

# DOS BULLETIN



NR. 1      JANUAR 2004      33. ÅRGANG

<b>LEDER</b> .....	<b>3</b>
<b>FORÅRSMØDET 2004</b> .....	<b>6</b>
<b>INDKALDELSE AF AF ABSTRACTS</b> .....	<b>6</b>
<b>DE NYE REGLER FOR INDSENDELSE AF ABSTRACTS</b> ....	<b>7</b>
<b>BESTYRELSEN INFORMERER</b> .....	<b>9</b>
- DOS BULLETIN 2004 .....	9
- DOS FONDEN .....	10
- EFFORT TRAVELLING FELLOWSHIP .....	11
- REFERENCEPROGRAM MANUAL .....	12
- MSEC-PORTALEN .....	15
<b>UDDANNELSESUDVALGET INFORMERER</b> .....	<b>16</b>
- A-KURSUSLISTE 2004 .....	16
<b>KORRESPONDANCER:</b> .....	<b>17</b>
- HOFTEARTROSKOPI I PITTSBURGH .....	17
- SIXTH ANNUAL INSALL SCOTT KELLY INSTITUTE SPORTS MEDICINE AND TOTAL KNEE SYMPOSIUM ...	21
<b>GÖRAN BAUER'S GRANT</b> .....	<b>30</b>
<b>MØDER OG KURSER I DANMARK OG NORDEN</b> .....	<b>31</b>

# **DOS BESTYRELSE**

## **Formand**

Overlæge, dr.med.  
Erik Tøndevold  
Ortopædkirurgisk Klinik 2-16-2  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
E-mail: tondevold@rh.dk

## **Næstformand**

Overlæge, dr.med.  
Søren Solgaard  
Ortopædkirurgisk afd. O  
Hillerød Sygehus, Helsevej 2  
3400 Hillerød  
E-mail: soso@fa.dk

## **Kasserer**

Afdelingslæge Ph.D  
Klaus Hindso  
Ortopædkirurgisk Klinik U 2-16-1  
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
E-mail: hindso@dadlnet.dk

## **Redaktør**

1. reservelæge  
Michael Nielsen  
Ortopædkirurgisk Klinik, 2-16-1  
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: moma@akh.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)

## **DEADLINES FOR NÆSTE BULLETIN**

**ANNONCER: Fredag den 16. januar 2004**

**TEKST: Fredag den 6. februar 2004**



## **LEDER**

Glædelig jul og godt nytår.

Årgang 2004 er nu startet; året hvor den nye målbeskrivelse og de nye hoveduddannelsesstillinger begynder. Det bliver spændende at følge hvordan hele denne omstrukturering kommer til at spænde af. Der kan ikke herske tvivl om at hvis de nødvendige ressourcer følger med de store og gode intentioner, så kommer det her til at blive et virkeligt løft for speciallægeuddannelsen.

Hvordan fokuserede 14 dages ophold på en ny afdeling bliver (specielt hvor stort udbyttet bliver) og hvordan man lærer og producerer forskning over en 3 måneders periode med bl.a. forskningskursus – det står stadigvæk hen i det uvisse.

Men hvis vi gamle også tager vores ansvar så kan dette blive virkelig godt.

Vi havde ved det forgangne årsmøde bl.a. et spændende symposium/en høring omhandlende referenceprogram om knæalloplastik. Mange gode ideer til det foreløbige produkt blev givet videre, men det skal dog pointeres at selvom dette ikke var en egentlig officiel høringsrunde så vil al videre referencehøring foregå på internettet.

Man kan læse det foreløbige referenceprogram og vurdere status på : **[www.d246476.suite.dk/kneeallo/](http://www.d246476.suite.dk/kneeallo/)** hvor man kan kommentere, foreslå, opmuntre, beklage sig og anbefale ændrede formuleringer pr. mail eller brev til gruppens medlemmer.

Andetsteds i denne Bulletin kan man desuden se og læse den nye manual for referenceprogrammer. Man kan der få et indtryk af hvor lang vejen til et endeligt reference program er og hvor stort et arbejde medlemmerne yder når de producerer et sådant.

Acta Orthopaedica Scandinavica har givet et godt tilbud om 50% prisreduktion på supplementa til alle medlemmer af de ortopædkirurgiske selskaber i Norden og Holland. Da man mener at afhandlinger fra disse lande generelt har et så højt niveau at de fortjener et bredere publikum, har man besluttet at sænke prisen for at publicere Ph.D og disputats afhandlinger til ca. 60 Euro pr. Acta side (sv.t. mellem 3 og 4 alm. A4 skrift ark). Prisen er således blevet markant lavere og da supplementa sendes ud til alle 4700 Acta abonnenter så vil man virkelig få en stor læserskare. Man får desuden 400 eksemplarer selv til uddeling. Et ganske flot tilbud – der gælder foreløbigt uden tidsbegrænsning.

Næsten alle pladser som inspektor er besat.

Planen fra Sundhedsstyrelsen er at der skal være mindst 5 ortopædkirurgiske inspektorer i hver af de 3 regioner. Inspektorordningen fungerer (når den er fuldt på plads ) med besøg hver 3 – 4 år på alle afdelinger omkring i landet – så inspektorer skal forvente at skulle af sted 1 – 2 gange pr. år. Det at være inspektor kræver et åbent sind, interesse for uddannelse, kommunikative færdigheder samt mulighed for at tage et par dage ud fra hverdagens rutiner for at tage på besøg. Når man er blevet valgt som inspektor får man tildelt et 1½ dags kursus fra Sundhedsstyrelsen hvor man lærer systemet.

Der er endnu 2 ubesatte pladser i Region Øst ellers er alle pladser optaget.

DOS's nyopdaterede hjemmeside er blevet godt modtaget. Efter et stort arbejde fra den nye webmaster (= den gamle kasserer) har vi nu et moderniseret design med mange nye features bl.a. muligheden for at tilmelde sig selskabet direkte fra hjemmesiden og muligheden for at sende abstracts og indlæg til DOS Bulletin direkte fra siden.

Faktisk bliver abstract reglerne nu lavet om:

fra og med Forårsmødet 2004 skal man:

**Kun tilmelde og indsende abstracts via formularen på hjemmesiden**

Se: Regler for indsendelse af abstracts til DOS-møder på de følgende sider.

De gamle Bulletiner kan også findes på den nye hjemmeside og læses i pdf format inklusive alle de gamle accepterede abstracts. Som en virkelig fremtidssikring af hjemmesiden er opdateringen med billeder fra DOS-møderne samt ikke mindst billederne af bestyrelsen. Vi undskylder den forringede billedkvalitet. Billedmaterialet vil blive øget i fremtiden.

*Red.*





## **DOS Forårsmøde 2004**

**afholdes i Århus  
torsdag den 13. og fredag den 14. maj.**

I tilslutning hertil afholdes DOS generalforsamling 2004. Den ortopædkirurgiske afdeling på Århus Universitetshospital vil være vært. Der afholdes videnskabelige sessioner begge dage samt en posterkonkurrence.

### **BEMÆRK!**

#### **Nye regler for indkaldelse af Foredrag og Posters**

Der indkaldes hermed foredrag og posters til forårsmødet 2004. Der skal kun fremsendes abstracts på engelsk.

**For at lette indsendelsen af abstracts er proceduren ændret. Der skal ikke længere sendes både papir og elektroniske udgaver til sekretær og redaktør. Indsendelsen foregår elektronisk via DOS hjemmeside.**

Bestyrelsen kan vælge at afvise abstracts som ikke overholder de angivne formkrav (se følgende sider). Accepterede abstracts vil blive vide-resendt til *Acta Orthopaedica Scandinavica*.

Abstracts kan tilmeldes på hjemmesiden frem til deadline:

#### **Mandag, den 23. Februar 2004.**

Der forventes i løbet af **uge 12** udsendt meddelelse om de indsendte abstracts er antaget.

*Red.*

**De nye regler for indsendelse af:**

## **Abstracts 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:

1. 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.
1. Alle medforfattere skal have læst og accepteret fremsendelsen af abstractet.
2. 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".
3. 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:

1. INTRODUCTION
2. MATERIAL AND METHODS
3. RESULTS
4. CONCLUSION

Såfremt der er plads på siden kan referencer, enkle figurer og tabeller inkluderes i overensstemmelse med formatspecifikation som i *Acta Orthopaedica Scandinavica* (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 Powerpoint 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. Alle accepterede abstracts videresendes til *Acta Orthopaedica Scandinavica*.

***Red.***



# **DOS Bulletin 2004**

Bulletinen udkommer efter planen også i år 2004 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 2004. Listen er vejledende, idet justeringer kan forekomme. Der er indført en tidligere deadline for annoncer 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. Som noget nyt er det nu 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 kursus programmer. Skal sendes til: [cykellaegenielsen@dadnet.dk](mailto:cykellaegenielsen@dadnet.dk)

*Red.*

## **2004**

Bulletin No:	Deadline Annoncer	Deadline Tekst	Udsendes Uge:
1			3 - 4
2	Fredag 16.01.	Fredag 06.02.	9 - 10
3	Fredag 27.02.	Fredag 19.03	17 - 18
4	Fredag 06.05	Fredag 21.05	25 - 26
5	Fredag 06.08	Fredag 20.08.	37 - 38
6	Fredag 03.09	Fredag 10.09	41 - 42
1	Fredag 19.11	Fredag 03.12	3 - 4
	Deadline Forårsmøde	Deadline Årsmøde	
Abstracts	23. februar 2004	23. august 2004	
Svar abstracts	Uge 12	Uge 37	



## **DOS Fonden**

Der indkaldes hermed motiverede ansøgninger til DOS Fonden's uddeling foråret 2004.

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 **23. februar 2004.**

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

Ansøgning ledsaget af budget og curriculum vitae indsendes til selskabets formand.

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

***Bestyrelsen***

## ***EFORT Travelling Fellowship***

DOS støtter deltagelse for en fase 3 læge i det EFORT Travelling Fellowship, som afholdes i efteråret 2004.

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

Sted og deadline annonceres senere.

*Bestyrelsen*

# Referenceprogrammer

DOS bestyrelse har udarbejdet en plan for forløb af fremtidige referenceprogrammer.

## Arbejdsgang

1. Bestyrelsen beslutter, at der skal udarbejdes et referenceprogram i DOS regi og anmoder herefter et antal personer om at danne en **styrergruppe**, der skal varetage udarbejdelsen af referenceprogrammet. Gruppen udpeger en gruppeformand og supplerer sig selv efter behov. Mindst et medlem skal være udpeget af DOS bestyrelse som observatør og kontaktperson mellem bestyrelsen og styrergruppen.
2. Styrergruppen etablerer et **forfatterpanel**, der udarbejder et udkast til referenceprogrammet.
3. Det **annonceres** i DOS Bulletinen og på DOS Hjemmeside, at det er besluttet at udarbejde et referenceprogram med angivelse af emnet, tidsplanen samt sammensætningen af styrergruppen.
4. Ved årsmødet skitseres overordnede retningslinjer for referenceprogrammet af styrergruppen - for eksempel ved afholdelse af et **symposium** med samme emne som referenceprogrammet. Dette arrangeres af gruppeformanden i samarbejde med DOS sekretær.
5. Umiddelbart efter symposiet fortsætter **høringsprocessen**, idet det foreløbige referenceprogram placeres på Internettet med link fra DOS Hjemmeside. Der skal være mulighed for at komme med kommentarer og forslag til rettelser enten skriftligt eller per e-mail til styrergruppens formand. Referenceprogrammet redigeres løbende på Internettet, således at Selskabets medlemmer konstant kan følge med i processens forløb.
6. Alle kommentarer og forslag bør kunne læses på nettet, således at høringen får karakter af en diskussion.

7. Høringsprocessen fortsætter til slutningen af marts året efter, hvorefter indsigelsesfristen er udløbet. Forfatterpanelet og styregruppen foretager herefter den endelige redigering af referenceprogrammet.
8. I slutningen af april skal det **færdigredigerede** referenceprogram være tilgængeligt på Internettet, således at selskabets medlemmer har mulighed for at gennemlæse materialet inden generalforsamlingen.
9. Ved generalforsamlingen ved forårsmødet skal referenceprogrammet på dagsordenen med henblik på **godkendelse**.
10. Godkendelsen kan eventuelt være betinget af enkelte mindre ændringer, som Bestyrelsen bemyndiges til at godkende.
11. Referenceprogrammet offentliggøres på nettet og eventuelt også skriftligt - f.eks. i Ugeskrift for Læger eller på anden vis, såfremt det skønnes mere relevant.
12. Styregruppen opløses, når referenceprogrammet er godkendt og offentliggjort.

## **Indhold**

1. Styregruppen udarbejder en disposition og vælger forfatterpanel efter behov.
2. Ved udarbejdelsen af de enkelte manuskripter er det vigtigt, at alle udsagn baseret på referencer, vægtes (I, Ia, II, osv).
3. Alle kapitler bør afsluttes med anbefalinger, og det er vigtigt at angive styrken af evidens, der ligger til grund for disse anbefalinger (A, B eller C).

## **Revision**

1. Referenceprogrammet vedligeholdes på nettet, således at det tydeligt fremgår hvilke rettelser/revisioner der er indført hvornår.
2. Referenceprogrammet revideres, efter bestyrelsens beslutning, ved nedsættelse af et mindre udvalg hertil ca. hvert tredje år, eller tidligere, hvis der findes behov for dette.
3. Resultaterne af revision af referenceprogrammet godkendes af bestyrelsen og forelægges generalforsamlingen som et underpunkt på dagsordenen.
4. Såfremt der er behov for større revision af referenceprogrammet offentliggøres dette på DOS hjemmeside og i DOS Bulletinen, således at medlemmerne får mulighed for at komme med kommentarer og rettelsesforslag.

***Bestyrelsen***

## **MseC-portalen**

Det store internationale professionelle hjemmeside samarbejde kører fortsat. Nye links bliver up-loaded regelmæssigt. Bl.a. kan man nu finde links til de fleste større og mellemstore ortopædkirurgiske tidsskrifter. Der laves hver måned en : **"MUST READ LIST"** med links til full-text udgaver af månedens betydende artikler indenfor de forskellige interesseområder.

Fra januar 2004 vil der også månedligt blive lagt en high profile forelæsning. En power-point præsentation med dias og indtalt engelsk tekst af en ledende ortopæd indenfor de forskellige subspecialer.

Det er fortsat det enkelte medlem der via sin personlige tilmelding tager stilling om han eller hun ønsker at blive registreret på siden og få et password.

Hvis dette skal være en succes - en side der kan bruges kræves det at mange (alle) tilmelder sig og bliver registreret.

✂-----✂

Jeg ønsker at registrere på MseC-portalen:  
Sendes som E-Mail eller snail mail

NAVN: \_\_\_\_\_

ARBEJDSSTED: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Til: DOS-redaktør 1. reservelæge  
Michael Nielsen  
Ortopædkirurgisk Klinik, 2161  
H:S Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø

## **A-Kursus listen 2004:**

<b>Nr</b>	<b>Emne</b>	<b>Del-kursusleder</b>	<b>Sted</b>	<b>Tidspunkt</b>
1	Endoprotേശer	<i>Kjeld Søballe, Søren Overgaard</i>	Århus Amtssygehus	Uge 3 Man – ons
2	Børneortopedi	<i>Kurt Simesen, Niels Wisbech Pedersen</i>	Odense	Uge 6 Man – ons
3	Columna	<i>Thomas Kiær</i>	RH	Uge 18, Man – ons
4	Infektions- kursus	<i>Peter Holmberg Jørgensen</i>	Århus	Uge 20, Man – ons
5	Håndkirurgi	<i>Henrik Schrøder</i>	Odense	Uge 22, Man – ons
6	Statistik mm.	<i>Jens Lauritsen</i>	Odense	Uge 37 Man – tors
7	Onkologi	<i>John Gregor Pedersen, Michael Mørk Petersen</i>	RH	Uge 39, Man – tors
8	Traume og patofysiologi	<i>Micael Haugegaard</i>	Glostrup	Uge 41, Tirs – tors
9	Frakturkurset	<i>Poul E. Jensen</i>	Gentofte	Uge 45, Man – ons
10	Ildræts- traumatologi	<i>Michael Krogsgaard</i>	Bispebjerg	Uge 49, Man – tors
11	Færdigheds- kursus	<i>Ebbe Stender Hansen</i>	Århus	Uge 14 og 44 Man - fre





### **Hofteartroskopi i Pittsburgh**

Vi besøgte Dr. Marc J. Philippon på University of Pittsburgh Medical Centre's Sports Clinic 26/4 – 4/5. Klinikken er verdenskendt. Udover at servicere byens fodboldhold, ishockeyhold og baseballhold, kommer idrætsfolk fra hele verden for at blive behandlet på klinikken. Chef er Freddie Fu, partnere er bl.a. Chris Harner, Pat MacMahon og Jim Bradley. Philippon har klinik tre uger i Pittsburgh og én uge i Miami hver måned. Han har foretaget ca. 1200 hofteartroskopier og ca. 3000 hoftealloplastikker. Tidligere foretog han revisionskirurgi og Ganz' acetabulære osteotomier, men koncentrerer sig nu om hofteartroskopien.

Udviklingen går hurtigt og nye procedurer implementeres hele tiden. To fellows, Hal David Martin og Anton Plakseychuk, er ansat dels til assistance og dels til biomekanisk forskning. Der arbejdes tæt sammen med fabrikanterne. Hver dag var en repræsentant fra Smith & Nephew på stuen. Der udvikles og testes nye instrumenter, ankre og suturer. Derudover er der et tæt samarbejde med private og offentlige virksomheder mht. udforskning og implementering af bruskallograft, stamcelleteknologi og labrumtransplantation.

Vi overværede 12 hofteartroskopier. Tre gange om ugen artroskoperes fire patienter. De sidste to dage anvendes til research og ambulans virksomhed. Philippon har tilknyttet en fast stab af fysioterapeuter.

Hofteartroskopiens indikationsområde omfatter fjernelse af mus, debridement, vurdering af brusk og bløddele, afrivning eller læsion af lig. teres, afrivning eller læsion af labrum, afrivning eller læsion af lig. transversum, forreste instabilitet, kontraktur af iliopsoassenen, internal snapping hip, evaluering af traumatisk luksation eller sublüksation, vurdering af præartrose etc.

Udredning omfatter grundig klinisk us. og anamnese, stående frog-leg og AP røntgenoptagelse og *altid* gadolinium-kontrast MR-artrogram, der

specielt egner sig til visualisering af teres- og labrumlæsioner. Hyppigst er der tale om anterior patologi med partiel læsion eller afrivning af forreste labrum, partiel afrivning af lig. teres' forreste bånd, anterior psoas bursit eller kontraktur, og/eller forreste instabilitet.

Prædisponerede synes især at være golfspillere, der afvikler svinget gennem en lille sublaksation af højre hofte (højrehåndspillere). Herved kan der opstå forreste labrumlæsion, en repetitiv overstrækning af forreste kapsel samt psoasbursit. En anterior labrumlæsion vil ofte vedligeholdes af en stram psoas, der vedbliver at lukse læsionen fra sit sæde. Mange baseballkastere og -gribere kan ligeledes pådrage sig anteriore læsioner under ekstrem hyperekstension og udadrotation af hofte og hyperekstension af truncus.

Patienten lejres på ryggen i ekstensionsleje. Ekstensionsbarrerne er af carbon, der tillader gennemlysning. Der anvendes udelukkende tre-chip kameraer. Der er en stor monitor på hver side af lejet, en 60 tommers fladskærm på endevæggen samt monitorer i dokumentationsreolen. Skopierne dokumenteres digitalt og pt. får en CD-rom med sig. Der lægges distraktion på opererede UE i neutral abduktion og maksimal indadrotation. Der lægges kontradistraktion på den anden UE. Lejet tippes 15° væk fra operatøren. Særlige skumstøvler beskytter fødderne under den kraftige distraktion.

Under distraktionen vurderes med hvilken lethed dette lader sig gøre. Distraheres hofteledet nemt, tyder det på at en labrumskade har kompromitteret vakuulfænomenet i hoften, dvs. at synovialvæskens overladespænding mellem caput og acetabulums ledflade er brudt.

Der anvendes kanyleret Seldinger-teknik til introduktion af kamera og instrumenter gennem to-tre portaler. Gennem disse portaler og under anvendelse af indadrotation, neutral abduktion og tiltning af lejet kan hele hofteledet visualiseres og instrumenteres med fleksible instrumenter. Maksimal grænse for distraktion er to timer. Der anvendes næsten udelukkende 70° optikker. Mange procedurer tager de tilladte to timer. Er der behov for yderligere tid, tages distraktionen af i 15-20 minutter og re-appliseres. Første procedure begynder 07.15.

Er der behov for psoastenotomi: ved forreste labrumlæsion, positiv Thomas test, svær psoasbursit eller internal snapping hip, tenotomeres den

senede del under direkte visualisering gennem anteriore portal. Tenotomi undgås i idrætsfolk med sprintafsæt.

Er der full-thickness kondrale læsioner debrideres disse til fastsiddende bruske. Herefter foretages hyppigt Steadman procedure med mikrofrakturering. Er læsionen i caput, vil man snart påbegynde en serie med mini-caps, en art mikro-resurfacing-alloplastik. Man har udviklet apparatur, der nøjagtigt kan måle ledhovedets kurvatur. I læsionen indskrues en HA-coated titanium skrue uden hoved. I skruen er der en hun-morse-taper. I denne monteres en high-polish krom-kobolt ”knap” med han-morse-taper. Diameteren er varierende. Ved større læsioner overvejes allo-transplantation med opformeret hyalinbrusk.

Partielle labrumlæsioner debrideres og sys. Afrivninger forankres på samme måde som Bankartlæsioner. I det hele taget betragter man labrum som hofteleddets menisk, med samme funktioner som denne: absorption af kræfter, komplettering af bærende anatomi, stabilitetsgivende, og fordelende ledvæske. Sammen med ligamentum transversum forseglar labrum kontaktfladen mellem caput og acetabulum's ledflade cirkumferentielt mod ydre del af leddet. Herved retineres og fordeles ledvæsken i kontaktzonen til fordeling af load-forces. Desuden anser man labrum som særdeles værdifuld pga. det store antal noci- og proprioceptorer, man har fundet i den. Man mener at labrum er innerveret og vaskulariseret nogenlunde som menisken.

Ligamentum teres betragtes som hofteleddets korsbånd, og vi så et par enkelte komplette afrivninger, og en del partielle afrivninger, altid i retning anteriort mod posterioert. Disse læsioner debrideres og sys.

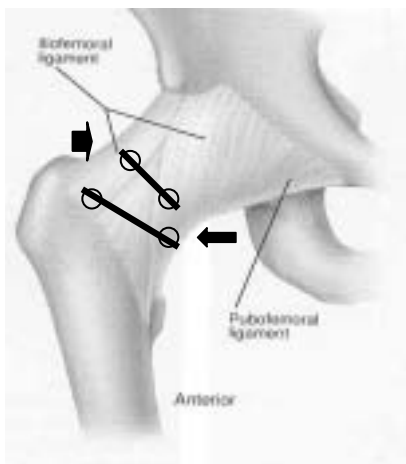
For anterior instabilitet gøres dels termoraphi: tre til fire vertikale ”brændinger” i havelåge mønster, dels raphi af de to ”ben” i lig. iliofemorale; den forreste op til 14 mm tykke forstærkning af ledkapslen. Før binding kontrolleres fodens udadrotation ved udløsning af traktion. Man tilstræber en udadrotation på max. 45° (Fig.1). Der anvendes stærke, uresorberbare wire-suturer. Primært anvendes fleksible brænde-sonder, dels til debridement, men også til sondering (Fig. 2).

Efterbehandling består som regel i anvendelse af en adducerende bandage om natten, dels i en hofte donjoy med neutral abduktion samt krykke-stokke om dagen.

Belastning aftales individuelt. Hjælper det? Feltet som sådan afventer opgørelser og publikationer, det må man indrømme. Udviklingen går så hurtigt og nye procedurer tages i brug ustandseligt. På den anden side må man sige at de tekniske vanskeligheder, der altid har været forbundet med hofteartroskopi, og dermed har afholdt mange fra proceduren, nu synes at være overvundne. Vi mente begge to at visualisering og instrumentering synes som i et knæled. I hvert tilfælde, når man er tilskuer! Det virker rimeligt at restaurere hofteleddets bløddele, nøjagtigt som i skuldre eller i knæ, hvis læsioner verificeres. Og midlerne findes nu.

*Steffen Jacobsen, Rigshospitalet.*

*Søren Winge, Hvidovre Hospital.*



**Fig. 1: Forreste kapsuloraphi.**



**Fig. 2: Fleksibel monopolær electro-probe**

## Referat af

### **Sixth Annual Insall Scott Kelly Institute Sports Medicine and Total Knee symposium 5. – 7. september 2003, New York, USA**

Vi var 4 danske ortopædkirurger, der af firmaet Zimmer var inviteret til Insall Scott Kelly knæsymposium i New York. Det er 6. gang knæsymposiet afholdes og det foregår altid på Hotel Grand Hyatt midt på Manhattan i New York.

Mødet er delt i 2, således at den første dag er helliget sportsmedicin, hvorefter de 2 sidste dage er omhandler aspekter omkring primær og revisions knæalloplastik.

Der betales særskilt for hver del af kurset og da vi alle 4 er beskæftiget med alloplastikker, valgte vi at bruge mødets første dag på sightseeing i New York.

Der var arrangeret et Zimmer symposium om minimal invasive surgery og mini incision surgery ved hhv. unikompartmental alloplastik og total knæalloplastik.

Michael Kelly indledte med en historisk gennemgang af unikompartmental alloplastik startende i 70'erne og sluttende i dag. Kelly gennemgik indikationerne for unikompartmental alloplastik, herunder de velkendte (non inflammatorisk medial artrose, god alignment, dvs. mindre end 10 graders varus og mindre en 15 grader valgusfejlstilling, intakt ACL, fleksionskontraktur under 10 grader og ingen tibiofemoral sublaksation) og tilføjede, at han kun opererede patienter uden forreste knæ smerter tydende på patello-femoral involvering (hvilket ligeledes sikredes visuelt peroperativt), idet han fandt, at patienter med patello-femoral artrose overstigende grad 2-3 ikke var kandidater. Kelly anså unikompartmental alloplastik ligesom John Scott og citerede denne:

”unikompartmental alloplastik kan være den første protese for en ung og den sidste protese for en gammel patient”. Kelly citerede proteseoverlevelser på 86% efter 7 år hos 40-60-årige og på 98% efter 10 år hos ældre over 75 år.

Kim Bertin gennemgik kirurgiske "pitfalls", som skulle undgås ved unikompartmental alloplastik. Ved patello-femoral artrose med ”full

thickness loss” af bruskkonverterede han peroperativt til total knæalloplastik. Bertin omtalte "rule of tens" (dvs. mindre end 10 grader varusfejlstilling, mindre end 10 grader valgusfejlstilling og mindre end 10 grader fleksionskontraktur), men mente, at der i stedet burde anvendes "rule of fives", idet han fandt, at ved mere end 5 graders fejlstilling i noget plan kunne der ikke opnås sufficient alignment uden "overstuffing" af mediale ledkammer førende til accelereret slidage af polyethylen medialt samt accelereret artrose lateralt pga. vægtoverføring. Bertin gentog de velkendte kontraindikationer mod unikompartmental alloplastik. Udover ovennævnte også kondrokalcinose, idet han fandt, at ved en sådan brusklidelse ville de øvrige ledkamre hurtigt degenerere. Ville heller aldrig sætte en medial unikompartmental alloplastik i en patient, der tidligere havde fået foretaget lateral meniskektomi, idet han fandt, at laterale ledkammer hurtigt ville degenerere.

Fravær af funktionel ACL-løshed betød mere for Bertin end om ACL faktisk var tilstede peroperativt – han lagde større vægt på anamnesticke og kliniske oplysninger om saggital instabilitet og havde opereret flere patienter uden ACL (men også uden funktionel løshed) med godt resultat.

Bertin gennemgik også tekniske pitfalls, herunder for lille incision medførende for dårlig oversigt, malrotation af femurkomponenten, "overstuffing" af mediale kompartment og proteserelaterede pitfalls.

Giles Scuderi øste af sine erfaringer med mini incisioner andragende 10-14 cm ved totalknæ.

Han kreerede et "mobile window" og anførte, at det radiografiske og kliniske udkomme var analogt med udkommet efter større incisioner, men at der ikke forelå langtids-opfølgninger heraf på nuværende tidspunkt. Scuderi havde noteret sig 1 dags reduktion i indlæggelsesvarigheden, som på hans klinik androg 4½ dag ved totalknæ. Scuderi anvendte kun miniincision ved: mindre end 10 grader varusfejlstilling, mindre end 15 grader valgusfejlstilling, mindre end 10 grader fleksionskontraktur, større end 90 grader ROM og ikke ved lavtstående patella, stor femur, muskuløs patient eller på anden måde vanskeligt knæ.

Alfred Tria gennemgik sine 2 års erfaringer med mini incision ved totalknæ. Anvendte hudincision på 7-8 cm, medial parapatellar adgang gen-

nem kapslen, som proksimalt ikke involverede hverken muskler eller bløddele. Denne quadriceps-sparende teknik gjorde, at den suprapatellare reces forblev urørt, hvilket ifølge Tria gav betydeligt færre gener og hurtigere og bedre fleksion – han havde observeret 10 grader større fleksion hos patienter, hvor denne teknik var anvendt sammenholdt med konventionel adgang inddragende quadricepsenen.

Flere af foredragsholderne var gengangere fra Current Concepts in Joint Replacement og holdt nær-indentiske indlæg om knæalloplastik-relaterede emner, hvorfor jeg i nedenstående har valgt kun at referere vigtige/nyere forhold – særligt interesserede henvises til tidligere referater fra Current Concepts bragt i DOS-bulletinen.

I en session om unikompartmental alloplastik gennemgik Jean-Noel Argenson, en fransk professor, sine erfaringer med uniknæ. Han havde opereret 816 patienter med uniknæ i perioden 1974-2000 og havde anvendt forskellige proteser, herunder Marmor 1 og 2, Oxford og Miller-Galante samt flere andre. Havde bl.a. opereret 160 patienter med Miller-Galante uniknæ og fundet 94% protese-overlevelse efter 10 år og tæt på normal kinematik bedømt ved røntgen og 3D computer behandling. Argenson anvendte mini incision og patienterne var indlagt i 3 dage, foretog øvelser i en uge (ingen fysioterapi overheadet) og gik typisk med krykker i en uge.

Amerikaneren John Repicci havde – baseret på det svenske knæregister fra 1992 – fundet, at patienter yngre end 65 år opereret med total knæalloplastik havde 400% større revisionsrisiko efter 10 år i forhold til patienter over 75 år. Argumenterede ud fra dette, at der var behov for en operation for de yngre (uniknæ) i stedet for total knæalloplastik. Repicci beskrev den isolerede mediale artrose som en extensor gap sygdom (anterior tibia, distale femur). Han anvendte mini incision og søgte at lade den suprapatellare reces urørt, idet han – ved randomisering af 100 patienter til operation med incision involverende den suprapatellare reces eller ej – havde fundet, at patienter opereret på "gammeldags" facon havde haft behov for 650 fysioterapi-sessioner mod 12 til de 50, som var opereret med den "nye" teknik. Repicci udskrev i øvrigt 70% af sine uniknæ patienter inden for 12 timer og 99% inden for 23 timer.

Resten af symposiet omhandlede total knæalloplastik. Teknikker ved primær knæalloplastik blev gennemgået. Der var intet revolutionerende nyt i dette – dog noteredes, at såkaldt ”pie-crusting inside out” anvendtes på tractus ilio-tibialis i stedet for overskæring af denne ved balancering af knæet, såfremt det var nødvendigt at løsne dette lateralt. Teknikken består i multiple punktformede incisioner, hvorved kunne opnås en ikke ubetydelig forlængelse.

James Stiehl havde en glimrende gennemgang af fleksions instabilitet og anførte som de vanligste årsager hertil: ubalance i ekstension/fleksion (forskellige gaps), sen ruptur af PCL eller primær manglende funktion heraf, ledlinie elevation og PCL insufficiens ved for megen tibiaresektion. Klinisk præsenterede disse patienter sig med hævelse af knæet, anterior knæsmerte, besværlig/umuliggjort trappegang og ved klinisk undersøgelse fandtes øget skuffeløshed (mere end 15 mm), tibial sagging/positiv step-off test og ømme hasesener. Behandlingen bestod i revision til postero-stabiliseret protese – simpelt skift af polyethylenen på tibia til øget tykkelse er ikke sufficient.

Der var igen gennemgang af mini incision og minimal invasive surgery – dette er ikke det samme, idet incisionens længde afgør, om der er tale om mini incision, hvorimod minimal invasive surgery er betinget af, at underliggende strukturer ikke berøres – uanset incisionens længde. Ved minimal invasive surgery kan det være fordelagtigt at foretage præparering af patella først, hvilket skaber mere plads til de øvrige procedurer, som i øvrigt er afhængige af tilgang til special-instrumenter. Igen fremhævedes ”quad-sparing” (dvs. kun incision af kapslen) som værende fordelagtig, men også eversion af patella burde undgås, idet (længerevarende) eversion af patella medfører irritation af specielt den suprapatellare reces med smerter og bevægeindskrænkning til følge. Med specialinstrumenter ved minimal invasive surgery kan eversion af patella helt undgås, idet patella kan tilskæres medially fra uden vending.

Bertin argumenterede for brug af bagre korsbånds-bevarende TKA ud fra bedre stabilitet, bedre bevarelse af ledlinien, større grad af knoglebevarelse, ens til marginalt bedre overlevelse sammenholdt med bagre korsbånds-ofrende protese og endelig kinematiske overvejelser: stærkere quadriceps, bedre bevægeudslag og bedre trappegang.



Douglas Dennis argumenterede for brug af bagre-stabiliseret TKA og fremhævede specielt, at den eleverede polyethylen-cam sikrede roll-back ved fleksion, hvorimod denne bevægelse ved bevarelse af PCL bestod af en slitagefremmende glidning fremad.

Rotating platform var ifølge John Callaghan lovende med god 9-12 års overlevelse for LCS mobile bearing; Callaghan mente, at problemer med spin-out af polyethylenen generelt ved mobile bearing konceptet var forbundet med (for) stramt PCL og i øvrigt kirurgrelateret.

Herefter var der en session med video-vignetter med tips og tricks. Disse var som sædvanlig fremragende:

Douglas Dennis gennemgik sikring af korrekt femurkomponent-rotation. Malrotation medfører patello-femoral instabilitet, dårlig kinematik, lift-off samt slitage. Der tilstræbes 3 grader ekstern rotation og metoder til sikring heraf blev gennemgået: femurkomponenten skal sidde parallelt med den transepikondylære akse og det kan være en god hjælp at frilægge begge epikondyler, såfremt disse ikke sikkert kan palperes. Femurkomponenten skal ligeledes sidde vinkelret på AP-aksen (Whitesides line), men påpasselighed indskærpedes ved svær patello-femoral artrose eller dysplasi, idet AP-aksen i disse tilfælde kan være vanskelig at lokalisere. Endelig kan fleksion-gap metoden anvendes, hvor der anvendes spacer-blokke eller lamina-spredere; her skal der udvises forsigtighed ved ligamentær ubalance/instabilitet. Særlig agtpågivenhed skal udvises ved valgusknæ med slitage af/lille lateral femurkondyl, såfremt bageste del af femurkondylerne anvendes som reference.

Michael Keating gennemgik præoperativt genus recurvatum, som skyldes quadricepssvaghed pga. ekstensor svaghed/paralyse. Knæet vil være i hyperekstension samt valgus-fejlstillet, idet tractus iliotibialis er gledet frem foran de laterale ligamenter. Såfremt tilstanden klinisk mistænkes er det essentielt at undersøge muskler og bevægelighed på hele UE og specielt ankelbevægeligheden.

På foredragsholderens afdeling var de sidste 6.000 knæalloplastikker gennemgået og genus recurvatum fundet hos 1% heraf. 83% havde præoperativt mere end 10 graders hyperekstension, men postoperativt kunne 90% kun ekstendere til (tilsigtet) neutral ved operation med en standard ikke bagre-stabiliseret protese.

Callaghan gennemgik præoperativ fleksionskontraktur og inddelte en sådan efter Lombardis klassifikation i grad 1-3: grad 1 med mindre end 15 grader fleksionskontraktur, grad 2 med 15-30 graders fleksionskontraktur og endelig grad 3 med mere end 30 graders fleksionskontraktur. Årsagerne til denne fleksionskontraktur var primært bagre osteofytter, kapselkontraktur, hasemuskelkontraktur og ligamentskrumpling. Behandlingen består i fjernelse af eventuelle osteofytter bagtil, løsning/gennemskæring af bagre kapsel og eventuel løsning af skrumpede ligamenter fulgt af distal femur resektion. Sidstnævnte kan være så omfattende at brug af constrained-/hængsel-protese kan blive aktuel. Det er indres, at 10 grader postoperativ fleksionskontraktur er foreneligt med god funktion (Door), men naturligvis skal fuld ekstension tilstræbes. Der er ikke indikation for brisement/manipulation i generel anæstesi for at opnå større ekstension (pga. risiko for fraktur), men derimod at anvende bandage til gradvis udstrækning.

Aaron Rosenberg gennemgik sekventiel ligamentbalancering, men fandt det nødvendigt at anvende bagre-stabiliseret protese ved mere end 30-40 grader kombineret præoperativ fejlstilling, 20 grader fleksionskontraktur, tidligere eller aktuel patellektomi samt rutinemæssigt til reumatoid artrit patienter. Rosenberg pointerede, at et skift fra bagre korsbåndsbevarende protese til bagrestabiliseret protese ikke blot bestod i at skære boksen, men også i at reevaluere – og om nødvendigt skabe - posterior slope på tibia samt vurdering af fleksions-/ekstensions-gap.

Stiehl gennemgik egne erfaringer med 555 patienter opereret ved hjælp af computer navigation. Der er sket og sker umådelig meget på den front og proceduren havde kun medført gennemsnitlig 9 minutters ekstra operationstid sammenholdt med 266 på normal vis opererede patienter.

Den følgende session omhandlede faktorer, der påvirker knæets bevægelighed med fokus på at opnå høj fleksion postoperativt. Som bekendt er der adskillige faktorer, der påvirker en knæalloplastiks postoperative bevægelighed, herunder specielt den præoperative bevægelighed. Selv om knæet præoperativt aktivt ubelastet kan flekteres til bløddele, kan det normale vægtbelastede knæ kun flekteres til 135 grader.

Ved meta-analyse af 57 studier omhandlende knæbevægelighed postoperativt (Callahan) fandtes, at den gennemsnitlige postoperative flek-

sion androg 105 grader, men selv hos patienter, som var vant til at flektede fuldt (asiater, squatting) kunne kun 45% efter knæalloplastik udføre dette.

Da også en del patienter i Vesten syntes at have behov for øget postoperativ fleksion (yngre, mere aktive) er der ifølge Argenson og Komistek et behov for at kunne tilbyde proteser muliggørende yderligere fleksion til grupper af patienter. Der findes enkelte proteser på markedet i dag (Zimmer med flere), som muliggør dette.

En session omhandlede aspekter omkring polyethylenslitage. Seth Greenwald fremhævede atter forskellen på knæ- og hoftalloplastikker, herunder at delaminering og pitting er fremherskende slitagemønstre hos knæalloplastikker, hvorimod det hos hoftalloplastikkerne i højere grad er adhæsion og abrasioner. Spørgsmålet om – og i bekræftende fald i hvilket omfang – yderligere cross-linking af polyethylen vil nedsætte slitage er fortsat uafklaret. Der foreligger blot et enkelt studie (et svensk fra i år), som viser positiv indvirkning af cross-linking på polyethylens holdbarhed.

Greenwald, polyethylen-forskningens nestor og fremmeste, blev spurgt om, hvilket protesedesign han selv ville foretrække i fald, han skulle opereres med total knæalloplastik. Svaret var, at det vigtigste for ham var, at finde en kapabel kirurg, som placerede komponenterne i korrekt alignment. Hårdt presset ville han vælge enten et mobile-bearing design med normal (ikke cross-linked) polyethylen eller en fixed all-polybearing! Han havde store forhåbninger til cross-linked polyethylen, men fandt ikke designet tilstrækkelig veldokumenteret for nuværende.

Omkring wear anførtes i øvrigt at ved modulær protese og slitage kunne en simpel udskiftning af polyethylenen ikke tilrådes, idet der var pågående osteolyse – der var bred enighed herom og adskillige havde egne bitre erfaringer, hvor fremadskridende osteolyse nødvendiggjorde udskiftning og opchipsning ganske kort efter skift af polyethylenen.

Bilateral total knæalloplastik blev glimrende gennemgået af Mark Pagnano. Effektivitet, sikkerhed, bekvemmelighed og omkostninger fremhævedes som de fire hjørneste. Bilateral knæalloplastik kan udføres simultant (2 samtidigt opererende teams), sekventielt (først det ene, så det andet i samme anæstesi) og som two-stage operation adskilt

af oftest måneder. Effektiviteten er fundet ens, hvad enten patienten er opereret bilateralt i én seance eller ad 2 omgange; der foreligger ingen studier om dårligere resultatet ved one-stage operation.

Generelt er sikkerheden god, såfremt patienterne er selekteret og specielt bør forsigtighed udvises hos ældre med hjertesygdomme. Bekvemligheden ved bilateral operation i én seance er iøjnefaldende: kortere hospitalisering, kortere genoptræning, kortere adskillelse fra familie og endelig eventuel hurtigere returnering til arbejdsmarkedet. Også omkostningsmæssigt er det fordelagtigt at foretage bilateral operation i én seance. En opgørelse blev fremlagt (Lane), hvoraf fremgik, at omkostningerne var 20% mindre end ved two-stage operation – til gengæld var rehabiliteringen dyrere ved bilateral operation i én seance.

Rosenberg gennemgik sin egen algoritme til udredning af den ikke vel-fungerende knæalloplastik.

Ekstensormekanisme, ROM, muskelstyrke, fod, hofte, gangmønster, pulsforhold med mere bør evalueres, men det blev på det skarpeste frarådet at foretage revision uden årsag/diagnose: "If it ain't broke, don't fix it". Patientens psyke, sociale situation, arbejdsforhold og eventuelle igangværende erstatningssager/pension indgår ligeledes i vurderingen.

Dennis gennemgik den stive knæalloplastik med fokus på patientfaktorer, kirurgiske "fejl" samt patientkomplikationer. 105 grader er tilstrækkeligt til at kunne cykle, forcere trapper og fungere i dagligdagen uden de store gener. Dennis kom med 2 små værdifulde hints: små medialiserede patellaknapper, hvor patientens egen patella er så stor, at den ikke-protese-forsynede del af knoglen rammer mod femurprotesen, kan skabe problemer i form af smerter og nedsat fleksion. Afskæring af den del af patella der kolliderer anbefales. Og yderligere: pie-crusting af quadricepsenen kan give 10-15 grader ekstra fleksion, såfremt ekstensormekanismen er stram og udgør den fleksionsbegrænsende faktor.

Daniel Berry holdt et udmærket indlæg om osteolyse omkring TKA, som typisk forefindes posterior i femurkondylerne (ses bedst på lateraloptagelsen) og omkring periferien af tibiaprotesen.

Der manedes til forsigtighed med ikke at overtolke osteopeni som osteolyse. Den typiske patient havde en 10-15 år gammel knæalloplastik med pludselig hævelse og instabilitet. Berry anvendte meget ofte CT-scan-

ning eller MR-scanning med metal supression, hvorved læsionerne oftest afslørede sig at være af væsentlig større omfang end først antaget og det var ingenlunde usædvanligt, at de ikke kunne ses sikkert på røntgenoptagelser.

En session omhandlede isoleret patello-femoral artrose og behandlingsmulighederne blev gennemgået: fysioterapi, debridement, flytning af tuberositas tibia fremad, patellektomi, patello-femoral protese og total knæalloplastik. Der forelå færre end 10 arbejder på 25 år om patello-femoral alloplastik, men total knæalloplastik var fundet patello-femoral alloplastik overlegen (Laskin). Én af foredragsholderne (Argenson) havde foretaget operation med patello-femoral alloplastik på 67 patienter. Såfremt indikationen var primær artrose, var der foretaget 30% revision ved 10 års follow-up; var årsagen dysplasi gik det lidt bedre, men resultaterne var fortsat inferiore i forhold til total knæalloplastik.

Professor Aaron Rosenberg havde foretaget en prospektiv randomiseret undersøgelse, hvor Vioxx (givet dagen før operation og 7 dage postoperativt) blev holdt op mod placebo. Studiet er endnu ikke publiceret, men i gruppen af Vioxx behandlede patienter fandtes signifikant bedre flexion (10 grader) og mindre morfikaforbrug sammenholdt med placebo-gruppen. Rosenberg mente, at dette – udover en optimeret smertedækning – kunne skyldes den gunstige effekt af NSAID på irritation i den suprapatellare reces efter kirurgi og eversion af patella.

Symposiets sidste session omhandlede teknikker ved revisionsalloplastik. Arlen Hanssen fremlagde sin procedure ved åbning af et vanskeligt tilgængeligt revisionsknæ. Foretog altid quadricepssnip samt såkaldt MCL-slide. Sidstnævnte udføres ved omfattende subperiostal løsning i retning forfra og bagtil, hvorved MCL glider tilbage i en tyk bløddelslap. Bagre kapsel blev altid visualiseret/frilagte og om nødvendigt gennemskåret. Arlen anbefalede, at undlade eversion af patella, idet man uden dette – efter hans opfattelse – havde den bedste oversigt. Herefter var et glimrende knæsymposium slut.

Zimmer skal have stor tak for et veltilrettelagt program og knæsymposiet kan varmt anbefales alle knæinteresserede ortopæder.

*Henrik Husted*



**Nordic Orthopaedic Federation**

Olle Svensson

Secretary-General

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

Göran Bauer's grant - the return of 1.000.000 DKK, approximately 70.000 DKK - is annually given to members of the Dutch and Nordic Orthopedic Societies. The purposes of the grant are to support study tours to orthopedic 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 Scandinavica*.

The application should be e-mailed to [olle.svensson@orthop.umu.se](mailto:olle.svensson@orthop.umu.se)  
Deadline March 31, 2004.

The application 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 3,000 words, the rest will be truncated and thus not sent to the NOF board. Please name the file GB04\_x.doc, x = your name***

The decision will be taken by the NOF Board in June 2004.

*Olle Svensson*



## ***Idrætsmedicin – DIMS 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; 40 CME point i DIMS regi.

**Målgruppe.** Fortrinsvis praktiserende 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.** Marianne Backer og Finn Løye. Arrangør: Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS) i samarbejde med Forsvarets Sanitets-skole.

**Undervisere:** Mogens Dam, Flemming Enoch, Andreas Hartkopp, Finn Johannsen, Michael Kjær, Lars Konradsen, Søren Kaalund, Gina Kollerup, Birgitte Kjær, Henrik Sørensen, Gitte Vestergaard, Henrik Aagaard, Marianne Backer.

**Tid og sted.** Mandag 15. marts til fredag d. 19. marts 2004, kl. 08.00 - 16.00. Forsvarets Sanitets-skole, Jægersborg Kaserne, Jægersborg Allé 150, 2820 Gentofte. Telefon 3977 1200.

**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.** Brev, e-post eller fax med navn, adresse samt påførelse af lægelig søjle og eventuelt medlemsskab af DIMS til kursussekretær Lissi Petersen, Helligkorsvej 33 B, 2.tv., 4000 Roskilde. E-post: lissidan@get2net.dk, tlf. 4635 4893. Giro: (reg. 1199) konto 16023337. 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 1581.  
Maks. 30 deltagere.

***Sidste frist for tilmelding: 1. februar 2004.***



# **Dansk Fod- og Ankelkirurgisk Selskab - DFAS. Basiskursus i fod- og ankelkirurgi.**

**Målgruppe:** læger i speciallægeuddannelse fase 1-3 og speciallæger som ønsker en opdatering af fagområdet

**Tid:** Torsdag den 25. og fredag den 26. marts 2004.

**Sted:** Internatkursus på Hotel Christiansminde - Svendborg

**Pris:** 3000 kr, for medlemmer af DFAS, 3500 kr. for ikke-medlemmer. Prisen omfatter hotelværelse, forplejning og kursusmateriale.

**Deltagerantal:** Max. 20

**Emner:** Anatomi, biomekanik, undersøgelsesteknik, hallux valgus, hallux rigidus, små tæers deformiteter, forfodssmerter, reumaforfoden, artrose og arthritis i ankel og bagfod, bevillingsregler vedr. indlæg, ortoser og ortopædisk fodtøj, diabetesfoden, følgetilstande efter ankeldistorsion. Endv. workshop hvor deltagerne får lejlighed til at foretage indgreb på plastikknogler: Chevron osteotomi, proximal metatarsosteotomi, Akin osteotomi, grundledsartrodese, Weil osteotomi.

**Undervisere:** Niels Chr. Jensen, Hakon Koføed, Preben Lass, Frank Linde, Michael Lohmann, Erik Kragh Petersen

**Tilmelding:** Senest den 24. februar 2004 til overlæge Preben Lass, ortopædkirurgisk afd, Ålborg Sygehus, Postbox 365, 9100 Ålborg; Email [Plass@dadlnet.dk](mailto:Plass@dadlnet.dk) . Optagelse på kurset sker i tilmeldings-rækkefølge.

Evt. ansøgning om medlemskab af Dansk Fod- og Ankelkirurgisk Selskab kan ske via selskabets hjemmeside [www.ortopaedi.dk/dfas/](http://www.ortopaedi.dk/dfas/)



## ***The 52nd Congress of the Nordic Orthopaedic Federation.***

**Deadline for abstract submission:** February 1, 2004.

**Deadline for early registration:** March 1, 2004.

**Congress days:** June 16-19, 2004.

On behalf of the Local Organizing Committee, it is a great pleasure to welcome you to the 52<sup>nd</sup> congress of the Nordic Orthopaedic Federation in Reykjavik, Iceland, June 16-19, 2004.

The Venue of the Congress will be a new congress center in the Nordica Hotel opened only last spring and supplied with all the most modern equipment for audiovisual presentation and teaching. It provides a spacious place for posters and industrial exhibitions.

The scientific program will be in line with the previous successful meeting in Uppsala 2002 focusing on education and selected topics contemplating the previous ones. The main topics will be on problems related to knee arthroplasties, foot/ankle arthrodesis/ arthroscopies, amputations and the expanding field of genetics in orthopedics. Invited speakers, from both sides of the Atlantic, will contribute to each topic and review current state of the art.

An enriching social program is provided for all participants. The City of Reykjavik offers countless cultural activities, and the 17<sup>th</sup> of June is the Icelandic National day with outdoor entertainment lasting well into the summer night. We encourage participants to combine the meeting with a summer vacation. Early summer in Iceland is a wonderful time with light nights and ever changing magical landscape. Nothing will contemplate the Congress better than relaxation in the countryside or an adventurous tour in the highland on a glacier. We offer a postcongressional tour that might be the easiest way to learn the country.

On behalf of the Organizing Committee NOF 2004:

*Stefán Carlsson*  
*president*

<b>16th June, Wednesday</b>		<b>17th June, Thursday</b>			
08:00- 09:00	09:00 Board Meetings of National Societies, NOF and Acta Orthopaedica	Ankle & foot	Genetics	Spine	
10:00		<i>Coffee</i>			
10:30- 12:00		Ankle & foot	Genetics	Spine	Main Sponsor Symposium
12:00		<i>Lunch</i>			
13:00- 14:15	Registration open at Hotel Nordica	Amputations	Free Papers	Spine	Instructional courses I
14:15		<i>Coffee</i>			
14:45- 17:00		Amputations	Free Papers	Spine	Instructional courses II
18:00~	Opening Ceremony at City Hall of Reykjavik	National Day of Iceland Free Evening			

18th June, Friday				19th June, Saturday			
Knee arthroplasties	Free Papers	Pediatrics		Trauma	Osteoarthrosis symposium	Free papers	Instructional courses V
<i>Coffee</i>				NOF General Assembly			
Knee arthroplasties	Trauma	Pediatrics	Instructional courses III				
<i>Lunch</i>				Post congressional tour at 14:00			
Knee arthroplasties	Trauma	Pediatrics	Instructional courses IV				
<i>Coffee</i>				Post congressional tour at 14:00			
Bone & Joint Decade- Combined Meeting							
Congress Banquet at Perlan							

# ***Xth Instructional Course of EFORT***

**September 23-26, 2004, Groningen,  
The Netherlands**

## **Dear Colleagues**

It is our privilege to invite you to the Xth Instructional Course of EFORT, which will be held September 23-26, 2004 in Groningen, The Netherlands. We hope and trust that this Course will be as successful as the preceding Courses like for instance the one in Krakow.

The EFORT Instructional Courses are organised for young orthopaedic surgeons and trainees in their last year of training, who wish to extend their knowledge and skill in selected subjects. Due to the fact that this is a Course and not a congress or symposium the format is different. Furthermore, only 400 applicants will be admitted.

The subjects of the course are:

**Scoliosis;** fundamentals, treatment (conservative and operative), new developments in spine surgery

**Foot- and Ankle** and related (sport) injuries

**Total Hip revision**

**Evidence Based Medicine** in Orthopaedics

The course program will be presented in forms of lectures, demonstrations, posters and exhibitions. Wellknown, expert speakers from all over Europe will deliver the instructional lectures.

Applicants are invited to give presentations. A panel of experts will decide on the acceptance and whether the presentation will be oral or by poster. The Course will take place in the pleasant environment of the newly built Groningen University Hospital.

Internationally, Groningen is well known as a centre of science and culture. The University of Groningen and the Groningen University Hospital, one of the largest university hospitals of The Netherlands, enjoy a good reputation all over the world.

Groningen has over 180.000 inhabitants, which makes it the sixth largest city of The Netherlands. The pleasant social climate of a rural provincial capital and the style and facilities of a small metropolis, that is what you will find in Groningen.

Groningen is also making its name as a city of architecture. The city has many modern buildings to offer, like the Groningen Museum. Groningen is also noted for its hospitality. Attractive terraces, pleasant cafes, and excellent restaurants.

Those who want some peace and quiet will find various scenic areas, lakes and woods within a stones throw from the city. Under high skies there are picturesque ‘terp’ villages (built on man-made mounds, called ‘terpen’ that once served to protect these villages against the sea) and centuries old ‘borgen’ (small castles) surrounded by moats.

We look forward to welcome you in Groningen!

On behalf of the Organising Committee

Prof.dr. Jim R. van Horn

Prof.dr. Niki Böhler Chairman of the Organising Committee

President of EFORT Prof.dr. George Bentley

in-coming President of EFFORT

Organising Committee EFORT 2004

Jim van Horn (Groningen University Hospital)

Ron Diercks (Groningen University Hospital)

Patrick Maathuis (Groningen University Hospital)

Albert Veldhuizen (Groningen University Hospital)

Karl-Göran Thorngren (Scientific Committee EFORT)

Wolfhart Puhl (Treasurer EFORT)

Klaus Hug (PCO EFORT)

Charles Brugman (K.F. Wenckebachinstituut Groningen)

**Address Organising Committee EFORT 2004**

**K.F. Wenckebach Instituut Groningen**

**Hanzeplein 1, 9700 RB Groningen**

**P.O. Box 30.001, 9700 RB Groningen**

**Tel: +31-50 361 90 24**

**Fax: +31 50 361 18 19**

**Http://www.wenckebachinstituut.nl**

**E-mail: info@wenckebachinstituut.nl**

## **Timetable:**

Provisional program and first call for papers:	October 2003
Invitations by national Societies:	October 2003
Second provisional program and call for papers:	November 2003
Final call for papers and registration:	February 2004
Deadline registration:	April 2004
Final program:	June 2004

## **Xth Instructional Course of EFORT September, 23-26, 2004 Groningen, The Netherlands**

### *Thursday, September 23, 2004*

12:00	Registration
12:55	Opening
13.00	Instructional Lectures: Foot
14:00	Free papers; Foot, Ankle (7', 3' discussion)
15:00	Tea Break
16.00	Instructional Lectures: Ankle
17:00	Break
	Opening ceremony
18:00	Buffet

### *Friday, September 24, 2004*

08.00	Instructional Lectures: Hip revision – acetabulum
09:00	Free papers; Hip revision (7', 3' discussion)
10:00	Coffee break
11.00	Instructional Lectures: Hip revision – femur
12:00	Lunch
13:30	Demonstration different techniques impaction grafting, sawbones/ cadaver
14:30	Plenary poster presentations
15:30	Tea break
16.15	Instructional Lectures: Septic Hip Revision
17:00	Closure

*Saturday, September 25, 2004*

- 08.00 Instructional Lectures: Scoliosis and new developments in spine surgery
- 09:00 Free papers; Scoliosis and new developments in spine surgery (7', 3' discussion)
- 10.00 Instructional Lectures: Scoliosis and new developments in spine surgery
- 11:00 Coffee break
- 11.30 Instructional Lectures: Evidence Based Medicine in Orthopaedics
- 12:30 Lunch
- 13.30 Instructional Lectures: sportsrelated injuries foot and ankle
- 14:30 Tea break
- 15:00 Free papers; sports related injuries foot and ankle (7', 3' discussion)
- 16:00 Nomination best free paper and best poster + prize
- 16:30 Closure

**Dissection course foot, ankle hip  
September, 26-27, 2004  
Groningen, The Netherlands**

We are currently developing a completely separate programme for a dissection course on fresh frozen cadavers for a limited number of participants (60 persons) starting on Saturday, September 25, around 2 PM, ending Sunday, 26, around noon. The central themes are foot, ankle and hip.

Detailed information will be available on our website in November 2003.