

Reserapport från Kalifornien mars 2004.

Vid SOF mötet i Västerås tilldelades jag Rehbands resestipendium. Pengarna delfinansierade en resa till Kalifornien för deltagande vid årsmötet för American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS) i San Fransisco 10-14:e mars samt besök på ryggkirurgiska enheten vid University of California i San Diego (UCSD).

Vid AAOS årliga möte deltog jag i ett flertal symposier och s.k. instructional courses, alla rörande ryggkirurgi. Här följer ett axplock av iakttagelser;

Inom området lumbal **diskdegeneration** händer mycket i USA för tillfället. IDET (intradiscal electrothermal therapy) sprider sig snabbt som behandlingsmetod. Flera föreläsare ifrågasatte dock den vetenskapliga bakgrunden. Kvalitén på de få studier som finns ansågs tveksam och vid utvärdering av dessa studier finner man resultat som ligger mycket nära naturalförloppet vid DDD (degenerative disc disease) i andra studier.

Intresset för diskproteser växer snabbt. Ännu finns ingen lumbal diskprotes tillgänglig för kommersiellt bruk i USA. Paul McAfee och Rick B Delamarter redovisade preliminära tvåårsresultat från två FDA kontrollerade studier (Prodisc och Charité). Längst har man kommit med Charité proteser som snart väntas bli godkänd. I jämförelse med fusion hade man bättre resultat framför allt vad gäller återgång i arbete och bibehållen rörlighet. Man intresserar sig mycket för de europeiska erfarenheterna av diskproteser.

Thomas A Zdeblick föreläste om fusion vid DDD och ansåg att främre fusion (ALIF) med s.k. cage vara förstahandsmetod. Vid påtaglig instabilitet och spondylolistes ansågs ett bakre ingrepp vara rätt val. Han föredrog PLIF (posterior lumbar interbody fusion) eller TLIF (transforaminal lumbar interbody fusion) framför posterolateral fusion som ansågs ha lägre fusionsfrekvens.

Vad gäller **thoracolumbala frakturer** överraskades jag av att man tycks hålla en ganska konservativ linje. Bl.a. Brodke och Harris redovisade studier med goda resultat vid konservativ behandling av burstfrakturer som jag tror många europeiska ryggkirurger inte skulle tveka att operera. De burstfrakturer som kräver kirurgi åtgärdas i första hand med ett främre ingrepp. För flexions/distraktionsskador och frakturdislokationer ansågs bakre fusion ge bäst stabilitet. Frank M Phillips sammanfattade den vetenskapliga dokumentationen för behandling av osteoporotiska kotkompressioner med kyfoplastik och vertebroplastik. Den medicolegala situationen i USA gör att vertebroplastik med något högre komplikationsfrekvens i form av cementläckage står tillbaka alltmer för kyfoplastik. Intressant är att inget cement är godkänt för användning i kotor i USA. Ett godkännande från FDA är dock på gång.

Vid **halsryggstrauma** och neurologiskt bortfall ansåg bl.a. Robert Mc Guire att inga studier stödjer att urakut kirurgi skulle vara bättre än att operera under optimala förhållanden dagtid. Undantaget är stora felställningar med ryggmärgen under kraftig kompression.

Användande av platta som fixation vid främre halsryggskirurgi för degenerativa tillstånd diskuterades livligt. Wang redogjorde för en studie som visade på en pseudartrosfrekvens på 11,8 % utan platta jämfört med 3,6 % med platta.

Peter O Newton visade intressanta resultat vid **scolioskirurgi** med thoracoskopisk instrumentering. Snabbare mobilisering med endast något förlängd operationstid jämfört med öppen teknik. Han når normalt sett nivåerna Th2-L1 med denna teknik som dock är behäftad med lång inlärningskurva.

Efter mötet följde en biltur längs kusten med hissnande vyer efter Highway 1 till Los Angeles och därefter San Diego.

I San Diego besökte jag Professor Steve Garfins enhet vid UCSD under tre dagar. Jag blev mycket väl omhändertagen och auskulterade assistant professor Choll Kim vid hans mottagning och en dag på operation. Tredje dagen deltog jag i en ryggkirurgisk konferens där ett tiotal av San Diegoområdets ryggkirurger deltog. Ett seminarium hölls om kyfoplastik och därefter presenterades ryggkirurgiska ”knäckfall” för allmän diskussion om lämplig handläggning.

På en eftermiddagsmottagning handlade Dr Kim hela 20 ryggpatienter. Till hjälp hade han en ”stab” bestående av två s.k. residents (ST-läk), en intern (AT-läk) och en sjukgymnast. Underläkarna gjorde en första bedömning. De presenterade sedan fallet för Dr Kim som sedan ägnade ca tio minuter till egen bedömning och information till varje patient. Synnerligen effektivt! Själv gjorde han inte en enda journalanteckning på hela mottagningspasset, pappersarbetet sköttes av utbildningsläkarna.

Operationsdagen fick jag bl.a. se Dr Garfin operera en spinal stenosis med dekompression/fusion lumbalt. Intressant nog gör man ofta i USA perop EMG på varenda pedikelskrub man sätter för att vara säker på att den inte har kontakt med nervroten. Sannolikt även detta ett utslag av den medicolegala situationen i USA. Dr Kim opererade en pat. med kronisk lumbago och diskdegeneration med främre fusion L4/L5+L5/S1. Han använde cage fylld med BMP (bone morphogenetic protein) och stabiliserade därefter bakifrån med pedikelskruvar och stag applicerade med perkutan teknik. Över huvud taget gör man en hel del ryggkirurgi med minimal invasiv teknik. Dr Kims förstahandmetod för lumbala diskbråck är endoskopisk extirpation. Vid bakre fusion på en nivå utan behov av dekompression gör han TLIF genom en liten Wiltze friläggning för att därefter stabilisera med ett perkutant instrumentarium. Tanken är att skona muskulaturen från operationstraumat vid friläggning och därmed underlätta mobiliseringen. Oavsett fusionsmetod korsetterar man patienterna 2-3 månader postop. Diskografier används ofta som del i utredningen inför fusion. Inställningen är att den kirurg som eventuellt skall fusionera patienten själv bör genomföra och utvärdera diskografierna. En observation var att man inte låter vem som helst hantera c-bågen. Detta medför att man på operationssalen har en röntgenassistent som kan c-bågens alla finesser och snabbt kan presentera bilder av högsta kvalitet med minimal genomlysningstid.

Avslutningsvis vill jag tacka Svensk Ortopedisk Förening och Rehband för stipendiet som möjliggjorde denna resa. Många nya intryck och nya kunskaper inspirerar och förgyller tillvaron även efter hemkomsten till vardagen med överbeläggningar och neddragningar i den svenska sjukvården.

Peter Försth
Avdelningsläkare
Ortopedkliniken
Akademiska sjukhuset
Uppsala