Reseberättelse från OTC Advanced course: Hand and Wrist Trauma with cadaver dissections 20180910-20180911

Jag hade länge letat förgäves efter en bra kurs som berör ledplastiker i hand och handled. När jag i våras såg att OTC skulle anordna föreläsningar kombinerade med kadaver workshops om just ledplastiker, var jag inte sen att ansöka om kursplats. Dessvärre kunde OTC inte anordna kursen i våras, men ett nytt tillfälle utlovades till hösten och lyckligtvis fick jag plats på den kursen.

Kursen hölls på Mölndals sjukhus i Göteborg och för egen del väcker Göteborg många gamla minnen. En gång i tiden gjorde jag nämligen både min AT samt inledde min ST i ortopedi inom VG regionen. På så vis hann det bli en hel del utbildningstillfällen i Göteborg innan jag flyttade vidare. Även om tanken redan hade hunnit före, tog mig fjärrtåget bekvämt från Uppsala till Göteborg och jag kunde utnyttja restiden till att förkovra mig lite inom ämnet som kursen skulle beröra.

Kursen inleddes med registrering och kaffe, vilket gav tillfälle att hälsa på såväl gamla som nya bekanta. Såväl enstaka handkirurger som ortopeder var samlade. Sedan inleddes föreläsningarna, där Carl Ekholm från Göteborg undervisade om distala radius utifrån relevanta anatomiska och biomekaniska aspekter. TFCC är en struktur som man alltid kan förstå bättre och lära sig ännu mer om. Carl Ekholms föreläsning var mycket tacksam repetition för det sinne som söker förståelse av denna komplexa ligamentapparat. Därifrån fortsatte han sedan med att resonera kring hur denna grundläggande kunskap bör påverka handläggningen av frakturer och skador kring handleden. Han uppehöll sig en stund kring de radiokarpala och intrakarpala ligamentapparaterna och hur dessa påverkar och påverkas av olika frakturmönster samt hur de också kan utnyttjas vid frakturreposition och positionering av handleden i gips.

Vid det här laget är det ju vida känt att befintlig litteratur ger föga vägledning beträffande val av behandlingsmetod vid distala radiusfrakturer. En Cochrane review från 2009 visar icke konklusiva resultat för val av behandlingsmetod och innefattar alltifrån stiftning och externfixation till ORIF. I frakturregistrets årsrapport från 2017 framgår att patientens egen förväntan har större prognostisk vikt för slutresultatet än frakturens komplexitet. Det är svåra nyheter för en kirurg, men egentligen något som de flesta av oss själva har observerat genom vårt dagliga arbete. Carl Ekholm påpekade också att pro-/supination är en viktigare funktion att optimera än flektion/extension, och likaså förmågan att radial-/ulnardeviera.

Detta följdes sedan av två föreläsningar som behandlade kirurgiska tillgångar till en distal radiusfraktur. Först ut var Martin Paulsson från Göteborg som pratade om den utvidgade volara tillgången. Det är egentligen en Henry incision som förlängs över och distalt om handledens volara böjveck, och gärna med en vinkling över distala scaphoideumpolen. Det gör att man lättare kommer åt ulnart på distala radius. Tillgången ger också möjlighet att rotera ut radius från operationssåret med hjälp av en frakturhållartång. På så sätt kan man bearbeta och samla även en mycket komminut intraartikulär fraktur, varefter radius läggs tillbaka på plats för definitiv osteosyntes. Metoden är utvecklad av Jorge Orbay och är tilltalande om komminutionen i frakturen inte är alltför svår.

För de riktigt svåra frakturerna och för dorsala Barton frakturer kan de volara tillgångarna ibland vara otillräckliga, inte minst för att man ofta har svårt att både reponera, benpacka och stötta med implantatet på rätt ställe. Den dorsala tillgångens vara/icke-vara problematiserades och stöddes med stark röst av Yngvar Krukhaug från Bergen. Jag är benägen att hålla med honom och använder emellanåt själv den dorsala tillgången. Däremot ska man vara medveten om att det oundvikligen uppkommer en ärrbildning som mer eller mindre påverkar glidskikten till sträcksenorna, vilket påverkar handledsflektionen ofördelaktigt. Han nämnde också att dagens implantat bygger mindre på höjden och har snällare kantstruktur (fasningar, rundningar) och mer försänkta skruvhuvuden än tidigare, vilket också gör att den dorsala tillgången är fortsatt aktuell.

Efter några faktaspäckade timmar gick vi ner till kadaverlabbet där vi fördelade oss tre och tre kring varje armpreparat (från mellersta överarmen och nedåt). Preparaten var alkoholbehandlade, vilket förvisso gav vävnaderna en mjuk men samtidigt också lite lös och skör konsistens. Vi fick träna på de bägge tillgångarna till radius som tidigare hade presenterats i teorin.

Efter en lunch på sjukhusmatsalen var det dags för nya föreläsningar. Denna gång en kort genomgång av artros i handleden och bakomliggande orsaker samt typiska progressionsmönster, anfört av Douggie Rusell från Swansea. Han ägnade en stund åt att diskutera de situationer då man överväger antingen en four-corner (alt. three-corner) artrodes alternativt proximal row carpectomy (förutsättningen är förstås att brosket i fossa lunati är välbevarat). De senaste åren har mycket positivt skrivits om proximal row carpectomy, men dr Rusell var av den mycket bestämda uppfattningen att en korrekt utförd four-corner artrodes i allt väsentligt är överlägsen en proximal row carpectomy. Han argumenterade utifrån att capitatums proximala pol har en mindre konvexitet än fossa lunatis konkavitet. Därför är leden efter en PRC att betrakta som i grunden inkongruent, vilket följaktligen medför en ökad punktbelastning på brosket i en redan anfrätt handled. Han diskuterade också grava handledsartroser och lade fram vetenskapliga belägg som talade för att total handledsartrodes även i fortsättningen är att betrakta som golden standard i dessa fall.

Det sistnämnda föll inte i god jord hos Yngve Krukhaug som menade på att föregående talare blandade ihop olika generationers handledsproteser och talade utifrån de första generationernas nedslående resultat. Han vurmade starkt för att man i utvalda fall skulle använda handledsartroplastik, men i slutet av sitt anförande konstaterade både han själv och Douggie Rusell att handledsartroplastik fortfarande är att betrakta som ”experimentell kirurgi”. Man vet i nuläget för lite om vad som händer på lite längre sikt med den senaste generationens handledsproteser. Tyvärr lämnade diskussionen mig villrådig avseende när man bör eller inte bör överväga en handledsartroplastik.

Efter dessa faktiskt ganska underhållande föreläsningar hade vi ny kadaverworkshop. Dessvärre fanns inte tillräckligt många hanledsproteser att träna på varför det blev lite blandade övningar och just denna workshop kändes ostrukturerad. Kvällen rundades av med en välsmakande middag på Hotel Scandic Mölndal där de flesta av kursdeltagarna också bodde.

Nästa dag inleddes starkt av Katleen Libberecht från Göteborg. Hon talade om biomekanik och olika kirurgiska tillgångar till MCP och PIP lederna. Bland annat tog hon upp ”shotgun” approachen till PIP-leden som används av somliga för ledartroplastiker, men som framförallt kan vara bra att kunna vid luxationsfrakturer i PIP-leden där man behöver åtgärda det volara basala hörnet av mellanfalangen. Hon tog också upp den dorsala PIP-ledstillgången enligt Chamay (en triangulär sträcksenlambå med basen mot mellanfalangen) som förvisso ger god exponering av leden, men som kan vara svår att re-adaptera med en lämplig spänning. Risken finns att man ”överdriver” åt endera hållet så att man får antingen en sämre flektion eller extension. Hon förespråkade istället en central incision genom sträckapparaten, vilket också ger en mycket god ledtillgång. När ledartroplastiken är gjord kan man sy ihop sträckapparaten fortlöpande med resorberbar sutur och man behöver inte heller reinserera centralbandsfästet.

Detta följdes av en ganska elementär föreläsning av Douggie Rusell om behandlingsalternativ vid fingerfrakturer.

Alan Ibsen från Göteborg visade sedan på siffror som rör PIP och MCP ledsartroplastiker. Lite teatraliskt utmanades han därefter av Douggie Rusell angående val av ledimplantat. Douggie menade på att mycket talar för att skelettet havererar före ledimplantatet när man opererar PIP-leder med surface replacement implantat. Take home message blev att silikonproteser på PIP-lederna aldrig är fel. På reumatiker ska även MCP lederna behandlas med silikonproteser, medan övriga med fördel kan få ytersättningsproteser av olika material.

Nu var det dags för vår tredje kadaverövning och vi fick träna på MCP/PIP-ledsproteser, såväl SR som silikonproteser. Som alltid på dylika workshops är det ett bra tillfälle att identifiera potentiella fallgropar samtidigt som man också lär sig operationsmetoden. Vi fick också följa Katleen Libberecht på en skärm där hon visade hur man gör en ”shotgun” approach till PIP-leden. Hon poängterade att man som regel behöver dela det ena kollateralligamentet för att överhuvudtaget kunna fläka upp leden. Hon väljer som regel att dela det ulnara kollateralligamentet för att kunna bibehålla den radiala sidostabiliteten.

Efter ytterligare en sjukhuslunch som varken kommer betunga mitt minne eller återskapas i mitt eget kök, gick vi vidare till karpal biomekanik och friläggningar. Återigen mycket väl framfört av Katleen Libberecht. Repetition är kunskapens moder, här var det inte så mycket nytt för mig men jag uppskattade ändå genomgången.

Douggie Rusell fortsatte med scaphoideumfrakturer och talade en del om blodförsörjningens anatomi. Scaphoideum får sin blodförsörjning av radialisartärens förgreningar, varav den dorsala står för ca 70% och den volara för resterande 30%. Bägge grenarna går in genom distala scaphoideumpolen vilket förklarar att läkningsstörningar blir vanligare ju längre proximalt en fraktur är belägen. Som hastigast berördes även fixationstekniker och pseudartroser. Undertecknad frågade om föreläsaren gjorde skillnad på pseudartroser och pseudartroser med tecken till avaskulär nekros avseende val av fritt bengraft kontra vaskulariserat bengraft. Föreläsaren menade på att det läker så pass bra med enbart fritt bengraft även vid en AVN att han inte använder sig av vaskulariserade bengraft.

Nästa anhalt var CMC I ledsartros där klassiska trapezektomier i kombination med interpositionsartroplastiker ger god smärtlindring och rörlighet, men inte bättre styrka. Även protesförsörjning diskuterades av såväl Alan Ibsen som Douggie Rusell. Man får ursäkta, men jag vet inte om jag blev så imponerad av möjligheten att protesförsörja CMC I leden… I litteraturen finns det alltför mycket failures för att det ska kännas attraktivt för mig i dagsläget.

I den avslutande kadaverworkshopen fick vi träna på friläggning av scaphoideum och även CMC I leden. Jag hann börja på att sätta in en CMC I ledsprotes, men hann inte fullborda ingreppet. Ledskålen var nog något av det minsta jag har sett i implantatväg.

Avslutningsvis återsamlades vi i föreläsningssalen där vi fick våra deltagarintyg och lämnade in våra utvärderingar.

**Som repetition var kursen mycket bra och den tillförde en del nyheter angående bland annat CMC I ledsproteser. Som handkirurg var dock den teoretiska behållningen inte så stor som jag hade hoppats på. Även workshopsessionerna var för mitt behov på en nivå under det jag egentligen behövde. Jag hade gärna haft mer träning på insättning av proteser. Som det nu blev fick min grupp aldrig ens testa en handledsprotes även om en handledsartroplastik (ReMotion) demonstrerades av kursledarna. Skulle jag sätta ett sifferbetyg på kursen för det värde den hade för en handkirurg, skulle jag ge 3/5. Jag kan alltså inte starkt rekommendera kursen för mina handkirurgiska kollegor - använd er utbildningspott till något annat! Däremot skulle ortopeden i mig ge 4,5/5 eftersom kursnivån är mer anpassad till den handkirurgiskt intresserade ortopedens verksamhetsområde.**

Även om kursen inte riktigt mötte mina kanske orimligt ställda förväntningar, måste jag ändå säga att kursen var väl organiserad av OTC och att föreläsarna var goda talare som bjöd på många skratt och välregisserade kontroverser. Jag är också oerhört tacksam till Gabrielssons stiftelse för den unika fortbildningsmöjlighet de ger oss handkirurger genom sina generösa bidrag, så även denna gång.

Mohammad Asif Aslam, Uppsala