

# DOS BULLETIN



NR. 5      SEPTEMBER 2002      31. ÅRGANG

<b>ÅRSMØDET 2002</b> .....	<b>3</b>
- FOREDRAGSKONKURRENCE .....	4
- POSTERKONKURRENCE .....	4
- TILMELDING TIL ÅRSMØDET .....	7
<b>LEDER</b> .....	<b>9</b>
<b>DEN NYE HJEMMESIDE - MSeC - PORTALEN</b> .....	<b>11</b>
<b>KURSISTREPRÆSENTANTEN INFORMERER</b> .....	<b>13</b>
<b>MØDER I FORBINDELSE MED ÅRS-MØDET</b> .....	<b>14</b>
<b>KORRESPONDENCER:</b>	
- NOF UPPSALA MAJ 2002 .....	16
- ADVANCED ARTHROSCOPY MARCH 2002	
- GRANFJELLSSTÖTEN .....	18
- CURRENT CONCEPTS, MAJ 2002 LAS VEGAS .....	21
<b>MØDER OG KURSER I IND- OG UDLAND</b> .....	<b>35</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 Hindsø  
Tornegården 21  
4600 Køge  
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 mindst 2 års kirurgisk ansættelse, heraf mindst 1 år ved en dansk ortopædkirurgisk afdeling, 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, overlæge 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

### **ISSN 0902-8633**

## **DEADLINES FOR NÆSTE BULLETIN**

**ANNONCER: Fredag den 6. september 2002**

**TEKST: Fredag 13. september 2002**



## **Årsmødet 2002**

Dansk Ortopædisk Selskabs Årsmøde 2002 afholdes på Hotel Scandinavia, København, 25. - 26. oktober.

Guildal forelæsning  
**Mr Leon Root, Hospital for Special Surgery, New York**  
**"Hip and foot problems in cerebral palsy".**

Der vil blive afholdt 2 symposier:

SAKS holder symposium med titlen:  
**"Non-alloplastisk kirurgisk behandling af  
degenerative knælidelser"**

**DPOS** (Danish Paediatric Orthopedic Society) og  
**DFAS** (Dansk Fod- Ankelkirurgisk Selskab)  
Holder fælles symposium om:  
**"Pes Cavus"**

Der vil være videnskabelige sessioner begge dage.

## ***Foredragskonkurrence***

I forbindelse med årsmødet 2002 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.

## ***Posterkonkurrence***

Der vil blive arrangeret posterkonkurrence og den bedste poster vil blive præmieret.

*Bestyrelsen*



## DOS Årsmøde 2002

### Tilmelding og mødeafgift.

Det er en forudsætning for at deltage i mødet, at man har tilmeldt sig på tilmeldingsblanketten i DOS Bulletin nr. 5, 2002 (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 4. oktober 2002.

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**

Som noget nyt kan indbetaling ske:

- Som overførsel til giro nr.: 308 6895. Husk at angive navn og formål i teksten. Indbetalingskvittering skal vedlægges tilmeldingsblanketten - (print af skærmbillede ved elektronisk overførsel).
- Per 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. 1.145.- og for dobbeltværelse kr. 1.245.-

Værelsesreservation skal foretages senest den 4. oktober 2002. Ved tilmelding skal henvises til deltagelse i Dansk Ortopædisk Selskabs årsmøde.

# Tilmelding til årsmødet 2002

den 25. - 26. oktober 2002

på

Radisson SAS Scandinavia Hotel, København

## TILMELDINGSBLANKET

Navn: \_\_\_\_\_

Arbejdssted: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. & By: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_

Ledsager: \_\_\_\_\_

Ønsker at deltage i mødet:    Fredag \_\_\_\_\_ Lørdag \_\_\_\_\_  
(bedes udfyldt af hensyn til kaffen)

Frokost fredag, kr. 100.-    Antal: \_\_\_\_\_ Ialt kr.: \_\_\_\_\_

Frokost lørdag, kr. 100.-    Antal: \_\_\_\_\_ Ialt kr.: \_\_\_\_\_

Festmiddag fredag, 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 4. oktober 2002!!!**

Klip her !





## **LEDER**

Tiden nærmer sig for det sidste DOS møde efter den gamle skabelon. Store dele af torsdagen er som sædvanlig brugt til bestyrelsesmøder, subspeciale-selskabsmøder og andre arrangementer.

Når vi fra forårsmødet 2003 skal til at holde disse indledende møder torsdag formiddag mellem 09:00 og 12:00 bliver det meget vigtigt at møderne er koordinerede og godt planlagt.

Det skal endnu engang pointeres, at de interessegrupper og sub-speciale selskaber der ønsker at få stillet (gratis) mødelokale til rådighed før DOS-møderne, skal huske i god tid at meddele dette til selskabets kasserer Klaus Hindsø [hindso@dadlnet.dk](mailto:hindso@dadlnet.dk) med information om forventede antal deltagere (lokale-størrelse), samt med evt. program for mødet med henblik på annoncering i DOS-Bulletin. Deadline for disse informationer må vi temmelig firkantet fastholde så tidligt som:

**Uge 6 for forårsmødet og**

**Uge 34 for årsmødet.**

Dette kun fordi det ellers ikke er sikkert vi kan nå at reservere lokalerne og annoncere møderne i tide.

Hvad angår førstkommende DOS møde, må vi igen minde de subspeciale-selskaber, der endnu ikke har meddelt ønske om torsdagsmødelokale, at gøre dette senest den 24. september. Det er forhåbentlig tidligt nok til reservationen, men dog for sent til større Bulletin annoncering.

Det er spændende om vi kan opretholde antallet af abstracts til vores møder. Vi kan endnu engang præsentere 2 spændende symposier om henholdsvis pes cavus og degenerative knælidelser (se andetsteds i bladet).

Poster sessionen vil igen blive opprioriteret. Bestyrelsen beslutter hvilke abstracts der er gode nok til præsentation ved DOS mødet og derefter finder vi de abstracts der vil være bedst egnet til poster præsentation.

**DET ER IKKE EN DEGRADERING AF ET ABSTRACT AT BLIVE TILBUDT POSTER PRÆSENTATION !!** Samtidigt må vi konstatere, at postersessionen skal gøres endnu mere engagerende og tillokkende; det var ikke mange tilhørere der klarede at komme op i tide til forårets postersession lørdag morgen.

Vel mødt

*D.gl. Red.*

# **MSeC**

## The Musculo-Skeletal e-Cooperative

### Den nye Hjemmeside-portal.

Den nye hjemmeside er under konstruktion (se bulletin no. 4, 2002), kun ganske få DOS-medlemmer har indtil nu tilmeldt sig portalen. Hvis man har tilmeldt sig og undrer sig over at man intet hører, så skyldes det at vi skal være mindst 100 der er tilmeldt før portalen åbnes. Vi mangler endnu en del tilmeldinger. Når man er tilmeldt vil man modtage en adgangskode pr. E-mail i god tid før portalen åbnes for DOS.

Hjemmesiden eller portalen er en personlig side, hvor man har mulighed for til en vis grad selv at bestemme hvilket indhold og hvilke informationer der skal forefindes. Som medlem af DOS er man automatisk medlem af NOF og af EFORT, og da begge foreninger/organisationer er med i portal samarbejdet, vil de informationer og nyheder som de placerer på deres side automatisk blive vist på vores sider. Opdaterings tempo og informationsniveau vil derfor være højt.

Af andre muligheder ved portalen er et "secure mail system" et sikkert (krypteret) mail system med mulighed for udveksling af også patientrelaterede data kun mellem portalmedlemmerne og kun indenfor portalen, men med mulighed for e-mail alert til medlemmets almindelige mail-adresse når der kommer en secure mail på portalen. Der vil være et medicinsk/ortopædrelateret news-feed; et nyhedsbureau der opdaterer flere gange ugentligt med nyheder af medicinsk interesse (f.eks. Reuters Health Information). Der vil være et fil-kabinet med mulighed for at gemme selv større filer, f.eks. præsentationer (som man evt. kan lade andre se igennem) og så man altid kan få fat i sine data når man f.eks. er ude at rejse. Man vil kunne lave net-meetings, have emnespecifikke diskussionsgrupper kørende, indsende abstracts direkte via nettet til DOS møderne, fælles links, og have en udadvendt del til de ikke ortopædkirurger, der uden password ønsker at læse om os og evt. kontakte os.

Hvis dette skal være en succes - en side der kan bruges, kræver det at mange (alle) tilmelder sig for at blive 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



## **Opfordring til kursister:**

Flere delkursusledere har rettet henvendelse til hovedkursusleder Micael Haugegaard vedr. opdatering af adresselister over deltagere i A-kurser. Alle kursister opfordres hermed til at lette arbejdet for del- og hovedkursusledere ved at rette henvendelse specifikt til Micael Haugegaard vedr. nuværende adresse og evt. adresseændringer så snart de måtte forekomme.

Hovedkursusleder, afdelingslæge Micael Haugegaard:

Ortopædkirurgisk Afdeling A, Ndr. Ringvej 29-67, 2600 Glostrup. Tlf. 43 23 23 00.

E-mail: [miha@kasglostrup.kbhamt.dk](mailto:miha@kasglostrup.kbhamt.dk) eller [haugegaard@dadlnet.dk](mailto:haugegaard@dadlnet.dk)

Læs i øvrigt referater fra DOS Uddannelsesudvalg på [www.ortopaedi.dk](http://www.ortopaedi.dk), DOS' hjemmeside.

Der skal i øvrigt vælges en ny kursistrepræsentant i 2003. Du kan allerede nu tænke over, om det var noget for dig?

Du kan være med til at øge fokus på de uddannelsessøgendes vilkår ved at give dit besyv med i debatten. Som kursistrepræsentant bliver du hørt og kan via referaterne fra uddannelsesudvalgsmøderne bidrage til fremstillingen af aktuelle uddannelsesmæssige problemstillinger. Du kan bidrage med din opfattelse af uddannelsesvilkårene aktuelt. Du kommer til at arbejde sammen med uddannelsesorienterede og -motiverede overlæger fra hele landet, og får indblik i DOS bestyrelsens arbejde via fællesmøder med DOS' bestyrelse. Du kan deltage i møder i Sundhedsstyrelsen om læring, målbeskrivelser, m.v. Lyder det spændende?

*Lars Solgård, kursistrepræsentant*

## **Årsmøde i Dansk Selskab for Håndkirurgi**

Torsdag d. 24. oktober 2002  
Radisson SAS Scandinavia Hotel  
Kl: 15:00 - 18:00  
Efterfulgt af selskabets generalforsamling

## **Dansk Ortopædkirurgisk Traumselskab**

**Indkaldelse til generalforsamling**  
**Torsdag den 24. oktober 2002, kl. 16:00 - 18:00,**  
**Hotel Scandinavia**

Selskabet blev dannet i forbindelse med forårsmødet 2002 i Aalborg efter mødeindkaldelse i DOS Bulletin. Ved en fejl var mødeindkaldelsen ikke genoptrykt i programmet til forårsmødet. Det blev derfor besluttet at indkalde til en ny generalforsamling i forbindelse med årsmødet i København. Den valgte bestyrelse genopstiller til valget. Bestyrelsens sammensætning og vedtægter fremgår af DOS Bulletin nr. 4, juni 2002, p46-50.

*Kjeld Hougaard*  
*formand*

# **Dansk Selskab for Hofte- og Knæalloplastik Kirurgi's efterårsmøde.**

Torsdag 24. oktober 2002 kl. 16:00-18:00  
Radisson SAS Scandinavia Hotel  
København

Chairman: Jens-Erik Varmarken

## **Program:**

- Orientering fra DSHK  
ved Per Kjærsgaard-Andersen 10 min.
- Orientering fra Dansk Knæalloplastik Register  
ved Bjarne Lund. 20 min.
- Orientering fra Dansk Hoftealloplastik Register.  
ved Ulf Lucht 25 min.
- Klassifikation af knogletab ved revision af  
acetabulum og femur ved total hoftealloplastik.  
ved Søren Overgaard 30 min.
- Diskussion af oplæg til klassifikation af knogletab 20 min.
- Eventuelt

*På DSHK's vegne  
Jens-Erik Varmarken*



### **NOF kongressen Uppsala maj 2002**

Det var ikke uden spænding at NOF imødeså den nye kongresform i Folkets hus i Uppsala. Kongresafgiften skulle holdes lav for at få flere unge til kongressen og hvor der ud over de frie foredrag skulle sættes på uddannelsessessioner for unge ortopæder.

Mødet var dygtigt arrangeret af professor Olle Nilsson som kongrespræsident og indeholdt symposier og instruktionskurser vedrørende: Hoftalloplastik: (knoglecement-wear, alternative artikulationer, impaction grafting og dislokationer).

Rygkirurgi : Spinalstenose og "outcome" efter lumbal ryggkirurgi

Osteoporotiske frakturer

Skulderkirurgi

Videnskabelige metoder og etik.

Selv om disse sessioner var mest rettet mod de unge var der utroligt mange gråhårede tilhørere.

Herudover havde subspecialselskaber som nordisk børneortopædisk federation fået plads til at arrangere deres egen session med Alvin Crawford fra Cincinnati som gennemgående figur.

Der var i alt 350 deltagere og det er planen fremover bygge mødet på de nordiske specialselskaber samt på instruktionskurser og symposier. Næste møde 2004 vil blive på Island med Stefan Carlson som kongrespræsident og Danmark er planlagt til at skulle være vært i 2008.

Det blev besluttet at kommende NOF kurser skal have en underskudsgaranti i stedet for som tidligere 50.000 kr. som fast tilskud.

Der har i den forløbne periode været afholdt 4 NOF-kurser: Børnefrakturer (Göteborgs skærgård), Overekstremitetkirurgi (Hemavan-Lappland), Avanceret artroskopisk kirurgi (Granfjällsstöten), Knee replacement - do's & don't's (Sverige). Vi må melde os på banen med et NOF kursus.



På generalforsamlingen afgik Norvald Langeland (Norge) som præsident og undertegnede blev valgt som hans efterfølger. Markku Järvinen (Finland) blev valgt som vicepræsident og Olle Svensson (Sverige) blev genvalgt som generalsekretær.

Det var lang tid siden at NOF havde udnævnt æresmedlemmer og følgende blev udnævnt. Pål Benum, Tor Hierton, Ulf Nilsson, Matti Hämäläinen og Otto Sneppen.

Efter mødet var indtrykket bestemt at mødet var en succes og at NOF havde en fremtid på trods af globaliseringen også inden for ortopædi. Kom til Reykjavik 2004. Det skal nok blive et spændende møde.

*Steen Bach Christensen*  
*NOF-præsident*

# ***Nordic Course in Advanced Arthroscopic Surgery***

**Granfjällsstöten, Sverige**

**14. - 17. marts 2002**

Skisportsstedet Stöten ca. 30 km fra Sälen tæt ved grænsen til Norge dannede rammen om det 2. nordiske kursus i artroskopi. Der var 44 kursusedtagere fra overvejende Sverige og Norge, en betydelig fremgang i forhold til det første afholdte kursus. Der blev undervist på engelsk, mens de fællesnordiske dialekter blev trænet flittigt i pauserne, hvor der blev sammenlignet behandlingsregimer og diskuteret sundhedsvæsen. Kurset udgjorde 21/2 dags undervisning i 4-timers blokke med kombination af forelæsninger og workshops. Da man jo ikke kan nå alt om artroskopi på 21/2 dag, var emnerne begrænset til knæ og hoftelid, således at artroskopi af skulder, albue og ankelled ikke indgik i kurset.

ACL rekonstruktion blev præsenteret af Torsten Wredmark (Huddinge) ved live kirurgi via Internet ved T. Movin (Huddinge) som operatør. De anvendte rekonstruktion med dobbelt semitendinosus og gracilis grafts. Af tekniske fif blev anbefalet at lade distale senetilhæftning ved pes anserinus intakt indtil graften var færdigpræpareret. Pretension ved udsponding i arbejdsbænk blev IKKE anvendt. Proksimal fiksering i femur blev foretaget med en tværgående pin (TransFix fra Arthrex). Distal fiksering i tibia blev foretaget under 15-20 N stramning med en 4-delt sheet og central skrue (Intrafix fra Mitek), der sikrede ensartet fordelt fiksering af alle 4 seneender. Wredmark anbefalede rekonstruktion som beskrevet med hamstring grafts fremfor bone-patella tendon-bone graft pga. færre forreste knæsmarter. Den uformelle snak mellem kursisterne gav dog et knapt så entydigt billede, jeg havde indtryk af en ligelig fordeling mellem anvendelse af hamstring grafts og B-PT-B.

PCL rekonstruktion blev gennemgået af Lars Engebretsen (Oslo). Indikationerne er konservative, og afhængige af i hvilket omfang patienten er hæmmet af instabilitet og erhvervsmæssige problemer. I Oslo er optageområdet tilstrækkeligt stort til at der udføres 15-20 PCL rekonstruktioner

årligt. Der anvendes hamstring grafts. Engebretsen fremhævede præcis anatomisk placering af bore tunneler. Distale tunnel bores fra tuberositas tibiae, i 50 grader vinkel rettet proksimalt til indmunding mellem tibia-kondylerne 1 cm under ledlinien. Proximale tunnel bores i mediale femurkondyl i 50 grader vinkel ved outside-in eller all inside teknik. Ved boring af dobbelt tunnel i femur respekteres PCLs anatomiske opdeling i et anterolateralt og et posteromedialt bundt.

Da en af foredragsholderne var sygemeldt, blev de planlagte indlæg om resektion eller refiksation af menisklæsioner desværre reduceret til en kort paneldiskussion mellem de øvrige undervisere. Meniskpile har efterhånden vundet udbredelse, men det blev stærkt anbefalet også at kunne beherske sutureringsteknik, således at metoderne om nødvendigt kan kombineres. De "resorberbare" meniskpile kan genfindes efter 2-4 år, og flere deltagere kendte til komplikationer i form af penetrerende pile, der trykker mod huden, eller pile der forårsager skurestriber på femurkondylerne. Skønt refiksation med meniskpile ofte er lettere end suturering, er metoden således ikke helt risikofri.

Mats Brittberg (Kungälv) og Erik Solheim (Trondheim) præsenterede indlæg om behandlingsstrategi ved bruskskader i knæ. Ved helt små læsioner, eller hvor plan ikke på forhånd er aftalt med patienten (det er vel en sjældenhed ?) blev anbefalet simpelt debridement. Ved læsioner op til 2 cm<sup>2</sup> blev anbefalet simpel teknik - inforering, mikrofrakturering eller artroskopisk indsættelse af carbon plugs. Mosaikplastik eller autolog kondrocyt implantation kan være indiceret ved læsioner op til 4-6 cm<sup>2</sup>, og ved endnu større læsioner er osteokondral allograft en mulighed.

Lars Engebretsen gennemgik sit imponerende materiale om knæluxation med 65 tilfælde i løbet af 5 år. Lidt over halvdelen var følge af trafikuheld, resten var sports- og fritidsulykker. Halvdelen af knæluxationerne var reponerede ved ankomst til hospital, derfor blev enkelte tilfælde primært overset hos multitraumatiserede patienter. I den akutte fase observeres patienten for udvikling af compartmentsyndrom, karlæsion (25 %, størst risiko for a. poplitea læsion når tibia lukserer fortil) og nervelæsion (15-40 %, n. peroneus er udsat ved lateral løshed). Ved mistanke om karlæsion foretages karkirurgisk eksplorering inden for 6 timer, evt. efter forudgående A-grafi hvis tiden tillader det og

karlæsionen ikke er oplagt. Ved nerveskaderne er der uanset behandling en 50% risiko for blivende udfald. Endelig stabilisering af knæet med rekonstruktion af alle ligamentskader (overvej allografts!) og evt. osteosyntese foretages inden for 7-10 dage.

Teknik ved artroskopi af hoftelid blev gennemgået af Jerker Sandelin (Helsinki). En betingelse for vellykket kirurgi er mulighed for god distraktion på strækkeje, kontrolleret i gennemlysning. Der anvendes anterior, anterolateral og posterolateral portaler. Indikationerne for artroskopi af hoftelid er uforklarlige hoftesmerter, mus, labrale læsioner, synovit, bruskskader m.m. Artroskopi i hoftelid er kontraindiceret ved svær artrose eller acetabulumfraktur.

Som helhed gav kurset en god (overvejende teoretisk) opdatering af artroskopisk behandling af knæ- og hoftelid. Kursisternes baggrund spændte fra tidligt i kursusstilling med basal artroskopisk erfaring til speciallæger i vagtfri stillinger med artroskopisk subspecialisering. Undervisningsblokkene var samlet morgen og eftermiddag/aften, således at der også var mulighed for at afprøve de fritidsaktiviteter (skisport, vandreture, svømmehal) der bød sig til lige uden for vinduerne. Kurset var for kort til at behandle skulder, albue og ankel, men til gengæld var kursusafgiften begrænset til SEK 3000,- inkl. transport fra Stockholm, ophold, fritidsaktiviteter og fuld forplejning - det burde således ikke afholde flere fra Danmark for at deltage !

*Bjørn Madsen*

# **Referat fra Biomet surgeon-tour og Current Concepts in Joint Replacement, Las Vegas**

d. 15.-23. 05. 02.

Vi var en håndfuld danske ortopædkirurger, der af Biomet var inviteret til ovenstående.

Vi fløj til Chicago og herfra videre i firmaets privatfly til Indianapolis, hvor vi besøgte Mooresville hip- and kneecenter (chef Merrill Ritter). Her så vi Dr. Ferris og Dr. Meading foretage primære knæ- og hoftalloplastikker samt revisioner. Rent teknisk var der ikke så meget nyt at hente, men man bemærkede sig, at de anvendte temmelig store incisioner og ditto frilægninger, idet der meget ofte var tale om voldsomt overvægtige patienter. Selve set-uppet var imidlertid interessant, idet operationerne foregik på 2 af hinanden uadskilte operationsstuer, hver forsynet med laminært horisontalt airflow. Stuerne var ikke aflåste under indgrebene og der foregik en livlig trafik ind og ud. Patienterne var i generel anæstesi og var fuldstændig tildækkede fraset den ekstremitet, hvorpå der opereredes. Anæstesipersonalet fandt tilsyneladende ikke behov for at kunne observere selve patienten, men anførte direkte adspurgt, at de forlod sig på apparaturet som "jo nok ville alarmere før det kunne ses på patienten". Mens vi var der udførtes der "kun" 4 alloplastiske indgreb pr. kirurg, men de fortalte, at der normalt blev opereret mellem 8 og 16 alloplastikker pr. kirurg pr. dag (indenfor normal arbejdstid!). I stedet for læger som assistenter anvendtes specialuddannede sygeplejersker, hvor hver kirurg havde sit eget team og hvor sygeplejersken efter isættelse af protesen selv forestod lukningen, mens kirurgen drog videre til en ny operationsstue.

Herefter nåede vi lige at se tidskørslerne til det forestående racerløb "Indianapolis-500"; ganske imponerende at se bilerne drøne rundt med op mod 400 km/timen. Biomet's fly bragte os til Warsaw, hvor firmaets produktionsfaciliteter lå. Warsaw med blot 20.000 indbyggere er en slags "ortopædiens hovedkvarter", idet både Biomet, Zimmer og DePuy har fabrikker her og beskæftiger broderparten af indbyggerne. Her så vi Biomet's fabrik samt blev præsenteret for både velkendte og nye tiltag

indenfor protesekomponenter og tilhørende udstyr. Vi spiste middag hos vicepræsident Chuck Niemeyer og nåede også at få læsterlige klø i volley-ball af nogle mexikanske ortopædkirurger.

Herefter fløj vi til Las Vegas, hvor vi havde 2 dage inden kongressen startede. Vi lejede en bil og kørte til Grand Canyon: fantastisk natur. Efter registrering til kongressen var der sammenkomst, hvor vi mødte andre danske ortopædkirurger inviteret af andre firmaer.

Kongressen holdes fast i Orlando, Florida hvert år i december, men afholdes nu også for 3. år i træk i Las Vegas i maj måned. Som noget relativt nyt var skulderalloplastikker medtaget og halvdelen af kongressens første dag var helliget aspekter omkring dette. Da min hovedinteresse imidlertid ligger i knæ- og hoftealloplastikker vil det følgende udelukkende omhandle kongressens behandling af disse emner.

Første session omhandlede alternativer til knæalloplastikker og David Hungerford gennemgik medicinske behandlingsmodaliteter. Havde foretaget et randomiseret studie af patienter med knæartrose til enten NSAID- eller håndkøbsanalgetika og havde ikke fundet forskel i smertelindring. Han anvendte sjældent NSAID, idet der var påvist op til 40% forekomst af ulcus endoskopisk ved 6 måneders behandling med NSAID og 80% havde været uden symptomer forud for dette. Anvendte som første valg Glucosamin og Kondroitin-sulfat og anførte at der ikke var et eneste studie, der ikke havde vist effekt af dette. Disse 2 præparater tegnede sig for et salg i USA alene på over 5 milliarder kr. Mentede ikke, at der var dokumenteret effekt af hyaluronsyre.

Scott gennemgik artroskopisk debridement og anbefalede dette hos unge patienter med god bevægelighed og relativ kort varighed af symptomer. Havde fulgt patienterne i 10 år og fandt at 2/3 havde undgået meniskektomi eller knæalloplastik. Anvendte også mikrofrakturteknik og havde opnået bedre resultater hermed end efter debridement alene. Anvendte aldrig opboring.

Gross havde opereret 302 patienter med fri osteokondral allograft høstet hos donorer yngre end 30 år, opbevaret ved 4 graders celcius og implanteret indenfor 24 timer på blødende knogleleje. Foretog ofte osteotomi i forbindelse hermed og fikserede allografterne press-fit med rigid fiksa-tion. Fandt at såfremt defekterne androg mere end 3 cm og 1 cm i dybden, var der indikation for fri osteokondral allograft, ellers mosaiktransplantation. Pointerede at han kun anvendte teknikken ved posttraumatiske

defekter og ikke som led i behandlingen af artrose.

Santura havde et meget interessant indlæg omkring knæ-nære osteotomier og fremlagde Johnson og Waugh's eksperimentelle undersøgelse, som viste, at mere end 60% af belastningen passerer igennem det mediale ledkammer på et normalt alignet knæ. På 30 graders valgusknæ passerede 30% af belastningen stadig gennem mediale ledkammer, hvori mod på 20 graders varus placerede 100% af belastningen gennem mediale ledkammer. Varusstillingen loadede altså mediale ledkammer og unloadede laterale ledkammer, men valgusstilling på helt op til 30 grader unloadede kun mediale ledkammer med ca. 50%, hvorfor der ikke er nogen grund til at foretage overkorrektion ved osteotomierne. Foretog i øvrigt altid præoperativ røntgen-stress billeder mhp. om respektive ledkammer bevarede højden.

Thornhill havde udført 560 McKeever/MacIntosh spacers, men var ophørt hermed pga. masser af problemer. Der er nu markedsført en ny uni-spacer som på 120 patienter havde vist 10% failure; ingen var dog fulgt mere end 1 år og der var massiv bekymring for katastrofale langtidsresultater.

Herefter var der flere indlæg om udførelsen af primær knæalloplastik samt potentielle fejl. Aron Rosenberg fremlagde sit regime: ville hellere have knæene lidt løsere end for stramme, idet dobbelt så mange løse knæ scorede excellent i forhold til stramme knæ. Anbefalede aggressive ROM-øvelser hurtigt og var meget liberal med brisement forcé.

Booth diskuterede knæalloplastik hos den fede patient: forsøgte ikke at få patienterne til at tabe sig præoperativt, idet han fandt det veldokumenteret, at der herved var øget infektionsrisiko. Manede til forsigtighed ved bevægeøvelserne, såfremt der opstod sårproblemer. Patienter med BMI over 40 havde 8 gange hyppigere MCL-problemer og 10 gange hyppigere sårproblemer sammenholdt med patienter med normal BMI. Foredragsholderen anførte dog også, at de fede har et halvt så stort aktivitetsniveau som normalvægtige, så hvis først operation og umiddelbare postoperative forløb var veloverstået, kunne proteser meget vel holde livet ud.

Ranawat havde fundet, at 85% af patienterne opnåede god knæfunktion samt ROM uanset rehabiliteringsprotokollen, men gennemgik sin egen. Anvendte altid CPM, lavmolekylært heparin til udskrivelsen, rutinemæssig Doppler-undersøgelse på 3. dagen og de Doppler-negative patienter modtog acetylsalicylsyre 6 uger postoperativt. Havde en frekvens

på 9% af DVT og fortsatte lavmolekylært heparin i 6 uger såfremt en sådan var påvist.

Herefter diskuterede et panel forskellige aspekter omkring primær knæalloplastik: Nervus femoralis blok bruges af de fleste 14-48 timer (ptt. kan ikke aktivt aktivere quadriceps og lå derfor i CPM). Omkring artrofibrose blev anført, at hvis der var fundet god ROM præoperativt, men ikke 3 måneder postoperativt, blev der lagt blokade med lokal anæstesi i knæleddet, og hvis pt. da bøjede fint var der selvfølgelig ikke artrofibrose. Ranawat ventede ét år, rensede op og downsizede polyethyléntykkelsen. Der blev diskuteret omkring mobile-bearing knees og af de seks paneldeltagere fandt kun Ranawat konceptet godt; han havde randomiseret 280 ptt. og fundet 12% lateral release på non-mobile-bearing knees og signifikant færre på mobile-bearing knees. De 5 øvrige paneldeltagere ville aldrig anvende protesedesignet.

Herefter var det tid til at tage hul på de klassiske kontroversielle emner indenfor knæalloplastik og første cross-fire omhandlede patella resurfacing (knap) eller ej.

Barrack var fortaler for ikke at foretage patella resurfacing og anførte, at såfremt der isættes patellaknap, stod denne for 5-10% af komplikationerne (Mayo-klinikken havde 7%) og patella-problemer var årsag til op mod halvdelen af alle knæ-reoperationer. Der var fundet forekomst af mere end 1% sene patellafrakturer medførende katastrofale resultater. Refererede Leo Whitesides opgørelse af mere end 2000 knæalloplastikker uden patellaknap, hvor der ikke var fundet nogen forekomst af forreste knæsmerter eller foretaget re-operation. Refererede yderligere et randomiseret studie med follow-up 5-7 år, hvor der fandtes højere knæscore i patienter med knæ uden patellaknap. Arlen Hanssen fra Mayo-klinikken var opponent og anførte, at problemer relateret til isættelse af patellaknap var ekstremt sjældne i dag og skyldtes tidligere (og andre) protesers dårlige design. Anførte, at der var færre ptt. med forreste knæsmerter og større tilfredshed ihvertfald på længere sigt. Mentede endvidere at der var øget re-operation for forreste knæsmerter hos ptt. uden patellaknap, idet man ofte anså den manglende patellaknap som årsag til smerterne, selvom dette måske ikke var tilfældet.

Næste cross-fire var overordentlig morsom, idet 2 brødre var henholdsvis fortaler for/modstander af bevarelse af PCL. Diskussionen foregik - udover på et solidt fagligt grundlag - med broderlige drillerier. Den



ældre broder, David Stulberg, argumenterede for bevarelse af PCL pga. bevarelse af mere femur bone-stock, lettere revision, mulighed for uce-menteret knæalloplastik, mulighed for at undlade patellaknap og bedre patellafemoral kontakt. Anbefalede proceduren til yngre aktive patienter med beskeden deformitet og god præoperativ ROM. Erkendte dog at undersøgelserne af Dennis og Komistek havde påvist mere variabel og uforudsigelig kontakt mellem femur og tibia ved bevarelse af PCL sammenholdt med bagre stabiliseret alloplastik. Lotke havde endvidere påvist, at PCL i artroseknæet sjældent var normal samt at korrekt tension med PCL sjældent blev opnået. Lillebror, Bernard Stulberg, kunne til fulde tilslutte sig dette og argumenterede for bagre stabiliseret knæalloplastik ud fra ovenstående argumenter.

Richard Laskin argumenterede mod en for voldsom udbredelse af uni-knæ i næste cross-fire. Baseret på litteraturgennemgang og egne erfaringer fandt han, at mellem 6- 12,5 % af ptt. med knæartrose er kandidater til uni-knæ - specielt yngre aktive mænd eller ældre meget lidt aktive kvinder. Funderede over, at nogle kirurger rapporterede at 75% af deres knæartroseptt. var kandidater til uni-compartmental udskiftning og anførte at ved revisioner af uni-knæ ville ca. 40% kræve augmentations, stem eller bonegrafts. Sluttede med at erkende, at der var gode resultater på uni-knæene de første 10 år, men herefter forværring af resultaterne til dårligere end for total knæ.

Gerard Engh var fortalere for anvendelsen af uni-knæ og anførte, at ptt. fik bedre ROM, færre smerter spec. ved trappegang samt refererede egne undersøgelser, hvor ptt. havde fået uni-knæ på den ene side og total knæ på den anden side, hvor ptt. selv fremhævede og foretrak den side, der var opr. med uni-knæ. Havde proteseoverlevelse på 98% på 10 år og refererede fra svensk undersøgelse visende 10-15 års overlevelse på 95%.

Herefter fulgte dagens højdepunkt med video-vignetter med tips og tricks. Rosa demonstrerede sin minimale incision ved uni-knæ; havde 90% overlevelse på 10 år faldende til 80% efter 12 år. Booth anvendte altid knogle-lus eller Steinmann-lign. pin i tub. tib. ved knærevision, fede ptt., tidl. høje tibiaosteotomier eller svage ekstensormekanismer for at undgå katastrofale avulsioner. Merrill Ritter viste en video af, hvorledes han balancerede PCL. Krackow viste, hvorledes han meget omhyggeligt præparerede patella til eksakt tykkelse, således at ekstensormeka-

nismen fik god kraft. Havde udført en del målinger og fundet at patella-tykkelsen inkl. overliggende bløddele androg 24,7 mm i gennemsnit for mænds vedkommende mod 21,2 mm for kvinders. Sluttelig gennemgik Cuckler og Engh deres approach til svære deformiteter og tidligere multipel kirurgi.

Session 12 indledte kongressens 2. dag - "Problemer efter knæalloplastik". Vince gennemgik årsagerne til re-operation af knæalloplastikker: slitage, løshed, instabilitet, patellakomplikationer/ malrotation, sepsis, ekstensor-mekanismeruptur, stivhed, fraktur og endelig var der i litteraturen en gruppe, som re-opereredes uden præoperativ diagnose. Sidstnævnte burde ikke opereres (uden diagnose) og vigtigheden af et målrettet udredningsprogram blev understreget, således at operationen kunne rettes mod årsagen. Var overbevist om at hos patienter, der udtalte, at knæet aldrig rigtig havde fungeret, var årsagen malrotation af komponenterne.

Krackow adresserede instabilitet og repeterede at bagre stabilisering ikke giver valgus-varus stabilitet, men kun translational stabilitet og at han ved revisioner generelt gik et trin op, således at revisionsprotesen var mere constrained. Anbefalede at undlade ligamentopstramning som eneste behandling af ustabile knæalloplastikker.

Thornhill gennemgik problemer i ekstensorapparatet - herunder specielt ruptur af ligamentum patella inferior, som han reparerede med forstærkning ved hjælp af semitendonosus og/eller gracilis. Pointerede at den postoperative rehabilitering primært udgjordes af 6 ugers fuld ekstension, idet sigtet var at opnå fuld ekstension snarere end at opnå maksimal fleksion. Understregede endvidere vigtigheden af at stramme ekstensorapparatet, idet flere studier havde vist failures, såfremt ekstensorapparatet var efterladt for løst.

Booth gennemgik behandlingsmodaliteterne ved suprakondylære femurfrakturer over total knæalloplastik og anbefalede operativt tiltag, idet op til 75% konservativt behandlede patienter havde komplikationer i form af fejlstilling og non-union. Ved frakturer op til 3 cm proksimalt for knæets ledlinie anvendte han revisionsalloplastik, hvorimod mere proksimale frakturer blev behandlet med retrogradt femurmarvsøm. Var enig i at knoglen ofte var svag og blød pga. stress-shielding, anvendte af og til cementeret langt stem i femur til at løse suboptimal/manglende skruefiksaion. Havde dog også adgang til en knoglebank med allograft/strut-

grafts og fremviste vellykkede cases behandlet med dette.

Scott gennemgik sårproblemer efter knæalloplastik og mente, at disse skulle undgås (!) bl.a. ved at sikre at pt. præoperativt var i ordentlig ernæringstilstand og havde været røgfri i mindst 6 uger op til operationen. Radiologisk synligt kalkindhold i popliteal-karrene var fundet uden betydning i forekomst med sårproblemer. Var meget omhyggelig med sin hudincision og undgik absolut store laterale lapper. Havde god erfaring med præoperativ vævseksponering på knæ med multiple cicatricer og havde siden 1994 behandlet 65 patienter hermed. Postoperativt secernerende cicatrice øger risikoen for infektion med 20-30% og Scott var meget aggressiv med at foretage debridement i løbet af 5-7 dage postoperativt, såfremt dette var tilfældet. Superficielle nekroser mindre end 3 cm havde god chance for at hele, men ved dyb nekrose anvendtes gastrocnemiusflap eller fri lap. Patienter, der skulle opereres med knæalloplastik og som tidligere havde haft tibiakondylfraktur osteosynteret med meget "isenkram" blev opereret i 2 seancer, idet han fandt risikoen for infektion for stor ved samtidig fjernelse af osteosyntesematerialet og isættelse af knæalloplastik samt anførte, at knoglen 1/2 år efter fjernelse af osteosyntesematerialet ville have bedre struktur.

Næste overordnede emne var revisions-knæalloplastik, hvor David Stulberg havde et glimrende indlæg omkring knogletab. Han understregede forskellen på tibia- og femursiden, idet knogletab på førstnævnte skulle opereres for at opnå et sufficient stabilt plateau, hvorimod knogletab på femursiden dels skulle behandles for at opnå stabil fiksering af protese-komponenten og ikke mindst genskabe distale og posteriore ledlinier for at undgå patella-impingement på tibia samt instabilitet/løshed af ekstensorapparatet. Ved kavitære defekter anvendte han autolog- eller allograft-knogle og havde gode erfaringer med impaction grafting - også af segmentære defekter på tibia. Anvendte dog oftest metal-augmentation til de segmentære defekter, idet disse tillod øjeblikkelig vægtbæring.

Ved tibio-femoral instabilitet understregede McAuley vigtigheden af at udvælge sin revisionsprotese nøje og herunder ikke at falde for fristelsen til at behandle valgus-varusløshed med en valgus-varus constrained protese, idet der var meget dårlige langtidsresultater hermed. I stedet burde man vælge en hængslet protese. Ved global/kombineret instabilitet anbefalede han at anvende en protese, der udover at være hængslet tillod en vis grad af rotation (rotating hinge).

Arlen Hanssen fremlagde Mayo klinikkens algoritme for behandling af

inficeret knæalloplastik. Havde med baggrund i Teeny's artikel fra 1990 valgt, at akutte infektioner indenfor 2 uger efter primær operationen blev behandlet med debridement (under ingen omstændigheder artroskopisk - mente ikke, at artroskopiske procedurer havde nogen som helst berettigelse i behandlingen af inficerede knæalloplastikker) fulgt af i.v. antibiotika i 4-6 uger. Havde dog kun dette som rettesnor, idet han fandt, at hvis mikroorganismen var staphylococcus aureus skulle debridement udføres indenfor 6 dage for at have rimelig udsigt til succés. Anbefalede på det kraftigste two-stage revision, med hvilken de havde opnået 94% eradikation bedømt ved 2-årskontrol. Anvendte altid Vancomycin og Gentamycin-loaded spacer, men var ikke begejstret for brugen af kugler i marvkanalerne. Brugte istedet "plasticløbet" fra cementeringspistolen fyldt med cement og lod denne stikke ind i marvkanalerne fyldt med antibiotikaholdig cement.

Barrack gennemgik 2 egne nyligt publicerede studier omhandlende behandling af tidligere reviderede knæalloplastikker med MCL-mangel eller defekt, massivt knogletab, komminut distal femurfraktur i osteoporotiske patienter samt knogletab associeret med ruptur af ekstensorapparatet. Havde fulgt 24 cases 2-9 år og havde opnået resultater, der var fuldt sammenlignelige med standard-proteser.

Den følgende session omhandlede en kortvarig panelgennemgang af "hotte emner" indenfor knæalloplastik. Anvendelsen af highly-crosslinked polyethylen fremkaldte bekymrede miner, idet der som bekendt er andre kræfter virkende på knæleddet end på hofteleddet og man frygtede cracking af polyethylenen i knæet. De mest tilbageholdende af paneldeltagerne foretog kun brisement (lukket) i 1% af tilfældene, hvorimod den mest aggressive (Hungerford) allerede på 10. postoperative dag evaluerede bevægeudslag og hvis der ikke var sket betydelige fremskridt foretog brisement allerede her. De øvrige ventede 4-6 uger og foretog så brisement på alle patienter med bevægeudslag under 90 grader. Der blev udvist betydelig skepsis overfor et schweizisk studie, som havde fundet signifikant association mellem intern rotation af femurkomponenten og udvikling af artrofibrose, idet gennemsnittet af intern femurkomponentrotation androg knap 5% i forhold til den epikondylære akse hos alle, der havde udviklet artrofibrose. Paneldeltagerne fandt imidlertid at der i studiet var så store variationer og at de 5 grader udgjorde gennemsnittet af såvel internt som korrekt eksternt roterede femurkomponenter. Patellaknap eller ej blev atter gennemgået og blandt paneldeltagerene var de fleste

enige om at foretage patellaresurfacing på alle patienter undtaget gruppen af meget overvægtige patienter, patienter med en lille tynd patella samt evt. patienter med et makroskopisk normalt femoropatellarled. Til støtte for dette fremlagdes et studium af Hungerford med mere en 10 års opfølgning: initialt var der ingen forskel på patellaknap eller ej, men efter 10 år var der signifikant bedre resultater i gruppen med patellaknap. Der var almindelig enighed om, at man kunne bevare polyethylénknappen, såfremt denne var velfikseret og uden radiologisk tilt eller makroskopisk slid ved knærevisioner - dog manedes til påpasselighed ved de gamle patellaknapper som var Gammastrålede i luftholdig atmosfære. Hermed var kongressens behandling af knæalloplastikker slut.

Resten af 2. dagen omhandlede velkendte emner som alternative artikulationsmaterialer i hofteledet, cementeret versus ucementeret hoftealloplastik, omfanget af porouscoating på femurkomponenten, hydroxyapatit eller ej, behandling af den dysplastiske hofte og af caput nekrose - uden at der dog var så meget nyt i dette. Cuckler gennemgik de velkendte favorable slitagestudier ved metal mod metal-artikulation. Det var vel-dokumenteret, at der produceres ioniseret krom og koboltpartikler, men et finsk studie havde ikke påvist øget cancerrisiko ved anvendelsen af dette. Refererede kort SIVASH-retrieval study (22 år), hvor der ikke var fundet metallose og næsten intet slid. Anvendte M2A til aktive patienter med forventet restoverlevelse over 10 år og argumenterede, at han herved undgik de potentielle risici associeret med keramik (frakturer) og highly cross-linked polyethylén. De øvrige materialer og kombinationer heraf havde hver deres fortalere, men i mine øjne er dokumentationen endnu sparsom. Der er til gengæld ingen dokumentation for øget infektionsrisiko ved anvendelse af alternative materialer. Der var ingen uenighed om anvendelsen af porouscoating til femurkomponenten (ucementerede), men nok om omfanget af denne. Ranavat fremlagde en undersøgelse, hvori han havde dokumenteret færre lårsmerter hos patienter med hydroxapatit-coatede femurkomponenter. Ritter anså stadig den cementerede all-polyethylén-cup som first choice til alle patienter, men erkendte at dette var teknisk mere vanskeligt end isættelse af en ucementeret acetabularcup. Havde påvist 4% forekomst af radiolucente områder på patienter opereret af ham selv umiddelbart postoperativt og mente at vide, at såfremt dette var forekommende, ville cuppen gå løs - det var kun et spørgsmål om tid. Et panel af hoftekirurger var i øvrigt

enige om at centralizere til femurstem var et must for at undgå svækket fiksdation, såfremt spidsen af protesen havde kortikal kontakt. Halvdelen af panelet tillod fortsat ikke fuld vægtbæring ved ucementerede hofteproteser, men nventde 6 ugers aflastning.

Kongressens tredje dag startede med session 19, hvor et ekspertpanel bestående af Kwong, Ritter, Ranawat og Stulberg gav tips mht. optimering af den primære hoftealloplastik. De fleste anvendte bagre adgang; klar tendens til flere ucementerede acetabularcupper, hvor der ved god knogle reamedes size to size, mens der hos ældre med lidt dårligere knoglekvalitet blev underreamet 2 mm. Ritter anførte, at han rutinemæssigt gav mænd med bilateral hofteartrose ossifikationsprofylakse i form af indomethacin, men ikke andre grupper rutinemæssigt.

Session 20 omhandlede DVT-profylakse hvor flere lovende nye præparater havde gennemgået fase-3 studier, men foreløbig anvendte de fleste lavmolykylært heparin startende enten dagen før operation eller postoperativt. En metaanalyse af litteraturen havde ikke dokumenteret nogen effekt af Aspirin på forekomsten af DVT efter hofte- eller knæalloplastik.

Mallory gennemgik efterfølgende smertebehandling efter hoftealloplastik, der var intet nyt under solen her. Cecil Rorabeck fremlagde strategier til at undgå luksation og fremhævede den velkendte lavere forekomst heraf efter lateral incision sammenholdt med bagre adgang. Fremlagde 2 studier med mere end 1500 patienter i hver med luksationsfrekvens på 0,4% og 0,79% ved lateral adgang, men også ved bagre adgang er der rapporteret favorable resultater med luksation under 1% i 519 patienter, såfremt der foretages reparation af bagre kapsel (Pellici). Foredragsholderen pointerede vigtigheden af at balancere bløddelene omkring hoften ved anvendelse af acetabularlinere samt mulighed for variabelt off-set og halslængde på femursiden. Hos patienter med høj risiko for luksation skulle overvejes anvendelse af store hoveder, constrained linere eller tri-polært protesedesign.

Rothman gennemgik årsagerne til halten efter hoftealloplastik og dvælede naturligvis ved benlængdeforskel. Vægtede stabilitet over benlængdeforskel, men anvendte dog off-set frem for øget halslængde såfremt benlængden fandtes egal peroperativt, men hoften var ustabil. Fremviste en stor serie, hvor 87% af patienterne havde benlængdeforskel mindre end 7 mm.

I USA anvendes autogen præoperativ blodtransfusion fortsat i betydeligt omfang ligesom erythropoitin finder stor udbredelse.

Følgende session bestod af cases forelagt et ekspertpanel, hvor guldkornet for undertegnede var en såkaldt "knogle-episiotomi", som med fordel kunne anvendes under isættelsen af ucementeret femurstem, såfremt dette satte sig fast og hverken kunne komme frem eller tilbage. Foretages ved vertikalt savspor 3-5 cm ned proksimalt, lirkes med osteotom, protesen fjernes og "episiotomien" forsynes herefter med en enkelt simpel cerclagetråd.

Herefter fulgte et par klassiske cross-fires: den første omhandlende brugen/nødvendigheden af modulært stem ved revisionshoftealloplastikker. Barrack var glødende fortalende for anvendelsen af lange meget porous-coatede monoblokstem og fremlagde fremragende resultater fra 2 centre med kun 4% mekanisk failure ved 10-års opfølgelse. Fremhævede at varus remodelering forekom i 20-30% af tilfældene med løse femurstem, hvorved det var nødvendigt at foretage extended femurosteotomi, hvilket også kunne gøres ved modulært stem, men var langt vanskeligere. Fremhævede endvidere vigtigheden af distal diafysær fiksering, hvori- mod han fandt det mindre vigtigt, hvad der foregik proksimalt og fremhævede op til 15% fund af osteolyse ved anvendelse af modulært stem, 7% mekanisk failure og 7% "subsidede" femurkomponenter efter 5-9 år. Hugh Cameron var opponeret og fremhævede den pågående aldersbetingede endosteale resorption af diafyser og pointerede den modulære Srom protesens gode resultater. Cameron anså monoblok-stems for obsolete, hvorimod Barrack fandt at disse udgjorde "gold standard" ved revisionshoftealloplastik - mon ikke der er plads til begge synspunkter og begge teknikker ?

Følgende kontroversielle emne var femur-caput størrelsen, hvor Callaghan argumenterede for små 22 mm hoveder som klarede sig bedst i slitage-studier (når der ikke var problemer med instabilitet). Maloney argumenterede imod og anførte at fordelene ved at anvende 32 mm hoved eller større var større bevægeudslag, reduceret risiko for impingement og hermed færre luksationer. Man er naturligvis bekendt med at den større hovedstørrelse afstedkom mere slitage med konventionel polyethylen sammenlignet med 22 mm hoved, men refererede til slitage-studierne med highly crosslinked polyethylen, hvor der med hovedstørrelser på 22, 28, 38 og sågar 46 mm ikke var påvist målelig slitage overhovedet efter 11 mill. cykli. En tidligere panel-rundspørge havde vist, at de fleste fortsat

anvendte 28 mm hoved men i selekterede tilfælde 32 eller 36 mm hoved. Næste crossfire var mellem Allan Gross og Kenneth Gustke, der meget underholdende begge med udgangspunkt i Ringenes Herre havde indlæghenholdsvis for brugen af cages henholdsvis ucementerede jumbocupper ved revision af acetabularkomponenter, hvor der samtidig var større acetabulumdefekter. Gustke havde udført 562 acetabulumrevisioner og havde kun fundet anvendelse for 8 cages og fandt, at disse skulle reserveres til situationer, hvor stabilitet med jumbocup ikke kunne opnås.

Session 23 omhandlede revision på femursiden. Wayne Paprosky lagde ud med en gennemgang af 122 tilfælde af femurrevision, hvor der var anvendt extended proximal femoral osteotomi. Gennemsnitlig operationstid fra start på osteotomien til komplet fjernelse af protese og cement var 35 minutter, alle osteotomier udviste radiologiske tegn på heling ved 3-måneders kontrol, og der var ingen tilfælde af non-union med gennemsnitlig opfølgningsstid på 2 1/2 år. Blandt fordelene er væsentlig lettere adgang til protese-knogle/cement interfacen, adgang til neutral reaming af femurkanalen uafhængig af evt. varus-remodelering, forudsigelig heling af osteotomien og betydeligt kortere operationstid.

Herefter var der gennemgang af flere modulære systemer til at overkomme problemer med knogletab samt proksimal fikstation. Rosenberg gennemgik impaction grafting med cement for revision af femurkomponenten. De anvendte stem var af typen dobbelt-taper, highly polished og kraeløse. Subsidence skulle angivelig ikke automatisk føre til løsning, idet stemmets geometri skulle medføre restabilisering inde i cementkappen. Der foreligger imidlertid ikke langtidsresultater og Rosenberg manede til forsigtighed, idet der er flere uafklarede faktorer.

Amerikanernes lette tilgang til strut-grafts dominerede næste foredrag, men har desværre kun akademisk interesse for danske ortopædkirurger p.t. Periprostetiske osteolytiske frakturer blev gennemgået af Berry på såvel acetabular som på femursiden. Understregede vigtigheden af at følge patienterne, således at revisioner og evt. grafting kunne foretages inden, der forekommer osteolytiske frakturer. Paprosky havde en glimrende gennemgang af knogletab i forbindelse med revision af acetabulum, redegjorde for radiologiske fund og heraf følgende gradering og behandling af defekterne. Det vil føre for vidt at omtale det i detaljer her. Charles Engh fulgte op på dette i en forelæsning omhandlernde slidte ucementerede acetabularcupper med tilhørende osteolyse. Almindelige røntgenoptagelser var ikke særligt brugbare og han foretog CT-skanning,



hvorved han fik belyst 81,3% af de osteolytiske processer. Foretrak at udføre udskiftning af polyethylén-liner samt grafting af læsionerne gennem separat knoglevindue frem for fjernelse af shell'en og deraf følgende knogletab. Kun patienter med symptomer opereredes, asymptomatiske fulgtes tæt og såfremt der var tegn på voksende defekt planlagdes revision.

Rosenberg havde fulgt 176 acetabulumrevisioner, der var revideret med ucementeret hemisfærisk porouscoated cup i 10-12 år og havde opnået 87% radiologisk stabile og ureviderede cupper.

Dennis havde 92% klinisk succés med bone-grafting af store acetabulumdefekter og anvendelse af specialdesignet 3-flanget acetabularkomponent (CTAC), har kun gennemsnitlig 38 måneders opfølgning om manede til forsigtighed før langtidsresultaterne forelå.

Session 25 bestod af, at et panel (alder omkring 50) blev spurgt om, hvilke artikulationsmaterialer de selv ville have isat, såfremt de var kandidater til hoftealloplastik. Halvdelen valgte keramik mod keramik, mens den anden halvdel valgte metal mod metal. Moderatoren havde nogle "snu" spørgsmål, medgav at begge dele havde gode resultater, men at der kunne være impingement problemer med keramikken ledende til failures og osteolyse samt konstaterede at der forelå studier visende op til 100 gange højere forekomst af cobolt- og krom-ioner i blodbanen 2 år efter metal mod metal og spurgte, om der mon var et biologisk respons evt. risiko ved graviditet eller nyreinsufficiens (ionerne udskilles renalt). Der var enighed om, at alle der isatte metal mod metal havde forpligtelse til at følge patienterne med måling af ionerne i blod og urin. Panelet omtalte kort øvrige emner herunder at osteonekrose bør graderes i henhold til Ficat-stadier, men at behandlingsresultaterne var ugenomsigtige. Såfremt man besluttede sig for at isætte hofteledsalloplastik, var der bedst resultater med ucementeret femurstem, og man skulle være opmærksom på at acetabulum ligeledes var påvirket og blød, og derfor rimelig forsigtig med reamingen af denne.

Dagen sluttede med video-vignetter, hvoraf nogle fokuserede på fjernelse af fastvokset ucementeret acetabularshell. Én måde at fjerne den på, var den såkaldte "mercedes-cup"-sektion, hvor man med en sav deler cuppen i 3 dele og herved lettere kan få den ud. En overordentlig elegant metode til dette var dog et såkaldt "guidet curved osteotome" system, som var påhæftet acetabulumlinier-impacteren og herefter kun kunne køre helt klods på shellen og var selvsikrende på siderne.

Paprosky viste en video, hvori han udførte den ekstenderede femorale osteotomi med elegant anvendelse af giglisave til løsning af den mediale del af komponenten.

Sidste dag bestod af en live-transmission af hofte-, knæalloplastikker og revisioner af samme fra Californien, men vi havde tidlige fly-billetter og nåede derfor ikke at se alle operationerne.

Turen og kongressen var meget vellykket, giver deltagerne en opdatering af både velkendt og nyere viden og kan på det varmeste anbefales ortopæder med interesse for alloplastisk kirurgi.

*Henrik Husted*



**TRAUMERADIOLOGISK E-KURSUS  
d. 7-8 NOVEMBER 2002**

**Place: GENTOFTE SYGEHUS  
Store Auditorium**

**PROGRAM:**

**Thursday november 7, 2002:**

- 09.00 -09.30: Registration and coffee.
- 09.30 -09.40: Welcome *K-L Dirksen-H Teisen*
- 09.40-10.20: Clinical aspects of trauma *K Brohi*
- 10.20-10.40: The Trauma Unit at Karolinska *M Beckman*
- 10.40-11.00: Coffee
- 11.00-11.20: Traumacenter RH *C Falck Larsen*
- 11.20-11.35: Radiology in the trauma room at Karolinska  
*M Beckman*
- 11.35-12.05: Thoracic x-ray in trauma *H Gregersen*
- 12.05-13.00: Lunch
- 13.00-13.30: Ultrasonography in Trauma *S Rafaelsen*
- 13.30-13.50: ATLS in Denmark *C Falck Larsen*
- 13.50-14.30: Traumatic Aortic Injury/Thoracic Trauma  
*K. Shanmuganathan*
- 14.30-15.00: Clinical aspects of bowel and mesenteric injury  
*K. Brohi*
- 15.00-15.20: Coffee
- 15.20-16.00: Bowel and Mesenteric injuries *K Shanmuganathan*
- 16.00-17.00: Frie Foredrag

## **Friday november 8, 2002**

- 08.00-08.40: Splenic injury-operative/non-op.treatment  
*K. Shanmuganathan*
- 08.40-09.20: Clinical management of penetrating trauma *K Brohi*
- 09.20-09.40: Radiology in penetrating trauma *M Beckman*
- 09.40-10.00: Coffee
- 10.00-10.40: CT in Penetrating Trauma *K Shanmuganatha*
- 10.40-10.50: Discussion penetrating trauma
- 10.50-11.20: Exsanguinating pelvic trauma *K Brohi*
- 11.20-11.50: Radiology in exsanguinating pelvic trauma  
*K Shanmuganathan*
- 11.50-12.00: Discussion exsanguinating pelvic trauma
- 12.00-13.00: Lunch
- 13.00-13.10: C-spine-How are we doing? *H Teisen*
- 13.10-13.30: Clinical aspects of spinal trauma *K Brohi*
- 13.30-13.55: Radiology in C-spine trauma *M Beckman*
- 13.55-14.15: Multislice CT spinal Examination *B Leidner*
- 14.15-14.25: Discussion spinal trauma
- 14.25-14.45: Multitrauma protocols *B Leidner*
- 14.45-15.05: Orthopedic topics in polytrauma *H Teisen*
- 15.05-15.25: Coffee
- 15.25-15.45: Hypovolemic signs in CT *B Leidner*
- 15.45-16.00: Final discussions

## **THE END**

Course Organiser: DRS Danish Society of Radiology  
Course managers: Karen-Lisbeth Dirksen, Gentofte Sygehus  
Henrik Teisen, Svendborg Sygehus

**Faculty:**

**Karim Brohi**, M.D. Trauma Surgery&Critical Care,  
London Royal Hospital, London,England

**K. Shanmuganathan**, M.D. Associate Professor of Radiology,  
Shock Trauma Center, Baltimore, Maryland,USA

**Bertil Leidner**, M.D. Dept. of Radiology  
Huddinge University Hospital, Stockholm,Sweden

**Mats Beckman**, M.D. Head of Emergency Radiology,  
Karolinska Hospital, Stockholm,Sweden

**Claus Falck Larsen**, M.D. Head of Trauma Center,  
Rigshospitalet, Copenhagen,Denmark

**Henrik Gregersen**, M.D. Dept.of Radiology  
Ålborg Hospital, Denmark

**Søren Rafaelsen**, M.D.Dept.of Radiology  
Vejle Hospital, Denmark

**Tilmelding**

	<b>Pris</b>	<b>Deltager (x)</b>
<b>E- kursus 7.-8. november</b>	<b>1300</b>	
<b>Middag den 7. november</b>	<b>300</b>	
<b>I alt</b>		

**Tilmelding:**

- Man tilmelder sig via e-mail på kursus@drs.dk med tydelig angivelse af navn, adresse og om man deltager i kursus og middag eller kun en af delene. Tilmelding til middagen er bindende!
- Indbetaler på giro nr. 542-0326 med tydelig angivelse af indbetale-rens navn.

**Tilmeldingsfrist: 15. oktober 2002.**

Andre former for tilmelding og betaling kan desværre ikke accepteres.

**Husk, at deltagelse giver CME-points efter de gældende regler!**

# **Efterårsmøde i Dansk Selskab for Artroskopisk kirurgi og Sportstraumatologi (SAKS)**

Torsdag 21/11 2002 kl 11.00  
Scandinavian Congress Center, Århus

## **Agenda:**

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Kl 11.00        | Velkomst og orientering ved Michael Krogsgaard  |
| Kl 11.15        | Implantatfailure ved korsbåndrekonstruktion, central registrering af implantat failures?  |
| Kl 11.45        | Rehabilitering efter ACL skade og korsbåndrekonstruktion - evidens eller tradition ?  |
| <i>Kl 12.30</i> | <i>Frokost</i>  |
| Kl 13.00        | ACL research in Vermont, recent advances.<br>Professor Bruce Beynnon, Department of Orthopedics & Rehab<br>Burlington, Vermont, USA |
| Kl 14.30        | Afslutning  |

# **Håndkirurgisk dissektionskursus**

**Torsdag d. 21. og fredag d. 22. november 2002.**

**Panum Institutet, Anatomisk sektion.  
Københavns Universitet.**

*Kurset afholdes for 7. gang, også denne gang i samarbejde med håndkirurgisk afdeling Malmø, 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 håndkirurgisk 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 dissektion arbejde, vil det være en fordel at medtage disse.

**Kursuspladser:** 16 deltagere fra Danmark og Sverige. Der er enkelte ledige pladser.

**Kursusafgift:** 2450,00 DKK

**Tilmelding:** Yderligere oplysning, anmodning om tilsendelse af kursusprogram og tilmelding fås ved henvendelse til sygeplejerske Nina Vendel

e-mail [n.vendel@get2net.dk](mailto:n.vendel@get2net.dk)

**Tilmeldingsfrist:** 11. oktober 2002.

Med venlig hilsen

*Niels Søe*  
KAS Gentofte  
Tlf.: + 45 3977 3962

*Finn Bojsen-Møller*  
Panum Institutet

*Lars Dahlin*  
Malmö



# ***The 5th Bispebjerg Symposium on Sports Medicine: Ankle- and foot-problems in sport***

20. og 21. januar 2003

## **Preliminary program:**

- Tendon problems, including impingement, traumatic injuries and degenerative disease
- Ligament problems, including sprains and instability
- Joint problems, including cartilage lesions, impingement, instability and degenerative disease
- Dynamic problems, including joint and muscle dys-coordination and hyper pronation
- Thigh problems, including shin splints
- Bone problems, including bone bruise and fracture
- Shoes
- Surgical procedures and treatment strategies

## **Yderligere oplysninger fremkommer i næste DOS-Bulletin.**

Marianne Backer, Peter Lavard, Anette Holm Kourakis, Torsten Warming, Jan Carstensen, Per Nyvold, Michael Krogsgaard, Ortopædkirurgisk afd. M, Bispebjerg Hospital.

E-mail: [MK04@bbh.hosp.dk](mailto:MK04@bbh.hosp.dk)



***III International course  
in Arthroplasties  
Barcelone March 24-27; 2003***

**Course Director: Prof. Antonio Navarro Quilis  
Chef Director of the Hospital Traumatologica Vall d'Hebron**

Yderligere informationer og congress program kan bestilles hos  
Visi Navarro Active Congress Organizing Secretariat  
Rda. General Mitre, 17 Entlo. 2a 08017 Barcelona  
Tlf: 932 050 971 / fax: 932 053 852  
E-mail: [narsa@pulso.com](mailto:narsa@pulso.com)