Reseberättelse från IFSSH Berlin 17-21/6 2019

Med stöd från Börje Gabrielssons minnesfond kunde fem läkare från Södersjukhuset delta i den kombinerade FESSH-, IFSSH- samt IFSHT-kongressen i Berlin.

Det var en välorganiserad kongress med fullspäckat schema, som mest fanns det åtta olika parallella program att välja mellan. Så gott som alla namnkunniga handkirurger i världen var där och ett stort antal länder representerades.

Educational Monday inledde veckan. Det var renodlade föreläsningspass på olika teman. Vi hann ta del av programmet om fingerfrakturer samt proteskirurgi samt artroskopiska operationer i handleden. Genomgående hög kvalitet präglade denna dag.

Själva kongressen inleddes på tisdagen och utgjordes av omväxlande vetenskapliga föredrag och instructional courses. Tendon joint session var bra och det är tydligt att de senaste årens omsvängning mot wide awake för att se sensuturens kvalitet ”live” blivit allt vanligare. Sensuturerna ska vara minst 4-stranded och lite bulkiga för att hindra gapping. Pulleys ska ventileras för att den lite bulkiga skarven ska röra sig fritt, upp till 2 cm kan offras utan bågsträngsproblematik. Citat: ”The old age A2/A4 pulley rule gave us 50 years of unnecessary rupture and tenolysis.” Individanpassad mobilisering och relative motion splint som tillåter betydligt mer rörlighet än vi är vana vid kommer allt mer då våra suturer blivit stadigare och tål mer belastning.

Swanson lecture hölls av Steven Hovius från Nederländerna som bland annat talade om forskning och den iver att göra RCT som inte riktigt är realistisk inom handkirurgin. De flesta RCT inom vår specialitet uppnår inte tillräcklig power för att kunna visa skillnader mellan metoder. Framtidens modell är att följa stora kohorter (Big Data). HAKIR ligger alltså helt rätt i tiden *(Mariannes kommentar….)* och register är även på gång t ex i Holland.

Sessionen om fingerfrakturer var intressant och hade stort fokus på tidig aktiv mobilisering. Tvärfrakturer i grundfalangerna kan ofta mobiliseras direkt med en relative motion splint (Merritt splint) där MCP leden flekteras relativt övriga fingrar. Detta motverkar felställning, möjliggör direkt aktiv träning och minskar också risken för flexionskontraktur i PIP leden. Även vid böjsenskador kan tillägg av en sådan ortos under den dorsala skyddsortosen vara av värde.

Panelen om scaphoideumpseudartros handlade mest om vinsten med artroskopisk bengraftning av pseudartroser. Enligt panelen blir rörligheten bättre.

Vad gäller kroniska scapholunära skador är artroskopisk minikapsulodes mycket populärt och förefaller lika effektivt som de öppna alternativen. Marc Garcia Elias har slutat göra 3LT med FCR och gör nu en annan variant med ECRL på de dynamiska SL-skadorna.

SLAC och SNAC fick stort utrymme i programmet och den artroskopiska behandlingen verkar alltmer populär, man gör t.o.m. fyrbensartrodeser helt artroskopiskt inkl scaphoidektomin med argumentet att rörligheten ska bli bättre än vid öppen kirurgi. Operationstiden ökar dock och data på rörligheten som presenterades övertygade inte. Plattfixation vid intracarpala artrodeser har gått ur mode, kanylerade skruvar och stift har ersatt.

Vad gäller PIP-ledsartros är gold standard silikonprotes, pyrocarbonproteserna har övergetts medan ytersättningsproteser (Capflex) ökar, i alla fall på vissa centra. De är dock tekniskt mer krävande och kräver en viss volym för att ge tillförlitliga resultat. Man är oenig om huruvida dorsal eller volar approach är bäst vid silikonproteskirurgi. Resultaten verkar likvärdiga oavsett. En studie med goda resultat på smärta av PIP-ledsdenervering vid artros redovisades. Flera konferensdeltagare kommenterade denna och menade att man provat detta tidigare med avsevärt sämre resultat.

Hela fredagen kunde man ägna sig ut DRU-ledsinstabilitet och DRU-ledsprotes. Det var genomgående mycket hög kvalitet på föredragen och flera stora protesserier redovisades. Särskilt mycket uppskattades föredragen om membrana interosseas olika portioner och deras bidrag till underarmens stabilitet från Dr Orbays grupp.

I Philadelphia hade man retrospektivt följt upp alla posttraumatiska infektioner på öppna frakturer mellan 2010 och 2015. Det var ingen skillnad i tid till operation mellan de som fick en infektion och de som inte fick det. Tiden till operation var märkbart lång i ett svenskt perspektiv; 4,5 dagar. Hur allvarligt skadade patienterna var angavs tyvärr inte (vilket spelar stor roll). Alla patienter reviderades på akuten, syddes glest, fick en dos iv antibiotika och tablettantibiotika i fem dagar.

Tobias och Marianne inledde Berlin-besöket med en endagskonferens i internationella arbetsgruppen för medfödda avvikelser (CHASG). Professor Stephan Mundlos från Berlin inledde med en uppdatering av genetiken och vi ägnade mycket tid åt klassifikationsfrågor. Swanson-klassifikationen från 1976 skall nu fasas ut och OMT klassifikationen är det som gäller (uppdatering i J Hand Surg Eur Vol. 2019 Jan;44(1):4-14). Handkirurg i Edinburgh har gjort en app som hjälp att hitta rätt klassifikationsgrupp (OMT Medical reference). Från USA berättade man om CoULD (Congenital Upper Limb Differences)- registret där man redan samlat information om 2600 barn från 7 kliniker i USA. Vi har nyligen startat ett nordiskt samarbete (Danmark, Norge, Finland, Sverige) med det amerikanska registret och kommer att använda samma variabler för att kunna slå samman data i framtiden. På CHASG-mötet gav också Tobias en presentation om genetiken vid multipla hereditära exostoser och liknande tillstånd.

På FESSH trauma Committee mötet gick man igenom framtida evaluationskriterier för ”Hand Trauma Center” i Europa. Det finns 2 nivåer i systemet. Hand trauma unit är den enklaste nivån att uppnå för en enhet. Det krävs att enheten har minst 3 handkirurger som jobbar med hand trauma och har tillgång till operationssal. För den högre nivån Hand Replantation Trauma Center så krävs minst 40 handtraumafall per 3-månaders period varav tio är mikrokirurgiska fall (inklusive mikrokirurgisk nervreparation). Minst en handkirurg måste ha FESSH diploma.

Från Stockholmskliniken deltog totalt sex läkare och två fysioterapeuter och vi hade alla muntliga presentationer eller moderatoruppdrag på mötet.

Stort tack för det generösa bidraget som möjliggjorde vår resa.

Maria Wilcke
Johanna von Kieseritzky
Thorsten Schriever
Marianne Arner
Tobias Laurell