



Institutionen för Translationell Medicin  
Lars B. Dahlin, professor

Stiftelsen Börje Gabrielssons Minnesfond  
Att. Ove Engkvist  
Villa Snörin, Ulriksdal  
170 79 SOLNA

### Reseberättelse FESSH-EFSHT Congress Rimini 10-13 maj 2023

Undertecknad ber att få avge följande reseberättelse avseende de medel som jag erhållit från Börje Gabrielssons Minnesfond för att täcka kostnader för deltagande i mötet.

Mötet hölls i Rimini, Italien, vilket lät lovande avseende det vädermässiga. Det var dock inte den mest perfekta valda tidpunkten, eftersom det under första dagen, och även delvis de andra dagarna, regnade kraftigt. Rimini är en gammal "charterort" och väl känt för "lite äldre svenskar" som ett populärt mål. Det är en traditionell ort med hotellen lokaliserade längs stranden, vilken var ganska öde för närvarande då turistinvasionen kommer senare. Det var inte helt optimalt avseende att resa till mötet, eftersom den närmaste väsentliga flygplatsen är Bologna och därefter ta buss/tåg ner till Rimini alternativt en buss, vilket var tidsödande. Det var också relativt långa avstånd att ta sig mellan lämpliga hotell och kongresspalatset. Det var ett ganska stort och välbesökt möte med över 2000 deltagare. Kvaliteten på presentationerna var som vanligt mycket varierande. Det fanns en "Educational afternoon" innan mötet invigdes på onsdagskvällen med lite översiktsföreläsningar men undertecknad deltog inte i denna del p.g.a. resan.

Mötet under torsdag till lördag var utspritt inom en ganska stor kongressbyggnad, vilket gjorde att det var generellt svårt att "springa på" kollegor spontant även om det fanns en gemensam utställningshall där kaffe och lunch serverades. Det fanns upp till nio parallella sessioner och under vissa tider även workshops för handterapeuterna. Ämnena spände allt ifrån frakturer, artroplastiker, artroskopier, skafoideum- och SL-ligamentskador till anatomi och biomekanik av fingerleder upp till olika instabiliteter och handtrauma samt olika typer av nervrelaterade problem. Tidigare har det varit en hel del "basic science", men det var ganska "sparsmakat" inom detta fält under mötet. Som förväntat var det också en hel del presentationer avseende distala radiusfrakturer och ulnara smärtproblem; sessioner som jag inte fokuserade på.

Beträffande de mer nervrelaterade presentationerna var det också varierande kvalitet. I en av key note lectures gavs en översikt av doktor Del Piñal som åter igen lyfte fram sin uppfattning att Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) inte existerar (sic!). Denna översikt innehöll egentligen inget nytt utan var mer en generell beskrivning av hans egen uppfattning och lansering av hans tidigare begrepp "Irritative CTS", d.v.s. att många av de här smärttillstånden kunde lösas med en enkel karpaltunnelklyvning. Dagen efter hade jag möjlighet att presentera två föredrag om CRPS, där vår inställningen var helt annorlunda, d.v.s. CRPS existerar i högsta grad. Vi presenterade en genomgång av CRPS-fall från Region Skåne i ett arbete med

riskfaktorer och "outcome". Ett vårt efterföljande arbete presenterade vi en "cross-sectional study" av symptom och psykologisk hälsa som en långtids follow-up hos patienter inom Region Skåne och Region Östergötland som drabbats av Complex Regional Pain Syndrome. I båda dessa studier har vi gått mycket strikt på de väl kända och definierade Budapest-kriterierna. Diskussionen om CRPS kommer säkert att fortsätta under nästkommande FESSH-möte i Rotterdam 2024, eftersom detta möte skall handla om perifer nervkirurgi.

Nervsessionerna innehöll en hel del presentationer avseende nervtransfereringar. Det fanns som förväntat presentationer där terminala grenen av anterior interosseous (AIN) använts för att transferera till den motoriska komponenten av ulnarisnerven för ulnarisnervkompressioner. Diskussionen kring denna åtgärd pågår ganska intensivt och tidigare studier har ibland blandat olika typer av nervskador/nervkompressioner. Gruppen från Rökkum etc från Oslo presenterade en studie med begränsat antal patienter där konklusionen är att förbättringen efter åtgärd av en proximal ulnar nervskada var framför allt över den proximala nervreparationen medan bidraget av nervtransfereringen var svårare att definiera. Andra studier har varit mer positiva till anterior interosseous nerven. Väldefinierade kliniska studier är viktiga där man har randomiserat på ett optimalt sätt för att kunna besvara frågan.

I en annan presentation från Dominic Powers grupp i Birmingham presenterades en retrospektiv review av 12 patienter med nervskador i kontinuitet där man använt AIN-nervtransferering. Åtgärden gjordes i samband med ulnarisnervdekompressioner på armbågsnivå. Man definierade olika demografiska data, detaljer från kirurgiska proceduren och outcome samt en gradering enligt den gamla McGowan-skalan och klinisk uppföljning med enkäter (PRUNE och PROM). Majoriteten var patienter med primär ulnarisentrapment, vilket också inkluderade Covid-19 relaterade patienter med plexusproblematik som framför allt drabbade ulnarisnerven. Deras konklusion var att denna nervtransferering var "favourable" avseende outcome, i likhet med en del andra tidigare studier och att det är ett viktigt verktyg att ha tillgång till. Problemet beträffande outcome i samband med dessa ingrepp är heterogeniteten och gradering av motorisk återkomst samt hur PROM relateras. Åter igen betonas att en prospektiv matchad RCT är viktigt för att kunna besvara frågan om det här ska vara standardbehandlingen. I en efterföljande presentation från samma grupp lyfte man fram en review av litteraturen som inkluderade en översikt av de tekniska detaljerna för att få standardisering. Detta inkluderar variabler avseende hur donatornerven skulle hanteras samt hur man skulle preparera recipientnerven. Konklusionen är att det är viktigt att beskriva och ha "consistent" nomenklatur hur den kirurgiska tekniken ska användas innan man kan, på ett optimalt sätt, evaluera "outcome" i en prospektiv RCT.

Som förväntat presenterades en del data från reparationer/rekonstruktioner av perifera nervskador i samband med pågående krig i Europa. Andrii Lysak och medarbetare från Kiev framförde en mycket bra presentation om just hur skador på den övre extremiteten skulle åtgärdas baserat på över 180 patienter som behandlats. Skadorna var till ca 1/3-del orsakade av "gun shot" medan resterande var mer "scrapnel" orsakade. Radialisnervskador förekom oftast samtidigt som humerusfrakturer medan ulnaris- och medianusnervskador var mer förekommande distalt. Explosionsskador var som förväntat relaterade till större primära nervdefekter med större skador på omgivande vävnader. Medianusnervskadorna upp mot skulderregionen var ofta också associerade med skador på blodkärl. Dr Lysak presenterade sina tankar kring hur behandlingsprinciperna skulle vara och försökte definiera den mest optimala tidpunkten för perifera nervrekonstruktionen. Mest optimal tidpunkt presenterades som tre veckor till tre månader från skadan (dvs målsättning), men det är viktigt att det ska vara så optimala förhållanden som möjligt när rekonstruktionen genomförs. Detta inkluderar att det inte får finnas några infektionstecken. Eventuella vävnadsdefekter ska vara väl täckta av olika optimala lambåer och att det ska finnas ordentligt benstabilitet. Om defekterna täckts av delhud sågs mer komplikationer. Gruppen kring dr Lysak har en otroligt stor erfarenhet hur de här

skadorna ska hanteras på ett optimalt sätt. Ett samarbetsprojekt i form av en review pågår för närvarande med dr Lysak och bl.a. undertecknad.

Andra nervrelaterade arbeten från bl.a. Oslo presenterade funktionsåterkomst efter digitalnervsreparationer vid komplexa handskador upp till 12 månader. I studien menar man att man får en god funktionsåterkomst och att det sker en klar förbättring mellan 6 och 12 månader efter en primär nervreparation. Sammanfattningsvis är den kliniska signifikansen att det finns en god chans för att få en förbättrad känsel mellan 6 och 12 månader. Detta är också ett visst inlägg i debatten om digitalnervskador ska repareras överhuvudtaget.

Sedan framkom frågan om hur nerven ska rekonstrueras om det finns en nervdefekt. Den ideala reparationen är att det är en reparation helt utan tension, men det kan ibland vara svårt p.g.a. att det finns en defekt och de olika möjligheterna är att använda autolog nervgraft, befintliga nervtuber (conduits) eller den på marknaden förekommande nervallograften. Studier avseende den sistnämnda är ofta beskrivna i termer som outcome i form av meaningful recovery. Styron et al från USA presenterade sin nyligen publicerade systematiska översikt där man använd Prisma guidelines för att jämföra allografter, autografter och conduits. Sammanfattningsvis presenterade de 35 studier med nästan 1600 "results" och där uppföljningen var mer än 12 månader. Den definition, som användes - "meaningful recovery" för sensorisk och motorisk funktion - presenterades som icke signifikant mellan autograft och allograft (sensorisk funktion ca 72% mot 82% och motorisk 56% mot 58%). När de dessutom lade in nervdefekten och typ av nerv så var autografter och allografter jämförbara. Baserat på definitionen "meaningful recovery rates" för autografter och allografter var signifikant bättre än för conduits. Deras konklusion är således att autograft och allograft har jämförbar funktionsåterkomst enligt definitionen meaningful recovery oberoende av nervdefektens längd eller nervtyp och att båda är bättre än conduits. Denna publicerade studie kan diskuteras avseende just definitionen meaningful recovery samt inklusionen av olika data. I en kommande annan systematisk översikt (Frostadottir et al, in press) från Malmö är uppfattningen något modifierad.

Med tanke på att vi har haft en Covid-19 pandemi fanns presentationer som var relaterade till Covid-19 "proning", där åter igen gruppen kring Power et al från Birmingham presenterade retrospektiva data. Deras konklusion var att det fanns en heterogenitet avseende Covid-19 proning skador relaterad till typ av nerv, lokalisering och allvarlighet samt att ett begränsat antal av personer som dekomprimerats fick en kraftig förbättring vid en tidig uppföljning. Data indikerar dock att komplikationsrisken var låg samt att patientnöjdheten var hög. Deras konklusion är också att man ska överväga lite större randomiserade kontrollerade studier av distal nervdekompression under regenerationsfasen efter proximala perifera nervskador.

För övrigt fanns det andra studier med fokus på framför allt ulnarisnervdekompressioner samt också en studie om multipla kompressionssyndrom i samma extremitet. Från en holländsk grupp presenterades prevalens, riskfaktorer och behandlingsresultat. Deras konklusion var att ungefär 3% av patienterna som genomgår en kirurgisk åtgärd för nervkompression kommer att genomgå en ytterligare dekompression inom ett år. De patienter som rapporterar mer allvarliga symptom är oftast yngre och de som röker har större risk att ingå i en sådan population. Patienter som har både karpal- och kubitaltunnelsyndrom har nytta av dekompression inom en och samma kirurgiska procedur. Deras tolkning är att hos patienter som genomgår öppen CT-klyvning och friläggning av ulnarisnerven på armbågsnivå samtidigt ses att den totala tiden för return to work kommer att bli mindre än om de genomgår dekompression i separata procedurer. Data kan diskuteras i olika aspekter baserat på publicerat arbete.

Delphi-studier används ofta för att få någon form av consensus i olika frågor. Bitte von Heiden och medarbetare gjorde ett tappert försök att i en Delphi-studie med på ett antal anmälda kirurger definiera recurrent CTS respektive persistent CTS. Detta blev en ganska rörig diskussion då diskussionen mer gled över mot differentialdiagnoser än mot just definitionen av de båda uttrycken. Det blev inte något resultat av röstningen utan denna avbröts. Man kommer att återkomma med ett nytt förslag hur man ska arbeta med denna fråga. Det är viktigt att man har strikta definitioner av persistent och recurrent CTS så att detta blir tydligt i samband med olika kliniska studier.

Dupuytrens kontraktur var också fokus i flera presentationer där det är tydligt att det finns avsaknad av det tredje verktyget i verktygslådan – läkemedelsbehandling i olika sammanhang, även om ifrån vissa håll framförs farhågor om industriell påverkan. Det tidigare använda läkemedlet är indraget i princip i hela världen utom i USA varför det med all säkerhet kommer att ske ganska stora förändringar avseende hur nålfasciotomi och kirurgi används. Ett nytt kollagenas är dock under utprovning, men det är oklart när detta kommer att kunna lanseras i större omfattning och om dess effektivitet i relation till tidigare läkemedel.

Sammanfattningsvis innehöll mötet väldigt många parallella sessioner med mycket varierande innehåll. Det var bra att det fanns ett kombinerat möte med handkirurger och handterapeuter, vilket faciliterar diskussionen. Det ska också betonas att företrädare för handkirurgi (både kirurger och handterapeuter) från Sverige var väl representerade i listan av presentatörer, vilket indikerar att svensk handkirurgi fortfarande är av vital betydelse för utvecklingen. Det är dock viktigt i samband med mötena att man försöker strikt hålla på vetenskapliga principer samt att exv. key note lectures är balanserade och baseras på bra vetenskap, eftersom det kommer ut med ett tydligt budskap.

Malmö som ovan

Lars B. Dahlin  
Professor och överläkare