

Definition og diagnostiske kriterier	Fleksionskontraktur af én eller flere fingre som følge af dannelsen af hårde og knudrede strenge i det bindevæv, der ligger mellem huden og senerne i håndfladen.
	Synonymer: Palmar fibromatose, kuskehånd.
	Patofysiologisk er sygdommen karakteriseret ved en kronisk progressiv fibrosedannelse i de longitudinelle fibre i fascia palmaris, der leder til knudelignende fortykkelse proximalt for metacarpophalangealledet samt fibrøs strengdannelse fra håndfladen til volarsiden af seneskederne ud for fingrenes grundstykke. Strengdannelserne skrumper med tiden og medfører en karakteristisk fleksionskontraktur.^{1,2}
	Diagnosen stilles klinisk ved karakteristiske fund af fortykket fascia palmaris, med tiden fibromatøs knudedannelse og siden strækkedefekt i én eller flere fingre på grund af kontrakturer i fingerled (se desuden under "Helbred").^{2,3} Karakteren og omfanget af fundene afhænger af sygdommens progression på diagnosetidspunktet.
	Selve den kroniske fibrosedannende proces, der ligger til grund for Dupuytren's kontraktur, benævnes Dupuytren's sygdom. I litteraturen benyttes begge benævnelser med et vist overlap, men i de større systematiske reviews overvejende Dupuytren's sygdom. I denne instruks benyttes Dupuytren's kontraktur, vel vidende at Dupuytren's sygdom kan være til stede uden kontrakturer.
Incidens/prævalens	Prævalensen af Dupuytren's kontraktur i Europa er i et systematisk review estimeret til ca. 10%.⁴ Forekomsten stiger med alderen for begge køn, men sygdommen er hyppigere blandt mænd end kvinder.⁵⁻⁷ Der er betydelige geografiske forskelle i forekomster og i et stort svensk befolkningsstudie fra 2017 fandt man en lægediagnosticeret prævalens for mænd og kvinder over 50 år på henholdsvis 3% (mænd) og 1% (kvinder) samt en tilsvarende incidens på henholdsvis 27/10.000 (mænd) og 9/10.000 (kvinder).⁷ Det har ikke været muligt at finde studier eller opgørelser over forekomsten i Danmark.
Arbejdsrelateret ætiologi	Der er publiceret flere systematiske reviews vedrørende sammenhængen mellem arbejdsrelaterede mekaniske eksponeringer og Dupuytren's kontraktur, men kun få af disse har vurderet evidensniveauet.⁸⁻¹³ Størstedelen af studierne fokuserede på udsættelse for hånd-armvibrationer og kun i begrænset omfang andre mekaniske belastninger. Alle studierne fandt - i varierende grad - en sammenhæng mellem udsættelse for hånd-armvibrationer og udvikling af Dupuytren's sygdom/kontraktur. I to af studierne blev der fundet en sammenhæng mellem "tungt" manuelt arbejde og udviklingen af Dupuytren's kontraktur. I det seneste review, inkl. metaanalyse, af Jahn et al. fra 2024, fandt forfatterne en sammenhæng mellem udsættelse for henholdsvis hånd-armvibrationer, manuelt arbejde og kombinerede eksponeringer og udvikling af Dupuytren's kontraktur med odds ratioer på henholdsvis 2,0 (95% konfidensinterval (CI) 1,5-2,7), 1,5 (95% CI 1,1-2,0) og 2,1 (95% CI 1,4-3,1), uden det dog var muligt at estimere en

tærskelværdi. Ud fra en samlet vurdering af studierne resultater og kvalitet blev det vurderet, at der var moderat evidens for en sammenhæng mellem udsættelse for hånd-armvibrationer og Dupuytren's kontraktur, mens evidensen for både manuelt arbejde og kombinerede eksponeringer blev vurderet begrænset.¹³

Samlet set er der moderat evidens for, at udsættelse for *hånd-armvibrationer* er en betydende arbejdsrelateret risikofaktor uden kendt eksponerings-respons sammenhæng og tærskelværdi. Betydningen af manuelt arbejde i øvrigt, herunder kraftfuldt og repetitivt arbejde, er mere usikker.

Mekanismen bag sammenhængen mellem hånd-armvibrationer og Dupuytren's kontraktur er ikke kendt.

Anden ætiologi

Genetiske faktorer er associeret til udviklingen af Dupuytren's kontraktur, men de præcise mekanismer er endnu ikke fastlagt.^{14,15}

Mandligt køn og stigende alder (særligt alder > 40-50 år) er betydelige risikofaktorer.^{6,10}

Højt alkoholindtag er forbundet med en øget risiko for udviklingen af Dupuytren's kontraktur.^{10,16-18}

Diabetikere har en ca. 3 gange øget risiko for Dupuytren's kontraktur.^{10,19,20}
Derudover har *rygere* en let øget risiko for sygdommen.^{10,16,18,21}

Individuel sårbarhed

Det er muligt, men endnu uvist, i hvor høj grad alder og genetiske faktorer, herunder køn, kan betragtes som sårbarhedsfaktorer.

Udredning og rådgivning

Eksponerings art og omfang

For hver relevant ansættelse forud for symptomdebut, gennemgås arbejdsopgaver med brug af vibrerende håndværktøj. Der lægges i beskrivelsen vægt på følgende:

- Det tidsmæssige omfang ved brug af hvert enkelt vibrerende håndværktøj.
- Håndteringen af værktøjet, herunder om der har været tale om arbejde med én eller begge hænder og hvilken hånd der har været vægtbærende (ved bimanuel håndtering). Brug af vibrationsdæmpende handsker. Værktøjernes vedligeholdelsesgrad og alder.
- De enkelte værktøjer bestemmes så præcist som muligt i forhold til navn, type, årgang og producent. Dette med henblik på at kunne bestemme vibrationsniveauet på baggrund af enten konkrete produktbeskrivelser (fra patienten selv eller producentens hjemmeside) eller opslag i vibrationsdatabaser (se nedenfor). Såfremt det ikke er muligt at fremsøge de præcise værktøjer, kan oversigtsskemaer fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledning benyttes (se nedenstående link). Vibrationsniveauet, også kaldet accelerationsniveauet, angives i m/s^2 og opdeles traditionelt i 3 grupper: $<3 \text{ m/s}^2$, $3-10 \text{ m/s}^2$ og $>10 \text{ m/s}^2$. Vibrationer under $2,5 \text{ m/s}^2$ anses ikke for sundhedsskadelig.

Eksempler på relevante vibrationsdatabaser:

<https://www.vibration.db.umu.se/app>

https://www.portaleagentifisici.it/fo_hav_list_macchinari_avanzata.php?lg=EN&page=0

<https://www.karla-info.de/en/hand-arm-vibration/>

Link til en vibrationsberegner: <https://www.hse.gov.uk/vibration/hav/calculator-guide.htm>

Link til Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledning om erhvervssygdomme, 21. udgave: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2025/10192>

Se under kapitel 5. Vibrationssygdomme, skema 2 og 3.

Helbred

Anamnese

Patienterne beskriver først knudedannelse i håndfladen og siden strengdannelse, der med tiden kan udvikle sig til kontrakturer og strækkedefekt af fingrene. Mange patienter søger først læge, når deres håndfunktion er betydeligt nedsat, men nogle kommer tidligere i forløbet og beskriver ømhed i knuderne og/eller strengene som udtryk for aktivitet i fibrosen.

Typisk beskriver patienterne funktionsnedsættelse så som besvær med at vaske sig i ansigtet, give hånd, stikke hænderne i lommen og tage handsker på.

Sygdomsforløbene er meget varierede, og kontrakturerne er ofte mange år om at udvikle sig.

Objektiv undersøgelse af hænder og fingre

Inspektion: Initialt ses noduli proximalt for metakarpofalangealledet, senere fortykkelse og forkortelse af fascia palmaris, hvorved fingrene trækkes i fleksion. I ca. halvdelen af tilfældene er begge hænder afficerede. Forekommer hyppigst i 4. og 5. finger, men ses i alle fingre. Ved fuldt udviklet sygdom bøjer de afficerede fingre helt ind i håndfladen. Flexorsenerne er ikke afficerede.

Der kan også ses fortykkede knopuder dorsalt over de proximale interphalangeale led.



Billede af Dupuytren's kontraktur svt. 4. finger.

Kilde: By Frank C. Müller, CC BY-SA 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=647743>

Palpation: Der kan mærkes en knudeligende fortykkelse proximalt for metacarpophalangealledet samt ved mere fremskreden sygdom fibrøs strengdannelse fra håndfladen til volarsiden af seneskederne ud for fingrenes grundstykke. Der kan være let ømhed af og omkring fortykkelserne.

Funktion: Normal bevægelighed af fingrene i de tidligere stadier af sygdommen, men med tiden tiltagende grad af strækkedefekt svarende til de afficerede fingre.

Neurovaskulære forhold: Normale.

Specifikke tests: "Fladhåndstesten" kan bruges til at vurdere graden af kontraktur. Ved testen lægges hånden med håndfladen mod et bord. Hvis hele håndfladen er i kontakt med bordet og patienten kan vippe yderstykket på den afficerede finger op, er der ikke kontraktur.

Link til undersøgelsen:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/haandled-og-haand/dupuytrenskontraktur/>

Øvrig objektiv undersøgelse

Som oftest ikke relevant.

Det bemærkes dog at der ved Dupuytren's kontraktur (sygdom) også kan ses noduli i fascia plantaris (Ledderhoses sygdom) samt fibrosedannelse i penis (Peyronie's sygdom). I de tilfælde vil der som udgangspunkt ikke være tale om en erhvervsbetinget lidelse.

Øvrige undersøgelser

Ingen.

Differentialdiagnoser: Springfinger, artrose (særligt i PIP-led), følger efter fingerfraktur.

Diagnosekoder	DM 72.0 Dupuytren's kontraktur
Prognose og prognostiske faktorer	Sygdommen er kronisk, men en stor del af patienterne udvikler kun langsomt eller slet ikke kontraktur. Ved debutalder < 40 år er der øget risiko for hurtig progression.⁶ Kirurgisk behandling er effektiv i forhold til korrektion af deformiteterne og bedring i håndfunktionen. Det er dog anslået, at ca. 20-85% af patienterne får recidiv efter et kirurgisk indgreb, afhængig af eksempelvis alder, den kirurgiske metode og den histologiske type.^{22,23}
Rådgivning	Som udgangspunkt anbefales det, at vibrationseksposeringen ophører eller begrænses mest muligt. I praksis kan dette være svært for nogle patienter, men det vil i alle tilfælde være vigtigt at overholde de anbefalede brugstider for de enkelte typer af værktøj samt at være ekstra opmærksom på at overholde de anbefalede grænseværdier.

Arbejdstilsynets grænseværdi for vibrationer for en 8 timers arbejdsdag er 5 m/s^2 , og aktionsværdien er $2,5 \text{ m/s}^2$ (ved overskridelse heraf skal arbejdsgiveren tage aktion for at nedbringe udsættelsen).

<https://at.dk/regler/bekendtgoerelse-om-beskyttelse-mod-udsættelse-for-vibrationer-i-forbindelse-med-arbejdet-sammenskrivning/>

Dertil bør man opfordre til, at arbejdspladsen udskifter eventuelt gammelt værktøj med nyere modeller med lavere vibrationsniveau.

Der er ikke dokumenteret effekt af vibrationsdæmpende handsker.

Behandling

Indtil der udvikles kontrakturer, ses sygdommen an. Patienten instrueres i at holde øje med udviklingen ved hjælp af ”fladhåndstesten”, evt. i samarbejde med egen læge. Først når der er kontraktur, er der indikation for behandling.²⁴

Kirurgisk behandling

I lette tilfælde udføres nålefasciotomi, hvor en kanyler bryder strengen perkutant. Fra 40 graders strækkedefekt i MCP- og/eller 30 graders strækkedefekt i PIP-leddene, er der indikation for et egentligt kirurgisk indgreb. Der er, afhængigt af sværhedsgraden, mulighed for flere forskellige indgreb, der spænder fra fasciotomi til radikal dermafasciektomi, artrodese og amputation.^{25,26}

Postoperativt behandles patienten med ergoterapi. Indimellem benyttes desuden skinnebehandling i kombination med øvelser.²⁴

Ikke-kirurgisk behandling

Behandling med collagenase er en effektiv behandlingsmulighed ved lettere sygdom, men lægemidlet har ikke kunnet leveres til Danmark siden 2023.^{24,27,28} Steroidinjektioner og behandling med dimethylsulfoxid, vitamin A og E samt forskellige anti-inflammatoriske præparater har været forsøgt med varierende succes og benyttes ikke længere i Danmark.²⁴

Administrative forhold

Anerkendelseskriterier *Krav til diagnosen*

Lægeligt diagnosticeret Dupuytren's kontraktur (DM720) på baggrund af både symptomer (ømhed, knuder i håndfladen, strækkedefekt, funktionsbegrænsning) og objektiv undersøgelse (knudedannelse i håndfladen, strækkedefekt).

Konkurrerende faktorer: Familiær disposition, betydeligt tobaksforbrug, betydeligt alkoholforbrug, diabetes, tidligere håndtraume.

Krav til eksponeringen

Arbejde, der har medført en vibrationspåvirkning gennem hænder og arme fra håndholdt værktøj, håndførte maskiner eller stationære maskiner, hvor påvirkningen sker gennem et emne. Der stilles krav til både vibrationsstyrken (intensitet) og varigheden af arbejdet. Arbejdet skal have været udført i en nogenlunde sammenhængende periode (kortere pauser accepteres), hvis varighed afhænger af vibrationsniveauet på det anvendte værktøj, jfr. nedenstående skema fra Vejledning om erhvervssygdomme.

Frekvensdrejet acceleration (m/s ²)	Timer: 0,25	Timer: 0,5	Timer: 1	Timer: 2	Timer: 4	Timer: 8
2,5	Mere end 25 år	Mere end 25 år	24 år	17 år	12 år	8,4 år
5	24 år	17 år	12 år	8,5 år	6 år	4,2 år
10	12 år	8,5 år	6 år	4,2 år	3 år	2,1 år
20	6 år	4,2 år	3 år	2,1 år	1,5 år	1,1 år

Beregningerne i skemaet er foretaget på grundlag af ISO-standard nr. 5349

Tabel 1: Sammenhængen mellem varigheden (antal timer) af daglig udsættelse for hånd-arm vibrationer og vibrationsstyrken (m/s²). Tabellen angiver hvor mange års arbejde med en given kombination af intensitet og varighed der skal til før 10% vil udvikle hvide fingre/neuropati, men benyttes også i vurderingen af Dupuytren's kontraktur.

Krav til den tidsmæssige sammenhæng

God tidsmæssig sammenhæng uden større latenstid. Normalt vil dette svare til symptomdebut efter mindst 1 års belastning, men i tilfælde hvor belastningen vurderes at have været ekstraordinær kan de første symptomer vise sig endnu tidligere.

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2025/10192>

Dokumentation

- Referencer:
1. Townley WA, Baker R, Sheppard N, Grobbelaar AO. Dupuytren's contracture unfolded. BMJ. 2006 Feb 18;332(7538):397–400. doi:10.1136/bmj.332.7538.397 PubMed PMID: 16484265.
 2. Picardo NE, Khan WS. Advances in the understanding of the aetiology of Dupuytren's disease. Surgeon. 2012 Jun;10(3):151–8. doi:10.1016/j.surge.2012.01.004 PubMed PMID: 22297148.
 3. Shaw RB, Chong AKS, Zhang A, Hentz VR, Chang J. Dupuytren's disease: history, diagnosis, and treatment. Plast Reconstr Surg. 2007 Sep;120(3):44e–54e. doi:10.1097/01.prs.0000278455.63546.03 PubMed PMID: 17700106.
 4. Salari N, Heydari M, Hassanabadi M, Kazemini M, Farshchian N, Niaparast M, et al. The worldwide prevalence of the Dupuytren disease: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2020 Oct 28;15(1):495. doi:10.1186/s13018-020-01999-7 PubMed PMID: 33115483.
 5. Lanting R, Broekstra DC, Werker PMN, van den Heuvel ER. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of Dupuytren disease in the general population of Western countries. Plast Reconstr Surg. 2014

- Mar;133(3):593–603. doi:10.1097/01.prs.0000438455.37604.0f PubMed PMID: 24263394.
6. Gudmundsson KG, Arngrímsson R, Sigfússon N, Björnsson A, Jónsson T. Epidemiology of Dupuytren's disease: clinical, serological, and social assessment. The Reykjavik Study. *J Clin Epidemiol*. 2000 Mar 1;53(3):291–6. doi:10.1016/s0895-4356(99)00145-6 PubMed PMID: 10760640.
 7. Nordenskjöld J, Englund M, Zhou C, Atroshi I. Prevalence and incidence of doctor-diagnosed Dupuytren's disease: a population-based study. *J Hand Surg Eur Vol*. 2017 Sep;42(7):673–7. doi:10.1177/1753193416687914 PubMed PMID: 28093015.
 8. Descatha A, Jauffret P, Chastang JF, Roquelaure Y, Leclerc A. Should we consider Dupuytren's contracture as work-related? A review and meta-analysis of an old debate. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011 May 16;12:96. doi:10.1186/1471-2474-12-96 PubMed PMID: 21575231.
 9. Mathieu S, Naughton G, Descatha A, Soubrier M, Dutheil F. Dupuytren's Disease and exposure to vibration: Systematic review and Meta-analysis. *Joint Bone Spine*. 2020 May;87(3):203–7. doi:10.1016/j.jbspin.2020.02.001 PubMed PMID: 32061740.
 10. Alser OH, Kuo RYL, Furniss D. Nongenetic Factors Associated with Dupuytren's Disease: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg*. 2020 Oct;146(4):799–807. doi:10.1097/PRS.00000000000007146 PubMed PMID: 32970002.
 11. Geoghegan L, Man J, Jain A, Price A, Gibbons E, Jerosch-Herold C, et al. Factors Associated with the Development, Progression, and Outcome of Dupuytren Disease Treatment: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg*. 2021 Nov 1;148(5):753e–63e. doi:10.1097/PRS.00000000000008420 PubMed PMID: 34705778.
 12. Gerger H, Søgaard K, Macri EM, Jackson JA, Elbers RG, van Rijn RM, et al. Exposure to hand-arm vibrations in the workplace and the occurrence of hand-arm vibration syndrome, Dupuytren's contracture, and hypothenar hammer syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Hyg*. 2023 Jul;20(7):257–67. doi:10.1080/15459624.2023.2197634 PubMed PMID: 37000463.
 13. Jahn A, Andersen JH, Descatha A, Dalbøge A. Dupuytren's disease and occupational mechanical exposures: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2024 Oct 23;81(10):535–42. doi:10.1136/oemed-2024-109649 PubMed PMID: 39317441.
 14. Larsen S, Krogsgaard DG, Aagaard Larsen L, Iachina M, Skytthe A, Frederiksen H. Genetic and environmental influences in Dupuytren's disease: a study of 30,330 Danish twin pairs. *J Hand Surg Eur Vol*. 2015 Feb;40(2):171–6. doi:10.1177/1753193414535720 PubMed PMID: 24835475.
 15. Dolmans GH, Werker PM, Hennies HC, Furniss D, Festen EA, Franke L, et al. Wnt signaling and Dupuytren's disease. *N Engl J Med*. 2011 Jul 28;365(4):307–17. doi:10.1056/NEJMoa1101029 PubMed PMID: 21732829.
 16. Attali P, Ink O, Pelletier G, Vernier C, Jean F, Moulton L, et al. Dupuytren's contracture, alcohol consumption, and chronic liver disease. *Arch Intern Med*. 1987 Jun;147(6):1065–7. PubMed PMID: 3592873.
 17. Descatha A, Carton M, Mediouni Z, Dumontier C, Roquelaure Y, Goldberg M, et al. Association among work exposure, alcohol intake, smoking and Dupuytren's disease in a large cohort study (GAZEL). *BMJ Open*. 2014 Jan

- 29;4(1):e004214. doi:10.1136/bmjopen-2013-004214 PubMed PMID: 24477316.
18. Godtfredsen NS, Lucht H, Prescott E, Sørensen TIA, Grønbaek M. A prospective study linked both alcohol and tobacco to Dupuytren's disease. *J Clin Epidemiol.* 2004 Aug;57(8):858–63. doi:10.1016/j.jclinepi.2003.11.015 PubMed PMID: 15485739.
 19. Rydberg M, Zimmerman M, Löfgren JP, Gottsäter A, Nilsson PM, Melander O, et al. Metabolic factors and the risk of Dupuytren's disease: data from 30,000 individuals followed for over 20 years. *Sci Rep.* 2021 Jul 19;11(1):14669. doi:10.1038/s41598-021-94025-7 PubMed PMID: 34282190.
 20. Broekstra DC, Groen H, Molenkamp S, Werker PMN, van den Heuvel ER. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Strength and Consistency of the Associations between Dupuytren Disease and Diabetes Mellitus, Liver Disease, and Epilepsy. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Mar;141(3):367e–79e. doi:10.1097/PRS.00000000000004120 PubMed PMID: 29481401.
 21. van Rijssen AL, Ter Linden H, Werker PMN. Five-year results of a randomized clinical trial on treatment in Dupuytren's disease: percutaneous needle fasciotomy versus limited fasciectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Feb;129(2):469–77. doi:10.1097/PRS.0b013e31823aea95 PubMed PMID: 21987045.
 22. Balaguer T, David S, Ihrai T, Cardot N, Daideri G, Lebreton E. Histological staging and Dupuytren's disease recurrence or extension after surgical treatment: a retrospective study of 124 patients. *J Hand Surg Eur Vol.* 2009 Aug;34(4):493–6. doi:10.1177/1753193409103729 PubMed PMID: 19675030.
 23. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/haandled-og-haand/dupuytrenskontraktur/>. Lægehåndbogen.
 24. Bayat A, McGrouther DA. Management of Dupuytren's disease--clear advice for an elusive condition. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006 Jan;88(1):3–8. doi:10.1308/003588406X83104 PubMed PMID: 16460628.
 25. Ruettermann M, Hermann RM, Khatib-Chahidi K, Werker PMN. Dupuytren's Disease-Etiology and Treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Nov 19;118(46):781–8. doi:10.3238/arztebl.m2021.0325 PubMed PMID: 34702442.
 26. Hartig-Andreasen C, Schroll L, Lange J. Clostridium histolyticum as first-line treatment of Dupuytren's disease. *Dan Med J.* 2019 Feb;66(2). PubMed PMID: 30722822.
 27. Peimer CA, Blazar P, Coleman S, Kaplan FTD, Smith T, Tursi JP, et al. Dupuytren contracture recurrence following treatment with collagenase clostridium histolyticum (CORDLESS study): 3-year data. *J Hand Surg Am.* 2013 Jan;38(1):12–22. doi:10.1016/j.jhsa.2012.09.028 PubMed PMID: 23200951.

Forfatter: Christina Bach Lund, afdelingslæge, Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

Review: Sorosh Taba, afdelingslæge, Arbejds- og Miljømedicin, Aarhus Universitetshospital

Dato: 25-08-2026

Revideres: 25-08-2029
