**Reseberättelse Wrist Arthroscopy Basic Course 22-23/2 2019, Strasbourg, Frankrike**

Detta är en kurs som nog finns på många handkirurgers ”bucket-list”, så även på min. Med många namnkunniga artroskopigurus i kursfakulteten, inklusive Christophe Mathoulin, utövar kursen en stark dragningskraft på handkirurger från när och fjärran. Ivriga att nära sinnet med nya artroskopiska kunskaper deltog kollegor ända bortifrån Arabemiraterna, Brasilien, Indien och Iran. Den nordiska kontingenten bestod av sammantaget tre svenskar (två från Uppsala och en från Varberg) samt en Norrman.

Kursen anordnas regelbundet vid IRCADs medicinska träningsfaciliteter vid sjukhuset Hôpital Civil i Strasbourg. Staden är något av en kulturell smältdegel med skyltar på både franska och tyska och man ser människor av många olika nationaliteter på stan. Gränsen mot Tyskland går bara några kilometer österut, och löper just här genom floden Rhen.

Med en fransk frukost inmundigad begav jag mig med stor förväntan mot kurslokalerna. Dagen inleddes med fotografering och ett väldigt proffsigt välkomnande av kursanordnarna. Sedan var föreläsningarna igång och började med grundläggande anatomi runt handleden, samt hur man ska lägga sina portaler. Man gick igenom många portaler, inklusive DRU-ledsportaler och volara portaler, men även experterna i kursfakulteten föreföll i huvudsak hålla sig till 3-4, 6R, MCR och MCU portalerna. Några utnyttjade också 1-2 portalen. Man gick även igenom hur optiken i en artroskopiutrustning fungerar och vilka möjligheter och begränsningar det medför. Förmiddagen på första dagen kändes för min del alldeles för grundläggande och tanken slog mig att sannolikt ingen av de närvarande var så oerfaren att dessa första föreläsningar var nödvändiga.

Föreläsningarna fortsatte sedan med att ta upp indikationer för artroskopi och man tog även upp att t ex fyrhörnsartrodeser kan göras artroskopiskt. I övrigt var det mest grundläggande information om sådant man redan hade läst om eller gjort själv. En föreläsning vigdes åt artroskopisk behandling av handledsganglier (både volara och dorsala). Man visade siffror som i korthet visade att artroskopiskt behandlade ganglier recidiverar mindre än de som excideras öppet. Man beskrev två huvudsakliga angreppssätt, antingen genom att gå in i gangliestjälken med shavern, eller att gå in i gangliet utifrån. I bägge fallen kommer man inte ifrån att en del ledkapsel skadas och avlägsnas.

Efter en kaffepaus fortsatte vi sedan i kadaverlabbet som låg två trappor upp. Vi fördelade oss två kursdeltagare på varje kadaverarm (formalinbehandlad), i sällskap av en senior instruktör. Under denna första träningssession skulle vi anlägga skopiportaler och systematiskt utföra en diagnostisk artroskopi. Därefter skulle vi göra en synovektomi, avlägsna främmande kroppar och öva på att ta bort handledsganglier. Vår instruktör var väldigt hjälpsam, men just denna övning var på en ganska basal nivå.

Från kadaverlabbet gick vi till trerätterslunchen (typiskt franskt?), varefter föreläsningarna fortsatte. Eftermiddagens föreläsningar var faktaspäckade och behandlade indikationer för och tekniskt genomförande av artroskopisk radiusstyloidektomi. Ingreppet är ju endast symtomlindrande och får betraktas som något slags halvmesyr när större kirurgi av någon anledning inte är lämplig.

Föreläsningen om scapholunära ligamentskador var intressant, man presenterade EWAS (European Wrist Arthroscopy Society) klassifikationen som i vissa avseenden skiljer sig från Geisslers kända klassifikation. Klassifikationen har dock ännu inte fått samma genomslag i forskarkretsar som Geisslerklassifikationen och det blev ibland oklart vilken av de bägge klassifikationerna man hänvisade till under presentationen. Tempot var ganska högt i föreläsningen och en del av innebörden gick förlorad i den knackiga engelskan. Take home message var dock att ligamentskador i carpus måste bedömas från både radiokarpalleden och midkarpala leden.

Denna genomgång följdes av en intressant föreläsning som redogjorde för hur en SL-skada (Geissler grad 3) kan repareras artroskopiskt. Fördelen är förstås att man kan begränsa det kirurgiska traumat avsevärt. Tekniken är ett gott substitut för kapsulodeser av typ Blatt-plastik och ger en betydligt bättre postoperativ handledsrörlighet.

Dagens sista föreläsning handlade om hur man artroskopiskt kan behandla perifera TFCC-skador artroskopiskt. Jag saknade dock en presentation/beskrivning av artroskopisk TFCC-reförankring i fovea, vilket var något jag hade kommit med stora förväntningar på att få lära mig. Föreläsningen i sig var nog i övrigt kanske kursens allra bästa eftersom den på ett pedagogiskt sätt visade vilka strukturer som ingår i TFCC och hur man ska resonera vid misstänkta TFCC skador.

Dagen avrundades med kadaverworkshop där vi fick öva på att göra perifera TFCC reparationer samt artroskopisk radiusstyloidektomi. På kvällen åt vi middag med övriga deltagare och vi fick tillfälle att lära känna andra och utbyta en del tankar och erfarenheter.

Den andra kursdagen inleddes med en föreläsning om indikationer för och utförande av artroskopisk waferosteotomi på distala ulna. Mycket handfasta tips gavs, både gällande situationer med och utan centrala diskskador. Viktigt att komma ihåg är att man måste pronera och supinera handleden ordentligt under ingreppet för att kunna avgöra huruvida man har kommit åt överallt. I annat fall finns ingen möjlighet att åskådliggöra hela caput ulnae.

Följande föreläsare tog upp hur man artroskopiskt kan utvärdera ledkongruensen i samband med osteosyntes av en distal intraartikulär radiusfraktur. Han visade också videosnuttar där han reponerade små ledytebärande fragment för att återställa ledkongruensen. Metoden är helt klart ett viktigt redskap i att optimera vår frakturkirurgi, men förutsätter nästan att man har en specialkonstruerad handupphängning med en båge som tillåter att handen höjs och sänks med bibehållet drag i alla positioner. Detta kommer vi säkerligen se och höra mer om i framtiden.

På samma sätt berättade man också om hur man kan reponera scaphoideumfrakturer exakt med hjälp av artroskopi. Det såg väldigt självklart och enkelt ut på videosnuttarna, men i själva verket måste man hålla flera bollar uppe i luften samtidigt och frågan är hur pragmatiskt detta är, även om repositionerna helt klart blir bättre genom artroskopisk verifikation av repositionsläget.

En växande indikation för artroskopier är för att undersöka/behandla CMC I ledsartroser. Portalerna läggs volart och dorsalt om APL senan. Optiken är 1,9 mm tjock, att jämföra med 2,7 mm som är vanligast till handleden. Sedan kan man tydligt se CMC I ledens ligament och ledytor. Sedan gammalt är det ju känt, inte minst genom Pellegrinis arbeten, att CMC ! ledsartros ofta föregås av en patologisk överrörlighet. Traditionellt har Eaton-Littler plastiken använts för stablisering, men resultaten har varit varierande med såväl förespråkare som motståndare av metoden till följd. En alternativ behandling skulle kunna vara värmeinducerad kapselskrumpning (”thermal shrinkage”). Detta är dock fortfarande på experimentstadiet och det återstår att se hur långtidsresultaten blir. Detsamma gäller partiella trapezektomier som med fördel kan göras artroskopiskt.

Under nästa session på kadaverlabbet fick vi öva på att reponera en scaphoideumfraktur. Det skulle säkert ha varit görligt på en tvåfragmentsfraktur, men labteknikern hade lyckats slå sönder scaphoideum på vårt preparat i ett stort antal småfragment. Just den övningen gav inte så mycket, däremot var det väldigt nyttigt att få träna på att göra artroskopisk wafer procedure på distala ulna. Vi övade också på att artroskopera CMC I leden.

Dagens sista föreläsning handlade om miniinvasiv frakturkirurgi för distala radiusfrakturer. Med tanke på komplexiteten av de handledsfrakturer som ofta hamnar hos svenska handkirurger kändes denna metod inte aktuell för våra patienter. Däremot skulle den säkert vara användbar för mindre komplexa skador och en fördel är ju förstås att man minimerar traumat mot pronator quadratus.

Kursen rundades av med valfria artroskopiövningar och jag tränade vidare på perifera TFCC suturer.

Vad kan jag då säga om kursen i en sammanfattande kommentar? Jag säger som jag också skrev i kursutvärderingen, nämligen att de första föreläsningarna skulle kunna tas bort i sin helhet för att istället ge välbehövlig tid åt diskussion kring handledens ligamentskador. Trots allt är det ju de som är den huvudsakliga indikationen för handledsartroskopier och det är av yttersta vikt att vi förstår hur artroskopifynd ska värderas och vägas in i terapeutiska beslut. Föreläsningarna var av varierande kvalitet, om än på relevanta ämnen. Jag tycker tyvärr inte att jag fick så mycket teoretisk behållning av kursen som jag hade hoppats på. Kadaverövningarna var däremot väldigt värdefulla och gav tillförsikt samt tog bort en del av misstänksamheten mot att göra artroskopiska SL- och TFCC suturer. Som tidigare sagts efterlyste jag dock träning på artroskopiskt assisterad reinsertion av TFCC avulsioner från fovea.

Överlag var kursen bra, men en del detaljer måste slipas på av kursarrangören. Nivån varierade från mycket grundläggande till bitvis experimentell. Som med alla kurser gör man klokt i att komma någorlunda påläst och med viss praktisk erfarenhet för att få ut mesta möjliga av kursen. Jag tycker att kursen gav en värdefull möjlighet att prova på kirurgiska metoder som vi utnyttjar i vårt dagliga arbete och rekommenderar därför alla som är intresserade av handledsartroskopier och har gjort en del skopier själv, att gå den. Jag vill avslutningsvis rikta ett stort tack till Börje Gabrielssons Minnesfond som genom generöst bidrag underlättat mitt deltagande i kursen.

/Mohammad Asif Aslam, Uppsala 2019-02-24