

## Reseberättelse från Karin Nyman, Handcenter, Göteborg, från XXIII FESSH kongressen i Köpenhamn 13-16/6 2018

Hej, jag vill först tacka för bidrag till min resa! Jag tyckte att mötet var mycket bra och har flera kunskaper med mig "hem", som jag kan använda mig av.

Fick svar från er när jag återvände från resa och därför får ni den här reseberättelsen lite senare än 4 v efter.

Vi började på onsdagen 13/6 då jag bla lyssnade på Baubach Safa från USA, som talade om ett nervallograft, Avance, humant decelleriserat. Det ger inget immunförsvar och patienten behöver därför inte immunosuppressopn. Man har jämfört skador med en lucka på 1 cm och mer och finner då att nerven som växer ut får en tydlig midja när man förlänger med en tub. När man använder Avance nervgraft så växer axonen genom den multitubulära strukturen och smalnar inte av. Har använts vid luckor upp till 7 cm. Man har kommit fram till att det är jämförbart resultat med autograft och överlägset tillverkade kollagenasprodukter. De får mer remodelering där andra degraderas. Runt om lägger de efteråt ett nervskydd, (nerve protector) Axoguard, gjort av gris, ej nedbrytningsbar. Det skyddar från ärrbildning runt om och tillåter nervglidning. Den fördelar också spänning vid suturstället. Man suturerar i ändarna.

Vi var några stycken som tyckte det verkade frestande när du har en lång defekt. Även vid tex reoperation för carpaltunnelsyndrom med ärriga förhållanden, då kan man använda nerve protectorn. Allt finns i olika diameter. Dock fick vi ej veta priset, samt, eftersom allograftet är humant, kan det bli problematiskt för svenska lagar.

Deras konklusion:

Gör mer aggressiv resektion vid skadan

Öka användning av allograft, upp till 7 cm lucka

Kan användas till sensoriska nerver och mixed sensoriska o motoriska

Minska användning av tubgraft, går bra till luckor på upp till 1 cm och på inte så kritiska nerver

Använd autograft vid luckor som är ännu längre och när de finns tillgängliga i opeationsfältet.

På torsdagen 14/6

Hörde jag bla mycket om fördelar med WALANT ( wide awake surgery med lokalbedövning med adrenalin).

En föreläsare talade även om begränsningar och komplikationer, Kai Megerle, Munchen.

Dels, naturligtvis, de begränsningar som gäller alla operation i lokalbedövning.

Dessutom berättade han om en som fått coronär spasm 3 h efter given dos ( 16 ml Ultracain) . Blev bra. Man har sett reaktioner i hud med ordentlig svullnad och rodnad, ganska utbredd, tex efter EIP till EPL sentransferering. Efter det har man minskat dosen. Man har även fått byta till generell anestesi pga otillräcklig bedövning. Traumafall med kärlskada fick en rejäl blödning 1 h efter kirurgi. Vid mycket ärr från tidigare kirurgi så sprider sig LA inte så bra, då kan man behöva mer proximal blockering också.

Samtal om tidsåtgång för de olika metoderna där olika kliniker hade olika lösningar. För WALANT bedövade de flesta först en eller flera patienter och varvade sedan bedövningar mer operationer. Lalonde pratade om att samarbeta med anestesiloger, som ju också skulle kunna utföra bedövningen.

Även information om hur man injicerar med minsta möjliga smärta för patienten; buffra med bikarbonat ( svider mindre pga mindre surt), avled med annan hudberöring i anslutning till stick ( tex nyp i hud runt om stickstället), injicera vinkelrätt mot hud ( per pendikulärt) under dermis tills smärtan från nålsticket är borta.

På vår egen klinik måste vi planera för operation antingen i LA eller narkos. På vår MOPsal har vi inte möjlighet att ändra till narkos om det skulle behövas, och har inte narkospersonal. Man skulle behöva göra om logistiken en hel del för att det skulle flyta bra med WALANT. Jag ser ingen stor vinst för rutinoperationer som carpaltunnlar, triggerfingrar mm som tar 5-15 min. Patienterna brukar inte ha ont av den Tourniquen på underarmen under dessa korta operationer. Vi använder det för lite större kirurgi där det är olämpligt att söva.

## Lumbrical plus/ paradox finger extension syndrome

A Gohritz, Basel Universitetsjukhus

Fallstudie: 26 årig man som ådrog sig en kontusionsskada med metacarpale IV fraktur. Resulterar i att lillfinger extenderas vid försök till flexion. Op x 3, 1 neurolysis och ulnar nervtransposition, 1 flexor revision, 1 tenolys. SS ca 4 år från snickare.

Orsak till besvär: kontraktion av skadat/ ärrad djup flexorsena via lumbricalmuskler mot extensosystemet.

Utredning: för att exkludera volontär extension ( simulant): UL vägled blockad av radialisnerven.

Sedan op ; resektion av 4 lumbricalmuskeln ( fasstärkad till FDP4). Op under Walant, så direkt test av funktion intraoperativt, vb tenolys.

Review av litteratur:

Ofta ganska enkla initiala skador, få fall rapporterade, troligen underdiagnostiserat. Kan drabba alla fingrar (II-V). pat var tillbaka på arbetet efter 3 v.

## Saddle deformity

David Jann, Zurich Universitetssjukhus

Fall: kronisk smärta dorsoulnart MCP III. 1 år efter Malletskada samma finger. Nedsatt flexion dig III och IV. Dysestesi. 11 år tidigare sluten skada extensorhood radiellt MCP III. UL och MR visar synovit flexorsenor. Handterapi och lokal cortison ej hjälpt. Neurografi: normal. Opererades 6 mån efter konsultationen ( 1, 5 år efter frakturen). Man fann adherenser mellan 3 dorsala och 2 palmara interosseer och 3 lumbrikal muskeln, involverande djupa transversella metacarpalligamentet ( dTML) = Saddle deformity. Gjorde en partiell resektion och release av adherenser och direkt till handterapi.

### Review:

Först beskrivet av Watson 1974, posttraumatiskt repetitivt microtrauma, postinfektiöst alternativt inflammatorisk sjukdom; adhranser mellan interosseer och lumbrical +/- dTML och/ eller involverande MCP ledkapsel också; impingement dTML, / sadeln.

Föreläsaren har även haft ett fall radiellt om pekfingret, där ingen sadel finns.

Ofta kan objektiva fynd saknas, som ömhet , svullnad, smärta vilket gör diagnosen svårare. Gör Bunnels test för intrinsic tightness ( se bild). MRI för att exkludera andra åkommor och eventuellt se åkomsten. Generellt har lång tid gått mellan trauma och kirurgi. 87% blir bättre efter operation.

Bara 2 fall rapporterade sen 1986. Tänk på vid trauma: ordentlig ortos/ gips och aktiv rörelseträning/ mobilisering i den akut skadade handen.

Tänk på denna åkomma vid kronisk intermetacarpal smärta. Bunnel test, pröva cortison. MR. Operera, de flesta blir bra.

## Anterior interosseus syndrome (AIN)

Zsuzsanna Aranyi, Budapest,

Talade om betydelsen av högupplöst MR och UL för diagnostik . Scott W Wolfe, New York talade om betydelsen av operation. ( nästan alltid på överarmsnivå).

Subtyp av Parsonage Turner Syndrome,

I korthet: neurit symptom , om ej blir bra spontant, utred! UL, MR.

Vid fynd; många har timglas konstriktion på överarmsnivå!, dvs proximalt om mediala epicondylen. Operera dessa, internal nerve release, delar perineurium i mikroskop tills det ser bra ut och har perioperativ neurografi som hjälp för at lokalisera nivån.

Enkelt och allvarligt Karpaltunnelsyndrom (CTS), Eduardo Zancolli, Buenos Aires

Samma behandling? I korthet; om förlängt 2 PD preoperativt och status som vid CTS: gör internal neurolysis.

Vid jämförelser av resultat; jämför liknande patienter och blanda ej.

Risk för jobbig regeneration efter operation, informera patienten före.

Internal neurolysis gav ej nervskada vid erfaren kirurg.

Allvarligt CTS ; ingen signifikant skillnad i operationsresultat jämfört med enkelt CTS. 94% återhämtade sig efter internal neurolysis.

Fred 15/6,

M C Jansen, Rotterdam

Svårt att förutse resultat efter karpaltunnelsklyvning ( CTK). Fler studier behövs.

Antonio Dudley Porras, Madrid

Blir även patienter över 80 år bättre efter CTK?

Svar: JA, operera dem, de blir lika bra som yngre patienter.

Elitidrottarens skador:

Flera föreläsningar om de speciella skador som elitidrottare inom olika sporter ådrar sig och vilka följder det får, samt vilka speciella krav det ställer på behandlande läkare. En sak som är annorlunda är den stora pressen att snabbt återvända till sin sport. Man bör också tänka på ev gamla skador, då det finns en risk för underrapportering från patienten. ( eftersom jobbet hänger på den fysiska förmågan). Se bilder

Tex tog det i snitt 191 mån innan elitidrottare sökte läkare för scapoidium fraktur.

Aktiv extensorsenrehabilitering, Gwendolyn van Strien, Nederländerna

Tex hoodskador, Boutonniere deformitet, extensorsensskador

Early Active Motion har mycket mindre komplikationer ( tex tenolysbehov, extensorlag) än vid immobilisering och uppnår snabbare bra ROM.

Limited Arc Motion ( Norwich) 45 gr ext i wrist och 30-50 gr flexion i MCP + aktiv extension av fingrar samt flexion med skena på. 4 v , 4 repetitioner 4 ggr dagl. Om extensorlag: rakt finger nattetid.

Relative Motion Extension (RME), Merritt

Vid böjd PIPled av olika orsaker, tex Boutonniere, Dupuytren mm: Gör ” penntest”, du tar en penna och lägger den mot proximal falang dorsalt på finger med böjd PIPled och volart om

övriga fingrar och böjer således MCP-led i det akutella fingret lätt, förhindrar hyperextension. Om PIP-led då blir rak, så fungerar metoden. Gör en ortos som håller MCP-leden lätt flekterad på pennviset och som går runt övriga fingrar volart och inte hindrar dem. Den tillåter flexion och extension och kan användas dagligen i arbete. Du behöver ha en hel extensorsena för att det ska fungera. Nattetid extensionsortos. Styrkan blir bättre och snabbare återgång till arbete jämfört med gips. Bättre resultat även jämför med fingerringar för Boutonniere, lättare att arbeta med.

Se teckning

Don Lalonde fortsatt med att tala om behandling med REM. Tex vid svår Dupuytren där fingret blir passivt rakt efter operation men fortfarande svårt att aktivt sträcka fullt; använd REM splint dagtid och extensionsortos nattetid. Behandla 1 år, annars recidiv, patienterna märker själva när det inte behövs längre.

MP flexion = bra för Boutonniere

MP extension = dåligt för Boutonniere

MP hyperextension = superdåligt för Boutonniere

Jag lyssnade också på flera föreläsningar och session om CMC 1 artros. Tyckte inte att det blev så mycket nytt att ta med sig hem, förutom det vanliga; finns flera likvärdiga behandlingar och ingen är perfekt, men de flesta hjälper. Verkar inte som om ssk många har gått över till att enbart ta bort trapezium trots tidigare jämförelser med likvärdigt resultat. Kanske blir det inte lika stabilt trots allt? På podiet fanns 5 handkirurger från olika länder, men ingen representant för artroskopisk delresektion.

Avseende Dupuytren lyssnade jag också på flera föreläsare om alla de olika behandlingsmetoderna. I korthet kan sägas att det som förutser effekt av ingrepp är i vilket böjt läge fingret är före operation. Inte helt förvånande. Avseende MCP-leder förblir de i de flesta fall raka och PIP-leder recidiverar i 29%. Inte heller detta någon nyhet, och skiljer sig inte stort mellan de olika slags behandlingarna.

På lördagen 16/6

Flera föreläsningar om fingertoppsskador och radikalt olika behandlingar av dessa. Fanns representanter för semiocclusive bandage som enda behandling till fingertopp sekundärläkt. Luktar illa men verka fungera bra regeneration och ingen längdförlust.

Till andra änden av spektrat med fingerlambåer vid även förhållandevis små distala skador.

På torsdagen gick jag även på föreläsningar om handproblem hos musiker, som var mycket intressant.

M C K Mac, Hong Kong

Vi fick både veta hur olika handställning vid tex pianospel, och kroppshållning, påverkar belastning och därav smärta. Men framför allt vilken hög emotionell stress att återfå funktion och vilka höga krav musiker har.

Philippe Cuenod, Geneve Musiker tvekar mer inför en operation pga rädsla att det ska påverka deras inkomstkälla negativt, rädsla att förlora jobbet och rädsla för att de inte ska kunna spela. De letar information själva. PRATA med patienten. Skaffa kunskap om instrumentet ifråga. Se till så att du förstår patientens behov. Ta med instrumentet vid us, försök hitta en teknik som sparar funktion. Pröva alltid konservativ behandling först och utred ordentligt preoperativt. 5-25% av musiker är hypermobila. Medfött eller pga musicerandet? Instabilitet kan leda till synovit, neuropati. Ökad laxitet ger trötthet, spasm, smärta. Behöver avlasta belastade leder, öka stabilitet och muskeltonus. Ortos.

Generellt: stress kan spela STOR roll, ta dig tid att förklara. Behandla som andra patienter, men var försiktig med stor kirurgi, undvik fingertoppskirurgi och ibland behövs psykoterapi!

Funktionell Dystoni hos musiker, Aude Hauser-Mottier, Geneve

Involontär repetitiv kontraktion orsakat av en förändrad neurologisk mekanism. Ingen smärta, händer bara vid musicerande, ej vid andra aktiviteter/ handfunktioner. Oftast en muskulär obalans, definitivt bundet till emotionellt ursprung! Tex kunde patienten spela utan besvär när ljudet från instrumentet inte hördes.

Psykologiskt trauma eller fysiskt trauma eller mycket intensiv stress bundet till, tävlings stress och performance krav, omedvetna hos patienten/ musikern. Tala med patienten! Långvarig sådan stress leder till förändringar i hjärnan. Patienten kan få börja om från början med att spela sitt instrument. Rehabilitering tar flera år. Börja helst inte med Botox, måste då fortsätta med det. Bättre med reeducation, psykoterapi.

Patienter i början av dystoni tror själva att det är ett tekniskt problem och söker inte doktor utan försöker mer och får ökade besvär och kommer då. Möjliga psykologiska orsaker till funktionell dystoni kan vara, oro/ ångest, depression, dåligt självförtroende, känsla av storhet ( stort ego).

Takaomi Taira, Tokyo

Föreläste om hjärnoperation mot fokal handdystoni när annan behandling ej hjälpt. Stereotaktisk operation på vaken patient, som efter ingrepp genast får spela sitt instrument. Tex palladiotomi för läppläckage för blåsinstrumentspelare. Har nu börjat med fokuserat ultraljudsbehandling för att slippa operation. Lovande resultat.

Ja, det var en liten sammanfattning/ axplock från från FESSH-mötet 2018. Jag tyckte det var mycket givande! Tack för bidrag!

Vänlig hälsning

Karin Nyman

