

Reseberättelse - Symposium on Surgery of the Spastic Upper Limb 2022

Genom bidrag från Gabrielssons minnesfond kunde jag delta i *Symposium on Surgery of the Spastic Upper Limb* i Amsterdam 21–23 april 2022.

En kadaverkurs i kirurgisk teknik erbjöds som precourse på Amsterdam Skill Center den 21 april. Centrat har som mål att förändra kirurgisk utbildning genom att förkorta utbildningstiden med minst en tredjedel och skapa en brantare inlärningskurva.

De förstklassiga faciliteterna trumfades bara av den extraordinära förtäringen. Kaffe och croissant när vi anlände så tidigt att vi missat hotellfrukosten. Makroner till förmiddagskaffet; en buffé av mycket god kall och varm mat; eftermiddagskaffe; mingel med tilltugg efter dagens övningar. Lokalerna var ljusa och fräscha. En reproduktion av Rembrants mästerverk *The Anatomy Lesson of Dr. Nicolaes Tulp* hängde på väggen. Kroppen som blev dissekerad hade två högerhänder.

Det rådde totalt mobil- och kameraförbud i dissektionssalarna, där kropparna var pietetsfullt beredda och instrumenten uppdukade. Medan liknande kurser hållits i utrymmen väl lämpade för dissektion, var det här utrymmen väl lämpade för operation, med generöst utrymme, riktiga operationslampor och takhängd elektronik.

Vi arbetade två personer per arm. Jag bildade team med dr Drífa Frostadóttir. Fast vi jobbar på samma klinik har vi nästan aldrig opererat tillsammans, och det blev också socialt en mycket lyckad dag. Jag och Drífa opererade högerarmen, medan den vänstra sidan togs i bruk av Helsingfors tetra-hand-team som lärts upp av Jan Fridén. Eftersom det bara fanns en operationslampa per bord fick vi turas om att lysa upp operationsfältet, vilket blev något av ett socialt experiment.

En stor behållning av dagen var att åter få bekanta sig med anatomin på överarmen och skuldran. Vi gick igenom tenotomier, senförlängningar, myotomier, och la mycket tid på de hyperselektiva neurektomier som blivit så populära de senaste åren och idag utförs med bättre långtidsresultat än de mer proximala neurotomier man gjort tidigare. Vi känner oss nu redo att tillsammans börja operera armbågsspasticitet med högselektiva neurektomier av n.musculocutaneus.

Fredagen den 22 april 2022 öppnade huvudsymposiet i Stora salen på Kungliga Tropikinstitutet, en magnifik historisk byggnad som tog svår skada under andra världskriget. Byggnaden restaurerades på 1970-talet och hade återtagit sin tidstypiska glans med marmortrappor, pelare och skulpturer. Tidstypiska var också de oerhört små damtoaletterna inhysta bakom en återbrukad träpanel från ett biktbås. Fikan från föregående dag hölls i kärt minne när vi serverades en slät kaffe och smaksatt kranvatten. Men nu hade vi hunnit med hotellfrukosten.

Dr Miryam Obdeijn från Amsterdam University Medical Centers välkomnade alla. Organisatörerna hade samlat en expertgrupp med flera stora namn inom övre spasticitetskirurgi, mest tongivande Caroline Leclercq från Institute de la Main i Frankrike, tillsammans med Paolo Panciera från Italien, Simon Pickard från UK, Peter Rhee från Mayo Clinic, USA och Eva Pontén från KI. Det första Spastic Hand-symposiet hölls 2015 i Paris under ledning av Leclercq, det andra i Venedig och det tredje hade hållits via zoom. Det är alltså en relativt ung grupp där man först ganska nyligen börjat samlas på detta sätt och ambitionen verkade vara att skapa ett brett forum, där man undervisade på flera nivåer och även lyfte fram globala hälso- och utbildningsaspekter. Publiken blev uppmanad till interaktivitet via sina mobiltelefoner, där man också kunde ställa frågor till föredragshållarna via en plattform. Ungefär 65% av deltagarna var kirurger. Nästa stora grupp handterapeuter. Där fanns rehabiliterare och en neurolog.

De två dagarna var intensiva med ett stort antal föredrag varvat med pandeldiskussioner där experterna gick igenom patientfall. Materialet var varierande till både nivå och intensitet. Vissa var praktiskt kliniska, som att göra volara proximala istället för dorsala tenotomier för intrinsicmusklerna

vid svanhalsdeformitet. I andra ändan fanns hårdkokta studier om muskelmorfometri och den teoretiska bakgrunden till att vissa procedurer skulle eller inte skulle fungera (rerouting av pronator teres). De flesta i expertgruppen var aktiva med hyperselektiva neurektomier, medan hälften i publiken mest använde sen-, led- och muskelingrepp. Mellan 5-10 kirurger i publiken arbetade även med nervtransfereringar.

Indikationen för handledsartrodes var en punkt där åsikterna divergerade, liksom teknikerna. En del menade att dorsala short bend-plattor var mindre lämpade, att karpalbenen på spasticitetspatienter var mycket mindre och att många fick besvär av osteosyntesmaterial. Simon Pickard menade att de dorsala short bend plattorna var lika bra i spasticitetsgruppen som på andra patienter. För patienter med armbågskontrakturer kan man dock vilja ha handlederna låsta i viss volarflexion för att få bra position av fingrarna över ett tangentbord, och inte i de konventionella 20 graders dorsalexention. En kirurg från Marseilles presenterade ett alternativ till artrodes, där han gjorde tenotomier på flexorsidan, gjorde borrhål genom MC3 där han trädde in två suturer med fyra trådar, som fästes på radius med suturankare. Efter detta sydde han flexorsenorna mot fascian i karpaltunneln för att få tenodeseffekt. Andra ifrågasatte stabiliteten i detta över tid, och att man tog bort möjligheten till funktion i fingrarna. Flera delade med sig om berättelser om hur handledsingrepp ledde till funktion i vad som preoperativt bedömts som icke-fungerande fingrar.

Flera programpunkter gick också in på det svåra beslutet att operera eller inte operera. "Less is more" tyckte en arbetsterapeut. En professor lyfte fram ett citat om att läkare älskar att mäta saker och vi borde fundera på vad det gör med barnen; deras röster måste få höras.

Utbildningsvärdet var stort för oss som börjat med spasticitetskirurgi och ännu inte kommit igång med de mer avancerade ingreppen. De seniora hade kanske hoppats på mer material på en högre nivå. Det hade kunnat finnas mera utrymme för argumentation om olika förhållningssätt; nu rådde stor konsensus vid paneldiskussionerna. Eftersom fältet är relativt obeforskat råder något av en personkult kring Caroline Leclercq. En striktare selektion av föredragen hade kunnat göras, för att skapa mer luft i systemet och lite kortare dagar. Konferensen var av lagom storlek för att möjliggöra att knyta kontakter.

För handkirurger som inte är subspecialiserade på spasticitetskirurgi, men som utför enklare ingrepp för att förbättra hygien hos selekterade patienter med post-stroke spasticitet, kan jag förmedla följande tips från expertgruppen:

- För intrincic release vid PIP-ledskontrakturer kan man istället för dorsal approach med triangulär resektion av hooden göra en volar incision på A1-nivå, hålla ulnart om A1 och utföra tenotomi där. Resultatet blir bättre och ärren mer diskreta.
- Vid FCU-tenotomi bör man även dissekera själva FCU-muskeln; finns fascian kvar kan den i sig själv ge viss handledsflexion. Biomekaniska studier visar att tenotomi+dissektion minskar vridmomentet till 59%, enbart tenotomi minskar vridmomentet till 80% av pre-op. Det myofasciella nätverket har kliniskt relevant funktion.
- Vid FDS-hemitenodes mot svanhalsdeformitet kan förankring med suturankare ge en mer stabil fixering så att patienten slipper gå gipsad och kan mobiliseras tidigare.

Genom det interaktiva systemet ställde jag en filosofisk fråga till expertpanelen, som symposiets president Miryam Obdeijn bad den stora stjärnan Caroline Leclercq att besvara nästkommande dag: *I've seen senior surgeons tear their hair out over patients developing spasticity in new locations following surgery. As if the amount of spasticity in the individual patient is constant, they say. But following HSN, spasticity seems to actually disappear. Where does it go?*

Patientselektion är en del av förklaringen, svarade Leclercq, patienter med ren spasticitet blir av med spasticiteten genom hyperselektiva neurektomier (HSN), medan de med dystoni har kvarstående problem via andra mekanismer. Leclercq tog inte upp det i sitt svar, men under symposiet presenterades också dorsala rizotomier för gångförbättring hos barn med CP, där man genom att minska sensorisk input in till ryggmärgen minskar reflexbågen och därmed spasticiteten. Kanske verkar även HSN åtminstone delvis genom att minska inflödet av signaler från muskulaturen till ryggmärg och hjärna.

Jag missade tyvärr slutet på symposiet eftersom jag var tvungen att åka tidigare till flygplatsen. KLM:s markpersonal strejkade och passagerare uppmanades att inte ens försöka hinna med sina plan. Hela Schipol var en enda lång kö med extrainsatta spärrar för att fördela alla människor, och jag hann läsa halva Sasja Filipenkos roman *Röda Korset* som med humor och klarhet gör tragedin med det sovjetiska samhällssystemet begriplig. Rekommenderas varmt.

Stort tack till styrelsen som företräder Börje Gabrielssons Minnesfond för generöst bidrag!

Hanna Frost

Specialistläkare i handkirurgi, SUS Malmö