

# DOS BULLETIN



NR. 1      JANUAR 2007      36. ÅRGANG

<b>FORÅRSMØDET 2007</b> .....	<b>3</b>
<b>INDKALDELSE AF ABSTRACTS</b> .....	<b>3</b>
<b>REGLER FOR INDSENDELSE AF ABSTRACTS</b> .....	<b>4</b>
<b>BESTYRELSEN INFORMERER</b> .....	<b>6</b>
DOS BULLETIN 2007 .....	7
DOS FONDEN .....	8
GÖRAN BAUER'S GRANT 2007 .....	10
<b>UDDANNELSESUDVALGET INFORMERER</b> .....	<b>11</b>
SPECIALESPECIFIKKE KURSER 2007 .....	11
<b>KORRESPONDANCER:</b> .....	<b>15</b>
AAOS KURSUSREFERAT .....	15
<b>MØDER OG KURSER I DANMARK OG UDLANDET</b> .....	<b>26</b>

---

# **DOS BESTYRELSE**

---

## **Formand**

Overlæge, professor, dr.med.  
Cody Bünger  
Ortopædkirurgisk afdeling E  
Århus Sygehus, Nørrebrogade 44,  
8000 Århus C.  
E-mail: cbung@as.aaa.dk

## **Næstformand**

Overlæge  
Per Kjærsgaard-Andersen  
Ortopædkirurgisk afdeling  
Vejle Sygehus, Kappeltoft 25,  
7100 Vejle.  
E-mail: pka@dadlnet.dk

## **Kasserer**

Overlæge ph.d.  
Bo Sanderhoff Olsen  
Ortopædkirurgisk afdeling T  
Amtsygehuset i Herlev, Herlev Ringvej  
2730 Herlev  
E-mail: bosolsen@jubii.dk

## **Redaktør**

Afdelingslæge  
Michael Nielsen  
Ortopædkirurgisk Klinik, 2161  
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
E-mail: cykellaegenielsen@dadlnet.dk

## **Sekretær**

Overlæge, dr.med. Bjarne Møller-Madsen  
Ortopædkirurgisk afdeling E  
Århus Kommunehospital  
Nørrebrogade 44  
8000 Århus C  
Tlf. 89 49 41 08  
E-mail: bmmad@as.aaa.dk

## **Betingelser for optagelse i DOS**

Alle læger med dansk autorisation kan optages i Dansk Ortopædisk Selskab.

Anmodning om indmeldelse skal ske skriftligt eller via DOS's hjemmeside [www.ortopaedi.dk](http://www.ortopaedi.dk), anmodningen skal stiles til bestyrelsen og indsendes sammen med oplysninger om personlige data til sekretæren Bjarne Møller-Madsen.

## **DOS-Bulletin**

### **Udgiver**

Dansk Ortopædisk Selskab

### **Ansvarshavende redaktør**

Michael Nielsen

### **Web-page**

[www.ortopaedi.dk](http://www.ortopaedi.dk)

### **Redaktion og annoncer**

c/o Annette van Hauen  
HovedOrtoCentret, 2-10-1  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
e-mail: avh@rh.dk

### **DTP & Tryk**

Kandrup Bogtryk  
Århusgade 88, 2100 København Ø  
Tlf. 3543 6000 · Fax 3543 6008  
[tryk@kandrup.dk](mailto:tryk@kandrup.dk) · [www.kandrup.dk](http://www.kandrup.dk)

## **ISSN 0902-8633**

---

### **DEADLINES FOR NÆSTE BULLETIN**

**ANNONCER: Fredag den 12. januar 2007**

**TEKST: Fredag den 2. februar 2007**

---



## **DOS Forårsmøde 2007 afholdes i Århus**

**Torsdag den 10. og fredag 11. maj.**

Den ortopædkirurgiske afdeling på Århus Sygehus vil være vært. I forbindelse med mødet afholdes DOS generalforsamling 2007.

Der afholdes videnskabelige sessioner begge dage samt en posterkonkurrence.

### **HUSK!!**

DOS Generalforsamling afholdes ligesom sidste år om torsdagen d. 10. maj 2007 om eftermiddagen – mød op.

#### **Indkaldelse af Foredrag og Posters**

Der indkaldes hermed foredrag og posters til forårsmødet 2007  
Der skal kun fremsendes abstracts på engelsk.

*Det er fortsat kun muligt at tilmelde abstracts via DOS's Hjemmeside.  
Denne procedure har været en stor succes og fortsætter uændret.*

Bestyrelsen kan vælge at afvise abstracts som ikke overholder de angivne formkrav (se følgende sider).

Abstracts kan tilmeldes på Hjemmesiden frem til deadline:

**Mandag, den 19. februar 2007.**

Der forventes i løbet af **uge 11** udsendt meddelelse om de indsendte abstracts er antaget. **Red.**

Regler for indsendelse af:

# ***Abstracts og poster***

til DOS' møder

## **Abstracts**

Skal forfattes efter de instruktioner der står på DOS's Hjemmeside: [www.ortopaedi.dk](http://www.ortopaedi.dk), under menuen Møder:

Som hovedregel accepteres kun arbejder, der ikke har været publiceret tidligere. I visse motiverede situationer kan denne regel dog fraviges. Såfremt dette er tilfældet, bedes du argumentere i kommentarfeltet.

Alle medforfattere skal have læst og accepteret fremsendelsen af abstractet.

Det er alene bestyrelsens afgørelse om det fremsendte abstract skal præsenteres som poster eller foredrag. Enkelte arbejder egner sig dog bedst til poster, hvilket kan angives i feltet "ønsket præsentation".

Selve teksten (ekskl. titel, forfatternavne og afdelinger) må ikke fylde mere end 1.850 tegn og skal opdeles med følgende overskrifter, som begynder med STORE bogstaver på ny linie:

INTRODUCTION  
MATERIAL AND METHODS  
RESULTS  
CONCLUSION

Såfremt der er plads på siden kan referencer, enkle figurer og tabeller inkluderes i overensstemmelse med formatspecifikation som i *Acta Orthopaedica* (se deres hjemmeside).

# **Foredraget tilmeldes og sendes kun via DOS's Hjemmeside**

## **Projektion og Posters**

Der vil *ikke* være mulighed for anvendelse af lysbilleder, kun enkeltprojektion fra PC (*kun* Microsoft Power-point 2000 el. tidl.) Projektorbilledtekst og posterteksterne skal være på engelsk. Posters skal holdes indenfor formatet 150 cm x 100 cm (højde x bredde). Overhead-projektor forefindes ikke.

Såfremt de ovenfor beskrevne krav ikke er overholdt, kan bestyrelsen vælge at afvise abstract.

*Red.*



## **DOS Bulletin 2007**

Bulletinen udkommer efter planen også i år 2007 med seks udgaver. Med henblik på at sikre at information til DOS medlemmer, herunder korrespondancer, anmeldelser, annonceringer af møder og andet når ud i tide, er der nedenfor angivet en liste over planlagte deadlines for indlæg i Bulletinen i år 2007. Listen er vejledende, idet justeringer kan forekomme. Deadline for annoncer ligger fortsat tidligere end for tekstsider, da produktionstiden for annoncer er længere end for tekstsider. Annonceringer af møder, kurser og kongresser regnes for tekstsider. På Bulletinens side 2 nederst vil næste og gældende deadline hver gang være trykt.

Der kan ikke garanteres optagelse af større indlæg i visse numre.

Husk det er fortsat muligt at sende mindre indlæg, kommentarer og informationer direkte via formularen på hjemmesiden. Det vil dog fortsat være nødvendigt at sende en mail hvis man har længere skrifter, lange mødereferater og store kursusprogrammer. Skal sendes til: [cykellaegenielsen@dadlnet.dk](mailto:cykellaegenielsen@dadlnet.dk)

Bulletinen vil i løbet af 2007 få ny redaktør da d.gl.red. falder for aldersgrænsen.

**Red.**

## **DOS Bulletin deadlines 2007**

### **2007**

Bulletin No:	Deadline Annoncer	Deadline Tekst	Udsendes Uge:
1			3 - 4
2	Fredag 12.01.	Fredag 02.02.	9 - 10
3	Fredag 23.02.	Fredag 09.03	16 - 17
4	Torsdag 03.05	Fredag 18.05	25 - 26
5	Fredag 03.08	Fredag 17.08.	37 - 38
6	Fredag 31.08	Fredag 07.09	41 - 42
1	Fredag 16.11	Fredag 07.12	3 - 4

### **Deadlines for abstracts til DOS' møder 2006**

	Deadline Forårsmøde	Deadline Årsmøde
Abstracts	19. februar	20. august
Forventet svar abstracts	Uge 12	Uge 37

## **DOS Fonden**

Der indkaldes hermed motiverede ansøgninger til DOS Fonden's udde-  
ling foråret 2007.

DOS Fonden har til formål at fremme forskning og uddannelse inden for  
ortopædisk kirurgi ved ydelse af støtte til studieophold i udlandet eller  
andet der af bestyrelsen skønnes egnet hertil.

**Ansøgninger skal være modtaget inden den 19. februar 2007**

Det skal pointeres at ansøgningen skal være bestyrelsen i hænde før den  
planlagte aktivitet er afholdt.

Ansøgning ledsaget af budget og curriculum vitae indsendes til selska-  
bets formand.

Såfremt der ikke vedlægges detaljeret budget og curriculum vitae, eller  
hvis andre formkrav ikke er overholdt, vil ansøgningen ikke blive  
bedømt.

*Bestyrelsen*

## **Donation**

Igen i år 2007 vil firmaet Protesekompagniet donere en betydelig sum  
penge til DOS Fonden. Pengene vil blive tildelt berettigede ansøgere  
efter fondsbestyrelsens vurdering.

DOS Bestyrelsen vil gerne takke Protesekompagniet!

*Red.*



## **EFORT Travelling Fellowship**

DOS støtter deltagelse for en fase 3 læge i det EFORT Travelling Fellowship, som afholdes i efteråret 2007.

Hvis det har interesse skal man sende en motiveret ansøgning til formanden for DOS Bestyrelsen.

Sted og deadline annonceres senere.

*Bestyrelsen*

## **Fripladser til AO-Course**

Firmaet Synthes vil igen i år tildele DOS Fonden 3 fripladser til AO-kurset i Middelfart 24. - 27. september. Pladserne vil blive fordelt via DOS Fonden.

Hvis man ønsker at søge om en af disse fripladser skal man sende en ansøgning til DOS Fonden og huske at anføre ansøgning om friplads.

DOS Bestyrelsen vil gerne takke Synthes for donationen.

*Red.*



**Nordic Orthopaedic Federation**

Bjarne Møller-Madsen

Secretary-General

## ***Apply for Göran Bauer's Grant!***

Göran Bauer's grant - the return of 1.000,000 DKK, approx. 70.000 DKK - is annually given to members of the Nordic Orthopaedic Federation. The purposes of the grant are to support study tours to orthopaedic institutions as a part of a scientific project, and to sponsor scientific meetings. In both instances the work should be aiming at a publication in Acta Orthopaedica.

The application should be e-mailed to:

bjarne.moeller.madsen@as.aaa.dk. Deadline March 31, 2007. The application, in English, must include the following headings: Introduction, research plan or work plan, an outline of the budget, and a short CV.

***The grant application must be sent electronically, attached as a Word file, and it must not exceed 10.000 characters (including spaces), preferably less, applications longer than 10.000 characters WILL BE TRUNCATED AND THUS NOT SENT IN EXTENSO TO THE NOF BOARD. Please name the file X.doc, x=your name.***

The decision will be taken by the NOF board in June 2007.

***Bjarne Møller-Madsen***

## **Specialespecifikke kurser 2007**

<b>Kursus</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Sted</b>	<b>Delkursusleder(e)</b>
<b>Hofte- og knæ Kirurgi</b>	Uge 3 Man-onsdag	Hvidovre Hospital	<i>Steffen Jacobsen Stig Sonne-Holm</i>
<b>Børneortopædi</b>	Uge 6 Man-onsdag	Hillerød Hospital	<i>Klaus Hindsø</i>
<b>Rygkirurgi</b>	Uge 18 Man-onsdag	OUH	<i>Karsten Thomsen</i>
<b>Onkologi og Tumor</b>	Uge 21 Man-torsdag	Århus Sygehus	<i>Johnny Keller</i>
<b>Håndkirurgi</b>	Uge 22 Tirs-torsdag	Vejle sygehus	<i>Lis Barfred</i>
<b>Statistik</b>	Uge 36 Man-onsdag	OUH	<i>Jens Lauritsen</i>
<b>Fod- og ankel Kirurgi</b>	Uge 39 Man-tirsdag	Aalborg Sygehus	<i>Preben Lass</i>
<b>Traumatologi</b>	Uge 40 Hele ugen	RH	<i>Henrik Grønberg</i>
<b>Skulder- og Albuekirurgi</b>	Uge 46 Man-tirsdag	Århus Sygehus	<i>Jens Ole Søjberg</i>
<b>Idræts-traumatologi</b>	Uge 49 Man-onsdag	BBH	<i>Michael Krogsgaard</i>
<b>Færdigheds-kurser</b>	Uge 13 + 44 Hele ugen	Århus Sygehus	<i>Ebbe S. Hansen</i>

## **De kliniske ortopædkirurgiske databaser får fælles administration**

De nationale ortopædkirurgiske kliniske databaser er i år sammenlagt i en fælles administrativ enhed ved Kompetencecenter Nord, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Sygehus.

De nuværende databaser er: Dansk Hofteloplastik Register, Dansk Knæalloplastik Register, Dansk Skulderalloplastik Register, Dansk Korsbånd Register og Dansk Ganz Osteotomi Register. Endvidere arbejdes der aktuelt på etablering af en database for discusproteser. Disse databaser havde indtil 2006 selvstændig struktur og administration, men de er nu sammenlagt administrativt og indtastning af data foregår via en fælles internetportal. Endvidere er rapportering til afdelinger og årsrapporter blevet samordnet. Det faglige indhold og tolkning af resultater fra databaserne foregår stadig gennem individuelle styregrupper bestående af subspeciale ortopædkirurger og repræsentanter fra Kompetencecenter Nord og den registeransvarlige myndighed, d.v.s. Region Midtjylland.

I juni i 2006 trådte en ny bekendtgørelse om kliniske kvalitetsdatabaser i kraft. Det pålægges herefter alle sygehusejere, offentlige såvel som private, samt praktiserende sundhedspersoner at indberette oplysninger til de kliniske kvalitetsdatabaser, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen efter bekendtgørelsen. Bekendtgørelsen medfører endvidere, at indberetninger til godkendte kvalitetsdatabaser kan ske uden samtykke fra patienten.

Bekendtgørelsen kan findes på følgende adresse:

<http://www.retsinfo.dk/DELFIN/HTML/B2006/0045905.htm>

Bekendtgørelsen understreger de kliniske kvalitetsdatabasers vigtige rolle i det danske sundhedsvæsen, idet disse fremover rangerer på lige fod med en række administrative registre som drives af Sundhedsstyrelsen inklusive Landspatientregisteret, Cancerregisteret og Dødsårsagsregisteret.

Indberetningspligten vil forhåbentlig løfte complethedegraden af alle de kliniske kvalitetsdatabaser, inklusive de ortopædkirurgiske. Dette vil medføre mere valide datasæt med heraf følgende bedre mulighed for at understøtte kvalitetsudvikling af de store behandlingsområder indenfor ortopædkirurgien. Vi vil anmode alle ortopædkirurger som arbejder indenfor de områder, hvor der findes nationale kliniske databaser, om at sikre at indberetning til disse indbygges i afdelingernes daglige arbejde således at afdelingerne lever op til indberetningspligten. Databaserne samt Kompetencecenter Nord bistår gerne med råd og vejledning i denne proces.

*John Jakobsen, Dansk Skulder Alloplastik Register*

*Martin Lind, Dansk Korsbånds Register*

*Ulf Lucht, Dansk Hoftelloplastik Register*

*Bjarne Lund, Dansk Knæalloplastik Register*

*Kjeld Søballe, Dansk Ganz Osteotomi Register*

## **Henrik og Emilie Ovesen Foundation**

Rejselegat til studieophold (ikke kongres) uddeles i ulige år til en speciallæge i ortopædisk kirurgi eller cand.med med påbegyndt hoveduddannelse inden for dette speciale.

Legatet giver en god mulighed for studieophold på én eller flere klinikker og kan varmt anbefales.

### **Legatportion på 8.500 USD (kan evt. opdeles i to portioner)**

Der er ikke ansøgningsskema, men ansøgningen skal indeholde kortfattet curriculum vitae, rejseplan, rejsemål, budgetoverslag og stiles til legatudvalget.

Ansøgning for 2007 indsendes inden d. 15. februar til:

Overlæge, dr. med. Johnny Keller  
Ortopædkirurgisk afd E  
Århus Sygehus  
8000 Århus C

# **American Academy of Orthopaedic Surgeons**

## **Techniques and Insights for Primary and Revision Total Knee Arthroplasty #3014.**

**October 27-29, 2006, Orthopaedic Learning Center, Rosemont, IL.  
USA. Directors: Giles R Scuderi, MD and Kenneth A. Krackow, MD.**



Kurset varede 22 timer, fordelt på 2½ dag. Der var 71 registrerede deltagere. Herudover et 26 mand stort ekspertpanel/Faculty. Kurset er ret intensivt, med paneldiskussioner også i frokostpausen. Det består af korte forelæsninger, varieret med

videotransmitterede live kirurgi demonstrationer på kadaverben udført af ekspertpaneldeltagerne, afvekslende med 'hands-on' kirurgiske procedurer hvor kursusdeltagerne efterprøver procedurerne. Jeg havde forhåndstilmeldt mig til de instrumenter vi bruger i vores klinik, med hensyn til uniknælloplastik, MIS- og revisionsinstrumenter. Fuldt instrumentarium var til stede. Firmarepræsentanter var behjælpelige med assistance til operationerne og vejledte med hensyn til instrumenternes brug. Ekspertpanelets deltagere deltog ulønnet i forelæsninger, og stillede sig velvilligt til rådighed til foredrag, besvarelse af spørgsmål, og ikke mindst, til supervision af vores kirurgiske procedurer. Der var et kadaverben til rådighed pr. to kirurger. En finne, jeg, og en canadier var de eneste ikke-amerikanere.

Da kurset var færdig blev jeg i Chicago en ekstra dag, hvor jeg tog med subway toget til downtown Chicago (½ time). Jeg måbede over skyskraberne, og den åbenlyse demonstration af velfærd på shoppingstrøget 'The Magnificent Mile', hvor alle de store mærkevarer er ganske overdådigt repræsenteret på en 1½ km lang strækning af Michigan Ave-

nue. Lake Michigan har en flot hvid sandstrand ved søbredden. Det meget hvide og fintkornede sand er formentlig pumpet ind artificielt. Byen byder på kunst/kultur, restauranter, musik, parker og Sears Tower; verdens 3. højeste bygning. Der skulle være rigeligt at beskæftige sig med for selv den kræsne globetrotter. Hyatt Rosemont hotellet ligger lige ved siden af OLC kursusfaciliteterne i AAOS' bygning. Fra Chicago O'Hare lufthavnen afgår løbende en gratis shuttle bus direkte til hotellet. Shuttle bussen kan også benyttes til at komme til Hyatt Regency søsterhotellet som ligger lige ved 'Blue line' elevated train/subway, som går direkte til Chicago Down Town. "The loop" er et trafik knudepunkt i centrum af Chicago hvor man bekvemt kan skifte fra den ene toglinje til den anden via underjordiske gangtunneller med god vejledende skiltning. Meget nemt og billigt!

Kursets første dag omhandlede uniknæalloplastikker, TKA og MIS. Den næste dag var helliget revisionsoperationer. Den tredje dag blev generelle emner som infektion og neurovaskulære komplikationer debatteret. Udover Course Directors deltog, så vidt jeg kan vurdere, mange af de store professorer. Leo Whiteside, Thomas S. Thornhill, Aaron G. Rosenberg, Daniel J. Berry, Gerard A. Engh, Richard S. Laskin, Kelly Vince, Robert E. Booth, m.fl. Der er en god stemning. Kurset har, måske lidt i modsætning til blandt andet CCJR møderne, et meget non-kommercielt præg. Det er tydeligvis den officielle målsætning med kurset at procedurerne og implantaterne diskuteres på et principielt plan, og ikke produkt- eller firma relateret. Der blev på intet tidspunkt nævnt firmanavne eller -præferencer i foredragene. Ekspertpanel deltagerens eventuelle firmarelationer fremgår tydeligt af den 280 sider store abstract samling. I abstract hæftet findes også dokumenter vedrørende AAOS anbefalinger mht. antibiotikaprofylakse, blodtransfusion, blandt andet. Der er livlig og relevant og objektiv diskussion på kurset, og der er en venlig, lidt udfordrende tone, men meget konstruktiv, og målrettet atmosfære.

*Ekspertpanel Live Surgery demonstration:* Følgende procedurer blev live video demonstreret: Proksimal tibiaosteotomi, closed wedge; med krampefiksation. UKA. TKA/Rev.-TKA: Balancering af varus knæ. Balancering af valgus knæ. Korrektion af fleksionskontraktur. Korrektion af recurvatum. MIS TKA. CAS navigation i TKA. Revision: Udvidet kirurgisk frilægning/adgang. Distal og proksimal teknik: Quad snip, VY



turndown og tuberositas tibia osteotomi og -refiksation. Teknikker til fjernelse af cement og implantat. Knogletransplantations teknik. Behandling af store knogledefekter med strukturel allograft. Akut patella tendon avulsion. Kronisk: Ekstensor mekanisme allograft.

*Hands-on kirurgi.* Følgende procedurer kunne vi kursus deltagere udføre: MIS UKA. MIS TKA. Udvidet kirurgisk eksposition ved revisionskirurgi. Tuberositas tibia osteotomi. Quad snip. VY turndown. Brug af modulære augments/metalblokke og offset stems til revisions implantater.

Der hviler en ret uformel stemning over hele kurset. Ekspertpanelets deltagere er meget let tilgængelige. Vi har samme blå op-dragter på, spiser i samme rum. Jeg synes det var ret sjovt at sidde ved siden af mr. Leo Whiteside, mr. Aaron Rosenberg, Mr. Engh, og mange andre, og gnaske en sandwich, taget fra en papirpose, med en lille karton skummetmælk som drikke til. Jeg fik lejlighed til at komplimentere mr. Leo Whiteside for hans bog vedrørende bløddelsbalancering ved knæalloplastik. Det er spændende at tale med eller høre foredrag af disse dygtige kirurger som har haft betydning for ens egen kirurgiske praksis.

Der er på et sådant kursus utroligt mange budskaber som afleveres på kort tid. Jeg var ovenud tilfreds med kurset. Jeg skal prøve her at gengive de indtryk som jeg hæftede mig mest ved.

*UKA:* Det var tilfredsstillende ved uniknæproceduren på kadaverbenet at få lejlighed til i ro og mag at gennemtænke postoperative rgt. billeders udseende sammenholdt med betydningen af eventuelle små vinkelkorrektioner i proceduren undervejs. På kadaverbenets meget porøse spongiosa kunne man også tydeligt se konsekvenserne af især et for lille tibia-plateau, idet protese pladen, hvis underdimensioneret, meget tydeligt kunne ses at synke ned i tibiaknogle. De gode resultater fra Oxford gruppens UKA blev refereret<sup>9</sup>.

Vedrørende *MIS teknik* blev eventuelle ulemper gjort tydelige ved hands-on kirurgien. MIS proceduren er sværere, oversigten er dårligere. Det tager længere tid, og øger risikoen for ukorrekt afsavning, fejl i centrerings af implantaterne, avulsioner/frakturer, m.m. Det blev også understreget, at MIS teknik fordrer stor kirurgisk erfaring. Det syntes således som om den første eufori havde lagt sig til fordel for mere velovervejethed

strategi. Foredragsholderen vedr. MIS kirurgi blev introduceret meget humoristisk af dr. Aaron Rosenberg med ordene: "Now Dick (Richard S. Laskin<sup>7</sup>) is going to brag about how small his is"... De fleste kirurger forklarede patienterne at sårlængden havde stor sammenhæng med "kjolestørrelsen", ihukommende at der er mange overvægtige mennesker i USA. Man benyttede helst termen; "less invasive surgery", snarere end "minimally invasive surgery". Ingen insisterede på at holde incisionerne korte for enhver pris. Der blev redegjort for proceduren med "fleksibelt vindue"; at man ved at benytte incision ud i vastus medialis ("mid/sub vastus approach") og ved at mobilisere hud/bløddede lateralt/medialt, og ved at veksle mellem ekstension/fleksion kunne opnå den nødvendige oversigt. Patella blev ved MIS TKA ikke everteret, blot forskudt lateralt. Der blev citeret fra et endnu ikke publiceret studie<sup>8</sup> som viste ( $p < 0,01$ ) signifikant mindre tendens til patella baja (lavtstående patella) efter TKA uden patella eversion. Dette blev forklaret med heraf følgende mindre tendens til skrumpning/ardannelse i patella senen. Formindskelsen i patella baja prævalens fandtes også korreleret til øgningen i postoperativ ROM opnået ved MIS kirurgi.

*CAS kirurgi.* Dr. Kenneth Krackow, en af kursuslederne, foretog en CAS (computer assisted surgery) TKA procedure, videotransmitteret. Der var udbredt direkte skepsis mod metoden blandt tilhørerne som kom med spredt latter og kritiske udbrud (som han dog ikke kunne høre, da han stod i et andet lokale) under kirurgien. Mr. Krackow indjusterede afsavningsblokkene ved hjælp af computer teknologien, savede af, og verificerede derefter afsavningerne ved hjælp af de computerstyrede pejleinstrumenter. Stor moro vakte det imidlertid da han dernæst foretog frihånds afsavning for at rette knoglefladen til. Moderatoren, dr. Aaron Rosenberg, bidrog også med ironiske kommentarer her. Imidlertid redegjorde mr. Krackow retteligen for at CAS ikke er robotkirurgi. Computeren benyttes netop som en hjælp til at fortælle kirurgen om han er på rette vej, ikke til at udføre kirurgien for lægen. Den pointe fandt ikke accept i den lige ved denne lejlighed noget mistroiske forsamling. Evident synes det at være, at alloplastik proceduren tager noget længere tid CAS vejledt. CAS kirurgi skulle give færre "skæverter", er det efterhånden dokumenteret i flere randomiserede arbejder, blev det fremlagt<sup>6</sup>.

Bløddelsbalancering: Dr. Leo Whiteside gennemgik bløddelsbalancerin-

gen efter sin metode<sup>1,2,3</sup>. Han er utrolig elegant i sin fremlægning; præcis og med en tør, humoristisk facon. Man fornemmede stor respekt for ham blandt kollegerne. Han gik noget imod strømmen i visse henseender. Han anvender tilsyneladende ucementerede CR (cruciate retaining) primære alloplastikker, og foretager gerne tibia osteotomi ved behov for udvidet adgang ved revisioner. Flertallet af paneldeltagerne synes ved den primære alloplastik at anvende cementerede PS-RP knæ, og i revisionsøjemed at anvende Quadrip (eller meget sjældent V-Y turndown) ved behov for udvidet adgang, snarere end tuberositas tibia spange. Ved dr. Whitesides gennemgang af *tuberositas tibia osteotomi* adgangen blev der advokeret for at man helst skal tage en stor knogleklods ud. Ved anvendelse af langt revisionstibiastem skal der anvendes lang spange og man skal prøve at undgå 'stress rising' som kan forekomme hvis tibiaspangen og tibiastemmet når til samme niveau på tibiaknoglen. Dette pointeredes vigtigt for at undgå tibia fraktur. Tuberositas spangen skal fikseres med lavprofil kabler (som Whiteside i øvrigt selv producerede). Kablerne skal føres gennem knoglen i spangen og tibia, fordelt til hver side af spangen. Man anvender 2, gerne 3 kabler i alt. Der er sjældent problemer med indheling af spangen ifølge dr. Leo Whiteside. Spangen skal udsaves skråt opad proksimalt, således at migration i proksimal retning hindres apikalt af knoglebro. Kablerne måtte gerne føres omkring revisionsprotesens tibiastem, blev det fortalt.

Der var heller ikke enighed om metoderne til bløddelsbalancering. Dr. Leo Whiteside viste at popliteus senen strammer knæet lateralt både i ekstension og fleksion, men mest i fleksion. Ved lateralt stramt fleksionsgap anbefaler dr. Leo Whiteside at man kan løsne popliteus senen anteriort fra laterale femurepikondyl. Andre foredragsholdere, blandt andet Douglas A. Dennis, mente at dette er en 'historisk' teknik, og anbefalede at man ved valgus knæ og dermed lateralt stramme bløddel skåner popliteus senen, og i stedet udfører 'pie crust' teknik<sup>4</sup> (tærteskorpe, dir. oversat). Ved denne teknik løsner man ekstensionsgap'et lateralt ved at man først inciderer lig. arcuatum ved knæet eksterenderet og distraheret med lamina spreaders og derefter foretager punkt incisioner overfladisk i posteriore kapsel lateralt for popliteus senen. Popliteus senen skånes således ved denne teknik. Nervus peroneus er lokaliseret 1,49 cm (0,91-2,18 cm) fra posterolaterale aspekt af proksimale tibia<sup>4</sup>. Tilsyneladende anvendte som nævnt flertallet af kirurgerne posterioort stabilise-

rede alloplastikker med Rotating platform som præference i primær TKA henseende. Jeg har overvejet, om reservationen mod release af poplitus senen således kan stamme fra flertallets brug af PS-RP alloplastik hvor man i sagens natur recesserer PCL og derved har en større åbning af fleksions gap'et, end hvis man anvender CR (Cruciate Retaining) protese som dr. Leo Whiteside gør. Ved "Pie Crust" teknik åbnes ekstensionsgap'et lateralt uden at påvirke fleksions gap'et. Min umiddelbare fornemmelse er at det kræver gode nerver hos kirurgen mht. risiko for peroneus læsion at udføre 'pie crust' teknik. Douglas A. Dennis rapporterede dog at de kun meget sjældent havde haft peroneus påvirkning ved laterale releases af ekstensionsgap'et udført på denne vis<sup>5</sup>.

Leo Whiteside anbefalede ekstrasynovial kupering af tractus ileotibialis senen som første step i tilfælde af stramt lateralt ekstensions gap og normalt fleksionsgap. (Disse noget komplekse forhold beskrives rigtig godt i Leo Whitesides bog<sup>3</sup>, synes jeg). Man drillede hinanden venskabeligt med hvorvidt man brugte skarpe eller stump instrumenter til release af bageste kapsel ved de posteriore femurkondyler ved stramt ekstensionsgap. Mr. Whiteside advokerede for skarpe instrumenter og release af kapslen subperiostealt posteriort på femurkondylerne.

Failures: Dr. Kelly G Vince fremlagde algoritme<sup>19</sup> til at udføre *revisions TKA*. 1. Stil en diagnose; hvad er grunden til failure af primært implantat? 2. Revidér, undgå at gentage samme fejl. 3. Anvend revisionsimplantat systemer<sup>21</sup>. 4. Revider alle komponenter. 5. Alignment og fiksatoren er interrelaterede.<sup>12, 13, 14, 15, 16</sup> Nøgle til revisions TKA: Flexions gap: Determineres af femurkomponentens størrelse. Ekstensions gap: Determineres af femur komponentens placering i proksimal/distal retning. Mr. Kelly G Vince var meget struktureret og noget radikal i sine tanker. Han mente at man altid skulle revidere alle implantater<sup>20</sup>, og skulle være rundhåndet med at anvende stemmede komponenter. Han mødte lidt skepsis for sin til tider kategoriske fremlægning. Argumentet for total revision er at failure/implantatsvigt oftest er multifaktorielt betinget og forårsaget af begge hovedkomponenters fejlplacering. Hvis man undlader at revidere både tibia- og femur komponenten kan man risikere ikke at løse selve årsagen til failure. Hyppig årsag til failure: Tibiakomponenten er i varus, eller der er ligament ubalance. Udadrotation af specielt femurkomponenten er også vigtig, blev det pointeret. Patella frakturer opstår hyppigst pga. patellasporingsproblemer, mente Kelly G Vince,

som videre pointerede at patella frakturer oftest kan behandles konservativt. Evt. kan det blive nødvendigt at fjerne løs patellaknap og/eller løse fragmina. Er der forreste knæsmerter uden failure kan det skyldes impingement af knoglefacetter mod femurkomponenten. 'Facettectomy' blev i dette tilfælde beskrevet som et indgreb med rigtig god effekt.

Modulære tibiapolyethylen indsatser kan give massiv (ballooning) osteolyse pga. 'backside wear'. Monoblock tibia systemer blev ligesom PS-RP systemer præsenteret med gode langtidsresultater.

Registerundersøgelser: Mange foredragsholdere beklagede at man ikke havde et nationalt register i USA; kun Mayo klinikken førte organiseret registrering. Der blev angivet en del referencer til det Svenske og Norske knæregister.

*Revisions TKA* med metal blokke ('augments') til understøttelse af protesekomponenterne i tilfælde af lokaliseret knogletab: Metalblokken skal når anvendt på femur oftest placeres bag laterale femurkondyl for at sikre tilstrækkelig ekstern rotation af femurkomponenten. Dette skal selvfølgelig individuelt vurderes. Dr. E. Michael Keating gav desuden den 'tommelfingerregel' vedrørende revisionsoperationer at der fra mediale femur epikondyl oftest skal være ca. 30 mm til ledlinien af revisionsprotesen og fra laterale femur epikondyl oftest ca. 25 mm til proteSENS ledlinie. Afstanden fra epikondylerne til distale og posteriore del af proteSen skal være omtrent den samme. Derved stiler man mod at proteSen i hvert fald bidrager til samme fleksions- som ekstensionsgap. Desuden skal der almindeligvis være ca. 10 mm fra fibulas overkant til tibiapolyethylenets overkant. Disse mål giver et vist omtrentligt holdepunkt for hvor meget man skal supplere med graft eller hvor store metalblokke der skal påsættes. (E. Michael Keating).

Ved stort knogletab i form af delvist tab af kondyl eller plateau kan man anvende strukturel caput graft. James B. Stiehl demonstrerede ved en videotransmitteret live kirurgi session hvorledes brusken blev fræset af et hoftelædhoved med en kuppelfræser á la resurfacing til THA. På tibia eller femursiden af patient knoglen fræsedes med en kugle reamer til frisk blødende spongiosaknogle. Dernæst blev det afbruskede femur caput midlertidig fikseret til patient knogle med K-tråde. Herefter blev

graften savet til og tilpasset recipientknoglens konturer, og man kunne nu fortsætte med knoglebehandlingen og den videre procedure til revisionsalloplastik. Det blev af Mr. Stiehl hævdedet at der havde været gode resultater<sup>10,11</sup> med denne strukturelle grafting teknik i tilfælde af stort knogletab i form af delvist tab af kondyl eller plateau. Ved komplet tab af kondyl eller plateau kan femur eller tibia allografts anvendes. Hhv. 72% 10-års overlevelse og 87% gennemsnitlig 4,2 års overlevelse af revisionsalloplastikker med anvendelse af tibia allografts, segmentelle grafts og femur hoveder blev præsenteret. Man havde konstateret at der ikke skete generel revitalisering af graften, kun helt overfladisk, i de yderste få mm af graften ind mod vital recipientknogle, ellers ikke. Ved fastsiddende implantater men samtidig stor osteolyse ('balloon osteolysis') kunne man anvende findelt (morselized) knoglegraft stampet ind gennem knoglevindue i gennem den svækkede del af cortex. Erfaringer med denne metode blev også fremlagt. Trabekulært metal: Porøst Tantalum/'metal cones' har været brugt siden 1997. (Rafael J. Sierra) Det kan være indiceret ved type 2 eller 3 knogledefekter i tibia eller femur<sup>17,18</sup>.

*Cement/ej cement i revisionsstem:* Anvendes cement var der (næsten) enighed om at cementere også stemmet, som imidlertid skal være relativt kort og med stor diameter ("stubby"). Leo Whiteside anbefalede i øvrigt at man ikke cementerede langs stemmet i revisions situationer. Ved anvendelse af ucementerede revisions proteser skulle der anvendes lange stem som oftest skal være lidt smallere for at kunne engagere diafysen. Cementerede revisionsstem findes dokumenteret med follow-up data over længere perioder end ucementerede revisionsstem.

Stiff knee: Enkelte foredragsholdere foretog tidlig (3-4 uger postop.) brisement forcé ved behov herfor, flertallet ca. et par måneder postoperativt ved behov for øget ROM.

*Infektion:* To-stadie revision er golden standard. Bløddelsrevision alene, selv hvis udført tidligt i forløbet, dvs. inden for 3-4 uger, skulle give 25% chance for proteseoverlevelse. Aspiration, gerne flere gange, anbefales ved infektionsmistanke. Et smertefuldt knæ uden oplagt forklaring er inficeret indtil andet er bevist, iflg. Kelly G Vince. PMN antallet i ledaspirat er ret specifikt relateret til infektionsforekomst. SR og CRP er ikke absolut specifikke. Knoglescintigrafi kan være falsk positiv op til 5

år postoperativt. Karenstid for indsættelse af TKA efter steroid indgift intraartikulært blev diskuteret; alle var enige om at man principielt skulle undgå TKA efter nylig steroid indgift, men der var forskel på i hvor høj grad man synes det var muligt at indføje i klinikken. Paneldeltageres holdning hertil svingede mellem  $\frac{1}{2}$  - 6 måneders steroidpause intraartikulært før indsættelse af TKA.

## ***Et sparsomt udsnit af de anvendte referencer præsenteres her:***

(Referencer angivet som noteret i kursets abstract samling):

- <sup>1</sup>. Whiteside L A et al.: Varus and valgus and rotational stability in rotationally unconstrained total knee arthroplasty. Clin Orthop 219: 147-157; 1987.
- <sup>2</sup>. Whiteside L A: Soft tissue balancing. J Arthroplasty 17 (4suppl): 23-27, 2002.
- <sup>3</sup>. Leo A Whiteside: Ligament Balancing in Total Knee Arthroplasty. An Instructional Manual. Springer Verlag (<http://www.amazon.ca/Ligament-Balancing-Total-Knee-Arthroplasty/dp/354020749X>)
- <sup>4</sup>. Clarke HD, Schwartz JB, Math KR, Scuderi GH. Anatomic risk of peroneal nerve injury with the “pie crust” technique for valgus release in total knee arthroplasty. J. Arthroplasty. 2004; 19 (1): 40-4.
- <sup>5</sup>. Clarke HD, Fuchs R, Scuderi GR, Scott WN, Insall JN. Clinical results in valgus total knee arthroplasty with the “pie crust” technique of lateral tissue releases. J Arthroplasty. 2005; 20(8): 1010-4.
- <sup>6</sup>. Sparmann M, Wolke B, Czupalla H, et al. Positioning of total knee arthroplasty with and without navigation support. J. Bone Joint Surg Br 2003; 85-B:830-5.
- <sup>7</sup>. Laskin RS: Minimally Invasive knee replacement: The results justify its use. Clin Orthop 440:54-49, 2005.
- <sup>8</sup>. Laskin RS. in press.
- <sup>9</sup>. Murray DW, Goodfellow JW, O’Connor JJ: The Oxford medial unicompartmental Arthroplasty: A ten-year survival study. J Bone Joint Surg 80B: 983-989, 1998.
- <sup>10</sup>. Clatworthy et al, JBJS 83-A, 2001
- <sup>11</sup>. Engh et al, JBJS 79-A, 1997
- <sup>12</sup>. Vince, K. Why Knees Fail. J Arthroplasty 2003

- <sup>13</sup>. Vince, K. Revision TKA in Chapman ed.
- <sup>14</sup>. Bugbee, Ammeen et al, 2001
- <sup>15</sup>. Babis, Trousdale et al 2001; Brooks, Fehring et al 2002, Mackay and Siddique 2003.
- <sup>16</sup>. Vince, K. 'Four cases that taught me something' Orthopaedics, sept. 2006.
- <sup>17</sup>. Pagnano MW, Trousdale RT, Rand JA. Tibial wedge augmentation for bone deficiency in total knee arthroplasty. Clin Orthop & RR 1995; 321:151-155
- <sup>18</sup>. Radnay CS, Scuderi GR. Management of Bone Loss. Augments, Cones, Offset stems. Clin Orthop & RR. 446, 83-92. 2006.
- <sup>19</sup>. Algoritme, handouts, excel worksheets and reprints: Kelly G Vince: <http://homepage.mac.com/kellyvince/FileSharing1.html>
- <sup>20</sup>. Mackay, D.C. and M.S. Siddique (2003) "The results of revision knee Arthroplasty with and without retention of secure cemented femoral components." J Bone Joint Surg Br **85**(4): 517-20.
- <sup>21</sup>. Bugbee, W.D., D.J. Ammeen, et al. (2001). "Does implant selection affect outcome of revision knee arthroplasty?" J Arthroplasty **16**(5): 581-5

*Lars Solgård.*







## **Praktisk Idrætsmedicin – DIMS diplomkursus Trin I**

**Formål og indhold.** Basalt kursus i idrætsmedicin med hovedvægt lagt på diagnostik af hyppigste idrætsskader, herunder grundig gennemgang af akutte og overbelastningsskader i knæ, skulder og ankel/underben. Patientdemonstrationer med instruktion og indøvelse af klinisk undersøgelsesteknik. Planlægning og tilrettelæggelse af udredning, behandling og genoptræning af skadede idrætsudøvere. Doping, idrætsfysiologi og biomekanik med henblik på at øge forståelsen for profylaktiske tiltag, både specifik idrætsskadeprofylakse og almen sygdomsprofylakse i forbindelse med idræt. Kurset udgør første del af planlagt postgraduat diplomuddannelse i idrætsmedicin, men kan tages selvstændigt; 40 CME point i DIMS regi.

**Målgruppe.** Fortrinsvis praktiserende læger og yngre læger, der har interesse for idrætsmedicin og som ønsker basal indføring i emnet.

**Form.** Eksternat. Indkvartering kan måske tilbydes. Forelæsninger afvekslende med emneorienterede, praktiske kliniske øvelser og patientdemonstrationer.

**Kursusledelse.** Christoffer Brushøj, Marianne Backer og Bente Korsby. Arrangør: Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS) i samarbejde med Forsvarets Sundhedstjeneste.

**Undervisere.** Mogens Dam, Peter Rheinländer, Andreas Hartkopp, Kjeld Johnsen, Michael Kjær, Lars Konradsen, Birgitte Kjær, Gina Kollerup, Gitte Vestergaard, Søren Kaalund, Henrik Aagaard, Marianne Backer, Christoffer Brushøj.

# **Praktisk Idrætsmedicin – DIMS diplomkursus Trin I**

**Tid og sted.** Mandag 26. marts til fredag d. 30. marts 2007, kl. 08.00 - 16.00. Forsvarets Sundhedstjeneste, Jægersborg Kaserne, Jægersborg Allé 150, 2820 Gentofte. Telefon 3977 1600.

**Kursusafgift.** Yngre læger, medlemmer af DIMS: 3.500 kr., andre yngre læger: 4.500 kr. Ikke yngre læger, medlemmer af DIMS: 4.000 kr., andre ikke yngre læger: 5.000 kr. Kursusafgiften inkluderer frokost og kaffe.

**Tilmelding.** Via hjemmesiden eller med brev, e-post med navn, adresse samt påførelse af lægelig søjle og eventuelt medlemsskab af DIMS til kursussekretær Charlotte Blomberg: [jeno@get2net.dk](mailto:jeno@get2net.dk). Giro: (reg. 1551) konto 16023337.adresse: Gl. Strandvej 58 B, 3050 Humlebæk. Kost og logi mod betaling kan evt. arrangeres på Jægersborg Kaserne i det omfang, der er ledige værelser efter nærmere aftale med Kaserneforvaltningen, telefon 3977 1675.

Maks. 30 deltagere. Sidste frist for tilmelding: 1. februar 2007.



## ***Definitive Surgical Trauma Care™ Course (DSTC™)***

### **1. DANISH DSTC COURSE**

**Panum Institutttet, Rigshospitalet**

**Foreløbigt program**

Undervisere

National Course Director    Jens Hillingsø, Junior consultant surgeon

Faculty                            Lars Bo Svendsen, Consultant surgeon  
    Kristian Aagaard Poulsen,  
    Consultant surgeon  
    Niels Quist, Professor, Consultant surgeon  
    Jesper Ravn, Consultant Thoracic Surgeon  
    Henrik Jørgensen, Consultant surgeon

International Faculty

Course Director                Kenneth Boffard, Professor,  
    Consultant surgeon, member IATSIC  
    executive committee, RSA

Faculty                            Tina Gaarder, Consultant surgeon, NO  
    Peter Bartelmess, Consultant surgeon, S  
    Nigel Tai, Consultant vascular surgeon, UK  
    Elmin Steyn, Consultant surgeon, RSA

Litteratur:                        Manual of surgical trauma care ed Ken  
    Boffard  
    IATSIC; Arnold Press



# iatsic

International Association for Trauma Surgery and Intensive Care

## **Definitive Surgical Trauma Care™ Course (DSTC™)**

### **COURSE TIMETABLE**

#### **INAUGURAL DANISH DSTC COURSE**

#### **Monday 30th. April**

##### *Faculty Meeting*

07h00 - 07h30            Instructor Faculty only    All faculty

##### *Registration*

07h00 - 07h30            Participants

07h15 - 07h30            Welcome    Course Director

07h30 - 08h00            Introduction to Surgical Decision Making

08h00 - 08h15            The Trauma Laparotomy

08h15 - 08h30            *Discussion*

08h30 - 08h45            Damage Control

08h45 - 09h00            *Discussion*

09h00 - 09h15            Abdominal Compartment Syndrome and the  
open abdomen

09h15 - 09h30            *Discussion*

09h30 - 10h00            Case Presentation    All faculty

10h00 - 10h30            **Break**

10h30 - 10h45            Trauma to the liver

10h45 - 11h00            Trauma to the pancreas and duodenum

11h00 - 11h15            *Discussion*

11h15 - 11h30	Trauma to the spleen
11h30 - 11h45	Urinary trauma
11h45 - 12h00	<i>Discussion</i>
12h00 - 12h15	Case Presentation    All faculty
12h30 - 13h15	<b>Lunch</b>
13h15 - 13h30	Major Vascular trauma
13h30 - 13h45	<i>Discussion</i>
13h45 - 14h00	Major extremity trauma
14h00 - 14h15	<i>Discussion</i>
14h15 - 14h30	Pelvic Trauma
14h30 - 14h45	<i>Discussion</i>
14h45 - 15h15	Case Presentation    All faculty
15h15 - 15h45	<b>Break</b>
15h45 - 16h00	Trauma to the Neck
16h00 - 16h15	<i>Discussion</i>
16h15 - 16h30	Cervico-mediastinal injuries
16h30 - 16h45	<i>Discussion</i>
17h15 - 17h45	Case Presentation    All faculty

**Tuesday 1th. May**

08h00 - 08h15	Thoracic injury
08h15 - 08h30	<i>Discussion</i>
08h30 - 08h45	Cardiac and Lung injury
08h45 - 09h00	<i>Discussion</i>

09h00 - 09h30	Case Presentation	All faculty
09h30 - 12h30	Skills Laboratory	
12h00 - 12h45	<b>Lunch</b>	
12h45 - 1545	Skills laboratory	
15h45 - 16h15	<b>Break</b>	
16h15 - 17h15	Case Studies : Strategic Thinking	All faculty
18h30 -	<b>Course dinner</b>	

### **Wednesday 2nd. May**

08h00 - 08h15	Resuscitation Endpoints: Physiology	
08h15 - 08h30	<i>Discussion</i>	
08h30 - 08h45	Resuscitation Priorities:	
	Coagulopathies and massive transfusion	
08h45 - 09h00	<i>Discussion</i>	
09h00 - 09h15	Resuscitation Priorities:	
	Infection in Trauma	
09h15 - 09h30	<i>Discussion</i>	
09h30 - 09h45	Resuscitation Priorities:	
	Nutrition: Routes and recipes	
09h45 - 10h00	<i>Discussion</i>	
10h00 - 10h30	Case Presentation	All Faculty
10h30 - 11h00	<b>Break</b>	
11h00 - 11h15	Abdominal compartment syndrome	
11h15 - 11h30	<i>Discussion</i>	

11h30 - 11h45	Pelvic trauma
11h45 - 12h00	<i>Discussion</i>
12h00 - 12h15	Major extremity trauma
12h15 - 12h30	<i>Discussion</i>
12h30 - 13h00	Case Presentation    All Faculty
13h00 - 13h45	<b>Lunch</b>
13h45 - 15h45	Complex case studies: Strategic thinking All Faculty
15h45 - 16h30	Closure    Course Director

Discussion and input regarding course

Presentation of course certificates

**[www.kirurgisk-selskab.dk/nyheder](http://www.kirurgisk-selskab.dk/nyheder)**