkare Handkirurgi (chrso2) <b>Godkänd av:</b> Carina Reinholdt, Verksamhetschef, Verksamhetsledning handkirurgi (carre4) <b>Denna rutin gäller för:</b> Verksamhet Handkirurgi			

## Syfte

Syftet är att säkerställa god och patientsäker vård för patienter med karpaltunnelsyndrom (CTS) G560

## Bakgrund

Typisk anamnes

Nattliga domningar i medianusinnerverat område dvs. Dig. I- IV, domningar vid statisk aktivitet dagtid.

Typiska undersökningsfynd

Positiv Tinel och Phalens test. Känselstörning inom medianusområdet. Svaghet i APB

Neurografi ska utföras endast vid tveksam diagnos eller nivå.

Genes:

Handsvullnad

Post-traumatiskt

Vid graviditet

Vibrationsexposition

Andra hormonsvängningar?

Olämpliga arbetsuppgifter?

Tenosynovit i karpaltunneln

Vid RA

Vid diabetes mellitus

## Behandling

Nattskena via AT

Sanering av arbetsuppgifter

Antiödembehandling, handträning, högläge

Lokal steroidinjektion i karpaltunneln kan prövas, särskilt för äldre patient eller om man misstänker aktiv synnovit.

Operation karpaltunnelklyvning

## Operation

Indikation:

Relativa

Subjektiva besvär (dålig nattsömn) som är störande. Patienten önskar operation.

Obligata

Konstanta domningssymtom dygnet runt

Mätbar sensibilitetsnedsättning "skyndsam" op

Atrofi av APB (informera om att muskeln ofta inte återfår sin volym)

## Operationsteknik CT-klyvning

Okomplicerade fall utan tenosynovit:

Efter sedvanliga preoperativa förberedelser enligt vårdhygiens direktiv sker operationen i

Lokal infiltrationsanestesi

Blodtomt fält med manschett på underarmen

Luppar

Rakt snitt interthenart som inte behöver passera handledens böjveck

Skarp dissektion till fascia palmaris som delas skarpt längsgående

Trubbig dissektion av fettkudden ovanpå karpalligamentet

OBS! Extrem försiktighet vid förekomst av tvärgående Palmaris Brevis muskulatur. Anomal avgång av motorgrenen vanlig!

Med assistentens hake radially och operatörens pincett ulnart hålles karpalligamentet spänt så att

<b>Doknr. i Barium</b> 23669	<b>Giltigt fr.o.m</b> 2018-09-20	<b>Version</b> 3
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------

## **RUTIN** Vårdprogram Karpaltunnelsyndrom (CTS)

detta kan klyvas skarpt med kniv.

Försiktig delning med sax av distala ligamentstråk fram till fettkudden under ligamentet distalt/ ytliga kärlarkaden, samt proximalt under hudkanten vid handledens böjveck.

Inspektion av karpaltunneln med lupp, motorgrenen identifieras

Fettkudden läggs tillbaka över karpaltunnel, eventuellt fäst med resorberbar sutur.

Hudsutur med omväxlande enkla och madrasser. Mjukt förband med fluffiga kompresser eventuellt kort gipsskena för fixering av tummen.

**CT-klyvning med tenosynovit:**

Efter sedvanliga preoperativa förberedelser enligt vårdhygiens direktiv sker operationen i

IVRA eller annan lämplig anestesiteknik

Blodtomt fält med manschett på överarmen

Luppar

Snitt interthenart i vola, vinklat ulnart vid handledsvecket upp till 5 cm proximalt.

Proximal delning av fascia antebrachii, identifiering av n Medianus.

Trubbig dissektion längs nerven distalt, delning av karpalligamentet med sax.

Nerven skyddas bakom resektionshake i radial riktning tillsammans med FPL.

Sena för sena lyftes upp med kulstoppare och rensas från synovit med sax, kniv eller synovectomitång. Till sist rensas FPL radiallyt om nerven.

Resorberbar sutur i fascian eller subcutan för adaptering av sårkanter.

Hudsutur med omväxlande enkla suturer och madrasser.

Vid större friläggning, exempelvis i samband med tenosynovectomi används gipsfixation av handleden för att optimera rörelseträning av fingrarna. I andra fall avgör operatören typ av postoperativ bandagering.

### **Postoperativt**

Råd om analgetika (Paracetamol 1 g) när anestesi släpper.

Råd om högläge och handpumpning, rörelseträning "Håll svullnaden borta"

Råd om praktisk användning av handen så mycket bandaget tillåter.

Sjukskrivning 2 – 4 veckor beroende på arbete

### **Återbesök:**

2 veckor till distriktsköterska eller annan sköterskemottagning för suturtagning och kontroll av handknytning.

4 – 6 veckor till operatören (kan avbokas vid besvärsfrihet).

### **Förväntat resultat:**

Nattliga domningar eliminerade

Kvarstående värksymtom har oftast annan genes.

Ömhet i och runt operationsärret ("pillar pain") är relativt vanligt, försvinner inom 3 - 6 månader och fortare om handen används flitigt. Undvik bandage och skydd över ärret dagtid. Ev. siliconplåster på natten.

Nedsatt handstyrka är vanligt, normaliseras inom tre månader.

Recidiv är ovanliga och enligt litteratur är resultaten efter förnyad CT-klyvning dåliga, såvida inte karpalligamentet varit ofullständigt klivet vid primäroperationen.

Doknr. i Barium 23669	Giltigt fr.o.m 2018-09-20	Version 3
--------------------------	------------------------------	--------------

## **RUTIN** Vårdprogram Karpaltunnelsyndrom (CTS)

### **Ansvar**

All personal inom Handkirurgi är ansvariga för rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver. Verksamhetschef bär ansvaret för att rutinen blir känt och efterlevs.

### **Uppföljning, utvärdering och revision**

Sektionschef på Handkirurgen ansvarar för uppföljning och revision av innehållet av rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Mellior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i Med Control PRO

### **Dokumentation**

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.