

33 Rörelseapparaten

Vid diabetes har man en större benägenhet än andra att få problem med smärta och stelhet i händer, axlar och höfter.

Det finns ett samband mellan ålder, lång diabetesduration samt grad av metabol kontroll. Orsaken till smärtan och stelheten tros vara nedsatt mikrocirkulation, stel bindväv och ökad bindvävmängd. Besvären drabbar därför senor, muskulatur, ledband och ledkapslar.

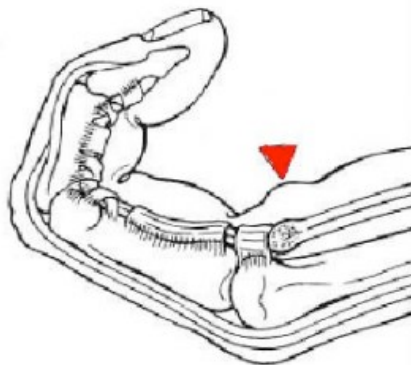
Händerna kan också drabbas av andra problem som nervkompressioner och klassiska diabeteskomplikationer som perifer neuropati, och störningar i blodcirkulationen och ökad risk för djupa infektioner.

Både typ 1 och typ 2-diabetiker drabbas. Ca 50% av diabetikerna beräknas ha långdragna besvär från rörelseapparaten och 25% av förtidspensionerade med diabetes har angett besvär med symtom från rörelseapparaten som huvudorsak.

Diabeteshanden

Handens strukturer innefattar ett stort antal nerver, kärl, senor, muskulatur, ben och leder. Anatomien är "trång". De olika vävnaderna rör sig mot varandra när handen arbetar och dess leder rör sig och kräver intakta glidytor mellan anatomiska strukturer. Svullnad, ökad bindvävmängd och stelhet i handens vävnader kan allvarligt försämra handfunktionen och ge upphov till smärtor.

Tendovaginitis stenosans, triggerfinger



Benämns ibland också flexortenosynovit eller triggerfinger. Det beror på en förtjockning av böjsenan och samtidigt en förträngning i senskidan där senan skall glida. Fingret tenderar att låsa sig i ett böjt läge och en smärta lokalt distalt i handflatan vid det drabbade fingret. Vanligast är tumme, långfinger och ringfinger men kan drabba alla fingrar. Det är vanligare hos kvinnor.

Vid lindriga besvär kan man pröva en kortisoninjektion och rörelseträning men om detta inte hjälper eller om fingret tenderar att fastna i böjt läge bör patienten remitteras till ortoped eller handkirurg för bedömning. Man klyver då senskidan så att senan åter kan löpa fritt. Postoperativt finns stor risk för svullnad och kontrakturer varför patienten måste få ett bra träningsprogram, gärna med hjälp av arbetsterapeut.

Dupuytrens kontraktur



Dupuytrens kontraktur är en sjukdom som engagerar handens palmaraponeuros och leder till en sträckdefekt i fingrarna – vanligen ring- och långfinger. Vanligast hos män i 40-60-årsåldern.

Ofta behövs ingen specifik behandling men om sjukdomen påverkar handfunktionen och fingrarnas PIP-led bör remiss skrivas till ortoped eller handkirurg för bedömning och eventuell kirurgisk åtgärd i form av partiell fascieoctemi.

Limited joint mobility ("stiff hand syndrome")

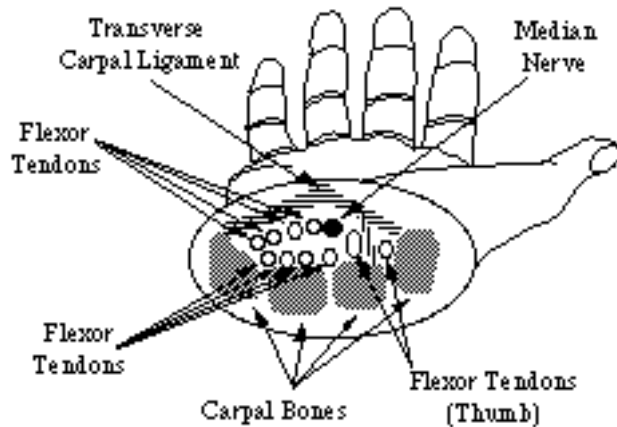


"prayers sign" vid "stiff hand syndrome"

På samma sätt som i axlar och höfter kan fingrarnas leder drabbas av minskad rörlighet. Ofta förekommer samtidigt en vaxartad hud på handens dorsalsida.

Ibland pratar man "stiff hand syndrome" som en specialvariant med kraftigt förtjockad hud och smärtsam rörlighet som kan leda till kraftigt nedsatt handfunktion.

Nervkompressioner



Karpaltunnelsyndrom (n medianus)

Detta innebär en inklämning av medianusnerven i den sk karpaltunneln i handledshöjd.

Klassiska symtom är intermittenta nattliga stickningar och känselnedsättningar i medianusnervens utbredningsområde (tumme, pek- lång- och halva ringfingret). Dessa kan framkallas vid maximal flexion i handleden under ½-1 minut (Phaléns test) varvid karpaltunneln under flexorretinaklet ytterligare komprimeras. Ibland kan en atrofi av tenarmuskeln förekomma sent i förloppet.

Redan vid intermittenta symtom bör patienten bedömas av en arbetsterapeut för bedömning och eventuell utprovning av en handskena (nattetid) och ergonomisk rådgivning. Beror inklämningen på en allmän svullnad i handen (t ex efter immobilisering eller skada) är rörelse-träning i högläge första åtgärd. Vid stora besvär är det möjligt att operera genom en klyvning av flexorretinaklet.

Ulnariskompression (n ulnaris)

Nervkompression kan även förekomma vid andra lokaler än handleden. Vanligast är inklämning av n ulnaris i armbågsnivå.

Övriga nervkompressioner

inom övre extremiteten är betydligt mera ovanliga och är inte vanligare vid diabetes än andra.

Mononeuropati

En mononeuropati involverar som namnet anger att endast en nervgren drabbas av en i normalfallet övergående inflammation och funktionsnedsättning.

Vanligast är att n ulnaris, n medianus och ibland n radialis. Typiska symtom är relativt akut uppträdande smärtor, muskelsvaghet, parestesier och nedsatt sensibilitet i den drabbade nervens utbredningsområde. En mononeuropati är oftast självbegränsande och ju yngre man är när man drabbas ju större är chansen att man skall återfå full funktion i nerven.

Vanligaste mononeuropatierna är:

- *Peroneus-pares*: som ger upphov till sk "droppfot".
- *Abducens-pares*: oförmåga att abducera det drabbade ögat (dubbelseende).
- *Oculomotorius-pares*: ptos (hängande ögonlock) och oförmåga att adducera det drabbade ögat (dubbelseende)
- *Perifer facialis pares*: Hängande mungipa, oförmåga att stänga ögat och rynka pannan.

Perifer polyneuropati

En perifer polyneuropati uppträder oftast smygande och börjar symmetriskt och perifert. Vanligtvis drabbas fötterna först och neuropatin breder långsamt ut sig proximalt för att senare uppträda i händerna.

Oftast upplever man till en början en perifer känselnedsättning eller "ändrat känselupplevelse" i tårna som sedan sprider sig uppåt i foten. Ibland kan den vara smärtsam med nattlig brännande eller stickande smärta. En svår sensorisk neuropati kan leda till sämre koordination och balanssvårigheter.

Om neuropatin också drabbar motoriska nerver kan muskelatrofier uppträda.

Läs mer i [kapitel 30 Nervsystemet](#) och [kapitel 32 Fötter - sår](#).

Smärtande stela axlar

Förekomst

- 4-8 ggr vanligare hos diabetiker
- 5-20% av diabetikerna drabbas
- Både vid typ 1 och typ 2
- Bilateralt i ca 40% av fallen

Symtom

- Smygande debut.
- Långvarigt förlopp.
- Molande nattlig värk.
- Huggsmärtor vid rörelse, ofta i ytterläge.
- Tendinit (inflammationer i senor)
- Inskränkt rörlighet. Ej kapsulärt mönster.
- Svårt att lägga handen på ryggen.

Status

- Testa aktiv rörlighet, notera eventuell sidoskillnad!
- Hand mot tak
- Hand i nacke
- Hand mot motsatt axel'
- Hand i rygg.

Behandling Åtgärder

- Vid lindrig smärta: Se [Patientråd: Smärtande stel axel](#).
- Vid rörelseinskränkning och/eller uttalad smärta remittera till intresserad sjukgymnast: Se bilaga: [Sjukgymnastbehandling](#)

Smärtande stela höfter

Förekomst

- Inga studier publicerade

Symtom

- Smärta i ljumsken.
- Gångsvårigheter och hälta.
- Minskad rörlighet i följande ordning: inåtrotation, extension, abduktion.

Status

- Titta efter hälta vid gång
- Testa aktiv rörlighet i stående, notera ev sidoskillnad
- Knä mot mage (flexion)
- Benet ut åt sidan (abduktion)
- Vrid knäna ihop - isär (inåt- utåt-rotation)
- Ben bakåt, överkroppen stilla (extension)

Behandling Åtgärder

- Vid lindrig smärta: Se [Patientråd – Stela höfter](#)
- Vid rörelseinskränkning och/eller uttalad smärta remittera till intresserad sjukgymnast: Se bilaga: [Sjukgymnastbehandling](#)