

Dansk Knæalloplastikregister: Stigende brug af unikompartmentelle knæalloplastikker

Flere og flere patienter får knæalloplastik, og en stadig større andel bliver udført som unikompartmentelle knæalloplastikker, som giver flere fordele, herunder reduceret indlæggelsestid, lettere rehabilitering og færre genindlæggelser.

Resultat fra årsrapporten, 1. april 2023 – 31. marts 2024.

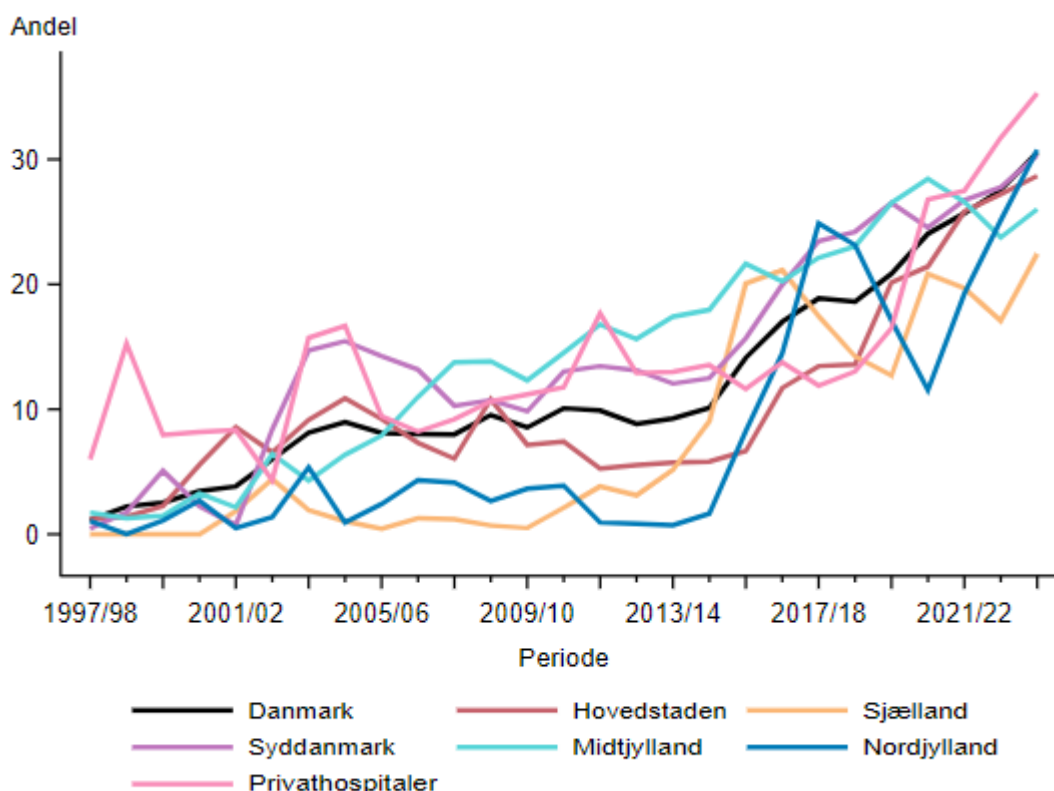
Dansk Knæalloplastik Register fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Antallet af udførte knæalloplastikker var igen stigende og der blev udført 14.878 førstegangsoperationer og 1.342 revisioner. Det er derfor vigtigere end nogensinde, at databasen udvikler sig, med et skarpt fokus på forbedret klinisk kvalitet. Derfor har databasen fået nye testindikatorer med fokus på uønskede hændelser efter operationen. Vi kan nu rapportere andelen af patienter som får foretaget et brisement af knæet grundet dårlig bevægelighed af knæled og andelen der får protesenær infektion.

Unikompartmentel Knæalloplastik (UKA)

Alle kvalitetsindikatorer er opdelt i total knæalloplastik (TKA) og medial unikompartmentel knæalloplastik (UKA) for at kunne differentiere mellem disse to hyppigst anvendte knæoperationer. I de seneste år er der sket en stor udvikling i andelen af patienter, som får en UKA i Danmark (figur 1), hvilket understøttes af både publikationer og seneste data fra registreret.

Trendgraf, region: andel af alle primære knæalloplastikker, hvor der indsættes mediale UKA (procesindikator 5).



Indlæggelsestiden for patienter der opereres med UKA er nu blot 0,7 dage, mens den er 1,1 for patienter med TKA. Ligeledes ses, at patienter med UKA har en lavere genindlæggelsesrate end patienter med TKA indenfor 30 dage (1,7 % mod 2,9 %). Derudover viser den nye testindikator at patienter med UKA har en betydelig lavere risiko for at udført et brisement indenfor et år (0,3 %), sammenlignet med patienter med TKA (3,0 %), hvilket afspejler en bedre ledbevægelighed og et lettere genoptræningsforløb efter UKA.

Tidligere har patienter med UKA haft en større revisionsandel, hvorfor mange kirurger var tilbageholdende med at udføre netop den type knæalloplastik. Men tidligere studier har vist at en sund praksis hvor man som kirurg og afdeling udfører mindst 20 % UKA er meget vigtigt for at mindske risiko for revision. Ydermere, er tidlig oplæring i brug af UKA og korrekte indikationer for operationen og revision vigtig. Disse parametre har vi stort fokus på blandt forskere i Danmark og i DKR's styregruppe, og det tyder på, at denne praksis har haft god effekt. Stort set alle afdelinger i Danmark laver over 20 % UKA, og vi kan se at 10 års proteseoverlevelsen (ikke re-opererede knæ) på afdelinger med denne praksis er stort sammenlignelig med TKA (92 % vs 94 %). Det er positive data og unikt i international sammenhæng.

Det skal pointeres, at behandling med UKA kun bør tilbydes til patienter med en bestemt type slidgigt. Alle patienter kan altså ikke få tilbuddet om en UKA, men studier har vist at

op mod 50 % af patienter med slidgigt i knæet har den type af slidgigt, hvor UKA kan være indiceret. Derfor bliver det heller aldrig et mål, at få andelen af UKA op på 100 %.

Årsrapporten har været i kommentering hos alle regioner.

Hele årsrapporten kan læses på sundk.dk <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-knaealloplastik-register-dkr/viden/>

Forfattere (styregruppens medlemmer): Martin Lindberg-Larsen, Amir Pasha Attarzadeh, Svend Erik Østgaard, Daan Koppens, Christian Wied, Andreas Kappel, Thomas Linding Jakobsen, Carsten Bruun, Frank Petersen, Sanne Opstrup Villekjær, Pernille Iversen, Troels Mark Christensen.

Interessekonflikter: ingen

