

Felaktig kritik mot anatomiska handdetaljer

Handkirurg C-G Hagert har anmält min bok »Grundläggande ortopedisk medicin, Armbåge, underarm, hand» i Läkartidningen 51–52/95. Han kritiserar ortopedmedicinska behandlingsprinciper, men hittar inga bra argument annat än eget tyckande och kritiserar därför anatomiska detaljer som ur primärvårdsperspektiv har mycket liten klinisk betydelse. Hans sakkritik är dessutom mestadels felaktig och han citerar fel ur min bok. Han påför mig flera gånger åsikter och anatomiska vanföreställningar jag faktiskt inte har (framfört).

Värdet av mobilisering av leder finns beskrivet i en mängd litteratur [1-3] och utgör en central behandlingsprincip inom ortopedmedicinen. Hagert får tro vad han vill efter sina försök på lik. Död vävnad reagerar inte alltid som levande.

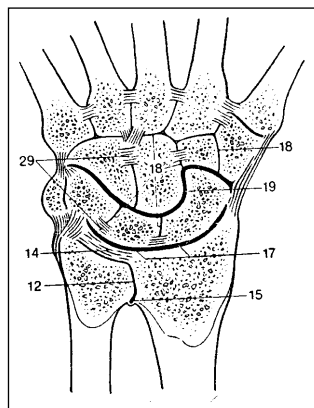
Traktion i fingrar

Hagert ifrågasätter vad man kan åstadkomma med traktion i bl a fingrar. Traktion och/eller glidmobilisation fungerar erfarenhetsmässigt ibland mycket bra som rörelseökande och smärtstillande behandling, även i tå- och fingerleder [4, 14].

Man bör dock vara försiktig och använda liten kraft, därav min varning. En varning missuppfattning är att traktion för att den skall ha effekt eller kännas skall utföras med stor kraft. Det mesta av elasticiteten i mjukdelar tas oftast ut i början av traktionen för att sedan minska, likt ett snöre som spänns. Att vissa inte kan känna rörelsen kan bero på att man så att säga redan spänt snöret för hårt, man har redan passerat det man kan känna (vanligt nybörjarmissstag).

Det är för mig inte rimligt att en mjukdel helt skulle sakna elasticitet, den är en förutsättning för att leden skall fungera.

Att komprimera i leder kan orsaka smärta, och generellt kan sägas att man oftast vill undvika detta i behandlings-sammanhang. Går det att komprimera i en led går det också att göra det motsatta, dvs dekomprimera (via traktion). Det går även i lätt böjda fingerleder [4, 14]. Jag och många andra



Figur 1. Discus articularis, ledskiva mellan ulna och carpus.

hävdar att denna elasticitet i mjukdelarna går att känna även om rörelserna är små. Hagert tror det inte. Vi har olika åsikter.

Töjningar av muskler

Töjningar av muskler har ibland bra smärtlindrande effekt vid epikondyliter. Hagert verkar inte tro mig när jag påstår att töjning av m extensor indicis ibland lindrar smärtor vid detta tillstånd. En teori som framförs angående detta är enligt honom orimlig.

Om teorin stämmer vet jag inte, men i praktiken fungerar behandlingen! Återstår att med vetenskapliga studier visa detta. Om Hagert enbart skulle använda operationsmetoder som är bevisade i prospektiva, randomiserade och kontrollerade studier skulle han nog snabbt bli arbetslös.

Rörlighet i handlovens ben

Att vissa av handlovens småben är förenade till ett »block» helt utan rörelseförmåga sinsemellan är en missuppfattning och en omöjlighet. Dessa ben har en liten rörelseförmåga [15, 16]. Man kan lära sig känna glidrörelserna [4, 14, 17, 18], de syns i röntgenomlysning [19], och man kan manipulera handlovsbenen [4]. Jag skulle med ett par biomekaniska skolexempel kunna bevisa rörelserna i all sin tydlighet.

Distala ulna

I boken anges *aldrig* att ulnas distala ledhuvud är konkavt, vilket Hagert pådyvlar mig. Det är konvext (visas korrekt på sex teckningar på sidorna 73 och 130). Grå partier i

den kritiserade bilden visar *inte* ledytorna utan viktiga konvexiteter och konkaviteter, vilket anges i texten ovanför bilden.

Figur 1 ur Feneis anatomi-atlas [20], liksom bilder i flera andra böcker [4, 15, 21-25] har tjänat som förlaga till min bild. Alla visar distala ulna totalt sett som konkav i just detta snitt.

Det viktiga i sammanhanget är dock följande: Om man mobiliserar handlovsbenen som om distala underarmen inte vore konkav kan man komprimera mot radius eller proc styloideus ulnae vilket kan skada patienten. Av denna anledning undviker jag att poängtera konvexiteten på ulnas distala ledyta.

Discus articularis

Om disken inte finns, vilket Hagert på fullt allvar hävdar, är det många författare och förlag som sannerligen bör underrättas.

Disken visas av många anatomer [16, 20, 23, 24, 26]. Biomekaniken beskrivs av Kapan-dji [27]: »The articular disc literally sweeps the inferior surface of the ulnar head like a windscreen wiper.» Att rörelser sker distalt om disken måste väl anses klart!

Diskens ligamentfästen visas korrekt i min bok på sidan 131. Naturligtvis svävar den inte fritt i luften som på de stilerade bilderna! Mig veterligt finns ingen disk i kroppen som inte är förbunden till omgivningen med mjukdelar.

Alla led-/glidytorna kan drabbas av nedsatt rörlighet, även denna. Ungefär som en knämenisk kan åstadkomma »låsning» som med »reduction manuevers» kan lossas [28] kan handledens disk »läsa» handledsrörelser. När man »mobiliserar disken» försöker man åstadkomma en normaliserad rörlighet mellan disk, karpalben och ulna [14]. Jag har själv gjort det på flera patienter med utmärkt resultat. Detta är *inte* orimligt vad Hagert än tror.

Distala radioulnarleden

Ur primärvårdsperspektiv är denna led ej så viktig och nämns därför med enbart sju ord i handkapitlet. Leden är konvex-konkav, men ledytorna har ganska liten kontakt med varandra i ytterlägen, en egenartad biomekanik [27]. Den bör mobiliseras likt en planled med nästan ren glid-

komponent [4, 5, 14], annars kan man misslyckas. Därav min förkortfattade och felaktiga ordbeskrivning. Bilderna i boken visas dock leden korrekt (bl a sidan 133-4). Rätt skall dock vara rätt, ordalydelsen ändras i nästa upplaga.

Karpalbenens namn

Hagert känner betänklighet inför ortopedmedicinsk metodik därför att jag tycker att eleven i början inte i detalj måste lära sig karpalbenens namn. Efter alla år jag undervisat doktorer och sjukgymnaster inser jag att de enskilda namnen på karpalbenen oftast är bortglömda, scaphoideum undantaget. Ett utmärkt sätt att palpera benen är att sätta sig med ett skelett bredvid patienten och testa ben för ben. När man sedan är färdig slår man upp benens namn i en bok. Detta är bättre än att inte undersöka alls, tyvärr en vanlig realitet.

Anatomiska förklaringar måste ses i sitt rätta sammanhang, i fallet med mina böcker som grund för det som egentligen beskrivs, nämligen ortopedmedicinsk metodik och inte med tanke på att ge anatomikunskaper tillräckliga för ledkirurgi.

Att man med mobilisering av handlovs ben och töjning av muskler i underarmen kan behandla bl a karpaltunnelbesvär, smärtor i handleden, skrivbesvär och domningar är inte alls ovanligt!

Många patienter upplever både lindring och bot efter behandling enligt ortopedmedicinska principer. Mina böcker avser att visa metoderna, inte att bevisa dem.

Bernt Ersson

klinikchef,
HälsöInvest, Högbo

Litteratur

- Lewit K. Manipulative therapy in rehabilitation of the locomotor system. London: Butterworths, 1985: 197-201.
- Dvorák J, Dvorák V. Manuelle medizintechnik. Stuttgart: Thieme, 1989.
- Kaltenborn F. Mobilization of extremity joints. Oslo: O Norlis bokhandel, 1980: 46-51, 70-5, 114-8.
- Petrén T. Anatomi, del 1. Stockholm: Nordiska Bokhandels förlag, 1968: 215 ff.
- Hollinshead F, Jenkins D. Functional anatomy of the limbs and back. London: Saunders, 1981: 167 ff.
- Kron L, Thörner C. Extremitetsleder. Kompendium. Alvesta: Lindströms tryckeri, 1988: 123-52.
- Brodin H. Rörelseorganen

- funktionsstörningar. Lund: Studentlitteratur, 1991: 114.
19. Hamberg J. Videoproduktion No 40 (170-047). Alfa.
20. Feneis H. Anatomisk bildordbok. Stockholm: Liber, 1979: 63.
27. Kapandji IA. The physiology of joints, vol 1. London: Churchill Livingstone, 1986: 116.

Komplett litteraturlista kan rekvireras från författaren under adress: Bernt Ersson, Strömsbrovägen 56, 806 45 Gävle, tel 026-51 09 14.

Replik:

Påtaglig risk för felslut

Bernt Ersson anser att jag felciterat honom. Citaten i min anmälan är korrekta liksom följande ur hans genmäle: »I boken anges aldrig att ulnas distala ledhuvud är konkavt». Anatomiska helsidesbilder av handloven (sidan 66, 71, 81) visar ulnahuvudet konkavt och ordet »konkavt» är inskrivet i en av figurerna. Sju bilder (sidan 66, 71, 73, 81) visar också en struktur benämnd »disk», vilken, så som den är framställd, icke finns [1]. Distala radioulnära leden beskrivs som »planled» (sidan 71, 76).

Felaktigheterna påtalades för att betona att om den anatomiska uppfattningen är inkorrekt, kan också den behandling som just bygger på insikter i den funktionella anatomin bli inkorrekt.

Författaren menar att jag påför honom »åsikter och anatomiska vanföreställningar» han inte har. Syftet var ju bara att visa att handloven skall mobiliseras som om det vore så som framgår av teckningar och text, vilket jag borde begripit.

Om man då tänker sig »disken» såsom nämnda teckningar felaktigt visar, tror man lätt att den – just som författaren säger – kan ge »låsning» i handleden precis som en inslagen menisk i knät. Så är det inte, och här har vi just ett exempel på den typ av felslut jag ville påtala risken för.

Annan patientgrupp?

Ersson redogör på sidan 105 helt korrekt för handträningens principer och nämner begreppet »extraartikulära glidytor». Detta begrepp introducerades av mig 1979 i vår bok om ortosbehandling [2] för att belysa att orsaken till in-

KORRESPONDENS

skränkt fingerrörlighet snarare är att söka i de utbredda extraartikulära glidytorerna än i de begränsade intraartikulära. Författaren ansluter sig till denna uppfattning och varnar t o m för passiva tånjningar. Vi är överens om att detta alltså gäller efter trauma.

Men när skall då muskeltöjningar och/eller ledmobiliseringar övervägas? Så långt det är bedömbart från litteraturen tycks ingen handkirurg eller handterapeut använda de metoder författaren ägnar de första två tredjedelarna av boken åt, och den två volymer omfattande »Rehabilitation of the hand» [3] nämner inte saken heller. Varför?

Är det så att det finns en patientgrupp, som bara ses av primärvårdsläkarna – bokens målgrupp – men inte alls av oss handspecialister? Eller är det så att vi inte begripit att, i ex »Mobilisation av karpalbenen kan öka utrymmet i karpaltunneln» (sidan 110) och utgöra ett behandlingsalternativ vid karpaltunnelsyndrom? Författaren aviserar en ny upplaga, vilket är bra. Vi hoppas då på information om patienturval och förväntade resultat.

Carl-Göran Hagert
docent, överläkare, handkirurgiska sektionen, Lund

Litteratur

1. af Ekenstam F, Hagert CG. Anatomical studies on the geometry and stability of the distal radioulnar joint. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1985; 19: 17-25.
2. Hagert CG. Handens glidytor. In: Moberg E, Hagert CG, Nordensköld U, Traneus-Nililius M, eds. *Ortoser i handkirurgi*. 2 uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1986: 17-23.
3. Hunter JM, Mackin EJ, Callahan AD. *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. 4th ed. St Louis: Mosby, 1995.

Besparingar med kortsiktig vinst ingen bra ekonomi

Ingen torde vara omedveten om den besvärande ekonomiska situation sjukvården befinner sig i. Besparingar förutsätts

inom alla områden, men effekten diskuteras vanligen kortsiktigt. Låt oss ta några exempel från vår verksamhet där visserligen kostnader kan minskas, men där detta förfaringssätt på längre sikt leder till större utgifter.

Ungefär 2 procent av befolkningen har någon gång i livet ett kroniskt bensår. Dessa förorsakas ofta av sjukdomar i vensystemet, och är mer eller mindre invalidiserande. Den viktigaste komponenten i behandlingen är kompression med bandage eller helst kompressionsstrumpor.

Reglerna för hur dessa strumpor skall ersättas har varierat. Idag noteras att landsättning som tidigare lämnat bidrag eller helt ersatt detta hjälpmedel drar in stödet.

Kortsiktigt en vinst, men på längre sikt en stor förlust, eftersom risken är stor att patienten inte anser sig ha råd att själv köpa strumporna. Cirka fem miljoner såromläggningar görs varje år i Sverige till en kostnad av ca en miljard kr. Korrekt utprovad och använd kompression innebär en betydande minskning av risken för recidivsår och därmed också behov av såromläggningar. En kostnad om ett par hundra kronor för ett par kompressionsstrumpor är därför en synnerligen god investering. I stället för indragning av bidrag vore det därför god ekonomi att tillförsäkra varje sårpatient hans behov av kompressionsstrumpor.

Stenosutveckling

Patienter som opereras med vengraft för allvarlig ischemi i nedre extremiteterna utvecklar i 25–30 procent stenosis i graftet eller anastomosområdet. Dylig stenosutveckling är en viktig riskfaktor för graftoklusion och man vet idag, bl a från en svensk randomiserad studie, att relativt tät uppföljning med färgdopplerundersökning och aggressiva åtgärder i form av ballongvidgning eller operation när stenosen uppkommer, ökar öppetstående av graftet. Härmed torde risken för en senare amputation minska. Att i denna patientgrupp dra ner på uppföljningsbesök och inte tillskapa resurser för optimal uppföljning leder till ökade kostnader i samband med en framtida amputation. Denna är dyr för samhället förutom att den är en katastrof för patienten.

Förkortad vårdtid vid aneurysm

Som ett led i strävandena att skapa minimalt invasiva kirurgiska åtgärder pågår en intensiv utveckling av tekniken att operera aneurysm endovaskulärt. Vid aneurysm i kroppspulsådern innebär denna teknik, som uppskattningsvis kan utnyttjas i 50 procent av fallen, en förkortad vårdtid och snabbare återgång till normalt liv, jämfört med konventionell operation. Däremot är teknologin dyrare, vilket innebär att sjukvården får betala mera för det material som åtgår än vad inbesparing av vård dagar förbilligar.

Det borde vara självklart att de sjukhus som vilka bland annat har som uppgift att leda utvecklingen skall kunna fortsätta dylig verksamhet trots ökad kostnad och att det är en annan »kassa» som ser effekterna.

Detta är tre exempel på verksamheter där sjukvården visserligen kan minska sina omedelbara utgifter, men där hänsyn ej tas till framtida kostnader. Vi saknar det övergripande hälsoekonomiska tänkandet och ser med oro en stagnation av utvecklingen till stor otjänst för patienter och samhälle.

Lars Norgren
överläkare i kärnkirurgi, Universitetssjukhuset, Lund, och professor i kärnkirurgi, Trondheims universitet

David Bergqvist
professor i kärnkirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Viktigt meddelande: Normaldosering av Teldanex halverad

För mer än ett år sedan ändrades normaldoseringen vid behandling av allergisk rinit och konjunktivit från 120 mg till 60 mg per dygn.

Detta är viktig information, då Teldanex (terfenadin) är ett preparat med potentiell risk för allvarliga biverkningar vid överdosering samt vid interaktion med en rad farmaka, som fördröjer nedbrytningen.

Den nya normaldosen står i Fass 1995, och där står även under rubriken Dosering med