

Käden ja ranteen jännetuppi- ja jänteenympärystulehdukset

MARTTI VASTAMÄKI

Tärkein tieto

Käden ja ranteen jänteisiin liittyvät tulehdukset ovat yleisiä vaivoja varsinkin raskasta ja vaikeita asentoja sisältävää toistotyötä tekevillä.

Jännetulehduksen nopea ja täsmällinen diagnostisointi sekä asianmukaisen hoidon varhainen aloittaminen nopeuttavat oleellisesti paranemista ja estävät useimmiten tilan muuttumisen krooniseksi, jolloin pitkäaikaiselta työkyvyttömyydeltä vältytään.

Valtaosa jännevaivoista paranee itsestään tai konservatiivisella hoidolla, mutta joskus tarvitaan myös leikkaushoitoa.

Käden ja ranteen jänteiden tulehdukset liittyvät yleisimmin yllirasitukseen. Tavallisimpia yllirasituksesta johtuvia tulehdistiloja ovat ahtauttava jännetuppi-tulehdus (tendovaginitis stenosans), jänteen ympärystulehdus (tenosynovitis), jännetulehdus (tendinitis), jänteen kiinnityskohdan tulehdus (insertiotendinitis) ja jänteen ja lihaksen raja-alueen tulehdus (peritendinitis). Yllirasitusta voidaan kuvata tapahtumana, jossa toistuvat, kudoksiin kohdistuvat mikrotraumat ylittävät kudoksen kyvyn mukautua tilanteeseen. Vaivan alkamista provosoivia riskitekijöitä ovat toistoliikkeen lisäksi runsas voimankäyttö, huono työskentelyasento ja altistuminen kylmälle.

Jännetuppi ympäröi ojentaja- ja koukistajajännteitä monessa kohdassa ranteen ja käden alueella. Jännetupen tehtävänä on ohjata jänteen kulkua luunmyötäisesti ja tehostaa jänteen toimintaa. Jännetuppi-tulehduksessa jännettä ympäröivä synoviakudos paksuntuu tulehduksen, mekaanisen ärsytyksen tai vamman seurauksena. Jännetuppi-tulehduksen tavallisia syitä ovat työhön tai urheiluun liittyvä rasitus sekä toistuva liike, jota tehdään

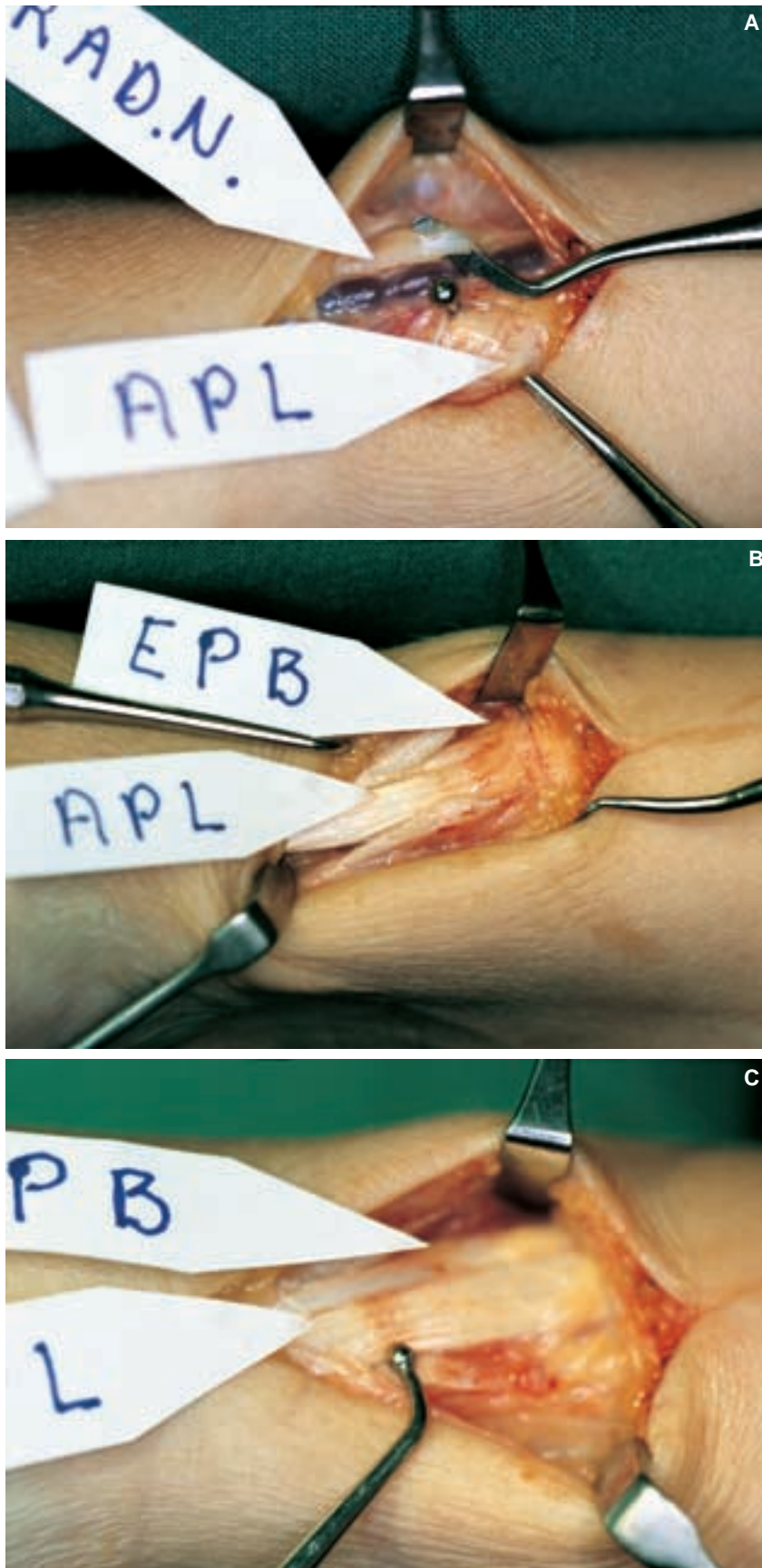
huonossa asennossa käyttäen suurta voimaa. Nivelrikkoon tai murtumiin liittyvät anatomiset muutokset sekä eräät sairaudet, kuten nivelreuma, diabetes ja kihti, altistavat myös jänne- ja jännetuppi-tulehduksille. Ahtauttavassa jännetuppi-tulehduksessa jänne ei mahdu jännetupen muodostamaan kanaan jännetupen tai jänteen paksuuntumisen takia.

Jänteen yllirasitusvaivan taudinkulun ja ennusteen ymmärtämisessä auttaa taudin jako kolmeen vaiheeseen patologis-anatomisten muutosten mukaan (1,2). Ensimmäisenä on tulehdusvaihe, joka alkaa heti vamman tai yllirasituksen jälkeen ja kestää parista päivästä pariin viikkoon, ellei yllirasitus jatku. Oireina ovat kipu, turvotus, arkuus, kuumotus ja usein myös pieni punoitus vamma-alueella. Toisessa, eli proliferaatiivisessa vaiheessa seuraavien parin viikon aikana, alueelle syntyy ylimääräistä kollageenia ja sidekudosta eli kehittyy arpea. Tässä vaiheessa alue on hyvin herkkä lisävammoille eikä siedä muuta kuin lievää ja kivutonta liikettä. Kolmas, eli kypsymis- ja paranemisvaihe kestää 6–12 viikkoa, ja ennen tämän vaiheen loppumista olisi vältettävä alueen maksimaalista rasitusta (3).

Jännetulehduksen hoidon perustavoite on estää tai vähentää arpikudoksen kehittymistä. Perushoitona on jänteen lepo eli vaivan aiheuttaneen rasituksen poistaminen, ainakin tilapäisesti. Hoitosuositukset perustuvat pääasiassa pitkään kliiniseen kokemukseen, koska satunnaistettuja hoitotutkimuksia ei ole juuri julkaistu.

Jännetulehdus esiintyy useimmiten ranteessa (taulukko 1). Työssä ilmaantuvan ranteen jännetuppi- ja jänteenympärystulehduksen riskitekijöitä ovat samojen työliikkeiden toistuvuus, käden suuren puristusvoiman käyttö ja ranteen taivutusasennot. Riski kasvaa, kun työliikkeet ovat sekä toistuvia että edellyttävät runsasta puristusvoiman käyttöä. Jännetulehduksen vaara kasvaa, jos työntekijä on työhönsä totuttamaton tai palaa töihin esimerkiksi lomalta. Altistuminen kylmälle lisää todennäköisesti sairastumisen vaaraa. Tapaussarjojen perusteella jännetuppi- tai jänteenympärystulehdus voi syntyä myös tylpän vamman ja venähdyksen seurauksena.

Työskentely esim. lihanjalostusteollisuudessa edellyttää toistoliikkeitä, runsasta voimankäyttöä ja ranteen taivutusasentoja, jotka tehdään kylmissä olosuhteissa. Tällaisessa työssä jännetuppi- tai jänteenympärystulehduksen vuosittainen ilmaantuvuus voi olla jopa 25 tapausta 100 työntekijää kohti eli kymmeniä kertoja suurempi kuin esim. työnjohtotehtävissä (4). Toimistotyössä puhutaan nykyään myös hiirikädestä, mutta vakuuttavaa näyttöä kevyiden toimistotöiden ja kliinisesti diagnosoitujen jännerakenteiden sairauksien välisestä yhteydestä ei ole vielä esitetty (5). Muusikoiden jännevaivat ovat yleisiä (6,7), samoin urheilijoiden (8). Jännetuppi- ja jänteenympärystulehduksia esiintyy kaikenikäi-



Kuva 2. De Quervainin jännetupittulehdusleikkaus.

A. Yksi radiaalihermon tuntohaara on aivan leikkausviillon kohdalla (rad. n.).

B. Jännetuppi on avattu. Jänteet ovat olleet tiukassa puristuksessa jännetupen alla.

C. Jänteissä on näkyvissä instrumentin osoittama puristuskohta.

EPB = Extensor pollicis brevis, APL = Abductor pollicis longus.

Purulentti tendovaginiitti aiheuttaa sormeen turvotusta, huonoliikkeisyyttä, arkuutta ja kuumotusta.

kin lähialueen vaivoissa, kuten peukalon tyvinivelven (CMC-nivel) artroosissa ja intersektio-oireyhtymässä.

Hoitona on kipua aiheuttavan rasiituksen välttäminen, peukalolosta ja tulehduskipulääke. Ultraäänihoito saattaa myös vähentää alueen ahtaavaa turvotusta, vaikka sen vaikuttavuutta ei ole tieteellisesti pystyttykään osoittamaan. Jos vaiva ei helpota 2–3 viikossa, on syytä ruiskuttaa kortisonia jännetuppeen. Se on tehokas hoito, mutta vaatii huolellisuutta. Jännetuppi on kovin ahdas eikä kortisonia ole syytä ruiskuttaa jänteeseen tai ihonalaiskudokseen. Ohutta neulaa käyttäen ruiskutetaan ensin keittosuolaliuosta proksimaalipuolelta jännetuppeen. Kun distaalipuolella todetaan selvä pullotus, on neula oikeassa paikassa ja ruiskutetaan 0,5–1 ml kortisonia. Mikäli vaiva ei helpota muutamassa kuuksaudessa riittävästi, saattaa leikkaushoito tulla kysymykseen (11). Molempien jänneiden jännetupet avataan varoen radiaalihermon pintahaarojen vahingoittamista (kuva 2). Peukalon pitkä loitontajänne ja lyhyt ojentajänne kulkevat usein erillisissä jännetupissa. Kun APL on useimmiten moni-, jopa 5-osainen, saattaa EPB:n jännetuppi jäädä epähuomiossa avaamatta eikä vaiva parane. Radiaalihermon tuntohaaran vauriolla voi olla katastrofaalinen vaikutus. Kirjoittaja on tavannut useita tämän komplikaation vuoksi eläkkeelle joutuneita nuoria ihmisiä, joiden kädenselkä ja ranne on pienen tuntohermon vaurioitumisen myötä tullut niin kosketusheräksi, etteivät he voi työskennellä lainkaan kädellään eivätkä esim. pitää pitkiä hihoja. Vaurion aiheuttama kausalgia voi johtaa jopa itsemurhaan.

Intersektiosyndrooma

Peukalon pitkä loitontajänne ja lyhyt ojentajänne risteävät ranteen radiaalisten ojentajänneiden kanssa 5–6 cm ranteesta proksimaalisuuntaan. Toistoliikkeet työssä, urheilussa tai harrastuksissa aiheuttavat tälle alueelle

rasitusta ja peritendiniittiä (12). Oireina ovat turvotus ja kipu 3–4 cm de Quervainin jännetupen proksimaalipuolella ja usein todetaan myös tyypillinen narina, krepitaatio. Turvotus ulottuu viistosti kyynärvarren dorsaalipuolelle proksimaalisuuntaan APL:n ja EPB:n suuntaisesti. Vuosikymmeniä käytetty diagnoosi ranteen nariseva jännetuppitulehdus eli peritendinitis carpi crepitans itse asiassa useimmiten tarkoitti intersektiosyndroomaa.

Hoito on aina konservatiivinen, ranteen tuetaan lastalla 20 asteen ojennukseen 1–2 viikoksi, tulehdusta lievennetään tulehduskipulääkkeellä ja tarvittaessa annetaan kortisonipistos alueelle. Vielä 1970-luvulla hoidettiin intersektiosyndroomaa yleisesti suonensisäisillä toistetuilla hepariinipistoksilla, jotka auttoivat vaivaan hyvin. Tämä hoitomuoto lopetettiin, kun sattuneen anafylaktisen, kuolemaan johtaneen, komplikaation jälkeen ymmärrettiin hepariinin vaarallisuus tällä indikaatiolla annosteltuna.

Syvähieronnasta yhdistettynä liikeharjoituksiin saattaa olla apua intersektiosyndrooman hoidossa. Joskus on kroonisissa vaikeissa tapauksissa kyseiset jänneet ja lihakset irrotettava toisistaan kirurgisesti.

EPL-tendiniitti

Peukalon pitkä ojentajajänne (EPL) ojentaa peukalon kärkijäsenen. Jänteesen kehittyä helposti tenosynoviitti ahtaassa kanavassa ranteen päällä, kun se kiertää värttinäluun kohouman, Listerin tuberkkelin. Värttinäluun murtumaan liittyy hyvin usein EPL-ongelmaa jopa niin, että jänne katkeaa spontaanisti, yleensä pari viikkoa kipsin poiston jälkeen (13). Perussy on vamman aiheuttamasta turvotuksesta johtuva verenkiertohäiriö jänteessä. EPL-tendiniitin hoito on sama kuin muidenkin jännevaivojen, mutta kortisonipistosta siihen ei pidä käyttää, koska kortisoni saattaa altistaa jänneen katkeamiselle. Katkenneen EPL:n toimintaa korvaamaan siirretään leikkauksessa etusormesta sen toinen ojentaja. EPL-ruptuurasta aiheutunut peukalon ojennuksen vajaus tunnettiin jo 1800-luvulla rumpalipojan halvauksena, kun vaiva oli yleinen Preussin armeijan rumpalipojilla.

ECU-tendiniitti

Extensor carpi ulnaris -tendiniitti on ranteen toiseksi yleisin jännetulehdus de Quervainin tendiniitin jälkeen. ECU:lla on ainoana ranteen alueen



Kuva 3. Synovitis villonodulosa pigmentosa ranteen ojentajapuolen jänneissä on harvinainen normaalin kudoksen tuhoava sairaus.

DeQuervainin taudissa on ranteen lisäksi immobilisoitava myös peukalo.

ojentajajänteenä oma suljettu kanava, jossa se kulkee erossa muista jänneistä. Tähän kanavaan tulee helposti vaurioita ranteen äkillisissä voimakkaissa liikkeissä, varsinkin jos käsi vääntyy väkisin supinaatioon, fleksioon tai ulnaarideviaatioon. Vamman aiheuttama liike voi joskus olla melko pienienergiainenkin, mutta hallitsematon ja vaikean suuntainen. Seurauksena on kivulias ojentajajänneen luksaatio (14,15). Jännetuppi voi myös repeytyä osittain ilman retinaculum extensorumin vauriota, mikä johtaa ECU:n subluksaatioon ja tenosynoviittiin. Tutkittaessa rannetta jänne aristaa, alue voi olla turvonnut ja jänne voi mennä kivuliaasti sijoiltaan supinaatioissa ja ranteen ulnaarideviaatioissa. Kliinisessä tutkimuksessa on kuitenkin usein vaikea todeta kivuliaassa ranteessa jänneen luksaatiota tai subluksaatiota, kun potilas yrittää välttää sitä. Anamnestisesti asia kuitenkin tulee yleensä esiin. Hoitona on ranteen lastoitus lievään ojennukseen, pronatioon ja radiaalideviaatioon 2–3 viikoksi. Osassa tapauksista joudutaan leikkauksella korjaamaan jännetupen revennyttä ulnaarinen puoli.

Myös etusormen oman ojentajan, extensor indicis propriuksen (EIP) ja pikkusormen oman ojentajan, extensor digiti quinti (EDQ), tendiniitit tunnetaan. Molemmat ovat hyvin harvinaisia. EIP:n lihasosa voi joskus ulottua kovin distaalisesti haitaten jänneen liikettä ja aiheuttaen tenosynoviitin.

RANTEEN KOUKISTAJAPUOLI

FCU-tendiniitti

Yleisin ranteen koukistajapuolen tendiniitti on flexor carpi ulnarisen insertiotendiniitti. FCU turpoaa ja aristaa pisiforme-luuhun kiinnittymiskohdallaan ja ranteen fleksio ja ulnaarideviaatio aristavat vastustettuina. Turvotus ja aristus voivat levitä ylöspäin kyynärvarren ulnaari-volaaripinnalle. Pisiformen ja triquetrumin välisen nivelten artroosi aiheuttaa samantyyppisiä oireita. Ranteen viistoröntgenkuvassa nähdään silloin kyseisen nivelen muutos (16). Ranteen lastoitus 25 asteen dorsifleksioon 1–2 viikoksi auttaa useimmiten. Vaikeissa tapauksissa, joissa konservatiivinen hoito ei tehoa puolesta vuodessa, voi pisiformen poisto olla aiheellinen. Tämä luu poistetaan halkaisemalla FCU-jänneen kiinnityskohta (varoen vieressä kulkevaa ulnaarihermoa ja -arteriaa). Tämänkin toimenpiteen jälkeen saattaa ranteeseen jäädä jonkinlaista rasitusheikkoutta ja vaivaa.

Suurin osa jännevaivoista paranee konservatiivisella hoidolla, kunhan yllirasitus poistetaan riittävän pitkäksi ajaksi.

FCR-tendiniitti

Flexor carpi radialis -tendiniitti on harvinainen. Syy on joko yllirasitus tai anatominen muutos, useimmiten silloin kulumamuutos eli STT-artroosi (scapho-trapezium-trapezoideum-nivelen kuluma). FCR-jänne kulkee ennen toisen välikämmenluun tyveen kiinnittymistään ahtaan kanavan läpi, joka kiertää veneluun distaalipään noin 30 asteen kulmassa. Varsinkin tässä kohdassa jänne on altis vaurioille (17). Kipu paikantuu ranteen volaari- puolelle radiaaliseen alueelle, jolla myös muut yleisemmät vaivat, kuten peukalon tyvinivelen tai STT-nivelen kuluma tai veneluun valenivel, aiheuttavat kipua. FCR-tendiniitti saattaa olla alidiagnosoitu tämän takia. Ensin kehittyy sopimattoman rasituksen myötä tenosynoviitti, johon voi liittyä myös gangliomuodostusta. Jos jänteen kasvaa paksuudeksi, voi kehittyä myös napsuva ranne lukkiutumisoireinen kuten napsusormessa. Lopulta FCR-jänne voi katketa, usein niin, että potilas ei itse sitä huomaakaan. Hoito on sama kuin muissa tendiniiteissä. Kirurgiaa tarvitaan harvoin. Kroonisissa hankalasti oireilevissa tapauksissa jänne vapautetaan leikkauksessa kiinnittymiskohtaansa asti. Jo katkennutta jännettä ei kiinnitetä enää uudelleen.

Linburgin oireyhtymä

Anomaalinen jänteiden yhteys peukalon pitkän koukistajan ja etusormen syvän koukistajan välillä voi aiheuttaa kiusallisen oireen, jolloin peukaloa koukistettaessa myös etusormi menee automaattisesti koukkuun tai päinvas- toin. Kyseinen jänteiden yhteys on melko yleinen, dissektiotutkimuksissa sellainen on havaittu jopa joka neljän- nellä, mutta se oireilee haittaavasti vain harvoin (18). Saman oireen voivat aiheuttaa myös kyseisten jänteiden väliin muodostuneet tenosynoviitin aiheuttamat kiinnikkeet. Vaikeissa häiritsevissä tapauksissa suoritetaan jän- teiden erottaminen toisistaan.

KÄDEN ALUE

Napsusormi

Käden alueen tenosynoviiteista napsu- sormi on yleisin. Sormen koukistaja- jänteen ahtaava jännetuppilehdus (tendovaginitis stenosis) on tavalli- simmin peukalossa tai nimettömässä sormessa. Peukalon napsusormi ei ole harvinainen imeväisikäisellä ja sitä voidaan luulla ojentajajänteen toimi- mattomuudeksi. Tavallisimmin napsu- sormi esiintyy 40–50-vuotiailla naisilla (19). Oireina ovat kipu ja napsahtelu paksuuntuneen jänteen kohdan kul- kiessa ahtaautuneen jännetupen läpi se- kä sormen lukkiutuminen koukkuun (trigger finger). Kipu saattaa tuntua koko sormen volaari- puolella ja sormi saattaa olla myös turvonnut. Aamuisin sormi voi olla koukussa, ja sitä täytyy ojentaa toisella kädellä. Usein voidaan tuntea selvä napsahtelu distaalisen kämmenpoimun seudussa (A1-pulley) tai peukalon tyvässä MP-nivelen koh- dalla. Potilas epäilee usein vaivan pai- kaksi peukalon kärkinivelä, koska sen toimimattomuuden huomaa parhaiten. Jos MP-nivelen volaari- puoli ei ole kovin kipeä, voi lääkärikin erehtyä tässä muuten helposti diagnosoitavassa vai- vassa.

Hoidoksi kannattaa yrittää aluksi esimerkiksi ultraäänihoidoa ja kortiso- nipistosta kämmenen distaalipoimun kohdalle tai peukalon MP-nivelen vo- laari- puolelle. Tarvittaessa jännetuppi avataan. Leikkaus tehdään verityhjös- sä paikallispuudutuksessa. Leikkau- alue puudutetaan kämmenen distaali- poimun kohdalta ja verityhjiö kierretään Esmarch-siteellä ranteeseen asti. Peukalon napsusormileikkauksista ei kannata tehdä paikallispuudutuksessa, vaan on syytä valita esim. pleksusanes- tesia, koska peukalon tärkeät tunto- hermot kulkevat juuri leikkauksen poikki eivätkä siedä pahoinpitelyä. Imeväisikäisen peukalon napsusormi joudutaan usein hoitamaan leikkauk- sella.

Käden fleksorisynoviitti

Käden alueen koukistajajänteiden tenosynoviitti on melko harvinainen vai- va ilman yleissairautta. Voimakkaita puristusliikkeitä sisältävässä toisto- työssä sormet voivat tietenkin kipey- tyä, mutta kroonista koko sormen tur- votusta, kipua ja huonoliikkeisyyttä näkee harvoin. Silloin on pidettävä mielessä myös infektion mahdollisuus. Purulentti tendovaginiitti on vaaralli- nen sairaus, joka vaatii kiireellistä sai- raalahoitoa. Reumassa ja muissa tu- kielinten tulehdussairauksissa käden alueen tenosynoviitit ovat yleisiä, myös ojentajapuolella (kuva 3). Ne on syytä hoitaa nopeasti, esim. kortisoni- pistoksilla tai kirurgisesti, ennen kuin tauti katkaisee jänteen.

HOIDON PORRASTUS JA LÄHETTÄMISINDIKAATIOT

Jännetulehdusten diagnosointi ja kon- servatiivinen hoito kuuluvat maassam- me pääsääntöisesti perusterveyden- huollolle. Valtaosa jännevaivoista pa- ranee itsestään tai konservatiivisella hoidolla, kunhan altistava tekijä eli yllirasitus poistetaan sopivan pituiseksi ajaksi, yleensä aluksi 1–2 viikoksi. Diagnostiikka on yleensä kohtuullisen helppoa. Potilaalle ei koidu suurta va- hinkoa, vaikka tarkka diagnoosi jäisikin puuttumaan, kuten joskus ta- pahtuu oireiden epämääräisyyden ta- kia, kun asianmukainen rasituksen keskeyttäminen auttaa vaivaan. Tär- keää on tunnistaa nopeaa hoitoa vaati- vat merkäiset, onneksi harvinaiset jän- netulehdukset.

Jos konservatiivinen hoito ei auta kohtuullisessa ajassa, yleensä 2–3 kuu- kaudessa, on erikoislääkärin konsul- taatio paikallaan, mahdollisuuksien salliessa aikaisemminkin. Pitkittyes- sään vaiva voi aiheuttaa myös vaikeasti korjautuvia anatomisia muutoksia, ku- ten arpikudoksen kehittymistä ja jän- teen kulumista, jopa katkeamisen.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Jozsa L, Kannus P. Human tendons. Anatomy, physiology, and pathology. Human Kinetics Publishers 1997.
- 2 Vastamäki M. Extraarticular etiologies of wrist pain. Kirjassa: The Wrist. Watson K, Weinzweig J, toim. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins 2001;95-106.
- 3 Kieffhaber T, Stern P. Upper extremity tendinitis and overuse syndromes in the athlete. Clin Sports Med 1992;11:39-55.
- 4 Kurppa K, Viikari-Juntura E, Kuosma E, Huuskonen M, Kivi P. Incidence of tenosynovitis or peritendinitis and epicondylitis in a meat-processing factory. Scand J Work Environ Health 1991;17:32-7.
- 5 Viikari-Juntura E. Rasitussairauksien riskitekijät, tunnistaminen ja ehkäisy – mitä uutta työterveysuolion kannalta. Työterveyslääkäri 2003; 3:321-5.
- 6 Vastamäki M. Muusikon käsi. Suom Lääkäril 1999;54:181-6.
- 7 Vastamäki M. Soittajan käsiongelmat. Suom Lääkäril 2001;56:4993-7.
- 8 Peltokallio P. Tyypilliset urheiluvammat. Vammalan Kirjapaino 2003;447-55.
- 9 Viikari-Juntura E, Hietanen M, Kurppa K, Huuskonen M, Kuosma E, Mutanen P. Psychomotor capacity and occurrence of wrist tenosynovitis. J Occup Med 1994;36:57-60.
- 10 Malmivaara A, Viikari-Juntura E, Huuskonen M ym. Rheumatoid factor and HLA antigens in wrist tenosynovitis and humeral epicondylitis. Scand J Rheumatol 1994;23:1-3.
- 11 Weiss AP, Akelman E, Tabatabai M. Treatment of de Quervain's disease. J Hand Surg [Am] 1994;19:595-8.
- 12 Grundberg AB, Reagan DS. Pathologic anatomy of the forearm: Intersection syndrome. J Hand Surg [Am] 1985;10:299-302.
- 13 Lanzetta M, Howard M, Conolly WB. Post-traumatic triggering of extensor pollicis longus at the dorsal radial tubercle. J Hand Surg [Br] 1995;20:398-401.
- 14 Burkhart SS, Wood MB, Linscheid RL. Posttraumatic recurrent subluxation of the extensor carpi ulnaris tendon. J Hand Surg [Am] 1982;7:1-3.
- 15 Eckhardt WA, Palmer AK. Recurrent dislocation of extensor carpi ulnaris tendon. J Hand Surg [Am] 1981;6:629-31.
- 16 Vastamäki M. Pisiform-triquetrial osteoarthritis as cause of wrist pain. Ann Chir Gynaecol 1986;75:280-2.
- 17 Gabel G, Bishop AT, Wood MB. Flexor carpi radialis tendinitis. Part II: Results of operative treatment. J Bone Joint Surg Am 1994;76:1015-8.
- 18 Linburg RM, Constock BE. Anomalous tendon slips from the flexor pollicis longus to the flexor digitorum profundus. J Hand Surg 1989;4A:79-83.
- 19 Jokiranta J. Käden jänne- ja jännetuppitulehdukset. Kirjassa: Vastamäki M ym. toim. Käsikirurgia. Duodecim 2000;537-42.

English summary

Tendinopathies of the wrist and hand

Tendinopathies are mostly related to some kind of tendon overuse. The wrist is the most frequent site of tendinitis and overuse syndromes. Key risk factors for developing tendinopathies include repetition, high force, awkward joint posture, direct pressure, vibration, and prolonged constrained posture. At the wrist level, numerous tendons may be affected. Presenting symptoms are pain and swelling while crepitus and triggering are seen more rarely. On the extensor side of the wrist the most common conditions are De Quervain's disease, intersection syndrome, and extensor carpi ulnaris tendinitis. On the flexor side and in the hand the most common conditions are flexor carpi ulnaris tendinitis and trigger

finger, respectively. Preventing fibrosis is the main goal of treatment. Immobilisation of the wrist is important. Most tendinopathies respond well to conservative treatment involving appropriate work and leisure restrictions, immobilisation, therapy, nonsteroidal anti-inflammatory medication, and occasional steroid injections. With early recognition and appropriate treatment a longstanding problem and the need for surgery can be avoided.

MARTTI VASTAMÄKI
MD, PhD
ORTON Orthopaedic Hospital
Invalid Foundation, Helsinki
E-mail:
martti.vastamaki@invalidisaatio.fi

Kirjoittaja

MARTTI VASTAMÄKI
LKT, käsikirurgian dosentti, ylilääkäri
Sairaala ORTON, Invalidisäätiö
martti.vastamaki@invalidisaatio.fi