

Reseberättelse.

4th Symposium on Surgery of the Spastic Upper Limb. 21-23 april 2022, Amsterdam

För fjärde gången deltog jag i Symposium on Surgery of the Spastic Upper Limb där huvudämnet är kirurgisk behandling av spastisk hand. Tidigare Symposium har ägt rum i Paris (2017), Venedig (2019) och under covid-19 pandemin 2021 organiserades istället en webinar.

Denna gång blev det Amsterdam och dagen innan Symposium började ordnade man en workshopdag med dissektion av preparat. Workshopen ägde rum i nyss öppnade Amsterdam Skills Center. Två kirurger hade tillgång till ett helt preparat och hjälpte varandra att utföra dissektionerna. Till exempel fick vi instruktioner till en effektiv release av den kontrakta axelleden. Sedan fick vi dissekera nerver i armen för att utföra hyperselektiv neurektomi (HSN) för spastiska muskler: musculocutaneus-nervgrenar till biceps- och brachialismuskler, thoracodorsalis-nervgrenar till latissimus, radialis-nervgrenar till brachioradialis, och alla motoriska grenar av medianus och ulnarisnerv i underarmen och hand. Från Sverige deltog 6 kirurger i workshopen och vi kunde därför arbeta i tre svenska team. Förutom det kunde vi byta erfarenheter med kirurger från andra länder då vi hade gott om korta pauser mellan olika övningarna. Under en av pauserna fick jag träffa två barnortopedier från Polen (mitt hemland) och vi hoppas tack vare denna träff att skapa ett samarbete i framtiden.

Huvudämnet på årets Symposium var just relaterat till HSN: kirurgisk teknik, indikationer och resultat vid dess utförande. Caroline Leclercq från Institut de la Main i Paris och hennes team har mest erfarenhet av HSN och därför blev det mest presentationer från hennes team. Då programmet redan var bestämt av organisatörerna gick det inte att skicka några abstract till detta års Symposium. Det gjorde att det blev lite svårt för andra deltagande att presentera sina åsikter och erfarenheter om HSN. Caroline Leclercq och hennes team tror att tack vare HSN minskar man spasticitet (Hoffmann reflex). Genom delning av 2/3 av alla motoriska nervgrenar till en muskel utför man en jämn denervation av en spastisk muskel. Av de delade axonerna re-innerverar bara alfa-motorneuroner och de delade sensoriska afferenta neuroner dör. Jag har några funderingar angående denna hypotes då vi vet för lite om mekanismen bakom spasticitet vid olika diagnoser. Enligt min kännedom är det som är bevisat att efter en perifer nervskada dör en del av de sensoriska neuronerna i dorsalrotsganglierna, men alfa-motorneuroner drabbas inte av någon neuronal död. Det är t ex därför resultaten av sensoriska nervskador är sämre än resultaten av motoriska nervskador. Denna forskning gjordes på djur som inte hade spasticitet. Kan vi bara interpolera denna forskning på perifera nervskador till att även gälla vid neurotomier hos en patient med spasticitet? Dessutom börjar man se att spasticitetens egenskaper varierar vid olika diagnoser till exempel efter ryggmärgsskada är spasticitet annorlunda än vid stroke, hjärnskada, cerebral pares eller Parkinsons sjukdom. Mer forskning behövs kring dessa ämnen och jag tror att kirurger behöver samarbeta bättre med neurologer och neurofysiologer för att ytterligare utveckla vår kunskap kring detta.

En del av presentationerna var en ren upprepning från tidigare Symposium, till exempel tumadduktor-release och MP-leds-capsulodes, dessa var kanske mindre intressanta för mig som deltagit tidigare men säkert bra för nya och yngre kollegor.

Det som jag tycker har varit bra är kritik av vissa kirurgiska tekniker som man inte rekommenderar att utföra på grund av dåliga resultat eller risker för överkorrektion. Till exempel PT-rerouting, FCU-transfer till ECRB eller proximal release av intrinsic muskler. Ett nytt och intressant föredrag gällde korrektion av "intrinsic plus"-hand. I detta förklarades på ett bra sätt hur och när man ska utföra Littler release (triangular hood resection) eller proximal tenotomi.

Vid hand utan handfunktion rekommenderas, i fall med intrinsic-kontraktur, delning av djupa motoriska grenen av ulnaris nerven kompletterad med proximal tenotomi av intrinsic-ligament. Man ska undvika att dela lumbricalismuskel-ligamentet som ligger mer distalt. Däremot vid hand med bevarad handfunktion, och med ingen eller mild intrinsic-kontraktur (under 40°), rekommenderas Littler release. Vid mer uttalad intrinsic-kontraktur (över 40°) rekommenderas proximal tenotomi av intrinsic ligament utan att dela den mest distala delen för att bevara lumbricalis-ligamentet. För bedömning av intrinsic-kontraktur rekommenderas Finocetto test.

Till slut nämndes att man har börjat testa att utföra nervtransfers i samband med neurotomier hos patienter med spasticitet. Man har helt enkelt testat att flytta delade grenar till en annan muskel som man vill re-innervera; t ex radialis-nervgrenar till BR kan flyttas till ECRL eller medianus-nervgrenar till PT eller FCR kan flyttas till ECRL, ECRB, ECU eller AIN. Resultaten av de försöken kommer presenteras vid nästa Symposium.

Jag vill tacka Gabrielssons fonden för att jag kunde delta i detta års Symposium tack vare beviljade medel.

Umeå 26/4 2022

Izabela Blaszczyk