

DOS BULLETIN



NR. 5 SEPTEMBER 2003 32. ÅRGANG

| | |
|--|---------------|
| ÅRSMØDET 2003 | 3 |
| - FOREDRAGSKONKURRENCE | 4 |
| - POSTERKONKURRENCE | 4 |
| - TILMELDING | 7 |
| MØDER I FORBINDELSE MED ÅRS-MØDET | 9 |
| UDDANNELSESUDVALGET INFORMERER | 13 |
| - KURSIST ENQUETEN | 13 |
| KORRESPONDENCER: | 15 |
| - SYMPOSIUM OM HOFTEREVISION | 15 |
| - CONTINENTAL COURSE 2003 | 20 |
| MØDER OG KURSER I DANMARK | 32 |

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, 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

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 · www.kandrup.dk

ISSN 0902-8633

DEADLINES FOR NÆSTE BULLETIN

ANNONCER: Fredag den 5. september 2003

TEKST: Fredag 12. september 2003



DOS Årsmøde 2003

Dansk Ortopædisk Selskabs Årsmøde 2003 afholdes på Radisson SAS Scandinavia Hotel, København 23. – 24. oktober.

Guildal Forelæsning

Dr. Marc Garcia-Elias MD, PhD. Kaplan Institute Barcelona:

“ Carpal instability”

Symposium:

Dansk Ortopædisk Traumeselskab afholder symposium om:

”Tibiakondylfrakturer”

Symposium:

”Referenceprogram vedr. primær knæalloplastik”

Disposition og Status med gennemgang af de pr. 1.10.03 foreliggende kapitler.

Se: www.d246476.suite.dk/kneallo/ fra 1.10.03.

*På vegne af Styregruppen
Henrik M. Schrøder*

Der afholdes videnskabelige sessioner begge dage.

Vel mødt!

Foredragskonkurrence

I forbindelse med årsmødet 2003 i Dansk Ortopædisk Selskab vil der blive afholdt en foredragskonkurrence, hvor de bedste indlæg vil blive belønnet efter en samlet vurdering af det videnskabelige indhold og præsentationen heraf.

1. præmien er kr. 5.000
2. præmien er kr. 2.500 (2 stk)

Deltagerne i sessionen vil blive udvalgt af bestyrelsen. Deltagelse er frivillig.

Bestyrelsen

Posterkonkurrence

Der vil blive arrangeret posterkonkurrence. Den bedste poster vil blive præmieret.

Bestyrelsen



Årsmødet 2003

Tilmelding og mødeafgift.

Det er en forudsætning for at deltage i mødet, at man har tilmeldt sig på tilmeldingsblanketten i DOS Bulletin nr. 5, 2003 (dette nummer). Der opkræves ikke mødeafgift, idet selskabet dækker de udgifter der er forbundet med afholdelse af årsmødet. Det er derfor også vigtigt, at selskabet ikke tegner sig for større økonomiske forpligtelser end svarende til det antal medlemmer, der ønsker at deltage. Der vil kun blive bestilt ydelser, herunder kaffe m.v., til det tilmeldte antal deltagere. Alle tilmeldinger til mødet, frokoster med videre, skal finde sted på tilmeldingsblanketten, der indsendes til:

*Sekretær Annette van Hauen, HovedOrtoCentret,
afsnit 2101, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9,
2100 København Ø.*

Tilmeldinger skal være modtaget inden den 3. oktober 2003.

Medlemmer, der ikke har tilmeldt sig inden fristens udløb, kan ikke forvente at deltage i frokoster eller gallamiddag. I tilfælde af overtegning, vil de først tilmeldte blive prioriteret.

Betaling

Indbetaling ske:

- Som overførsel til giro nr.: 308 6895. Husk at angive navn og formål i teksten. Indbetalingskvittering skal vedlægges tilmeldingsblanketten – (print af skærbillede ved elektronisk overførsel).
- Pr. check udstedt til Dansk Ortopædisk Selskab, check vedlægges tilmeldingsblanketten.

Hotelreservation.

Deltagere i årsmødet kan ved henvendelse til Radisson SAS Scandinavia Hotel, Amager Boulevard 70, 2300 København S, telefon 33 96 50 00, reservere værelser på hotellet. Prisen for værelser, inkl. moms, betjening og morgenmad samt fri adgang til sauna, swimmingpool med videre, vil per nat for enkeltværelse være kr. 1.250.- og for dobbeltværelse kr. 1.350.-

Værelsesreservation skal foretages senest den **3. oktober 2003**. Ved tilmelding skal henvises til deltagelse i Dansk Ortopædisk Selskabs årsmøde samt opgive ”info nr.” A2310P.

Parkering

Der er betalingsparkering på hotellets område mellem kl. 06:00 & 13:30. Pris per time kr. 10,00. Parkeringsautomaterne er placeret på P-pladsen samt ved hotellets indgang.

Deltagere i DOS mødet har gratis parkering. Parkeringsbillet kan afhentes i receptionen ved check in.

Det er meget vigtigt at deltagerne husker at hente billetter og placere dem i forruden straks ved ankomsten, hotellet kan ikke gøre noget hvis man får en parkeringsbøde.

Tilmelding til årsmødet 2003

den 23. - 24. oktober 2003

på

Radisson SAS Scandinavia Hotel, København

TILMELDINGSBLANKET

Navn: _____

Arbejdssted: _____

Adresse: _____

Postnr. & By: _____

Tlf: _____

Ledsager: _____

Ønsker at deltage i mødet: Torsdag _____ Fredag _____
(bedes udfyldt af hensyn til kaffen)

Frokost torsdag, kr. 100.- Antal: _____ Ialt kr.: _____

Frokost fredag, kr. 100.- Antal: _____ Ialt kr.: _____

Festmiddag torsdag, kr. 375.- Antal: _____ Ialt kr.: _____

Vedlagt: Girokvittering **Bankcheck** **i alt kr.**

Vend!

(Ufoldet passer modtagerfeltet til en M5 rudekuvert)

Tilmelding sendes til:

Annette van Hauen
HovedOrtoCentret, afsnit 2101
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København K.

vedlagt: Girokvittering Bankcheck

(Fold her, hvis der anvendes M65 rudekuvert)

**Tilmelding og indbetaling skal være Annette van Hauen
i hænde inden fredag den 3. oktober 2003!!!**

Klip her !

MØDER I FORBINDELSE MED ÅRSMØDET 2003

Årsmøde i Dansk Selskab for Håndkirurgi:

Afholdes: Torsdag den 23.10.03

Adresse: Radisson SAS Scandinavia Hotel København Amager
Boulevard 70, København S.

Tidspunkt: kl. 09.00 - 12.00

Mødelokale: Se opslag

Emnet for det videnskabelige møde er **Dupuytren's kontraktur**.

Tilmelding til det videnskabelige møde er ikke nødvendig.

Dansk selskab for håndkirurgi

Præliminært mødeprogram:

| | |
|--|---------|
| Velkomst | 5 min. |
| Patofysiologi og epidemiologi <i>Thomas Rhode, Amtssygehuset i Gentofte</i> | 20 min. |
| Præsentation af behandlingsregimer <i>Repræsentanter for 5 håndkirurgiske sektorer</i> | 30 min. |
| Ergoterapeutisk behandling <i>Ergoterapeuter fra Aalborg sygehus</i> | 20 min. |
| Kaffepause | 20 min. |
| Dupuytren's Contracture – Features and Consequences <i>Docent Stephan Wilbrand, Uppsala Universitetssygehus</i> | 40 min. |
| Prognose <i>Overlæge Marianne Breddam Ortopædkirurgi Nordjylland</i> | 10 min. |
| Metode til kvalitetssikring <i>Overlæge Michel Boeckstyns Amtssygehuset i Gentofte</i> | 10 min. |
| Diskussion | 20 min. |

Møde i Dansk Selskab for Hofte- og Knæalloplastik Kirurgi DSHK

Torsdag 23.10.2003

Radisson SAS Skandinavia Hotel

Ordstyrer Niels Wisbech Pedersen

Program:

- Kl. 10.00-11.00: Rapport fra Dansk Hoftealloplastik Register ved Ulf Lucht.
- Kl. 11.00-11.30: Rapport fra Dansk Knæalloplastik Register ved Bjarne Lund
- Kl. 11.30-12.00: DSHK's hjemmeside ved Jens-Erik Varmarken

Jens-Erik Varmarken
DSHK



Efterårsmøde
d. 23. oktober kl. 10-12.

Program:

10.00 – 10.20: Orientering fra bestyrelsen

10.20 – 10.35: Behandling af ACL-læsioner hos børn og unge.
Magnus Forssblad, Arthro Clinic, Stockholm

10.53 – 10.50: Diskussion

10.50 – 11.00: Kaffepause

11.00 - 11.30: IT-totalløsning til artroskopisk kirurgi
Magnus Forssblad, Arthro Clinic, Stockholm

11.30 – 12.00: Diskussion

Mød talstærkt op og oplev det mest geniale og gennemtænkte IT-system i verden. Indeholder EPJ-modul, databaser og meget, meget mere...

Med venlig hilsen Bestyrelsen

DOS SYMPOSIUM OM TIBIAKONDYLFRAKTURER.

*ARRANGERES AF DANSK
ORTOPÆDKIRURGISK TRAUMESELSKAB (DOT)*

- Ordstyrer/moderator: *Torben Bæk Hansen,
Holstebro Centralsygehus*
- 1) Generelt, evaluering
og behandlingsprincipper. *Klaus Kjær Petersen,
Aalborg Sygehus*
- 2) Konservativ behandling *Søren W Rasmussen,
Bispebjerg Hospital*
- 3) Operativ behandling:
- Unikondylære frakturer; Teknik,
efterbehandling og resultater *Frederik Ammitzbøll,
Aalborg Sygehus*
 - Bikondylære frakturer; Åben
reposition og skinne osteosyntese,
teknik, efterbehandling og resultater *Kjeld Andersen,
Århus Kommunehospital*
 - Perkutan reposition og osteosyntese,
kombineret med ekstern fixation.
Teknik, efterbehandling og resultater. *Knud Stenild Christensen
Aalborg Sygehus*
- 4) Sammenfatning, fremtiden *Morten Schultz Larsen
Odense Universitetshospital*



Kursistenquete 2003

Som en konsekvens af de rekrutteringsproblemer vi i øjeblikket oplever indenfor ortopædkirurgien, har uddannelsesudvalget i foråret 2003 foretaget en undersøgelse blandt de kursister, som fik kursusstilling i henholdsvis 2000, 2001 og 2002. Der blev i alt udsendt 93 spørgeskemaer og 61 blev returneret svarende til en svarprocent på 65,6 %.

Hovedpunkterne i enqueten relaterede sig til hvilke faktorer der, for kursisterne, var afgørende for valget af uddannelsesblok, hvilke faktorer der var årsag til fravalg af eventuelle blokke samt endelig hvorvidt kursisternes forventninger til uddannelsesstedet var blevet opfyldt.

Hvad angår faktorer afgørende for valg af uddannelsesblok tydede resultaterne på, at placeringen af fase 2- og fase 3-stillingen var lige betydningsfulde, og adspurgt hvilke årsager kursisterne angav til prioriteten af valg af uddannelsesblok, var de hyppigst forekommende svar: Geografi, personligt kendskab til afdelingen, ry for godt uddannelsesmiljø, godt forskningsmiljø, kursusmuligheder og lille vagtbelastning i nævnte rækkefølge.

Hvad angår faktorer, som blev prioriterede i forhold til fravalg af uddannelsesblok var de hyppigste angivne årsager, i prioriteret rækkefølge: Geografi, dårligt uddannelsesmiljø og personligt kendskab.

Sammenfattende mente 55,7 % at de havde fået opfyldt deres forventninger til kursusstedet, mens 44,3 % ikke fandt at deres forventninger var blevet opfyldte. De kursister, som angav, at deres forventninger ikke var blevet opfyldte, angav som hovedårsager hertil: For lav prioritet af uddannelse, for meget skadestuefunktion, for få operationsdage, for lidt dagtid, dårlige vejledere samt for lidt relevant arbejde, i prioriteret rækkefølge.

Kursisterne prioriterede således geografi, personligt kendskab til afdelingen og uddannelsesmiljø både i forhold til til- og fravalg af kursusblok, og næsten halvdelen af kursisterne mente ikke, at de have fået opfyldt deres forventninger til uddannelsesblokkene. Det kan ikke være tilfredsstillende at knapt 50% af kursisterne ikke fik opfyldt deres forventninger. Enten er der for mange kursister, som ikke opnår de krævede kompetencer, eller også er kommunikationen mellem vejleder og kursist ikke tilstrækkelig.

Flere kursister fravalgte afdelinger pga. for dårligt uddannelsesmiljø og -muligheder, hvilket må motivere afdelingerne til at forbedre disse forhold i forbindelse med implementeringen af den nye målbeskrivelse. Jo bedre uddannelse, jo flere tilfredse læger under uddannelse på de ortopædkirurgiske afdelinger, jo mindre vil rekrutteringskrisen ramme ortopædkirurgien.

*Marianne Breddam og Søren Overgård
På uddannelsesudvalgets vegne*



Referat fra Hip Revision Symposium

Rigshospitalet 9. og 10. maj 2003

Mødet var arrangeret af Jens Retpen og Jens Stürup fra Rigshospitalets hoftekirurgiske sektion i samarbejde med Biomet Merck, Danmark.

Et møde med samme emne blev afholdt i 1995 også på Rigshospitalet med nogenlunde de samme emner. Men der sker meget indenfor revisionskirurgien over en periode på 8 år, så det var bestemt en god ide at lave et nyt symposium.

Foredragsholderne var hentet både herhjemme og i udlandet og det gav mødet et godt internationalt tilsnit.

Emnekredsen giver næsten altid sig selv med den valgte titel til symposiet. Der var en passende opdeling i sessioner som følger: 1. Cementeret revision med eller uden knogletransplantat. 2. Ucementeret stem revision med distal fiksa-tion. 3. Ucementeret stem revision med proksimal fiksa-tion. 4. Diskussion. 5. Acetabular revision. 6. Infektion.

9.maj 2003

Efter velkomst og indledning ved Retpen og Stürup var der et indlæg fra L. Havelin, der fra det norske register søgte at fremdrage punkter, der kunne have betydning i løsningen af den primære alloplastik. Af det der kan nævnes var at cementmærke har indflydelse. Antibiotika i cementen har betydning for om der kommer revision p.g.a. infektion men også aseptisk løsning.

Ucementerede HA og porous coatede stems har bedre resultater efter ti år end de cementerede stems.

I diskussionen om dette indlæg var der nogle kritiske spørgsmål, der ikke blev besvaret.

1. session:

M. Hubble fra Exeter fremlagde resultater med den velkendte Exchange

teknik. Mellem- og langtidsresultaterne er gode med hensyn til knogleopbygning. Gruppen har erkendt behovet for lange femurkomponenter og supplement af strutgrafts i visse tilfælde. I de første år var komplikationen fraktur ganske hyppig men er nu på et acceptabelt niveau. J. Retpen fremlagde resultaterne fra et studie med den simple re-cementering af femur. Konklusionen var, at denne teknik kan anvendes hos ældre patienter med ringe eller intet knogletab.

2. session:

Per Thomsen fremlagde sin serie på 128 stem revisioner med Solution stem, som er med distal fikstion uden cement. Overlevelsesraten i denne serie efter 10 år er meget høj – 98,1 %. Det er fornemme tal og man ser ingen bekymrende tegn på stress shielding.

Paul Böhm fra Tyskland viste resultater efter brug af Wagner femur komponenten. 129 revisioner med en follow-up på maks. 14 år. Mere end 90 % sidder fast på dette tidspunkt. Anbefaler at anvende kortest mulige stem i dette design.

J. Stürup fortalte om resultaterne med Kent protesen. Anvendt i 30 tilfælde. Det var muligt at se 21 patienter til klinisk og radiologisk follow-up. Et stort flertal af disse var tilfredse med deres hofte. Et problem med denne protese er et større antal skruefrakturer. Man har ønske om en protese med flere skruehuller til fikstion af frakturer højere oppe på femur og at man kan få en kurveret stem til fremtidig brug.

3. session:

S. Solgaard viste sine tal for den ucementerede lange stem med samtidig optransplantation. Der har været 17 reoperationer, heraf 9 p.g.a. aseptisk løsning. Serien er på 239 patienter og 50 er fulgt i mere end 4 år uden der har været reoperation. Radiologisk er der i mange tilfælde set både kortikal og trabekulær knogleremodellering. Resultaterne er på kort sigt lovende og derfor har man valgt at fortsætte med denne teknik.

R. Emerson fra USA gennemgik resultater for stem revisioner med modular calcar replacement og brug af strut allografts. En serie med langtids follow-up på ca. 10 viste en særdeles god overlevelsesrate på ca. 98%, hvilket må siges at være rigtig fornemt. Derfor er der ikke noget at sige til at man på dette center holder fast ved denne protese. Han anførte vigtigheden i at få et tight fit i proksimale femur, men ikke nødvendigvis line to line fit. Tynd knogle proksimalt skal underbygges med

grafts. Her anvender man strut grafts som mindst skal være så lange at de kan fikseres med 3-4 wires. Som det optimale beskrives en anlagt graft proksimalt medialt under kraven på calcar replacement protesens. L. Marega fra Italien var en sjov oplevelse. Han gjorde ikke noget stort ud af sit materiale, som nærmest var en lang gennemgang af en hel del case-stories. Hans protese var den velkendte S-ROM protese, der som bekendt har proksimal fiksering. Nogle egentlige tal på hans materiale er ikke til at videregive, da han ikke fremlagde nogen. Imidlertid har et sådant foredrag også en vis værdi.

4. session:

Dette var et diskussionsforum der blev ledet af K. Søballe. Overskriften var fikseringsprincipper for femurkomponenten ved revision og anvendelse af knoglesubstitutter. Søballe var god til at sætte de enkelte foredragsholderes oplæg i relief og stille nogle gode spørgsmål. En livlig debat udfoldede sig med god deltagelse fra salen. En pointe fra denne seance må være, at man skal have mulighed for at spille på flere strenge, når man står overfor en revision af en femurkomponent, idet valget i det enkelte tilfælde afhænger af mulighederne for en god fiksering af komponenten. Det kan være proksimalt, distalt eller full-coated stem. Knoglesubstitutter af den ene eller art er et vigtigt supplement til at genskabe en levedygtig protese efter revision.

10.maj 2003

5. session:

Emerson indledte med vigtigheden af at have en god klassifikation af knogledefekten i acetabulum og anbefalede Paproskys system. Herefter gennemgik de problemer der er ved knogledefekter på og anvendelse af knogle graft på acetabularsiden. For så vidt ikke noget nyt på banen men en god opsummering af de forskellige løsninger og deres svagheder. Det vigtigste man kunne udlede er at der skal være en stor procentdel af host bone, der har kontakt til den indsatte ucementerede cup. Får man en tilstrækkelig støtte af denne karakter er der kliniske studier, der viser op mod 90 % overlevelse af protesens efter ca. 7 år. Hvis man ikke kan opnå god host bone kontakt skal man overveje cement, men her taler man for at supplere med skjold eller ringforstærkning af acetabulum inden der cementeres.

P. Böhm fra Tyskland fremlagde resultater ved revision med acetabular reinforcement rings. I sit materiale havde han omkring 90 % overlevelse af komponenten efter ca. 11-13 år. Derfor anbefalede han at man ved de svære defekter i acetabulum anvendte disse devices hvis man kunne få en god stabilitet til host bone.

B. Schreurs, Holland viste resultaterne ved den kendte Sloof-teknik, hvor man bruger optransplantation med knogle chips og derefter cementerer en cup fast. Det blev pointeret, at man skulle anvende store chips. Langtidsresultaterne er meget opmuntrende, idet man efter 10 år havde en overlevelseshastighed på 96 %, hvis man ser på aseptisk løsning. De tilsvarende tal på 15 og 20 år var 84 % i begge tilfælde. Det er tal som matcher studier med ucementeret revision. Der var en diskussion om, hvornår man kan tillade belastning, men noget entydigt svar kunne ikke gives.

Session 6:

K. Knutson Sverige fortalte om resultaterne ved 2 stadie revision i Lund. Man benytter kun denne strategi og til forskel fra USA hvor 2. operation er efter 6 dage, er der i Europa tendens til at gøre operation nr. 2 efter 3-6 uger. Han anbefalede varmt den velkendte teknik med Kamme-biopsier.

Ved 2 stadie operation opnår man at fjerne infektionen i omkring 90 % af tilfældene. Han så ingen som helst fordel ved at bruge en gentamycin holdig cementspacer. Ulemperne var måske større.

T. Gehrke fra Tyskland kunne fremvise resultater med et imponerende stort antal patienter. Dette skyldes at det sted han kommer fra er et center for denne specielle behandling.

Over ca. 25 år havde de behandlet ca. 6500 inficerede hoftealloplastikker og succesraten var meget høj. Deres teknik er 1 stadie operation. Over årene havde de været i stand til at bedre deres resultater. 1979 var 78 % af THA der kunne reddes og 1989 var dette tal 88 % og i 2002 var det helt oppe på 92 %. Han pointerede meget, at det ikke var nok med en uge uden antibiotika for at få et brugbart materiale ud til analyse. I 96 % af tilfældene var det en kendt agens og de sidste 4 % måtte ofte igennem en operation mere.

T. Sandberg talte om anvendelse af lokal antibiotika. Tilsætning af antibiotika til cement er velbevist som et gode, men der kan være strukturelle problemer med cementens styrke. Der omtaltes også brug af gentamycin til skyllevandet ved operationen og den værdi det kunne bibringe. Det var på denne måde muligt at få en meget høj koncentration af antibiotika i det inficerede område.

J. Kurtzhals som er mikrobiolog på RH holdt et meget levende foredrag om anvendelse af antibiotika indenfor alloplastikkirurgien, dette var både profylakse og behandling.

Ved profylakse anbefales 1 døgn behandling med et potent stof f.eks. Cefuroxim 1,5 gram x 3.

I behandlingen lægges der vægt på Kamme biopsier som udgangspunkt for at finde det agens der er skyldig i infektionen. Han fortalte man ved infektioner så følgende spektrum af bakterier: 50 % var staph aur., 20-25 % var gr.neg stave, 15 % streptokokker og resten enten enterokokker eller anaerobe. Han gik ind for anvendelse af 2 stoffer når der er fundet et agens. Baggrunden for dette er at mindske risiko for udvikling af resistens.

Som helhed var det et ganske udmærket kursus som gav en god opdatering af viden indenfor dette område. Det var gennemgående gode og engagerede foredragsholdere. Muligheden for debat om indslagene var gode og blev udnyttet. Jeg mener, at en af de vigtigste ting ved et kursus som dette er at man har lejlighed til debat. Arrangementets praktiske gennemførelse var perfekt og det fungerede godt med overholdelse af tiderne for de enkelte foredragsholdere. Der vil helt sikkert være et behov for at lave et nyt kursus med ca. 5 års mellemrum.

Jens-Erik Varmarken



Continental Course 2003

Continental Surgeons' Course 16. – 27. juni 2003. To hektiske, intensive uger i London i 30 graders hede og Nottingham i lidt mere humant vejr. I forelæsningsaal eller undervisningslokale bænket på sin ømme bagdel i mere eller mindre velegnede møbler fra kl. 09:00:00 GMT til 17:00:02 GMT. De få afbrydelser bruges til kaffe/kiks pause og frokost. Maden er engelsk, hvad det så end vil sige, og er bestemt ikke noget at rejse efter. En ordentlig kop the er ikke til at opdrive i England, dette storlige af thepose dyppende nationaliteter. Kurset koster mange penge. For begge uger med alt inkl. ca. 20-25.000 kr. For flere er det en kamp at få skrabet pengene sammen, og nogle betaler selv. En god kassekredit kan bringe én vidt omkring.

Men Continental Course er bestemt det hele værd. Man kommer hjem med en masse. Fagligt og menneskeligt. Danmark, hvorom hele verden jo plejer at dreje, bliver ligesom anderledes dimensioneret, når man sidder dér i selskab med ca. 32 kolleger fra resten af Europa, derovre i UK, hvorom hele verden så sandelig drejer! Englænderen, der som oftest er af hankøn, møder ALTID op til tiden i sit ulastelige mørkeblå jakkesæt, 30 grader eller ej (den engelske dress code er ubrydelig!) og leverer et foredrag så stilfuldt og velformuleret, at vi andre aldrig kan håbe på at efterligne det tilnærmelsesvis. Er det kun det engelske sprog, der gør det?

Kurset har været afholdt siden 1948 vist nok uden afbrydelser, hver sommer i London, for ca. 30 læger fra Kontinentet. Fra Europa kommer vi for at lære hvordan man gør tingene i England, som ikke er Europa. Nottinghamdelen er kommet på senere. Deltagerantallet er holdt lille med vilje, og i starten virkede det helt overdrevet med kursusledelsens anstrengelser for at alle skulle ”komme hinanden ved”. Det viste sig i virkeligheden at være guld værd! Dét er noget de kan, de englændere; få folk til at være deltagende og føle sig underholdt; ingen må sidde og kede sig.

” Francisco, have you met Fabian from Switzerland? I hear they have such wonderful mountains there, have you ever been to Switzerland” og så snakker Francisco og Fabian lidt om det. Osv. Flot.

Vi 10 danskere sad og sad med 23 kolleger fra Holland (8), Belgien (4), Schweiz (3), Portugal (2), Tyskland (1), Polen (1), Norge (1), Slovenien (1), Israel (1) og 1 islænding fra Sverige.

Det var utroligt interessant at møde de andre. I flere andre lande er uddannelsen bedre end i Danmark og kollegerne er langt mere erfarne. Hollænderne, f.eks. De var alle sammen i starten af trediverne, var teoretisk utroligt velfunderede og havde stor operationserfaring. De har eksaminer hele tiden og læser og læser. Ingen børn, naturligvis. De er under vingerne af en professor, der også sørger for at de kommer videre til en anden (slut) stilling, når de er færdige med deres uddannelse. Deres løn stiger til det firdobbelte i samme øjeblik de får den stilling, men de skal så også typisk "købe" sig ind i en afdeling, hvilket koster en årsløn eller deromkring. Det første år er derfor ingen dans på roser, men bagefter kører det. Tankevækkende. Vi mødte også nogle yngre engelske kolleger i løbet af kurset; de arbejder som sindssyge og har også specialisteksamener hele tiden.

Vi gamle danskere kunne af og til godt føle os lidt ydmyge i det selskab. Men vi havde en vis prestige i kraft vore forfædre, vikingerne. Kontrasten til Albert fra Israel, russisk emigrant, med få engelskkundskaber. En lidt stridsom tilværelse med sin russiske uddannelse i et nyt land i konkurrence med en masse andre. Ham kunne man ikke rigtig komme i kontakt med. Eller Andrej fra Slovenien, utrolig flink og beskeden. Han havde aldrig set en bowlingbane før, men var efter en indledende tøven pludselig vanvittig god til spillet. Så var det pludselig ikke så vigtigt at kunne tale godt engelsk.

Kurset bliver sædvanligvis afholdt på Stanmore lidt nord for London og alle de foregående år er deltagerne (delegates) blevet transporteret i gennem den londonske morgentrafik (!!!) fra hotellet og tilbage igen 1½ time hver vej. I år var det vores held, at nogen havde formastet sig til at hugge lokalerne på Stanmore, så man have været nødt til at finde andre på UCL (University College of London) midt i byen. Hæ hæ.

Mr Ian Bayley, kursuslederen, var meget fornærmet over dette. Han ER Continental Course, og der er vist ikke nogen der skal driste sig til at gentage fadæsen en anden gang.

Alle underviserne var derfor udkommanderet blandt andet fra Stanmore, enklaven, oasen, den muskulo-skeletale-ortopædkirurgiske-forsknings-og-kliniske højborg ind til os i midtbyen med foredrag indenfor knæ-,

hofte-, fod-ankel kirurgi, pædiatrisk ortopædi, rygdeformiteter, knogle-tumorer og lænderygsmerter.

Den første dag, hvor vi stort set lige var landet og knap nok havde sagt et ord på engelsk, leverede Mr. Martin Logan så et foredrag på skotsk fra sit interventionelle MR afsnit om dynamiske MR undersøgelser af kine-matikken i det ACL rekonstruerede knæ. Værsgo' og slug. Meget spænd-ende undersøgelse, hvor de viste, at der i det ACL skadede og rekon-struerede knæ persisterer en posterior subluksation af femur i det vægt-bærende ben, nærmere bestemt af den laterale femurkondyl, hvor den post. glidning ved fleksion 0-120 gr er omkring 20 mm. De foreslog der- for, at udvikling af artrose ikke reduceres ved rekonstruktionen (ligegeyl- digt hvilken metode der var brugt.)

Vi hørte flere interessante foredrag om TKA, bl.a. om "Patella should or should not be resurfaced", hvilket er et kontroversielt emne, i hvert fald i England.

I DK er vi jo ikke vant til disse materialestørrelser, men der blev bl.a. fremlagt et Stanmore studie, som de sagde var randomiseret, over 474 PFC Sigma knæ og 67 PFC knæ, som havde fået patella knap eller ikke. Der fandtes ingen forskel i knæbevægeligheden men der var højere smertescore i de knæ, der ikke havde fået en knap.

Mht. de mere komplekse knee replacements var det interessant, at der i UK åbenbart er en pæn adgang til allografter. Således kunne man fra et firma der er specialiseret i dette, købe sig til f.eks. en proksimal tibia, hvis man stod overfor et større knogletab hos en patient man gerne ville sætte et kunstigt knæ i. Firmaet er amerikansk, og man var ikke vidende om hvor graften kom fra eller hvor grundigt der var testet for forskelli- ge sygdomme. Hmm...

Mr George Dowd præsenterede et godt foredrag om PCL skader, og de vigtigste punkter var:

Ptt. m. posterolateral rotatorisk instab. der har skadet de laterale struktu- rer, frem for alt poplitea, det popliteo-femorale ligament og LCL skal opereres. (Double tunnel technique, onlay graft. BTB gn. femur m. fast- gørelse på tibias bagside, andre metoder: Larsen tenodesese, kombinerede metoder.) Ved hyperekstensions-varus traume ses "varus thrust"; de late- rale strukturer holder ikke igen ved vægtbæring så knæet går i varus under gang. DIAL test; 90 gr fleksion: crus ses udadroteret i forhold til det andet.

Indikation for op. af isoleret PCL skade kunne være reduktion af risiko for artroseudvikling, smerter og måske tilbagevenden til sport. I øvrigt er midtskafte femur frakturer ofte associeret med PCL skader.

Der er måske ikke noget nyt i dette; under alle omstændigheder var det godt at få genopfrisket.

Fod-ankel sessionen handlede om tibialis posterior insufficiens og ankel artrodeser, meget interessant. Flere af de mandlige deltagere syntes, at Ms Julie Kohls-Gatzoulis foredrag om det første var fantastisk.....

En lille sidehistorie om rutinemæssig fjernelse af metal i UK: 60 % af ptt. under 16 år får osteosyntesemat. fjernet, 40 % gør ikke. Hos voksne fjernes det ikke rutinemæssigt.

Hoftekirurgien i London ugen handlede bl.a. om revisioner, og her præsenterede Ms Sarah Muirhead-Allwood [mju·rhed] et festfyrværkeri over sin enorme erfaring indenfor emnet. Hun, som før 1996 hed William, er en kapacitet indenfor sit fag, og må, set med kvindelige øjne, befinde sig i en ønskeposition som ortopædkirurg. Har lært det hele på lige fod med kollegerne. Kan det hele og kan bide skeer med alle hanløverne, der må respektere hende for hendes kunnen, for hun er jo stadig en af drengene.....Forstod I den?

Børneortopædien handlede om opretning af varus/valgus fejlstillinger med hængslede Ilizarov rammer, der også anvendes i tumorkirurgien. Børn kan bedst opereres når de er ældre end 8-10 år, mindre børn reagerer dårligt på behandlingen.

Sessionen om cerebral parese (cerebral palsy [seri·bral på·lsi]) fokuserede fornuftigt på de krav som ængstelige forældre stiller lægerne. Den almindelige holdning er, at CP børn bliver svagere og dårligere af mange kirurgiske indgreb. Denne udvikling havde man ofte set i ganglaboratoriet. Behandlingsstrategien var, at man først satte sig nogle realistiske mål. Herefter foretog man en grundig ”opmåling” med ganganalyser, undersøgelser og samtaler m. familien. Dette rettedes mod et højangreb, dvs. en multi-procedure af kirurgi før puberteten og herefter var det så i princippet kun nødvendigt med én, men meget aggressiv rehabilitering. Man havde meget dårlige erfaringer med fødselsdagskirurgi, dvs. at et barn f.eks. får lavet det første korrigerende indgreb ved 5 års alderen, det næste ved 6 år, næste ved 7 år o.s.v. I øvrigt er de ligeså glade for Botox i UK som i DK.

Af andre emner den dag nævnes kongenit hofteledsdysplasi (DDH = Developmental Dysplasia of the Hip) og epifysiolyse af caput femoris (Slipped Upper Femoral Epiphysis).

Knogletumorerne var også spændende, og det helt vilde var billederne af den protese de har lavet til børn, der får fjernet det meste af et ben. Protesen er voksende med indbygget motor. Man stikker bare benet ind i et rør, som udefra kan drive den roterende motor. 4 min i røret, så er protesen forlænget med 1 mm. Det er smertefrit, kraverne er HA coatede og der er set god indvækst på alle de 6 operationer, de har lavet indtil nu. Det kræver naturligvis en vis grad af overlevelse at få det fulde udbytte af den protese. Hundedyr var den jo!

Rygdeformiteterne blev gennemgået grundigt, rygkirurgien er enorm i England, og bl.a. Mr David Harrison fortalte interessant om den 3-dimensionelle tænkning. At Cobb vinklerne jo kun udtrykker problemet i to dimensioner, selvom problemet er 3-dimensionelt. Han talte om den aksiale rotation og inter- og intravertebrale deformation og om, at enkelt stadium anteriore korrektioner bliver ligeså vigtige de næste 20 år, som de posteriore har været de forgående 20.

Der var nogle halvt uvirkelige, men gode foredrag om diskografier, epidurale steroid injektioner og om lumbale alloplastikker, Links Charité proteser. Indikationen for at bruge denne var monosegmentale diskusdegenerationer, postnukleotomi syndrom, post-dissektomi med degenereret diskus (?) og manglende succes ved konservativ behandling. Hva'beha'r?!

Hele holdet tilbragte torsdag eftermiddag ude på Stanmore. Der var arrangeret besøg på Institute of Human Performance (nærmest et stort ganglaboratorium), Department of Biomechanical Engineering (her udvikler og laver de proteser mm), Centre for Disability Research and Innovation, og Spinal Injuries Unit. Vi kunne ikke nå at se det hele, men havde hver valgt et institut, som vi besøgte i grupper.

Det var spændende at se deres analyser over gang og f.eks skulderbevægelighed, og de kolleger, der havde set laboratoriet, hvor de udvikler CAD CAM proteser, coater m. hydroxy apatit og meget andet, havde små lys i øjnene over det, de havde set.

På Stanmore kan man åbenbart med yderste lethed bare lige bestille en

ganganalyse til et barn der f.eks. skal opereres næste dag. Man kan få designet sin custom made protese og man har nærmest indtryk af, at man blot ved en telefonopringning kan bestille en HA coating af sin bil, hvis det er det man har lyst til. Alt foretages indenfor få hundrede m i det lukkede og grønne område der hedder Stanmore.

Vi hørte et symposium om perifere nerveskader, hvor Mr Thomas Carlstedt (Sverige) opererer på alle mulige svære nerveskader, plexus brachialis overrivninger mm. De var i øvrigt meget glade for at kunne hjælpe; står man med et problem, er man meget velkommen til at ringe når som helst til Overlæge, Mr. Thomas Carlstedt, Stanmore, England. Vi fik ikke telefonnummeret, men det er helt sikkert at man meget gerne vil hjælpe pr. telefon, så det er hermed givet videre.

Her hørte vi også Professor Rolfe Birch tale om medfødte plexus brachialis skader. Det var intet mindre end fantastisk. Som en stor engelsk karaterskuespiller (ja, han talte nærmest som Sir John Guilgud) taget ud af en gammel klassisk film gik han der med brillerne på næsen, foroverbøjet og støttende sig til en lang vandrerstok frem og tilbage foran en tavle. Og så fortalte han ellers ALT om plexus brachialis, som vi andre ellers husker som et mareridt fra studiet, og alt med yderste kliniske relevans. Den viden og mennesketype er sjældnen.

En formiddag var afsat til at præsentere os for den løbende forskning i Institute of Orthopaedics and Musculo-Skeletal Science. Den dag var David Beckham blevet solgt til Real Madrid.

Det var skægt at høre Mr John Skinner's beretning om "The French Paradox". Cement mantle thickness. I UK og USA cementerer man jo med 2 mm's tykkelse. I Frankrig, udfører de line to line reaming.

I princippet er der her ingen plads til cementen.

Der refereredes et studie, der sammenligner de to metoder bl.a. mht. migrationen af stemmet og løsning. Der fandtes interessant nok ingen radiologisk statistisk signifikant forskel på migrationen, men radiologiske tegn på løsning fandtes m. signifikans i UK/USA gruppen. Ved kadaverundersøgelser fandtes der mere cement i knoglen ved den franske teknik, og sv. til den øverste 1/3 af knoglen var cementtykkelsen ENS i de to grupper. Konklusionen var, at der ikke var nogen forskel i 10 års overlevelsen, at løsningen er størst i den "tykke" gruppe og at den

”tynde ” teknik er ligeså god som den konventionelle, måske endda bedre.

Det er jo da ærlig tale af en engelsk englænder?!

Brusktransplantationer blev spændende omtalt af Mr Richard Carrington i et land med estimeret 10.000 bruskdefekter pr år. Han fortalte om et prospektivt randomiseret studie m.100 ptt. med bruskdefekter på mediale femurkondyl eller patella. De sammenlignede mosaik transplantation med kondrocyt transplantation (autolog). Alle ptt. blev reskoperet efter 1 år og biopteret. Alle parametre faldt ud til kondrocytternes fordel, hvorfor ACI nu er ”The Golden Standard”. Man bruger en kollagen membran frem for periost, og fremtidens forskning skal fortælle om hvilken membran der er optimal, om celle adhærance tiden samt om brug af stamceller frem for artroskopisk høstede celler.

En anden fortalte om signifikante pH ændringer i diagnosen af inficeret knæ alloplastik. pH’en falder signifikant, fordi staph. aureus producerer mælkesyre, streptokokker producerer også syre, og det gør synovialis også. Meget tankevækkende.

Nogle af de yngre læger havde scholarships hvor de forskede i bindevæv og heling. En af dem havde set på fibroblaster fra Dupuytren hænder og sammenlignet dem med normale fibroblaster. De normale celler finder en homeostase, et maksimum, hvor de ophører med at kontrahere sig, men det gør Dupuytren cellerne ikke.

Hvis disse celler derimod holdes ubelastede, opfører de sig mere som normale celler. Spørgsmål: skal den postoperative behandling så være bandagering i længere tid?

Der var et helt spektrum af interesseområder lige fra nerveregeneration, kunstige nervegrafter, telemetri af de kræfter der arbejder henover TKA’er, CAD CAM THA’er, til rullestols propulsion, og tryksårs målemaskiner. Spændende, at man har mulighed for at samle så meget forskning på ét sted.

I løbet af ugen var der en hel dejlig dag om skuldre. Mr Bayley er skuldermand.

Computer Aided Design and Computer Aided Manufacture, dette må nødvendigvis forkortes til CAD CAM skulder proteser.

Det lød ikke nemt. Mr Simon Lambert virkede dog sikker. Operationen kræver: Billeddiagnostik af rotatorcuffen, med UL, MR, CT og MR. CT af glenoidet med 3D rekonstruktion, hvorved man kan få et farveskematiseret billede af porøs eller sklerotisk knogle. Måleoptagelser af humerus samt CT, der viser det aktuelle/potentielle knogletab. Det kræver cementspacer eller temporær protese, de laver virtual prosthetic trial, de laver interval revision og fremstiller protesen og HA coatingen, og det hele indsættes uden cement med en ekstensiv frilægning der kræver stor viden om anatomi. Det kræver forlænget rehabiliteringstid og man skal hele tiden have en plan for hvad man gør hvis det går galt og hvad man skal gøre ved næste operation. Siden 1990 er der tal på 22 CAD CAM skuldre, antallet øges og i år var der planlagt godt 10 operationer.

Det ligger vist nok på meget få hænder, selv i England.

Mr Bayley fortalte om de talrige klassifikationssystemer indenfor skulderinstabilitet og hans eget system, han kalder Bayleys Evice Trekant. De mange forskellige systemer er jo udtryk for at ingen af dem er helt fyldestgørende, og man må medgive at grupperne i Mr Bayley's diagram medinddrager én stor og overset: Patienter med hverken traumatisk eller atraumatisk skulderinstabilitet, dem, han kalder "Muscle Patterning Instability" Det er i hvert fald noget, som bare lidt skulderkyndige godt kan få en aha-oplevelse ud af!

Kurset indeholdt to sessioner, hvor flere af deltagerne havde indsendt nogle foredrag, og holdt dem for os andre. Danmark var repræsenteret med to, og alle foredragene var spændende med et stort arbejde forud. Det bedste foredrag holdt Dr Michael Wettstein fra Schweiz, der meget levende med bækkenet fra et skelet og et Dall Miles kabel sat i et 8-tal rundt om acetabulum fortalte om en serie på 12 ældre ptt. med acetabulum frakturer, han og kollegerne havde behandlet med dette og total hofte alloplastik. Formålet var en tidlig vægtbæring hos en skrøbelig gruppe med en type fraktur der ellers kræver aflastning.

Mr Bayley, og især hans sekretær, der var af den gammeldags, selvopofrende, myreflittige type og som arbejdede for os fra 8 –22 næsten hver dag, havde lagt et stramt program, også hvad underholdningen angik. Vi blev transporteret rundt til bl. a. bowling og grill-aften i Mr Bayleys egen have, hvor hele familien, vist hele hans afdeling og alle naboerne var udkommanderet til at underholde og bespise os. Bayley selv stod i stri-

bet forklæde og stegte pølser. Det var enormt hyggeligt.

Der var indlagt 1/2 fridag, men hvad kan man nå at lave i London på 1/2 eftermiddag? Ikke meget. Man kan heller ikke nå at bruge så mange penge. Det var dog rart at få rørt sig og indsnuset nogle indtryk af byen.

Kontrasten til Nottingham var stor. Der er mere plads, himlen er mere synlig og luften er noget renere. Fejlen med at placere deltagerne på universitetets campus i nogle elendige studenterfaciliteter gør de nok ikke igen. Men de havde tilrettelagt et godt program på det store hospital, Queens Medical Centre og på City Hospital i Nottingham, Glenfield Hospital i Leicester, og Derby Royal Infirmary. Sammenlignet med den lidt stivere stil i London var det en anelse mere frit i Nottingham. Kursuslederen var Dr. Lars Neumann, der selv kom til England fra Odense efter et Continental Course for flere år siden.

Der var et meget fint socialt program, der bl.a. indeholdt besøg hos nogle af overlægerne, consultants (det går efter tur år efter år), cricket, det mest vanvittige ”spil”, der er opfundet, lerdueskydning, Karaoke og sightseeing. Enkelte af de faglige sessioner havde samme indhold som i London, men det var nu godt at høre det igen på en anden måde. Man gør heller ikke helt det samme alle steder. Der var mange gode foredragsholdere, og det er svært at undlade nogle og fremhæve andre.

Vi hørte en underholdende Mr J. Hunter om børnefrakturer, og behandlingen er den samme som i Danmark. Skal femurfrakturer behandles med søm, Nancynails eller konservativt? Han var også Nancy-fan.. Strækbehandling kun til børn under 6 år.

I øvrigt mente han at man skulle købe Charnleys bog om frakturer og at skinneosteosyntese af underarmen er misbrug.

Udover dette og et spændende foredrag samt dias serie ved Mr. M. Hutton om hoftens resurfacing blev vi præsenteret for flere ret interessante foredrag, bl.a. om revisionsknæ og -hofter.

Et af højdepunkterne i Nottingham var to foredrag af den navnkundige professor W. Angus Wallace. Han fortalte på skotsk og højst larmende og underholdende om sine skulderalloplastikker, bl.a om Nottingham protesen. Da han netop dagen forinden havde udført sin (verdens) første indsættelse af en kunstig klavikel, var han naturligvis meget stolt af at kunne fremvise en netop færdigredigeret video fra operationen. Patienten havde mange år forinden pådraget sig en traumatisk amputation af

ve. arm og manglede også sin klavikel. Dette generede ham specielt når han skulle danse ”ballroom- dancing” hvilket Angus demonstrerede ved at danse i auditoriet med en af de kvindelige kursister.. Selve operationen blev udført på under 2 timer, hvor protesen, en specielt designet klavikel i rustfrit stål, blev fikseret i hver ende med kunststofligamenter i vævet udformning. Som vi alle var enige om, skal man nok være lidt af en ener for at gennemføre et sådant indgreb, men for fremskridtets skyld er det jo godt at der stadig lever den slags kirurger.

Til trods for at Prof Wallace arbejder i Nottinghamshire er han meget stolt af at han er uddannet gennem The Royal College of Surgeons Edinburgh, som blev stiftet i 1505 og således blev stiftet før The Royal College of Surgeons England (1800). På en underholdende måde formåede han at føre os igennem de mange titler og forkortelser som anvendes indenfor lægeverdenen i Storbritannien, ligesom uddannelsesforløbet blev gennemgået på en forståelig måde.

Professor i scaphoideum frakturer, Tim Davis var meget overbevisende i sit foredrag om arbejdet med disse.

Han havde undersøgt om den operative behandling virkelig gjorde noget for helingsraten i denne type fraktur, hvor 85 % heler uden problemer i gips. Han havde også undersøgt om kirurgen præcist kan forudsige hvilke frakturer der vil hele ved konservativ behandling. Mht vaskulariteten af den proksimale pol af os scaphoideum havde han ved MR undersøgelser (dynamic gadolinium enhanced MRI), der giver et mål for blodtilførslen i knoglen, fundet, at helingen var fuldstændig uafhængig af blodflowet. Hans konklusion på dette var at ”loss of proximal blood flow does not cause nonunion.”

Mht fraktur dislokationen havde han ved 151 tilfælde, der blev bedømt ved 6 mdr., fundet, at hverken Herbert’s eller Russe’s klassifikation ELLER displacering eller komminution havde nogen som helst sammenhæng med helingsraten. Yderst interessant! Han var i færd med at undersøge om bandageringstiden for udislocerede frakturer kunne ned-sættes til 4 uger. Under alle omstændigheder gjorde han opmærksom på, at det er aldeles unødvendigt at immobilisere basis af 1. finger i gipsen.

Der må også fremhæves Mr R Pandey, der fortalte om proksimale humerus frakturer. ”The unsolved fracture of the century”. Han havde det almindelige syn på resultaterne af hhv 2, 3 og 4 parts frakturer, hvor

den første for 85 % vedkommende heler uden problemer, 3 parts frakturen er den svære, men med (hos ham) ret gode (80%) resultater for Resch teknikken (perkutan pinning med multiple K-tråde) og den sidste med dårlige resultater lige meget hvad man gør. Hans ord var: "don't loose heart", altså selvom det er svært, og husk: en proksimal humerus fraktur er faktisk en bløddelsskade og ikke en fraktur. Ved proteseforsyning skal der grafted og protesen må frem for alt ikke komme for langt ned så rotatorcuffen bliver for slap. Endvidere, at tuberculum majus og minus skal sættes UNDER protesen således at impingement undgås.

Der var et par indlæg om hoftenære frakturer, bl.a. ved Mr D Calthorpe, Derby Royal Infirmary, der gjorde meget i England for at gøre opmærksom på det stigende problem med hoftefrakturerne hos de ældre, dødeligheden, genoptræningen, hjemmehjælpen, alt det, som vi kender til hudløshed i DK. Han havde derfor udviklet et meget spektakulært teatershow om Mildred, hans livs dårlige samvittighed som havde ligget der med sin brækkede hofte og som det gik så grueligt galt med, fordi ingen rigtig havde forstand på kompleksiteten af problemet. I England i hvert fald. Han råbte og skreg og var så underholdende og blændende veltalende, at ingen vel længere kunne være i tvivl om vigtigheden i budskabet. Antallet af hoftefrakturer i hans optageområde (catchment population) huskes ikke, men det var MEGET lavere end i DK.

Og nu vi er ved det: enkelte udtale måder og nye gloser har man jo opsnappet undervejs, og for dem, der evt. ikke allerede ved alt og gerne vil være klogere, kan nævnes:

De fleste siger debridement [debri·dma], få siger det på den anden måde. Det hedder Sciatica [sai'atika] og catheterize ['kæf teraiz]. En technician er en portør, xmatch er forlig på 2 portioner, cns er koagulasenegative staphylokokker. En Mr. er en kirurg, et gammelt levn fra dengang det var barbererne der udførte mindre kirurgi og åreladninger. Og så er der lige det med de kvindelige, de hedder Ms.

A&E department er akutafdelingen med specielt uddannede traumelæger. RTA betyder road traffic accident og down the line er et udtryk for så og så lang tid efter operation eller uheld. Altså, vi siger 2 mdr. postoperativt, men de siger 2 months down the line.

Den sidste dag var der kun 2 timers undervisning inden hjemrejsen, men disse blev holdt af Mr. Mike Grevitt, hvis viden og overblik indenfor

columna frakturer var imponerende. På sin egen blændende og meget beskedne facon inddrog han kursisterne i undervisningen, men formåede at nå igennem sit planlagte ”pensum” alligevel. Hvis man før kurset havde haft svært ved at huske Denis 3 søjle klassifikation og skelne en stabil fra en ustabil fraktur, så var hans pointe at man allerede på røntgenoptagelserne, hvis man systematisk så efter de korrekte ting, kunne beskrive dette. Specielt øget afstand mellem processus spinosus på en AP-optagelse og dermed skade på bagerste ”tension band”, skulle give anledning til øget opmærksomhed. Man brugte dog naturligvis også CT-skanninger, men det var tydeligt at han stillede høje krav til systematikken hos sine underordnede læger hvad dette angik

En flot afslutning på ugen i Nottingham, som nok havde foredrag af lidt mere svingende kvalitet end i London, men til gengæld også nogle af de mest underholdende indlæg. Man kunne måske have ønsket sig en lidt mere synlig kursusledelse, - det var ligesom om den røde tråd manglede lidt undervejs. Til gengæld blev der gjort meget ud af de sociale arrangementer og bl.a. turen til Chatsworth House (hvor Hertugen af Devonshire bor) med guidet rundtur var et interessant og imponerende pusterum i rækken af foredrag.

Man bliver også nødt til at nævne Stewart, vores Nottingham chauffør. Han kørte os med stor iver rundt hele ugen i sin minibus eller sin Mercedes Limousine, der ikke havde godt af læsset og de mange vejbump.

Skulle nogen ved dette have fået blod på tanden, kan det kun varmt anbefales at prøve at få en invitation til Continental Course engang. Det er spændende, berigende og inspirerende. Det giver kontakter i Europa. De ledende overlæger på flere afdelinger får en invitation til en eller flere ansatte. Man skal skaffe nogle eller alle penge til det, så man må søge hos fonde og industrien. Evt. kan man være heldig at ens egen afdeling dækker nogle af udgifterne, eller giver frihed med løn.

Selv må vi bl.a. takke Guildal og DOS fondene ”uden dem ville dette ikke have været muligt.....”.

Interesserede er velkomne til at henvende sig for oplysninger og Internet link til masser af fotos: annabel.lee@dadlnet.dk

Annabel Lee Krarup og Anne Kathrine Belling Sørensen



KURSUS I ULTRALYDSDIAGNOSTIK

FOR ORTOPÆDKIRURGER DOS E-KURSUS

6. OG 7. OKTOBER 2003

Sted: Århus amtssygehus

Baggrund: Ultralydsundersøgelse af mange bløddelsskader og -lidelser kan med fordel udføres af ortopædkirurger. ”Transduceren bør være ortopædens stetoskop”. Dette kursus sigter helt praktisk på at gøre flere ortopæder fortrolige med UL-skanning.

Målgruppe: Læger der er sidst i deres ortopædkirurgiske speciallægeuddannelse og speciallæger. Man bør have adgang til ultralydsapparat i sin dagligdag.

Undervisningsform: Kort teoretisk indledning, men ellers altovervejende work-shopform i 6 grupper med 4 kursister pr. scanner. Der vil være patienter med og uden patologi. Vi satser på opgaveløsning og præsentation for plenum fra grupperne.

Indhold: Undervisning og altså hands-on på skulder/albue, hånd, hofte/lyske, knæ/crus og fod/ankel.

Undervisere: Jess Hedeboe, Per Hölmich, Bent W. Jakobsen, Hans Peter Larsen, Gerhardt Teichert (ortopæder), Lars Bolvig og Michael Bachmann (radiologer).

Deltagerafgift: 2200 kr., begrænset deltager antal (24)! Afgift betales ved tilmelding på Sparbank Vest 9891 0001925989 (Bent W. Jakobsen)

Information: Nærmere information og tilmelding til kurset til Overlæge Gerhardt Teichert, Ortopædkirurgisk afdeling, Horsens sygehus, 79274743, e-mail:gte@hs.vejleamt.dk

PROGRAM FOR KURSUS I ULTRALYDSUNDERSØGELSER AF ORTOPÆDKIRURGISKE LIDELSER

MANDAG 6.10.03 - TIRSDAG 7.10.03
ÅRHUS AMTSSYGEHUS

Mandag:

- 08.30-09.00 Registrering, kaffe og rundstykker
- 09.00-09.15 Velkommen
- 09.15-10.00 Ultralydsapparatet, udviklinger, muligheder og fejltips, lidt teori, - oplæg ved radiolog
- 10.00-10.15 Pause - vand
- 10.15-11.15 Oplæg ved ortopæd og radiolog om skulder/albueundersøgelse, inkl. patientdemonstration.
- 11.15-12.00 Oplæg ved radiolog/ortopæd om hofte/lyskeskanning. Patientdemo.
- 12.00-13.00 Frokost
- 13.00-13.45 Oplæg ved radiolog og ortopæd om knæ inkl. patientdemo.
- 13.45-14.15 Oplæg ved radiolog og ortopæd om fod/ankel inkl. patientdemo.
- 14.15-14.45 Oplæg ved radiolog om undersøgelse af hånd og fingre inkl. patient/modeldemo.
- 14.45-15.15 Kaffepause
- 15.15-16.00 Opsummering, spørgsmål og oplæg til eftermiddagens workshop
- 16.00-17.00 Hands on i 6 grupper. Skulder/albue, lyske/knæ, fod/ankel – to grupper på hvert område.
Der udstikkes konkrete opgaver (normalanatomi).
- 17.00-17.30 Aflevering på plenum af hver gruppes svar på opgaverne
- 17.30 **slut** for den dag.
- 19.00 festmiddag i byen

Tirsdag:

- 08.30-09.00 Oplæg til dagens undersøgelser, udstikning af opgaver
- 09.00-10.00 Hands-on gruppe arbejde på patologi
- 10.00-10.30 Pause
- 10.30-12.00 Aflevering af opgavesvar på plenum
- 12.00-13.00 Frokost
- 13.00-13.15 Oplæg til øvelser og opgaver
- 13.15-15.00 Hands on – opgaveløsning
- 15.00-15.30 Pause
- 15.30-16.30 Aflevering af opgavesvar på plenum
- 16.30-17.00 Opsummering og lukning af kurset incl. evaluering

Current concepts in the treatment of injuries of the forearm axis: The link between the elbow and wrist

E-kursus 7/11-8/11 2003
Rungstedgård

Pris: 2000 kr. incl. kursus, overnatning og fuld forplejning.

Program:

07.11.2003

12.00-12.25 Registration and accommodation

12.25-12.30 Welcome:
Marianne Breddam

Moderator: Marianne Breddam

12.30-12.45 Fractures of the distal humerus
Lars Henrik Frich

12.45-13.00 Fracture dislocations of the elbow
Jens Ole Søjbjerg

13.00-13.15 Fractures of the radial head, incl. biomechanics;
Steen Lund Jensen

13.15-13.30 Fractures of the radial head, incl. prosthesis
Poul Verner Madsen

13.30-13.45 Fractures of the forearm, incl. Monteggia and Galeazzi;
Claus Hjorth Jensen

13.45-14.00 Soft tissue injuries
Hanne Birke

14.00-14.15 Compartment syndrome
Charlotte Buch Gøthgen

14.15-14.30 Discussion

14.30-15.15 Coffee and exhibition

Moderator: Bo S. Olsen

- 15.15-15.30 Essex Lopresti fractures
Professor Dietmar Pennig
- 15.30-16.00 Case discussions.
- 16.00-16.15 Break

Moderator: Jens Ole Søjbjerg

- 16.15-16.45 Children's fractures
Michel Boeckstyns
- 16.45-17.15 Late complications after children's fractures
Bjarne Møller-Madsen
- 17.15-17.45 Imaging
Trine Torfing
- 19.00 Dinner

08.11.2003

Moderator: Claus Hjorth Jensen

- 9.00-9.30 Instability of the elbow
Bo Olsen
- 9.30-10.00 Instability of the distal radioulnar joint, incl. prosthesis;
Bo Munk
- 10.00-10.15 Ligament reconstruction in the treatment of distal
radioulnar joint-instability
Tune Ipsen
- 10.15-10.30 Discussion
- 10.30-11.00 Coffee and exhibition

Moderator: John Jakobsen

- 11.00-11.30 Arthroscopic treatment of distal radioulnar joint-instability and the stiff wrist
Peter Jørgsholm
- 11.30-12.00 The stiff elbow
Hans Viggo Johansen
- 12.00-12.15 Discussion
- 12.15-13.15 Lunch

Moderator: Michel Boeckstyns

- 13.15-14.00 Nervecompression of the forearm
Michel Boeckstyns
- 14.00-14.15 Discussion
- 14.15-14.35 Multiple tendon injuries
Pernille Leicht
- 14.35-14.45 Discussion
- 14.45-14.50 Closing remarks
Jens Ole Søjbjerg

Med venlig hilsen

Jens-Ole Søjbjerg, Marianne Breddam og Bo S. Olsen.

Tilmeldig senest 15/10 2003

vedlagt check på kr. 2000 til:
Sekretær Tina R. Jensen.
Ortopædisk lægegang, 2. etage.
Ålborg sygehus syd.
9000 Ålborg.
Tlf.: 99322581.

SAKS symposium

Groin, hip and sport

**Diagnosing and treating problems in the groin and hip
hip-arthroscopy from A-Z**

At:

H:S Bispebjerg University Hospital November 13 and 14, 2003

Topics:

Epidemiology of groin and hip problems – in particular related to sport

Clinical examination, radiology, MRI and ultrasound

Muscle- and tendon problems

Calcifications

Hernia

Conditions in bone

Hip joint problems

Planning hip arthroscopy (positioning of patient, instrumentation)

Portals and visualization

Labral lesions, labral problems, cartilage problems, impingement,
stiffness, loose bodies, rupture of the teres ligament,
instability and other conditions

Patient demonstration, demonstration of hip arthroscopy

Registration fee:

Before October 1, 2003:

Members of SAKS: 1.800,- DKK, non-members: 2.400,- DKK

After October 1, 2003:

Add 500,- DKK

Faculty:

Roger Hackney

Richard Villar

Michael Dienst

Per Hölmich

Michael Bachmann

John Verner

Committee:

Anette Holm Kourakis, Peter Lavard, Torsten Warming, Henna-Lisa Chenoufi, Marianne Backer, Per Nyvold, Per Hölmich and Michael Krogsgaard

Symposium secretary – registration:

**Anette Holm Kourakis, Department of Ortopaedic Surgery M,
H:S Bispebjerg University Hospital, Bispebjerg Bakke 23,
DK-2400 Copenhagen NV, Denmark, Phone +45 35 31 24 40,
Fax: + 45 35 31 39 56, E-mail: AHK01@bbh.hosp.dk.**

Håndkirurgisk dissektionskursus

Torsdag d. 4. og fredag d. 5. december 2003.

Panum Institutet, Anatomisk sektion. Københavns Universitet,
Blegdamsvej 3, 2200 Kbh. N

Kurset afholdes for 8. gang, også denne gang i samarbejde med håndkirurgisk afdeling Malmö, Lunds Universitet, Sverige.

Målgruppe: Kurset henvender sig specielt til ortopædkirurger i Danmark med interesse eller arbejdsområde indenfor håndkirurgien samt svenske læger, håndkirurgisk uddannede eller i håndkirurgiske uddannelsesstillinger.

Kursusleder: Overlæge Niels Søe Nielsen, afdelingsleder dr. med. Finn Bojsen-Møller og overlæge dr. med. Lars Dahlin.

Indhold: Kurset består af primær intensiv instruktion og efterfølgende kursist- dissektion under supervision. De enkelte anatomiske regioner og strukturer gennemgås sammen med operationsadgange.

Kurset afholdes over 2 dage med sammenlagt 12 timers undervisning. Kurset er inkl. dissektionsmappe, materiale, kaffe/the, brød, frokost. Torsdag aften middag.

Råder man over lup-briller til finere dissektionsarbejde, vil det være en fordel at medtage disse.

Kursusform: Teoretisk + præp. hånd, underarm og albue.

Kursuspladser: 16 deltagere fra Danmark og Sverige.

Akkreditering: DK 12 CME-point
S 10 CME-point

Kursusafgift: 2.850,00 DKK

Tilmelding: Yderligere oplysning, anmodning om tilsendelse af kursusprogram og tilmelding fås ved henvendelse til sygeplejerske Nina Vendel. E-mail n.vendel@get2net.dk

Tilmeldingsfrist: 1. november 2003.

Med venlig hilsen

Niels Søe

Håndkirurgisk afsnit T1, KAS Gentofte,
e-mail: nini@gentoftehosp.kbhamt.dk, tlf.: +45 3977 3962

Finn Bojsen-Møller

Panum Institutet, e-mail: f.moller@mai.ku.dk

Lars Dahlin

Handkirurgiska kliniken, Malmö,
e-mail: lars.dahlin@hand.mas.lu.se, tlf.: +46 4033 6769

Nina Vendel

Håndkirurgisk afsnit T1, KAS Gentofte
Lars.Dahlin@hand.mas.lu.se

SAKS og Dansk Selskab for Fod- og Ankelkirurgi arrangerer

i samarbejde med
Medicinsk Anatomisk Institut, Panum

Kirurgisk anatomi for ortopædkirurger; dissektionskursus i knæ-underben-ankel-fod

torsdag 18. og fredag 19. december 2003
på Panum Instituttet, København

Under demonstration og vejledning visualiseres anatomen i knæet og nedefter, og betydningen for kirurgiske procedurer gennemgås. En række operationer i knæ, underben, ankel og fod gennemgås og trænes. Hver kursist har selvstændigt præparat.

Kurset henvender sig til såvel læger under ortopædkirurgisk uddannelse samt erfarne ortopædkirurger, idet dissektion og operationstræning vil blive justeret individuelt.

Kursusledere:

Finn Bojsen-Møller, Frank Linde & Michael Krogsgaard
Udførligt program findes på www.saks.nu.

Maksimum 24 kursister. Pris 2.000,- for medlemmer af et eller begge selskaber, 2.400,- for ikke medlemmer.

**Tilmelding til Michael Krogsgaard, Ortopædkirurgisk afd. M,
H:S Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV, mail: mk04@bbh.hosp.dk**