Linköping 2020-02-25

Reseberättlese AAHS årsmöte USA 2020
Simon Farnebo

Undertecknad vill med nedanstående reseberättelse framföra sitt tack för ekonomiskt bidrag vilket möjliggjort att jag kunnat åka till Fort Lauderdale för att presentera forskningsdata, samt för att höra om vad som händer i ”handvärlden” under 2020.

Under en väldigt blåsig vecka i januari deltog jag tillsammans med Thomas Hansson i AAHSs årsmöte. Mötet har ett intressant upplägg med tre möten som löper in i varandra. Under de första fyra dagarna ligger fokus på handkirurgi, för att sedan övergå i perifer nerv och sedan mikrokirurgi. Eftersom mötena delvis överlappar kan man med fördel ta tillvara på möjligheten att gå på angränsande föreläsningar, trots att man eg ska betala full deltagaravgift, vilken kan bli ganska saftig för de tre mötena. AAHS fyller under 2020 25 år och har alltmer befäst sin position i USA som den näst största intresseorganisationen för handkirurgi, med över 1400 medlemmar. Mötets karaktär skiljer sig ganska mycket från ”storebror” ASSHs möten. Industrins närvaro är mindre påtaglig, då de riktigt stora aktörerna inte är lika dominanta. Istället har mindre tillverkare/leverantörer med inriktning mot mikrokirurgi och nervkirurgi större plats. Detta skapar en trevligare atmosfär och det är enkelt att diskutera och testa nya mikroinstrument, luppar, visualiseringstekniker etc. De stora industriaktörernas frånvaro ger också en mindre känsla av att man som deltagare känner sig ”köpt” av industrin.

Stort fokus ligger på de instructional courses som erbjuds. Varje dag inleds med frukost vid 6, vilken följs av föredrag. Detta upplägg passar jet-laggade européer alldeles utmärkt. Att mötet övergår i mikrobetonade temata gör att de ämnen som diskuteras skiljer sig från ASSH och FESSH där jag upplever att handledsproblematik, nya proteslösingar etc tar större plats. Jag kom att under dessa dagar primärt fokusera på föredrag kring nervskador, nya behandlingsstrategier kring nervskador, neurom och nya sätt att styra myoelektriska proteser. Nedan kommer ett axplock av de föredrag jag tyckte var mest intressanta.

Super charge, sk SETS transfer, vid ulnarisnervskada får alltmer utrymme vid dessa möten och känslan är att det idag betraktas som närmast standardkirurgi vid komplett nervskada. AIN vid handleden löses och kopplas om till den ulnara fascikeln av n ulnaris (där de flesta motoriska fibrer finns). Eftersom en komplett skada har ett förväntat utfall med motorsikt bortfall är utfallet oftast positivt för patienten och morbiditeten acceptabel. Nytt för mig vid detta möte var att Susan MacKinnon sedan 2013 hade op 42 patienter med SETS där de haft återkommande ulnarisneuropati efter kirurgi mot nervens förlopp i armbågssegmentet. Resultaten var helt beroende av rätt patienturval. Urvalskriterier för de patienter som kan ha nytta av SETS vid neuropati, är patienter som uppvisar elektrofysiologiska tecken på axonal förlust, denervation av intrinsicmuskler och en välmående AIN. Patienter som endast hade konduktionsblock över armbågssegmentet hade inget tilläggsvärde av denna kirurgi. Steve Moran från Mayo-kliniken bekräftade dessa åsikter och återkom flera gånger till att man vid EMG bör se demyelinisering för att indikationen för detta ingrepp ska vara effektivt, inte för de som bara har kompression. Samtidigt måste motorfunktion finnas för att det ska finnas förutsättningar för ingreppet att fungera.

Intressant för kirurger från Sverige var att man tar upp hög medianuspåverkan som ett nytt fynd/ny indikation för kirurgi. Pronatorsyndrom eller kompression av medianus under lacertus fibrosus är uppenbart ngt som man inte kirurgiskt

behandlat i USA tidigare, vilket hos oss i Linköping varit en inte helt ovanlig diagnos sedan 80-talet. Det som bland annat gjort amerikanerna mer positivt inställda är att diagnosen, som tidigare mycket sällan kunde diagnostiseras med neurofysiologi, relativt tydligt diagnostiseras med scratch-collapse test. I redovisat material från Mayokliniken kunde man visa att 50% som tidigare op maa CTS, men med kvarstående symptom och 100% positivt scratch-collapse test för pronatoringången, 89% smärtsam palpation över nerven proximalt, men endast 7% pos EMG hade 100% nöjda patienter.
Det man beskrev som viktigaste symptomen att titta efter, näst efter pos scratch-collapse, är svaghet av FPL, FDP2 och FCR, samt smärta över lacertus (men detta är symtom vi pratat om och använt i vår diagnostik under många år….).

Problemet med nyckfullheten i utfall efter kirurgi vid ulnarisdekompression diskuterades vids session om ulnarisproblematik. Bättre patientselektion, var alla i panelen eniga om, var huvudsaklig approach till att minska problemen med smärta efter kirurgi. Henk Coert från Nederländerna höll ett något kontroversiellt föredrag där han föreslog att man med fria muskelgraft skulle bädda in ulnarisnerven efter upprepade neurolyser. Framför allt gracilis runt nerven kunde man visa signifikant minska problemen hos 7 av 10 av hans patienter, men kirurgi är väldigt omfattande, med estetiskt tveksamma resultat, då de stora muskellambåerna var tvungna att täckas med stora delhudstransplantat. Denna kirurgi får betecknas som närmas experimentell och en mer konservativ inställning till ursprungsingreppet är sannolikt en bättre approach.

Problemet med känsliga neurom efter amputation diskuterades vid session om framtidens nervkirurgi. Målriktad muskelreinnervation (TMR), ursprungligen utvecklad som en experimentell teknik för protetisk kontroll, har visat sig vara säker och effektiv för behandling och förebyggande av postamputationssmärta. Målriktad muskelåterföring innebär sammankoppling av återstående nerändar till närliggande motoriska nervgrenar av friska men ”förbrukningsbara” muskler nära en amputation. Det har visat sig förhindra och minska kvarvarande smärta i extremiteterna efter stora amputationer i övre och nedre extremiteter.
Ett annat alternativ, sk RPNI (regenerative peripheral nerve interohases) är nervstumpar som kopplas till mindre muskelsegment. Detta skapar ett intermediärsegment från nerv till muskel. Fördelarna med detta är minskad neurombildning och en enhet som enkelt kan användas för överföring av nervens elektriska impulser till ett konstgjort material, dvs enheten används som en förberedelse för myoelektriska proteser.

Intressant för min forskning kring elektrisk nervstimulation vid nervskador var Susan MacKinnons grupp som presenterade data från stora djurstudier. Inte bara leder perioperativ nervstimulering till ökad axonal överväxt över coaptationen. Man ser dessutom tidiga funktionella vinster i känselfunktion och motorik. I princip alla data som publiceras är experimentella på djurgrupp, men större kliniska studier är på gång.

Lee Dellon höll ett denervationssymposium som var intressant. Sedan Willhelms 1958 beskrev total denervation kring handleden har det varit förhållandevis tyst kring detta, i alla fall på de amerikanska mötena. Det börjar nu komma fler och fler rapporter som talar för att partiell denervation lika effektivt som total och de leder som denerveras blir allt fler. Sedan 2011 har Dellon själv bla visat på förbättrade resultat vid användning kring armbågen vid epikondylit. Inga tydliga resultat beskrevs dock.
Dr Gohritz från Schweiz visade dock väldigt fina patientserier från denervation av MCP and PIP leder. Han gör det på alla grader av ledartros och gjorde alltid som standard innan han övervägde protesoperation. Det måste vara en stabil led med relativt god rörlighet för att patienten ska bli nöjd. Ingreppet utförs i LA och ger ca 50% minskad smärta mätt med VAS. För att säkerställa att denervationen av MCP-leden blir komplett måste man använda kombinerad dorsal och volar approach. Svårast tekniskt är att identifiera liten djup gren från ulnaris, vilken kommer fram

under flexorsenan, mellan intrinsicmuskel och sena. När nervgrenen identifierats diatermeras den av. PIP denervation görs med mediolateral incision, där grenar från dorsala och volara digitalnerver löses relativt enkelt.

Ett av mötets stora aha-upplevelser för mig var en presentation av Ryan Katz som pratade om passiv manipulation av PIP och MCP-leder i lokalanestesi. Han betonade vikten av att vi som kirurger måste ”pusha” patienten till förbättrad rörlighet och att passiva manipulation kan vara en viktig faktor som förbättrar ett mediokert resultat till ett bra resultat. I fingerbasanestesi, 4-6 v efter primäroperation av fraktur, utförde han passiva tänjningsövningar av berörda leder (ffa PIP). Detta upprepades sedan var 4 till 6e vecka. Han utgick från principen att man kan börja när patienterna inte längre är ömma över frakturerna. Viktigt är att inte lägga tryck över DIP, vilket kan leda till sluten senruptur.
En enkel approach till ett vanligt problem och något jag tror att vi ska ta till oss för att förbättra våra odds att inför ev tenolys.

Det är svårt att sammanfatta ett fyra dagars möte på ett par sidor. Det som ofta inte kommer med i rapporten, men som är ovärderligt, är mötena med kollegor från andra institutioner. För nätverksbyggande och utbytande av tankar och idéer kring behandlingsstrategier och forskning är dessa möten ovärderliga. Jag tycker det lite mindre AAHS ska vara stolta över sina möten, där de funnit en nisch som bryggar handkirurgin mot plastikkirurgin och mikrokirurgin ofta står i fokus.

Återigen vill jag tacka Gabrielssons minnesfond för ett fantastiskt stöd och för att ni bidrar till att möjliggöra konferensresor av detta slag.

Simon Farnebo