

Reseberättelse från ASSH 77th annual meeting

Boston 28/9 – 1/10 2022

Jag vill börja med att tacka Börje Gabrielssons minnesfond för det generösa bidrag som gjorde det möjligt för mig att delta i det amerikanska handmötet 2022

Själva mötet

Under invigningen var det mycket tal, uppvaktningar och avtackningar i den gigantiska föreläsningssalen som också hade fulla läktare. Det var pampigt med musik och sånguppförande där det slutade med att alla stod upp och med handen på hjärtat och sjöng med i star spangled Banner Samtidigt fladdrade den Amerikanska flaggan på de gigantiska skärmarna, ja jisses.



Mötet är enormt med cirka 1500 deltagare även om det var färre än tidigare. Det som märktes var dock hur ovanligt få de utländska deltagare var. De informerade om att de var ca 250 st. men det verkade inte vara många från Europa och de tror jag mest var de inbjudna föreläsare som jag kände väl igen från tidigare möten. Från Skandinavien var det inte fler deltagare än att man kunde räkna dem på fingrarna, kanske bara på en hand faktiskt. Jag tror att det var ovanligt få för att mötet i tid låg rätt så nära det kombinerade FESSH/IFSSH mötet i London. Att man så tidigt behöver skicka in abstrakt och boka sådana här möten tror jag också påverkade. Det var nämligen länge osäkert om mötet skulle kunna ske fysiskt på grund av Covid. Sedan var det ytterligare en viktig faktor som påverkade och det var pris och valutnivå. Bara konferens och en precourse gick på ca 1000\$ och med hotell och resa hade mitt deltagande inte gått att lösa utan stöd från Gabrielssons fond för vilket jag är innerligt tacksam.

Det var som vanligt få "free papers", ett 80 tal, och de satsar istället på olika kurser och symposier. Majoriteten domineras av amerikanska auktoriteter eller uppseglande sådana inom respektive område och ibland kan det bli väl mycket av "in my hands". Den kliniska forskningen innehåller också fortfarande en hel del retrospektiva journalgenomgångar där de har svårt att få tag i sina patienter men i presentationerna så tycker jag generellt att de försöker sätta sina resultat och rekommendationer i ett sammanhang och hänvisar till många och aktuella artiklar.

Istället för fria föredrag arrangerar de precourses och instructional courses. Jag tycker det är bra för det blir inte lika kort, rörigt och tröttande som det kan bli med hundratals 6-minuters föredrag på andra stora möten. Nu hängde föreläsningarna bättre ihop och det var lättare att följa med och förstå. När man samlar många kunniga föredragshållare kring samma tema kommer det också ofta intressanta frågor från de andra föreläsarna och det blir bra diskussioner. Arrangörerna är också väldigt bra på att hitta på intressanta ämnen och infallsvinklar till de olika instruktionskurserna. Det tråkiga är att så många instructional courses sker parallellt och att de populära är fullbokade. Jag tyckte inte jag anmälde mig så sent men det var ändå flera som jag fick välja bort av den anledningen. När det gäller Precourses är det lättare att komma med då de hålls i större salar och priset gör också att man tänker sig för. En Precourse är 4 timmar och kostar 225\$ medan instructional courses är på ca en timme och ingår i konferensavgiften.

Något som jag inte varit med om förut kallades "My time with the master" Konceptet var att 10 deltagare fick en timme med en handkirurgisk "legend" för runda- bordet-svarta tavlan diskussion. Deltagarna fick själva ta med sig frågor eller ämnen de ville diskutera. Det kunde gälla tekniska tips och tricks för olika ingrepp eller generella frågor kring arbetssätt, ledarskap eller forskning. Det behövde inte handla om vad just auktoriteten var känd för och man skrev att "the sky is the limit". Jag tror de menade att det skulle vara diskussioner med "högt i tak". Det var ingen avgift för dessa sessioner och jag tyckte det verkade vara en bra idé men det tyckte nog andra också för de sessioner jag var intresserad av var fullbokade. Det var lite synd för jag hade gärna snackat lite med Kleinman, Osterman, Jupiter eller Stern. Det var inte bara ålderstigna kirurger man kunde komma åt utan också sådana som Cohen, Sabapathy och Pinal.

Mötesdagarna var långa. Jag såg att för vissa började det med "jobbfrukost" kl 06 eller "my time with the master" 06:30. Egentligen känns det som mötet startar redan tidigare för när man vaknar på morgonen hittar man på golvet broschyrer från olika företag som de under natten stuckit in under dörren. Det kändes lite avtändande och väl närgånget att de markerar på det viset. Det vanliga programmet startar annars kl 07 och slutar 18. Om man sedan vill delta i något av lunchsymposierna som arrangeras av industrin så kan dagarna bli rätt tröttande och man är inte så motiverad för olika kvällsaktiviteter som sedan arrangeras. Det kommersiella inslaget var som väntat när man är i USA, betydande. Jag tycker ändå de gör rätt bra åtskillnad på de vetenskapliga och kommersiella delarna så att man vet vad som är vad men det är många företagsponsrade symposier och kurser. De flesta av dessa kurser eller symposier sker dagarna innan konferensen eller oftast under lunchtid och det framgår tydligt att företag står bakom. Det är också ovanligt att föredragshållare inte tydligt i tal och bild anger vilka jävsförhållanden som ev. föreligger. Ändå tycker jag ibland att kirurgerna verkar väl mycket involverade med sina sponsorer. För mig kan det också bli lite mycket när alla väggar är täckta eller upplysta med logos och det överallt står roll-ups och skärmar med slogans.

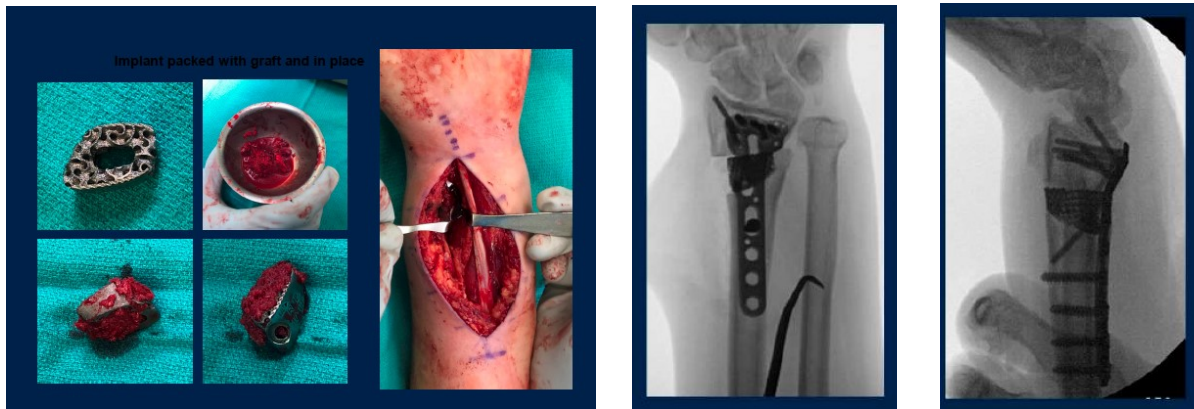
När det gäller tekniken fungerade allt perfekt. Det verkade finnas tekniker i nästan varje rum så borta är de dagar med avbrott med väntan på att presentationer skulle dyka upp eller videos som krånglar. Konferensappen fungerade bra men det fanns inget aktuellt program att ladda ner på datorn. På telefonen blev det smått och plottrigt så jag tittade avundsjukt på alla som satt med sina Ipads.

Nedan följer tankar från ett litet axplock av det jag hann med.

Precourses

Jag började mötet med en precourse som hade rubriken "you might want to straighten that out". Det handlade om skelettkorrektion från skuldra till fingertopp. En stor del handlade om korrektion av felläkta frakturer men också deformiteter orsakade av exempelvis Madelung och multipla hereditära exostoser gicks igenom. Morgonen startade med grundläggande principer och traditionella behandlingar men efterhand blev det detaljrikt med spektakulära fall som man ville visa. Många föredrag kom också in på 3D-teknik och patientspecifika operationsguider som behandlingsalternativ. Här verkade de ha särskilda problem för så som jag fattade det som någon form av experimentell kirurgi lyder under någon FDA-regel som anger att en enskild institution maximalt får utföra tre sådana operationer per år. Det ledde bl.a. till att de kunde uppkomma konflikter inom olika enheter om vems fall som var mest angeläget att operera med tekniken. Det lät konstigt men det blev en lång och animerad diskussion om hur man skulle påverka FDA och behovet att intresserade kirurger organiserade sig. Jag tänkte att också i Europa har vi problem med de nya MDR regelverket som inte är anpassat för patientspecifika behandlingar, men det verkade värre i USA och det är kanske inte förvånande när det är juridik inblandat.

Vad gällde 3D såg jag i ett par föredrag bilder där man 3D-printat patientspecifika titanium implantat de packat med spongiöst graft. Jag antar att idén kommer från ryggkirurgin där de använder "burar" vid fusioner. Jag tycker det verkade helt onödigt. När det gäller underarmsfrakturer och radius är det ju aldrig så stor defekt, eller så stora krafter, att man inte klarar sig med strukturellt illiaccagraft. Det kanske skulle behövas vid tumör- eller osteomyelitfall men då vill man inte gärna stoppa in titanimplantat.



Felläkning av barnfrakturer fick också mycket plats i kursen och det är ju onekligen ett komplext ämne. Jesse Jupiter föreläste om felläkning av distala humerus. Dessa kan leda till stor och handikappande felställning och inte sällan är de intraartikulära eller leder till stelhet pga omfattande fibros och ärrbildning. Jag är glad att jag inte behöver engagera mig i dem. När det gällde Madelungs deformitet var det inga överraskningar utan man gick översiktligt igenom för- och nackdelar med olika ingrepp. Det gäller att hitta patienterna tidigt om man skall få någon effekt av physiolys eller delning av Vickers ligament (om man hittar något). För äldre men ej färdigväxta är det mer epiphysiodes och radius korrektion som är aktuellt och för de färdigväxta får man också överväga ulnaförkortning.

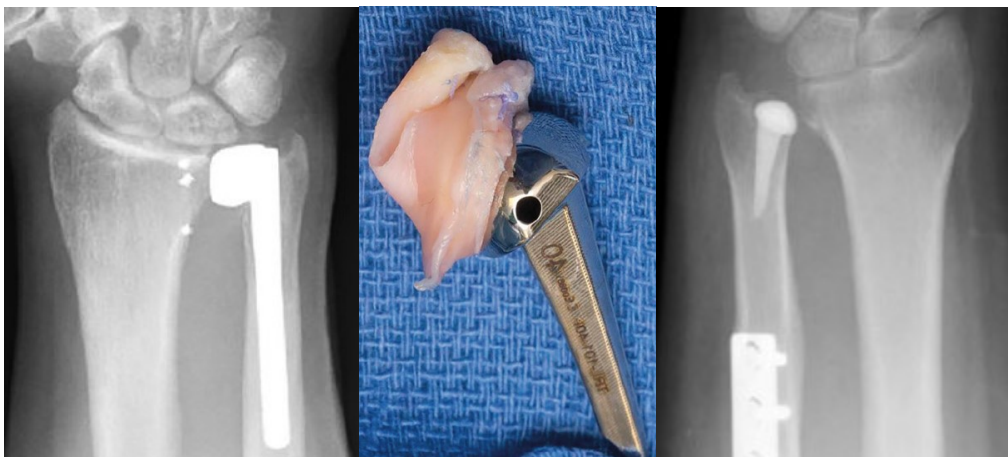
Chen från Harvard diskuterade för- och nackdelar för distal radius korrektion relativt ulnaförkortning. Ulna förkortning förutsätter dorsalböckning av radius < 20 gr. Mycket är dock beroende på DRU-ledens konfiguration och indikationen beror också på om det finns

midcarpal eller annan instabilitet. Vad gäller tekniken noterar jag ett ökat intresse för metafysär ulnaförkortning. Dessa läker lättare men det är svårare att uppnå vinkel- eller rotations korrektion.

Den andra precourse jag deltog i hette “arthroplasty in the upper extremity: How to get consistent results and optimize outcomes”.

Upplägget var lite annorlunda för man hade ställt olika behandlingar mot varandra och arrangerat föreläsarna i par så att man skulle kunna ha tid för debatt mellan föreläsarna utifrån fallpresentationer. Varje debatt inleddes med en kort översikt i ämnet där Hammert och Rizzo skulle leda det hela. Exempel på ämnen var handledsartroplastik vs partiell- eller total artrodes. DRU-leds artroplastik vs ulnaresektion, CMC-ledsartroplastik vs resektionsartroplastik osv. Jag var inbjuden föredragshållare och skulle argumentera för arthroplastik med Herbert protes relaterat till "the Calamari procedure" vid DRU-leds artros. Jag hade hört av mig till arrangörerna för att få reda på upplägget och vad som förväntades av mig men fick i princip ingen information. Huru som laddade jag upp ordentligt, läste in mig på Calamaritekniken och annat relaterat, och lade upp för argument och motargument. Det visade sig vara helt onödigt för föreläsningarna under kursen hölls ungefär som vanligt och många drog över så det blev inte mycket tid för debatt. När det gällde min uteblivna debatt mot O'Shaughnessy hade jag inte varit så orolig, kändes mer som öppet mål. Det är så uppenbart att tekniken är en dålig kompromiss p.g.a. brist på implantat alternativ. Att tekniken överhuvudtaget blivit accepterad som ett behandlingsalternativ i USA tror jag beror på att den är utvecklad på Mayokliniken.

Calamarioperationen går ut på att man via osteosuturer fäster ett meniskallograft runt radius ulnfacett. På så sätt får man som en cirkulär stötdämpare som minskar trycket på radius ledyta och den ger en fördjupning som teoretiskt stabiliserar ulna. Caput ulna ersätter man med någon form av protes. Initialt var det med svenskutvecklade "First Choice" proteserna men nu finns inte heller denna tillgänglig så man använder istället pyrocarbonprotes avsedd för MCP leden! De har presenterat preliminära resultat för sammanlagt 13 patienter... Om man vid operationen noterade att det fanns kvarvarande instabilitet i DRU-leden rekommenderades det att man satte ett par osteosuturer mellan menisken och distala ulna! Hur man kan uppnå stabilitet i DRU leden med några suturer till en mjukdels struktur man i sin tur sytt fast på radius övergick min fattningsförmåga och den frågan ställde jag utan att få något svar.



Det var inga stora överraskningar under kursen i övrigt. Rizzo höll ett föredrag av flera under konferensen. Här gällde det handledsartroplastik och salvage procedurers. Han är alltid klok, sansad och pragmatisk tycker jag. Han visade bra siffror och är positiv till nyare typer av implantat. Överlevnaden förbättras hela tiden men komplikationsrisken är ändå hög. Sotereanos dök som vanligt upp och propagerade för sin achillessenallograftteknik för DRU-leden. Han kan bli lite mycket ibland.

Företagsponerade kurser

Jag var på ett av Arthrex möten. Flera föreläsare där talade sig varma för fördelarna med artroskopi med Arthrex Nanoskop och man visade även the NanoNeedle. Jag känner till lite om detta sedan tidigare och har också testat Nanoskopet ett par gånger. Jag ser många fördelar och är övertygad om att denna teknik kommer att finna sin plats i arsenalen vad det gäller diagnostik och behandling av handledstillstånd framöver. Jag är också i grunden positiv till Arthrex som tillverkar många finurliga grejor och alltid är med och driver utvecklingen framåt. Dock blev mindre entusiastiskt och mer tvivlande efter detta lunchmöte. På något sätt blev det för mycket av hallelujastämning med uttryck som "mind blowing" "revolution" "spectacular" "amazing" "game changer" osv. Det påstods att man kunde göra nästan allt med skopet och det både bättre, billigare och effektivare. De sa att man inte behövde vara artroskopist för att hantera ett Nanoskop och att man kan använda det på helt nya indikationer som triggerfinger, Mb de Quervain och vid nålfasciotomi!

Instructional courses

Walantkonceptet fortsätter att vinna mark och där har Covid starkt spelat in. Ett föredrag handlade om använda lokalbedövning+adrenalin vid för lokala och stjälkade lambåer. Det verkade inte orimligt men jag tyckte man gick väl långt när man i ett annat föredrag promotade fingerreplantation och revaskularisering i WALANT.

En session handlade om PIP-leden som ju alltid är ett "problem". Efter genomgång av anatomin fortsatte föredragen om akuta skador för att avsluta med artrit och artros. Föredragen handlade om externfixation, traktionsbehandling, plastik med volara plattan och till sist Hemi-hamate graft. Det sistnämnda gav goda resultat även om vissa patienter radiologiskt utvecklade artros. Jag tror vi gör för lite av dessa i Göteborg/ Sverige.

Denervation tas upp allt mer vid olika konferenser. Jag är inte så familjär med ingreppen men tror vi gör för litet av detta, i Göteborg. Det är rätt ofta denervation inte lyckas så det är viktigt att patienten är med på det men risken är ju låg. Vinsten kan ju också bli stor om alternativet är andra salvage procedures. Vad som ofta är aktuellt är partiell denervation och olika sådana diskuterades.

En annan session handlade om "demystifying the DRU-joint". Fortfarande anger många föreläsare DRU-leden som the "black box of the wrist" men det tycker jag inte stämmer längre och inte är den mystisk heller. När det gäller behandling kvarstår dock mycket att diskutera och under konferensen var det många olika förslag på hur TFCC-skador skall behandlas, både öppet och artroskopiskt. De artroskopiska behandlingarna tycker jag dock många gånger borde klassificeras som halvöppna, artroskopiskt assisterade eller kanske miniinvasiva. Det gäller fr.a. de kroniska skadorna där de flesta verkar ha insett fördelen med

solid benförankring. Man gick igenom skelettala orsak till DRU instabilitet, bla. styloideus ulna fraktur/ pseudoartros, felläkt radiusfraktur, ulna resektion.

Indikationen för ulnaförkortning diskuterades. Var det för att åstadkomma "unloading" exempelvis för att undvika ulnocarpal impaction eller för att få bättre stabilitet i DRUJ.

Intraosseösa membranets distala sneda bandets betydelse poängterades. Det finns inte alltid men om det gör det kan det ha stor betydelse och tex bidra till att osteotomin inte läker. Man rekommenderade proximal osteotomi (>6cm proximalt från caput ulna) om man ville uppnå stabilisering och vid ulnocarpal impaction skulle man överväga mer distal osteotomi.

En session jag bevistade hade rubriken "Getting it right the second time" och gällde reoperationer för vanliga tillstånd.

Alla betonade att det gällde att noggrant definiera orsaken till att det gått snett. Plan B skall också vara annorlunda än Plan A (oftast).

För scaphoideumpseudoartros diskuterades för- och nackdelar med olika typer av vaskulariserade graft. Om de stjälkade inte fungerade så talade mycket för att fria vaskulariserade kunde göra det. Om de var mycket proximala rekommenderades femorkondylgraft och även hamatumgraft kunde fungera för att ersätta proximala poolen. Huvudbudskapet liksom vid flera andra tillstånd var dock det självklara att det gäller att få till det rätt vid första operationen.

Sedan kom man in på misslyckad S-L reinsertion/ rekonstruktion. Vad är orsaken till att den misslyckats och går problemet att lösa? Man får tänka på att röntgenbilderna kan vara abnormala utan att det egentligen är det som är patientens problem. Angående upprepade operationer nämndes att "there is a difference between giving up and knowing when you and the patient had enough". Man får inte undervärdera den negativa effekten av lång immobiliseringstid, rehabiliteringsinsats och att ställa det mot ett osäkert utfall.

Neurotomi "low risk-low reward", artroskopisk debridering eller radiusstyloidektomi avhandlades som alternativ. Vidare diskuterades för- och nackdelar med salvage som PRC och four corner fusion (FCF) där föredragshållaren bl.a. nämnde en åldersfaktor på under 35 år eller aktiv 35-55 åring för FCF. I andra föredrag jag lyssnade till sattes grov gräns till över 60 år för PRC och under 45 år för FCF och däremellan spelade andra faktorer större roll. Man var positiv till total wrist fusion, "one and done".

Ett föredrag handlade om radiusfrakturer men det var svårt att reda i pga av de många olika orsakerna till misslyckande. Intressantare var vad man skall göra om CMC artros kirurgin misslyckats. Först och främst varför gick det fel? Var det fel diagnos eller pga. Scaphoideum-trapeziodeumartros, inkomplett excision av trapezium, MCP artros/ instabilitet, subsidence (vanligaste orsaken men alltid svårt att bedöma klinisk relevans), midcarpal artros, nervskada, eller kanske de Quervains. Sedan var det hur att angripa problemet och där fanns inga evidensbaserade lösningar men man tog upp flera artiklar som handlade om artrodes till metacarpale II, sentransfereringar, sengraft. I en artikel från Munns 2019 hade man 20 % komplikationer vid revisionskirurgin. Herren har också en artikel från 2021 om detta ämne. Ofta gäller det att besluta om en ny mjukdelsoperation har chans att lyckas eller om man ändå måste satsa på artrodes.

Targeted muscle reinnervation (TMR) verkar ha blivit en populär teknik. Ett föredrag handlade om neuromresektion efter amputation. Efter att man delat nerven sys den in till närliggande motornerv och flera studier har visat att det minskar smärta, fantomsmärta. Det finns inga

jämförande studier mellan akut och sen operation men föredragshållaren rekommenderade att man gjorde det akut utifrån sina erfarenheter.

Det var många föredrag om interkarpala ligamentrekonstruktioner från olika auktoriteter som Ross, Wolf, Kakar, Sandow m.fl. Alla är kunniga, har bra biomekaniskt underlag och det verkar väldigt klokt när man hör dem föreläsa ändå kommer de fram till så olika lösningar att man inte vet vem man skall lita på.

En välbesökt instruktionskurs hade titeln "Lambåer för ortopedier". De gick igenom vanliga lokala och en del stjälkade lambåer. Allmänna principer diskuterades och det verkade vara många som använder Integra, åtminstone för temporär täckning av huddefekter. Jag var lite frågande till rekommendationerna. Vi klarar oss utan det och jag tycker mest det verkar dyrt och bara komplicerar. Det kan säkert finnas speciella indikationer och jag har som sagt ingen erfarenhet.

Angående artroplastik höll Hertzberg och Burnier Från Lyon höll ett par föredrag. Jag tycker alltid de kommer med ny information och intressanta vinklingar. Peter Weiss redogjorde för deras erfarenhet av en ny hemiprotes för radiokarpaleden. Det är ett mindre implantat som skruvfixeras i capitatum. Implantatet kan om det behövs senare kompletteras med en radiell komponent som utvecklats av Scott Wolf tillsammans med Joseph Crisco, KenematX. Wolf betonade att denna handledsprotes hade en mer anatomisk design där man framförallt hade tagit hänsyn till handledens normala kinematik. De räknade upp många fördelar jämfört tidigare typer som ReMotion- och Freedom proteserna. Han redovisade resultaten för en prospektiv studie från fem center som hade opererat 23 patienter. Uppföljningstiden var 3-19 månader varav bara 4 hade suttit i mer än ett år! Man hade fått fram fina p-värden på PRWE, ROM och andra parametrar. Pinsamt tyckte jag men de vill väl vara snabba med att visa sina resultat.

En annan session hade rubriken "the Ischemic limb" och handlade om icke traumatiska orsaker till extremitetsischemi. Kirurgi rekommenderades främst för ischemi orsakat av aneurysm, arteriovenösa fistlar och vissa arteriella ocklusioner. Föreläsaren diskuterade också ocklusion och andra komplikationer till följd av injektion. Det kan ju vara en iatrogen komplikation men det var ett litet problem jämfört med de många intravenösa missbrukare som testar att injicera olika krossade tabletter. Sådana finns det många i USA. En sammanställning visade grovt att tidsfaktorn var mycket betydelsefull. För ocklusion på armbågs- och underarmsnivå sas att om patienten diagnostiserades inom 14 timmar så låg amputationsfrekvensen på 4%. Om patienten däremot dök upp efter 14 timmar var amputationsfrekvensen 45%.

Vid distal trombotisering diskuterades trombolys som möjligen kunde övervägas i akuta fall. Man avrådde från sympatiktomi. Kirurgi med vengraft hade visat bra resultat för radialisartären på yngre patienter. Kroniska förändringar vid Raynaud och SLE diskuterades, där var det dystra resultat och sällan indicerat med kirurgi.

Peter Axelsson PhD.

Överläkare

Handkirurgiska kliniken

Sahlgrenska sjukhuset / Mölndal

Peter.axelsson@vgregion.se