

Reseberättelse – Basic Skills in Upper Limb Spasticity 2023 - Budapest

Genom bidrag från Gabrielssons minnesfond kunde jag delta i teknikkursen *Basic Skills in Upper Limb Spasticity* 2023 9-11 november 2023 i Budapest. Kursen hölls på Semmelweis University, Ungerns äldsta medicinska universitet som nyligen firade 250-årsjubileum. Deras mest berömda läkare, Dr. Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) gjorde sin banbrytande observation om ett överförbart smittoämne som orsak till barnsängsfeber när han som 29-åring var förstaassistent i obstetrik i Wien. Han propagerade för handdesinfektion. Semmelweis blev motarbetad och tvingades tillbaka till Budapest där han också fick ner mortaliteten i barnsängsfeber men aldrig fick erkännande för sin upptäckt. Han dog tragiskt vid 47 års ålder, inlåst på ett mentalsjukhus där han misshandlades av personal och dog av skadorna.

Kursledningen var internationell, ledd av det tunga namnet Caroline Leclercq från Institute de la Main i Frankrike. Jag kände igen Dr. Paolo Panciera från Turin, Italien. Föreläste och instruerade gjorde också Nathalie Bini (Turin), Grainé Colgan (Dublin), Jean Gabriel Prévinaire (Berck-Sur-Mer, Frankrike) och Marjorie Salga (Paris). Gästföreläsare/instruktör var professor Peter Rhee från Mayokliniken, som också gästade *Symposium on Surgery of the Spastic Upper Limb* i Amsterdam 2022. Peter Rhee kommer att organisera nästa Spastic Hand symposium i USA juni 2024. Kursen och symposierna välkomnar hela team av kirurger och rehabpersonal. Ungefär hälften av deltagarna var från rehab, som hade ett separat utbildningsspår medan kirurgerna dissekerade.

Kursen var upplagd med enbart föreläsningar på torsdagen, följd av alternerande kortföreläsningar, demonstrationer och praktiska övningar i kirurgisk teknik på kadaverlabbet en våning ner. Kadaverlabbet var lite trångt, om man ska säga något negativt. Vi hade bra preparat och arbetade två personer per arm. Jag lärde känna en hand-ortoped från Singapore. Labbet var välbemannat med både personal och instruktörer. Ljuset var inte det bästa, vi hade båda luppkronor så det var svårt att montera de pannlampor som erbjöds. Ett tips för den som åker är att ta med egen, portabel belysning. Vi hade också uppmanats att ta med våra egna mikroinstrument, men det mesta av dissektionen gick att utföra med vanliga instrument.

Dagarna var långa. Vi började 07:30 på morgonen och det stod klart att man inte skulle kunna hålla tidsschemat. Ingenting ströks. När falldiskussioner fortfarande pågick halv sju fredag kväll och några av oss försökte smita för att hinna duscha före kursmiddagen en halvtimme bort, fann vi att porten till institutet var låst. Det var bara att lomma tillbaka till föreläsningssalen.

I pausen serverades kaffe och lunchbuffe av serveringspersonal, vilket skapade kö, men också tillfällen att socialisera. Ofta hamnade vi i diskussioner om våra olika arbetsvillkor. I Polen, t.ex., dras kostnaden för internfixation från kirurgens lön, varför man i offentlig sjukvård bara fick 25 euro kvar för en distal radiusfraktur med platta och skruvar. Gästande professor Peter Rhee framhöll att en stor fördel för honom på Mayo-kliniken var att hans lön inte var baserat på operationsvolym. Kollegan från Singapore frågade om jag verkligen tyckte att vårt svenska system var rättvist, där ersättningen inte var kopplat till antal ingrepp. Vad gjorde Sverige med de kirurger som var lata?

På fredagen tränade vi tekniker för den kontrakta skuldran: tenotomier av PM, lossa kapseln, förlängning av subscapularis, teres major, eventuellt excidera den triangulära rotatorcuffintervallet. Därefter adresserades armbågen med högselektiva neurektomier av n.musculocutaneus och fraktionerade förlängningar, pronator-slide och högselektiv neurektomi av pronator teres. Efter att tidigare förespråkat senförlängningar snarare än högselektiva neurektomier för handledsböjarna hade man nu gått över till högselektiv neurektomi av både FCU och FCR. För medianus är det helt nödvändigt med nervstimulator, för att inte skada motogrenar till fingerböjarna.

I handen hade man på icke-funktionella händer börjat att förutom DBUN göra neurektomi av medianus motorgren. Istället för adductor release där man släpper adduktorn från metakarpale 3 kan man göra högselektiv neurektomi på dess motorgrenar, men vara försiktig så att man inte också delar grenen till IOD1.

Bland nya metoder nämndes perkutana cryoneurektomier och nervtransferering. Man har gjort högselektiv neurektomi av handledsflexor och sedan transfererat motornerven till en extensormuskel, utan att spasticitet utvecklades. Jag frågade vad de trodde skulle hända om man re-transfererade tillbaka nerven. Om motorcortex och mottagarmuskeln kunde agera "babysitter" åt motornerven under tiden. Caroline Leclercq kunde inte svara.

Vi tränade också skelettingrepp, midkarpal osteotomi och artrodes (samma wedge-osteotomi som man gör på barn med artrogrypos) för att korrigera svåra felställningar. Ofta användes det tillsammans med sentransferering av FCU eller ECU till ECRB eller ECRL om man ville ha mer radiellt drag. När man adresserade tummen kunde man passa på att göra EPL re-routing kring första dorsala senfacket för att få mer radiellt drag. Kursledningen hade olika inställning till handledsartrodes. Side-by-side-suturen man lär ut i Göteborg rekommenderades för att tillåta tidig mobilisering efter sentransferering.

Patientselektion är mycket viktigt vid spasticitetskirurgi. Det krävs upprepade undersökningar, gärna videospelningar från flera vinklar. Tummen kan gärna filmas underifrån genom en transparent bordsskiva, för att kunna analysera greppet bättre. Man kan göra dynamiskt EMG och man kan prova botox för att bedöma extensorerna avseende volontär kontroll och spasticitet, som kan vara mycket svårbedömt pga. spastiska handledsböjare. Det är vanligt med seriella ingrepp, eftersom spasticitet i andra muskler kan demaskeras genom kirurgi. I samband med handledsbalansering på icke-funktionella händer gjorde många nu Littler direkt, eftersom så många patienter har intrinsic-spasticitet.

Utbildningsvärdet var stort, det var en praktiskt orienterad kurs med bra upplägg de praktiska dagarna: miniföreläsningar, demonstrationer av live-kirurgi på storbildsskärm där vi satt kvar i föreläsningssalen så att alla kunde se bra. Det var tyvärr tekniska problem med ljudet. Kadaverlabbet var bra med gott om tid för övningarna. Ett tips är som sagt att ta med egen, portabel belysning för de praktiska övningarna. Vi hade också flera falldiskussioner i helsal, där diskussioner i mindre grupper hade varit ännu mer pedagogiskt. Kursledningen hade tagit med sig gosdjur som de kastade ut i auditoriet, och den kirurg som träffades fick besvara frågan.

En avancerad kurs kommer våren 2024. Jag tänker att jag ska gå den lite längre fram, kanske 2025. Grundkursen kommer att ges igen hösten 2024.

Stort tack till styrelsen som företräder Gabrielssons minnesfond för bidrag!

Hanna Frost,

Specialistläkare i handkirurgi, SUS Malmö