Region Östergötland

2019-07-12

Börje Gabrielssons Minnesfond
Att. Ove Engkvist
SEB Private Banking
Stiftelser KG5
106 40 STOCKHOLM

Reseberättelse IFSSH/FESSH Berlin 17—21 juni 2019

Årets FESSH var förlagt till Berlin och kombinerades med världsmötet (IFSSH) i Handkirurgi och som vanligt höll handterapeuterna sitt möte parallellt, vilket är en fördel på flera olika sätt. Mötet var förlagt i CityCube, som ligger en bit utanför centrala Berlin, men med tunnelbana/S-tåg gick det enkelt att ta sig dit.

Mötet var välfyllt med program och deltagare. På måndagen var det ”Educational Monday” under hela dagen som avslutades med öppningsceremoni och välkomstdrink, för att kunna mingla och träffa kollegor, och övriga dagar innehöll ett komprimerat vetenskapligt program med tio parallella föreläsningssalar från ca 07.00 tom 18.00. Erika höll sitt muntliga föredrag, om simple decompression vs transposition vid ulnarisnervkompression, på midsommarafton kl 07.08 (!), strax efter Lars medarbetare Malin Zimmermans presentation; också det om ulnarisnervproblematik vid samtidig diabetes baserat på vårt nationella handkirurgiska kvalitetsregister HAKIR. Presentationerna kompletterade varandra väl. Lars var moderator för denna session.

Under själva konferensen fanns en app med schema och abstrakts. Stora delar av tiden fungerade det inte och nu i efterhand går det inte längre att öppna appen och komma åt abstrakten, vilket måste göras via hemsidan, men även strukturen hur man hittar abstrakt var inte användarvänlig. Det är synd att de inte delar ut en abstrakt-bok då det skulle ha varit mycket enklare och mer översiktligt att läsa abstrakt. Utvecklingen är ju numera att inte trycka upp abstraktböcker utan ha appar, men då måste de vara betydligt bättre och strukturerade än den aktuella.

Konventionella postrar i papper eller canvas har numera ”bort-rationaliserats” och ersatts med E-postrar. Att kongressbesökarna får ha postrar gör dessutom att organisatörerna kan locka fler personer till mötet. Organisatörerna hade löst posterproblemet på ett bättre sätt än vid andra möten (dvs. vanligen små datorer där man letar själv efter postrar), genom att i utställningshallen ställa stora skärmar där man kunde få upp postrarna och gemensamt med flera personer studera postrarna. Man saknade dock direkta kontakten med posteransvarig person. Erika och hennes doktorand Alice Giöstad från Linköping presenterade en poster om svår postoperativ smärta efter kirurgi vid ulnarisnervkompression.

Region Östergötland

Utställningshallen, som låg ovanför respektive nedanför lokalerna där de vetenskapliga föredragen presenterades, var välfylld, men ändå luftig med ett brett sortiment av utställare där också kaffe och luncher serverades, vilket ökade deltagarnas exposition för olika produkter.

På tisdagskvällen hade vi ett uppföljande möte med den grupp som arbetar med en prospektiv studie av neurom som opererats med Neurocap (dvs. blind tub som neuromet sys in i för neurombehandling) där 12-månadersuppföljningen för de 73 inkluderade patienterna diskuterades. Erika fick möjlighet att redovisa några av de fall som opererats i Linköping. Det var en bra diskussion och stort engagemang i gruppen. Resultaten kommer att redovisas senare. Lars hade också under onsdagen möjlighet att diskutera en klinisk randomiserad studie inom nervregenerationsfältet tillsammans med europeiska kollegor, vilken kommer att starta inom en snar framtid. Generellt är det också mycket stimulerande att kunna träffa kollegor med samma specialintresse för specifika skador och tillstånd, vilket Lars också gjorde via en internationell arbetsgrupp som under sista året arbetat med att definiera olika metoder och instrument för att mäta outcome efter handkirurgi inom det s.k. ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement; https://www.ichom.org); ett arbete som leds av Professor Steven Hovius. Resultatet av denna arbetsgrupps diskussioner kommer att presenteras senare i höst. Det var väldigt värdefullt att träffa kollegorna i arbetsgruppen i samband med FESSH/IFSSH mötet.

Kirurgi med ”Wide-awake”, dvs kirurgi i lokalanestesi med adrenalin utan blodtomhet med manschett, som nu sedan några år är väl etablerat även i Sverige, hade en egen session. Numera har man övergått till att prata om WALANT- Wide Awake Lokal Anaestetic No Torniquet för att definiera vad proceduren går ut på.

- I en liten randomiserad studie (n=11; dvs. få patienter presenterade) studerades patientens outcome efter kirurgi av Dupuytrens kontraktur i WALANT jämfört med narkos. Man fann ingen signifikant skillnad gällande nöjdhet, smärta eller rörlighet postoperativt.
- En annan studie studerade kirurgi vid flexorsenskador i zon 2, randomiserat prospektivt, med totalt 23 fingrar. Man fick inga rupturer i någon av grupperna, och samtliga patienter skulle önska WALANT igen om de fick frågan. Man visade en film hur profundussenan vek sig dubbel i såret vid passiv flektion och sedan drogs in i senskidan vid aktiv flektion.
- I ett patientmaterial med 50 patienter med som genomgick karpaltunnelklyvning p.g.a. karpaltunnelsyndrom, randomiserat mellan lokalanestesi med tourniquet eller WALANT, redovisar man i sina resultat att 16% rapporterat svår smärta från manschetten, men för övrigt var resultaten likvärdiga. Det är oklart hur lång operationstiden var och på hemmaplan upplever vi inte att smärta under ett så kort ingrepp som karpaltunnelklyvning brukar vara ett problem. På vissa enheter används dessutom underarmsmanschett, vilket ytterligare minskar besvären för patienterna. Bedövningen måste ju läggas 25-30 min i förväg för att effekten av adrenalin ska hinna verka så det skulle hos båda våra enheter rent praktiskt behöva innebära en del ändringar gällande logistiken.
- I en fallpresentation redovisades att en helt replanterad hand efter sex veckor reopererades i WALANT och att det fungerade bra även då. Principiellt känns det något ”äventyrligt”, varför det var intressant att se att det gick bra.
- WALANT används även för stor handledskirurgi, som perilunära luxationer och scafoideumfrakturer, vilket vi inte gjort i Linköping eller Malmö. I några av fallen rapporterades VAS 2-3 vid själva stiftningen eller skruvningen, vilket ju är helt hanterbart.

Region Östergötland

Då sjukdomstillstånd och trauman mot perifera nerver är ett stort kliniskt och vetenskapligt intresse så gick vi på en hel del sessioner om nerver. Det fanns även ett intressant pass på terapeuternas program om neurogen smärta som tyvärr krockade med andra föredrag vi ville höra.

- En studie från Storbritannien handlade om traumatiska skador mot perifera nerver och baserades på ca 60 000 fall. Man såg ungefär samma fördelning som i en äldre svensk studie (studier av digitalnervsskador samt medianus/ulnarisnervskador) gällande orsaker till skadan, lokalisation, könsfördelning och geografisk fördelning
- En stor finländsk epidemiologisk studie fann att rökning, fetma och att tillhöra en låg socioekonomisk grupp var riskfaktorer för karpaltunnelsyndrom. Populationen var alla födda 1966 i ett visst område (n=8719, varav 308 fall av karpaltunnelsyndrom uppkom). Baserat på samma population presenterades även att rökning är en riskfaktor för ulnarisnervkompression; faktiskt ***inte på skämt*** så diskuterades om detta kan bero på att rökare står länge med böjd arm, ”smoking posture”. Mer troligt kanske är att rökning påverkar microcirkulationen kring och i nerven. Socioekonomiska faktorer vid karpaltunnelsyndrom redovisades också av Zimmerman från Malmö, baserat på data från HAKIR och SCB.
- I en retrospektiv studie från England studerades 29 000 fall av karpaltunnelsyndrom under 29 år och man fann att risken för recidivoperation var 3,4%. Mediantid till reoperation var 351 dagar och predisponerande faktorer var diabetes, hypotyreos, hög ålder och manligt kön.
- I en annan studie av karpaltunnelsyndrom studerades enbart fall med mycket grava symtom (stage 4). Dessa hade preoperativ svår nattlig smärta och opererades med karpaltunnelklyvning och epineurotomi. Man fann att smärtan gick ner postoperativt och menar att det finns indikation för kirurgi.
- En studie fokuserade på var kompressionen sitter vid ulnarisnervpåverkan, vilket är en mycket relevant fråga. Man fann att FCU-apponeurosen var det vanligaste stället, men det framgick inte hur man kunde säkerställa detta (och är det verkligen kliniskt möjligt att se kompressionen peroperativt?), och att det korrelerade väl till Tinel´s tecken.
- En serie av 12 fall redovisades att man tagit en slynga från triceps och sytt mot olecranon för att förebygga subluxation av ulnarisnerven vid dekompression. Såg man däremot subluxationen preopertivt valde man istället transposition eller epikondylektomi. I Linköping och Malmö har vi få fall där det peroperativt uppstår en subluxation.
- En handkirurg presenterade fyra fall med vad han kallade ”peripheral nerve torsion” och att i ett av fallen var det enbart en av fasciklarna som vridit sig. På den kliniken valde man att göra intern neurolys vid 90 graders torsion och vid 180 grader skar man av och sydde ihop nerven.
- Samma tillstånd benämndes ”hour glass constriction” i ett annat föredrag. Här menade man att MR (och andra visat att det kan också studeras med hjälp av ultraljud) visar detta tydligt preoperativt och att det finns en koppling till Parsonage Turners syndrom; därmed skulle kunna vara inflammatoriskt orsakat. Detta är en intressant tanke, men varken här, eller på tidigare redovisat Parismöte, har man presenterat några bevis för att så är fallet. Tillståndet har även tidigare beskrivits i medicinska litteraturen av bland andra kollegor från Finland.
- Donor site morbidity studerades vid suralisgraft. Detta är en viktig diskussion nu när det finns kommersiellt tillgängliga allograft på marknaden där ekonomiska intressen kan påverka valet av åtgärd. Man hade följt upp 26 fall och menade på att man hade mycket få komplikationer och

att patient angav VAS 2,6 omedelbart postoperativt och 1,7 vid senare uppföljning. Detta är väl i paritet med vad vi själva har redovisat i en artikel.

- En japansk handkirurg visade också en teknik där man använder både CT och MR för att visualisera, med hjälp av segmenteringsteknik (samma som används vid synchrotronteknik), defekter vid osteochondriter i armbåge inför rekonstruktioner. Med hjälp av tekniken, som ytterligare kan förfinas, kan man designa grafter av brosk för implantationen i defekten.

Stort tack till Börje Gabrielsson minnesfond för det generösa resebidraget,

Erika Nyman
PhD, Överläkare i handkirurgi
Hand- och plastikkirurgiska kliniken, Linköping

Lars B. Dahlin
Professor, Överläkare i handkirurgi
Handkirurgen, Malmö