

Diagnostik av

# SMÄRTA I FINGRAR

hos klättrare

**De flesta klättrare kommer någon gång att drabbas av smärta i sina fingrar. Det är inte så konstigt med tanke på de belastningar vi utsätter dem för. Många som jobbar i sjukvården och klättrar får frågor om ömmande fingrar och andra skador. Det är svårt att ställa rätt diagnos. Den här artikeln är tänkt som hjälp på vägen.**

Det finns få läkare i världen som ser tillräckligt många klättringsrelaterade skador för att kunna bedriva forskning och utveckling på området. Volker Schöffl är en av de få. I mars 2007 skrev han en artikel i *Journal of sports medicine and physical fitness* som jag läste med stor uppskattning. Han är för övrigt en av författarna till boken *One move to many*, en bok om klätterskador som fått stor spridning i Sverige.

Originalartikeln heter "Finger pain in rock climbers: reaching the right differential diagnosis and therapy". Den är ett försök att systematisera alla typer av skador som ger smärta i fingrarna hos sportklättrare. Jag har fått författarens tillstånd att översätta och sammanfatta artikeln på svenska. Målet är att det ska vara en hjälp för alla de som redan har medicinska kunskaper men inte stor vana av att diagnosticera klätterskador, dvs läkare och sjukgymnaster. Dessutom är min ambition att försöka skriva så att även icke medicinskt skolade men intresserade klättrare ska kunna läsa och uppskatta artikeln. Jag vill samtidigt påpeka att artikeln inte är ett alternativ till att söka vård om man har ont i fingrarna och är minsta tveksam till vad orsaken är. Det stora problemet med just klätterskador är att de är så specifika för vår sport och kunskapen om dem är närmast obefintlig hos vårdgivare i Sverige som inte är speciellt intresserade. Dr Schöffl har lyckats sammanställa ett material på inte mindre än 271 finger-skador hos klättrare och börjar artikeln med att rangordna dem

efter vanlighetsgrad och ange om debuten oftast är akut, långsam eller om tillståndet är kronisk.

Viktigt för att hitta rätt diagnos är som vanligt att noggrant analysera hur problemet uppkom, det man brukar kalla att ta upp en bra anamnes. Kom smärtan plötsligt, vilken typ av belastning var det, haft något liknande förut?

En noggrann undersökning är lika viktig. Det som på medicinerspråk kallas status. Jämför alltid dina fynd med den andra handens motsvarande finger för att få en (förhoppningsvis) frisk jämförelse. Han poängterar bla vikten av att undersöka fingrarnas djupa böjsenor och de ytliga separat. Undersök alla ledernas rörelseomfång, palpera igenom ledkapsel, belasta kollateralligamenten och palpera pulleys/annularligament och senskidor.

Det tredje verktyget för rätt diagnos är radiologi, dvs olika sätt att avbilda fingrarna. Vanlig röntgen ger tyvärr sällan intressant information eftersom inga så kallade mjukdelar avbildas med den tekniken. Han förespråkar ultraljud för varje fingerskada, en teknik som mig veterligen inte används alls av ortopedier och handkirurger i Sverige. Det ska enligt artikeln vara lätt att lära sig men det är å andra sidan lätt att påstå när man har undersökt 271 klätterskadade fingrar. Volymen kommer inte någonstans bli speciellt stor här hemma. En utmaning är att skilja de anpassningar som sker hos klättrare från patologiska fynd. Magnetrontgen behövs bara i undantagsfall (om man behärskar ultraljud).

## ”Traumatiska pulleyskador uppstår oftast i krimpension, smärtan kommer plötsligt, ibland hörs till och med ett dovt poppande ljud från senan om hela ligamentet går av.”

Fig. 1

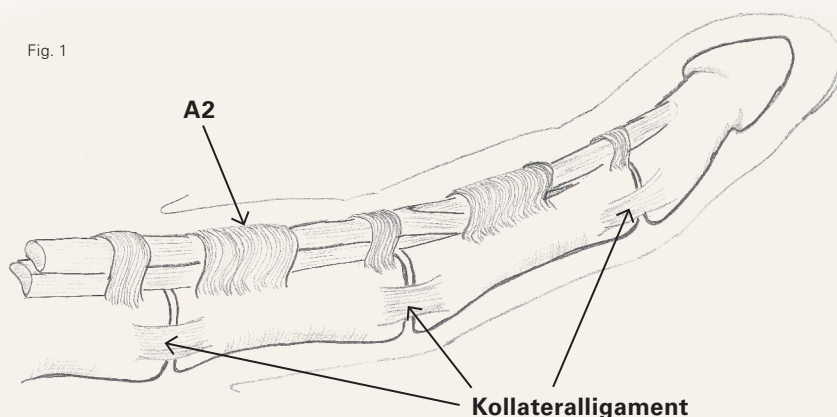


Fig 1. Schematisk skiss över fingrets anatomi. Den pulley som oftast skadas hos klättrare är den andra räknat inifrån, den kallas A2 där A står för annularligament. Man kan även se de sk kollateralligamenten vid sidan av varje led. Ledkapslarna är ej medtagna alls i skissen. Notera även att det finns två böjsenor. Den djupa fäster på yttersta fingerbenet och den ytliga delar sig och fäster på mellanbenet. Illustration Joakim Johansson.

### Pulleyskador

Pulley är svårt att översätta till ett bra ord på svenska. Det närmaste blir annularligament, det betyder egentligen ringformat ligament. Detta är i Schöffls material den vanligaste skadan. Pulleys uppgift är att hålla senan på plats invid benet när senan belastas och fingret är böjt, utan pulley skulle senan ta en genare väg ut till sitt fäste vilket också sker vid total ruptur av den samma, sk bowstringing (senan jämförs med strängen på en pilbåge).

Traumatiska pulleyskador uppstår oftast i krimpension, smärtan kommer plötsligt, ibland hörs till och med ett dovt poppande ljud från senan om hela ligamentet går av. Oftast vilosmärta på handflatesidan av fingret, distinkt palpationsömheter över den aktuella pulley, svullnad och ibland ett blåmärke.


Schöffl och hans kollegor har föreslagit ett graderingssystem där pulleyskadorna graderas i fyra grader. Det är min egen uppfattning att det är svårt att dra en skarp gräns mellan den lindrigaste typen, grad 1, och senskideinflammationen som beskrivs nedan. För grad 1 som egentligen är en sträckning av ligamentet förespråkar han två till fyra veckors lättare övningar för att hålla fingret i rörelse, återgång till lätt klättring efter fyra veckor och till sin nivå före skadan redan efter sex veckor. Dock med tejp som extra skydd i tre månader. Grad 4 är total ruptur av flera pulleys och han förespråkar kirurgi bara för dessa skador. Tilläggs bör att det finns en fransk forskargrupp som är mer liberala med kirurgi och tycker även grad 3 bör opereras. Allvarliga pulleyskador ska röntgas för att utesluta fraktur som kan ha liknande symptom.

### Senskideinflammation

Liknar pulleyskadan och det är egentligen samma struktur som ömmar. Skillnaden är bara att det inte uppkom vid en plötslig överbelastning utan det är en inflammation som beror på någon annat, oftast en kronisk överbelastning. Smärta och svullnad på samma sätt som för pulley-skadan men aldrig blåmärke. Dessutom sträcker sig smärtan ofta ner i handflatan längs med resten av senskidan. Skiljs från pulley-skadan främst genom uppkomstmekanismen. Dock ibland inte helt enkelt då inflammationen ibland kan komma nog så akut, tex efter ett exceptionellt hårt träningspass. Ultraljud är också bra i händerna på en van undersökare.

Detta är sannolikt den vanligaste skadan totalt sett och något som de flesta sportklättrare på minst medelhög nivå får någon gång under karriären. Kan vara fruktansvärt efterhängsen. Behandlingen är vila med antiinflammatorisk kräm/salva.

Tyvärr berör inte artikeln behandlingen av detta vanliga fenomen så ingående. Därför tillåter jag mig att lägga till mina egna åsikter, återigen utan stöd i vetenskapen: tidigt åter till lättare klättring och trappa upp belastningen efter eget huvud med smärta som varningssignal. Min egen åsikt är att många vilar för länge och att det är OK med lite smärta under träningspasset. För man ont efter träningen har man tagit i för hårt. I undantagsfall förespråkas cortisoninjektioner som en sista utväg. Tejp eller inte framgår inte av artikeln men min egen erfarenhet säger mig att det ”känns” rätt med tejp under en kortare period. Dock ska sägas att det finns många olika åsikter om hur bra tejping egentligen är. Många frågar mig om det är OK att träna med antiinflammatoriska tabletter i kroppen eller lokalt på ömmande fingrar. Det politiskt korrekta svaret är att det är tvärförbjudet men jag brukar lägga till att det är skillnad på träning med hård belastning och träning för rörelse och cirkulationens skull. Jag tror själv mycket på den senare typen av lättare belastning för läkning av inflammationen men har absolut inget stöd i vetenskapen för det påståendet. Ingen har heller visat mig hårddata på motsatsen.



**”Röntgen visar inget utom om man haft besväret mycket länge och då kan få benpålagringar runt ledytan. Röntgen ska ändå alltid göras för att utesluta fraktur.”**

#### **Skada på kollateralligament och ledkapsel**

Ledkapseln innesluter leden och innehåller ledvätska som smörjer ledytorna. Den är i princip sammanvuxen med kollateralligamenten som har till uppgift att stabilisera leden mot sidovackling, dvs se till att den inte kan böja sig åt fel håll. Skada på densamma uppstår därför lätt när man försöker böja leden åt fel håll, tex genom att först böja fingret och sedan samtidigt belasta och vrida fingret. Typexemplet blir en- och två fingers låsningar i fingerspricka eller fingerpocket. Smärta vid palpation över tumsidan och/eller lillfingersidan av ledkapseln (= på sidorna av leden). Dessutom smärta vid sidovackling av uträttat finger (försök att böja fingret i sidled). Oftast plötslig smärtdebut. Bör röntgas för att utesluta skelettskada. Ibland kan tex ett ligament lossna från benet och dra med sig en liten benflisa. I vissa lägen är det då bäst att operera skadan. Behandlingen får skräddarsys efter hur mycket instabilitet som föreligger. Skena, tejp till intilliggande finger, i extremfall gips. Antiinflammatoriska har möjligen effekt men inte lika tydligt som för förra diagnosen.

#### **Artrit (ledinflammation)**

I detta fall sitter inflammationen inne i själva leden, i ledytorna och ledvätskan. Uppkomstmekanismen är att ledbrösket har utsatts för extrema tryckbelastningar, oftast i krimpomposition, och att brösket då stressas till att släppa ifrån sig elaka enzymer som i sin tur startar inflammationen. Symptomen är diffus smärta i hela leden, ofta vilosmärta, palpationsömheter över hela ledkapseln. Stelhet och smärta värst på morgonen, ofta dagen efter ett hårt pass, och blir märkbart bättre när man kommer igång och rör på sig. Även nedsatt rörelseomfång i leden. Röntgen visar inget utom om man haft besväret mycket länge och då kan få benpålagringar runt ledytan. Röntgen ska ändå alltid göras för att utesluta fraktur. Antiinflammatorisk behandling oftast effektiv. Is för nedkyllning, liniment förespråkas. Cortison i leden som sista utväg. Noggrann uppvärmning, gärna med Qigong-boll och även nedvärmning efter träningen för att hjälpa leden att skölja ut elaka enzymer från ledvätskan är hörnstenar både för behandling och prevention. Huruvida

dess akuta ledinflammationer kan öka risken för kroniska ledbesvär som gammal är enligt författaren omöjligt att veta men patologin liknar i mångt och mycket det som leder till ledproteser i knän och höfter hos gamla. Klart är att många klättrare på riktigt hög nivå uppvisar röntgenbilder som ser precis ut som sådana problemlider hos gamla. Att de oftast inte har smärta i proportion till hur röntgenbilden ser ut är glädjande men ingen garanti för att fingrarna kommer att vara lika funktionella när man fyllt 60.

#### **Sträckningar och partiella rupturer av böjsenorna**

Ovanligare skador än de som beskrivits ovan. Uppkomstmekanismen är ofta att man har ett riktigt bra positivt men litet grepp för handen eller något finger och sedan halkar av med ena eller båda fötterna. Omedvetet kommer man då att aktivera musklerna i underarmen maximalt, tom mer än vad man klarar av när man ska motivera sig själv, en slags inbyggd skyddsreflex för att hänga kvar. Den extra belastning som det ger kan skada senan. Smärta längs med senan. Smärtan intensifieras av att belasta fingrarna i nästan sträckt läge som på tex en sloper. Att krimpa kan ibland konstigt nog ge mindre eller ingen smärta.

En svårare diagnos att ställa, ultraljud och magnetröntgen blir ofta aktuellt. Långvariga problem som ofta återkommer. Ibland läker senan med en liten utbuktning som inte passar bra i senskidan, följderna kan bli sk triggerfinger vilket betyder att fingret kan ”hänga sig” i böjt läge och man inte klarar att rätta ut det utan att hjälpa till med andra handen.

#### **Ganglion**

Vätskefyllda hålrum så som ledkapslar och senskidor kan i vissa fall bukta ut ungefär som ett bräck. Vanligtvis på dorsalsidan (handryggsidan) av handleden men hos klättrare ibland även på volarsidan (handflatesidan). Vanligt förekommande även hos icke-klättrare och känns lätt igen av varje allmänläkare. Konservativ behandling, kirurgi bara i undantagsfall. Ger oftast inte några större besvär och krymper ibland tillbaka spontant.

## ”En välkänd diagnos utanför klätterkretsar men då nästan alltid hos äldre”.

### Frakturer inklusive epifysfrakturer

Vanligast efter trauma mot handen i samband med att man slår i väggen vid ett fall men även ibland när hand eller finger sitter alltför bra i jam, fingerlås eller pocket och man halkar av med fötterna. Behandlas på samma sätt som frakturer hos ickeklättrare. Beroende på felställning, läge av fraktur och så vidare kan det bli olika lång tid med immobilisering i skena eller gips. Mindre frakturer kan likna en rejäl pulleyskada och det är anledningen till att pulley-skador bör röntgas, på så sätt utesluter man fraktur.

De så kallade epifysfrakturerna förtjänar ett speciellt omnämnande. Epifysplattan är det område där längdtillväxten av benet sker så länge man växer. Den är känslig för viss typ av belastning och frakturer i denna zon kan tyvärr ge bestående men eftersom bentillväxten kan påverkas. Schöffl med kollegor har noterat att antalet epifysfrakturer ökat bland unga lovande klättrare. De uppkommer dessutom hos denna kategori klättrare nu ofta utan något större enstaka trauma utan snarare som en följd av upprepad extrem belastning, sk stressfrakturer.

### Mjukdelsinfektioner

Alla kan drabbas av infektioner i fingrarnas mjukdelar. Klättrare är extra utsatta eftersom vi ofta får mindre sårskador på fingrarna. Ofta i nagelbanden. Rodnad, svullnad, värme, ömhet. Nästan alltid en lätt diagnos. Mindre infektioner lämnas att självläka. Blir det inte bättre på någon vecka eller snabbt sämre ger man antibiotika. Om inte det heller fungerar måste man öppna och dränera infektionen.

### Dupytrens kontraktur

En välkänd diagnos utanför klätterkretsar men då nästan alltid hos äldre. Till viss grad ärftligt och vanligare hos kroppsarbetare som belastar senorna mycket. Klättrare som har en benägenhet att utveckla kontrakturen mycket tidigare än andra, sannolikt pga de stora belastningarna vi utsätter senorna för. Tillståndet består i att ena böjsenan till ring- eller lillfingret drar ihop sig på längden och istället bildar en hård oöm knöl som lätt kan kännas i handflatan.

Så pass ovanligt hos yngre att några klättrare har feldiagnostiserats och man har trott att de haft en tumör i handen. Oftast ger det inga större bekymmer och det behandlas då konservativt. Kirurgi bara vid funktionsnedsättning vilket är ovanligt.

### Nervirritation i fingrarna

Längs med båda sidorna av varje finger löper en nerv som förmedlar känsel från fingret. Om nerven komprimeras, tex mot kanten på en vass pocket, kan den irriteras och ge upphov till domningar och stickningar inom sitt utbredningsområde, dvs ena sidan av fingret ifråga. Självläker men kan ta åtskilliga dagar. Om nerven är så illa tilltygad att symptomen sitter i längre än en vecka bör man söka läkare.

**JAG HAR I STORT SETT** utgått från artikeln men på några ställen lagt till egna kommentarer, på de ställena har jag angett det. Att skriva så även icke medicinskt skolade kan läsa artikeln innebär dessutom att man gör vissa förenklingar och hoppar över visst material. Den som verkligen är intresserad hänvisas till originalartikeln. Den kan sökas fram på tex [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com) men finns ännu inte gratis att hämta hem i sin helhet. Många medicinska artiklar blir gratis något år efter publiceringen.

**Text: Joakim Johansson,**  
ST-läkare anestesi och intensivvård  
och medlem i SKF's medicinska kommitté

**Bild: Martin Arvidson**