

# Tre fall av nervskada i samband med ortopedisk tithålskirurgi

**Införande av endoskopiska metoder inom kirurgin har medfört vinster i form av mindre vävnadstrauma och därigenom mindre postoperativ smärta och kortare vårdtider.**

**Den nya tekniken kan emellertid även medföra ökad risk för komplikationer, något som då ofta kan spåras i Patientskadeförsäkringens databas.**

Introduktionen av laparoskopiska galloperationer gav således under några år en flerdubbling av antalet gallgångsskador anmälda till Patientförsäkringen [1]. När nu indikationer för tithålskirurgi ökar inom bl a ortopedin, finns det anledning att misstänka att nya typer av operationsskador kan uppträda, vilket bekräftas av följande tre fall.

## **Fall 1: Partiell medianusskada**

Patienten, ett 50-årigt sjukvårdsbiträde, hade tilltagande besvär av stickningar inom medianusområdet i bägge händer, mest höger. Phalens tecken var positivt, muskelfunktionen normal. I juni 1995 gjordes en transartroskopisk karpaltunnelklyvning i höger hand.

I intravenös regional anestesi fördes artroskopet in i karpalligamentet och därefter gjordes vanlig sondering. Operatören hade svårt att få riktigt klar översyn på grund av skymmande fett, men karpalligamentet delades utan problem.

Postoperativt konstaterades känselnedsättning på radialisidan av pekfingeret och hela tummen (Figur 1). Efter hand märkte patienten att hon hade försämrad finmotorik och att hon blev tröt-

tare i handen vid monotont arbete.

Vid undersökning ett år senare fann man nedsatt 2-punktsdiskrimination i tumme och speciellt på radialisidan av pekfingeret (12 mm). Det fanns lätt atrofi av tenarmuskulaturen samt nedsatt oppositionsfunktion (Figur 2).

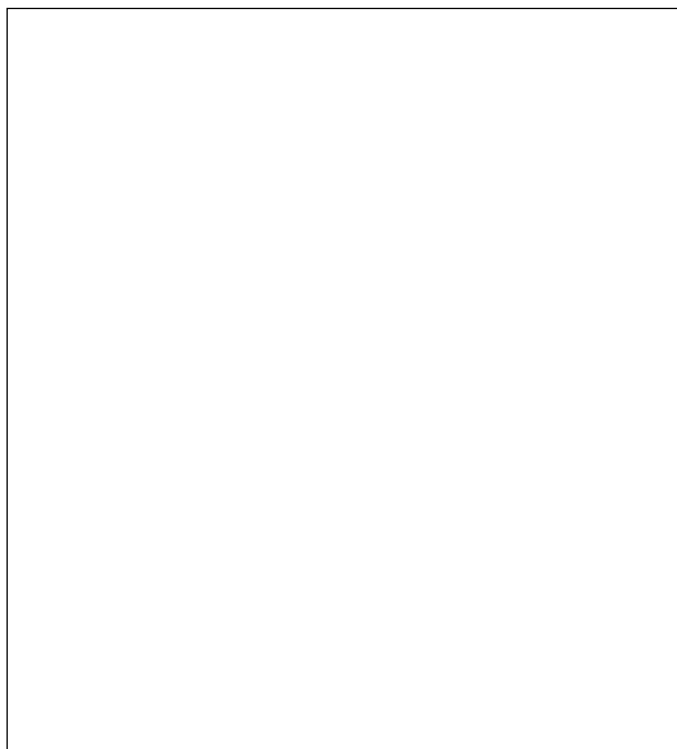
Kvinnan har kunnat återgå i arbete men har kvarvarande besvär med nedsatt och förlångsammat funktion i handen.

Man hade vid kliniken infört den transartroskopis-

**Figur 1.** Partiell medianusskada i höger hand, området med nedsatt sensibilitet markerat.



**Figur 2.** Skada på motoriska grenen av medianus har lett till nedsatt oppositionsförmåga i höger hand.



## **Författare**

LARS JUHLIN

överläkare, handkirurgiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm

LARS RÄF

professor, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholm.

ka metoden vid karpalklyvning men har, sedan man haft flera nervskador vid denna metod, nu återgått till öppen teknik.

### Fall 2: Komplet medianusavskärning

En 39-årig kvinnlig lantbrukare remitterades i januari 1997 till ortopedmottagning för långvariga besvär av domningar i de radiala fingrarna i båda händerna. Vid undersökning av höger hand fanns inga tecken på nervskada, men Phalens test var positivt efter 15 sekunder, vilket talade för en låg medianuskompresion.

Man beslöt att först operera höger hand, vilket gjordes med endoskopisk teknik i lokalanestesi. Genom en tvärincision proximalt om ligamentet öppnades fascian trubbigt med sax. När man sedan förde in instrumentet fick patienten ont och måste sederas, men därefter kunde instrumentet föras ut på markerad plats i vola. Därefter klövs ligamentet i distal-proximal riktning med specialkniv.

Några timmar efter operationen konstaterades att känseln i medianusområdet var nedsatt; patienten kände inte nyp i tumme och pekfinger. Eftersom fingrarna var tämligen svullna »uppmannades hon till högläge och fingerträning».

När sensibiliteten ej återkommit nästa dag skickades hon till handkirurgisk klinik. Där opererades hon samma dag med sedvanligt karpaltunnelsnitt. Nerven var totalt genomskuren genom ett centimeterlångt snedsnitt i höjd med proximala delen av karpaltunneln. Klyvningen av flexorretinaklet hade i den mellersta och nedre delen ej gjorts komplett. Klyvningen fullbordades och därefter gjordes nervsutur. Handleden gipsades i 4 veckor och därefter inleddes träning med sjukgymnast och arbetsterapeut.

### Fall 3: Omfattande nervskada efter operation i armbågsleden

En 58-årig kvinna opererades vid en ortopedklinik i mars 1997 för en högersidig armbågsfraktur. Efter operationen märkte patienten gradvis en inskränkning av rörelseförmågan i leden. För att förbättra denna beslöt man i juli samma år att göra en intrartikulär release för att åstadkomma fria förhållanden framtill i leden. Ingreppet gjordes via artroskop.

Vid inspektion av leden via en anterolateral portal fann man en tät utfyllnad av leden. Med viss möda fick man in en »shaver» (skrapinstrument) genom en anteromedial portal. Synovektomin blev relativt besvärlig på grund av dålig sikt, men så småningom lyckades man få en ordentlig ledhåla, så att koronoiden kunde visualiseras.

Spetsen frästes av och man lyckades



### SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22, 25, 26-27, 28-29, 35, 38, 44 och 48 1996; nr 8, 10, 20, 36 och 43 1997 samt 7 och 20 1998.

dessutom få ut ett par ben- och broskbitar, som kan ha utgjort ett böjhinder. Slutligen fördes artroskopet in posterior genom tricepsenen, och man gjorde med shaver en synovektomi i området mellan olecranon och trochlean.

Redan omedelbart postoperativt fann man tecken till skada på både medianus- och radialisnerven, och man kontaktade handkirurg. Denne kunde då konstatera i det närmaste totalt bortfall av både radialis- och medianusmotoriken. Sensibiliteten i medianusområdet var utslagen, dock med bevarad skyddssensibilitet i radialisinnerverat område på handryggen.

Elektrofysiologisk utredning visade däremot total radialisskada med skadenivå i armbågen, men i medianusnerven bedömdes finnas en viss kvarvarande funktion. Nervus ulnaris fungerade normalt.

Tre veckor senare explorerades armbågsvecket, och man fann då att både medianus- och radialisnerverna var helt avskurna och fastärrade till armbågsleden. Nervändarna skars rena och suturerades med en hel del spänning i medianusnerven. Armbågen fixerades semiflekterad med gips. Nervrestitutionen kan bedömas först om ett år.

### Sammanfattande kommentar

Trots att den skitthålskirurgin i allmänhet innebär uppenbara fördelar kan det i situationer där operatören felbedömt skopifynden eller hamnat snett med instrumentet uppstå skador av en art som man knappast ser vid öppen kirurgi.

### Referens

1. Broström L, Hallén B, Rydell N, Sandström SO, Sjögren A, Räf L. Patientförsäkringen i förebyggande verksamhet. Stort skadematerial visar komplikationsrisker. Läkartidningen 1995; 92: 1368-72.

## TILLVÄXT



## FAKTORER

### Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

.....  
Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19