



## Skuldersymposium

Det er blitt en tradisjon med symposier under Ortopedisk Høstmøte i samarbeide med medisinske firmaer med foredragsholdere fra inn- og utland.

Det er vel flere av oss som jevnlig oppsøker ulike møter og kongresser der temaet skulderproteser er på programmet.

OrtoMedic hadde 15. mars 1997 et Skuldersymposium i Oslo som var svært vellykket og samlet mange kolleger med stemning under hopprennet i Holmenkollen dagen etterpå.

Hva kunne de så bringe til torgs av nye kunnskaper under Høstsymposiet 1998? OrtoMedic skuffet som vanlig ikke, med Overlege Espen Mørk fra Gjøvik fylkessykehus som møteleder.



Se side 2



**DePuy, nå et selskap i det amerikanske konsernet Johnson & Johnson**

Etter at DePuy ble et selskap i Johnson & Johnson sent på høsten 98, har OrtoMedic nå all markedsføring og distribusjon av produkter fra:

- DePuy International
- Johnson & Johnson, ortopediske implantater
- DePuy OrtoTech, innen idrettsmedisin
- DePuy ACE, traumaprodukter
- DePuy Motech, ryggprodukter

### INNHOOLD

	Side
• Skuldersymposium	1-3
• Nytt fra DePuy	1
• Club Corail	3
• Biax håndleddsprotese, vi besøker Diakonhjemmet	4
• American Academy of Orthopaedic Surgeons	5
• Charnley praktiske hoftekurs	6
• Vossakurset 1999	7
• MediaStroboskope	8

**SKULDERSYMPIOSIUM**

Holmenkollen Park Hotell  
Tirsdag 20. oktober 1998

Min spesielle opplevelse var å få ny kunnskap om takling av massiv rotator cuff ruptur, forståelse av bruksområde for bipolar protese og Delta 3 protesen.

Vi har alltid fått høre at operasjoner med skulderproteser der rotator cuff rupturer foreligger skal opereres av spesielt erfaren kirurg for sikker reparasjon av cuffen. Etter noen år i operasjonsfeltet har vi opplevd at av og til møter vi et stort hull, der alt som heter cuff substans er borte vekk. En rekke metoder finnes for å bøte på cuff ruptur.

Til tross for for alle gode råd, har selv de mest erfarne skulderkirurger stått igjen med den massive rotator cuff ruptur der caput humeri står luksert proksimalt.

For bedre artikulering mot øvre del av cavitas glenoidale og clavícula har den bipolare protese hatt sitt bruksområde ved massiv cuff ruptur (Journal of Arthroplasty Vol. 13 No. 6 1998 s. 631-637). Symposiet brakte nå kunnskap om en interessant løsning av problemet, nemlig ved å benytte Delta 3 protesen.

Første foredrag med Dr. Manjit Bhamra, Sheffield, England omhandlet praktiske løsninger på operasjonsstuen. Han understreket viktigheten av riktig oppdekking med fri hud foran og bak skulder i strandstol stilling. Det ble påpekt nytten av leiring på bordet, slik at overarmen kan svinges i vertikal stilling med utadrotasjon og adduksjon ved reaming og protesenedføring i humerus. Deling av øvre halvdel av pectoralis major senen bedrer tilgangen.

Tilgangen til glenoid sikres ved armen abduert og 90° utadrotert. Ved Global glenoid protese er det sentrale hullets plassering det



*John Erik Strømberg - OrtoMedic, Dr. Svenn Syversen - Gjøvik fylkessykehus, Dr. John Slåstad - Ullevål sykehus, Dr. Øyvind Johansen - Kongsvinger sykehus og Dr. Tore Kristiansen - Sentralsykehuset Hedmark/Elverum.*



*Dr. Anders Eklund - St. Görans Sjukhus Stockholm, MD Marjit Bhamra - Sheffield England og Dr. Espen Mørk - Gjøvik fylkessykehus.*

viktige moment i operasjonen. Han understreket at for å få riktig tensjon mellom caput- og glenoidkomponent skal forholdet være slik at protesen ikke skal luksere lett og armen skal kunne føres i adduksjon bak på ryggen uten å luksere. Her vil riktig retroversjon være et avgjørende moment. Under en skuldersesjon med Coefield som ordstyrer under et AAOS møte fremkom det at feil retroversjon var den viktigste årsaken til proteseluksasjon, der den mest ekstreme feil var proteser som vendte lateralt i stedet for mot glenoid medially. Tidlig mobilisering ved slynge (pulley) over trinse postoperativt i

sengen ble brukt umiddelbart av protesepasientene i Sheffield. Som kjent finnes i dag en rekke modulære skulderproteser, men foredraget omhandlet *Global total skulderprotese systemet* der de 3 finnene med huller gjør denne protesen spesielt godt egnet til traume protese for at påsyning av tuberculum majus- og minor fragmentene blir godt anatomisk mulig. Ellers ble erfaringene omtalt for globalprotesen ved revmatoid arthritt og osteoarthrose. Kontraindikasjoner for Global og andre vanlige skulderproteser er massiv (full) rotator cuff ruptur, der bipolare proteser og Delta 3 protesen har kommet til



Dr. Tom Clement Ludvigsen - Ullevål sykehus

anvendelse.

Overlege Tom Ludvigsen, med temaet *Proksimale humerus frakturer og aktuelle behandlingsvalg*, konsentrerte seg blant annet om plateos-teosyntese, der Ullevål sykehus tidligere har publisert sine erfaringer med Webers plate. Jeg finner det riktig å minne om at stor frilegging og plateosteo-syntese kan gi opptil 40% caputnecrose. Ludvigsen viste også bilder av en rekke kasus med komplikasjoner der påminningen om caputnecrose også ble berørt. Under møtet i Nordisk Ortopedisk Forenings regi i Malmø ble perkutan pinning (minst 5 pinner) fremholdt som god fraktur-behandling, noe også annen litteratur har vist (JBJS Vol. 74-A, No. 4, april 1992 s. 508-515). Ludvigsen kom også inn på skulderprotese ved 4 delt humerusbrudd, og nevnte at denne operasjonen er vanskelig i akutfase. De fleste vil vel helst operere innen 1 uke. Biceps senen er en viktig nøkkel til anatomen ved siden av sub-scapularis senen på minor fragment og supraspinatus senen på majus fragmentet. Lokalisasjon av nerven anbefales om mulig.

Overlege Anders Eklund fra St. Görans Sjukhus, Stockholm foreleste om *Svenske erfaringer med Delta 3 skulderprotese*. Etter som instabilitet har vært et stort problem ved skulderprotese kirurgi har Delta 3 protesen ført oss inn i en ny æra. Delta 3 gir et medialisert rotasjonsentrum og bedrer biomekanikken for deltoideus. Protesen sikrer stabiliteten.

#### Indikasjonene for Delta 3 protesen

- 1 Massiv rotator cuff ruptur med pseudoparalyse
- 2 Cuff arthropathi
- 3 Instabil hemiprotese
- 4 Antesuperior instabilitet etter acromionreseksjon

Ved bruk av Delta 3 protesen må det være en intakt deltoideus (intakt n.axillaris). Benkvaliteten må være så god at skruene ( $\pm 42$  mm) får feste i glenoid. Det benyttes øvre lateral tilgang i strandstol stilling. Det er viktig med komplett eksisjon av kapsel- og arrev. Protesen skal ha 10 grader anteversjon eller nøytral stilling. Eklund hadde erfart at hans pasienter fikk smertelindring med VAS (0-10) Preop 9 og postop 3.

Den norske erfaringen ble fra tilhørerplass ved Dr. Slørdal i Ålesund opplyst å være positiv. Han har nå brukt Delta 3 som standardprotese både ved revmatoid artritt og osteoartrose og har operert 50 kasus. Han hadde ikke opplevd problem med benkvaliteten hos revmatikere.

Det er grunn til å takke OrtoMedic AS for initiativet til skuldersymposiet. Så får tiden vise om vi kan dra nytte av disse interessante mulighetene for å hjelpe pasienter med instabil skulder og massiv cuff ruptur.

Overlege Arild Ulvestad  
Kysthospitalet i Hagevik

## Club Corail-møte Holmen Fjordhotell 5. - 6. mai 1999



**V**i i OrtoMedic har gleden av å invitere til vårt første møte i Club Corail. Møtet har til hensikt å samle flest mulig av Corail-brukere i Norge, slik at vi sammen kan diskutere ulike aspekter vedrørende Corail protesen.

Fakultetet vil bestå av medlemmer av Artro-gruppen, representanter fra DePuy Bioland, DePuy R&D, samt flere av våre norske ortopeder som har lang erfaring med Corail. Professor Olav Reikerås er møtets faglig ansvarlige.

Møtet vil inneholde et «Case-forum», hvor deltagerne kan ta med seg røntgenbilder av sine problem-kasuistikker.

**For deltagelse, kontakt:**  
Thor Arne Valle eller Kjell Thygesen i OrtoMedic.

# Først i Norden!

## Diakonhjemmets sykehus i Oslo setter inn BIAx håndleddsprotese

**P**å en studiereise til Praha i 1997, fikk overlegene Espen Haukeland og Jan G. Mjørud for første gang kjennskap til Biax håndleddsprotese. Protesen er konstruert i 1984 av Prof. Beckenbaugh ved Mayo-klinikken i USA. Protesen produseres av DePuy og markedsføres i Norge av OrtoMedic.

Ettersom vi snart kan markere ett-års jubileum for oppstarten med protesen, har vi avlagt sykehuset et besøk og stilt noen spørsmål

**• Hvorfor startet dere opp med Biax håndleddsprotese?**

- Andre proteser på dette området har vist seg å ha en stor del av senkomplikasjoner. Vi har til nå ikke funnet noen protese som har vist seg å gi tilfredsstillende langtidsresultater. Biax-systemet var derfor noe nytt for oss som vi godt kunne tenke oss å prøve ut.

**• På hvilke indikasjoner bør protesen benyttes?**

- Hovedindikasjonen for oss er langtkommen leddgikt og i utvalgte tilfeller, artrose etter fractur sequeler.

**• Hvor mange proteser er operert inn til nå?**

- Fra mai 1998 til medio mars i år har vi operert inn 19 stykker.

**• Hva slags erfaringer har dere til nå?**

- Vi har primært tilfredsstillende resultater, og så langt kan vi si at vi er forsiktige optimister.

**• Er protesen teknisk vanskelig å sette inn?**

- Operasjonen forutsetter selvsagt nøyaktighet og erfaring med håndleddskirurgi.

**• Vil kolleger ved andre sykehus profitere på å ta dette systemet i bruk?**

- Før vi kan svare noe endelig på dette, må vi ha lengre observasjonstid og klinisk erfaring.



Biax håndleddsprotese er beregnet på pasienter med ledd- og slitasjegikt. Implantatene leveres i 3 størrelser og instrumentene er meget enkle og oversiktlige.

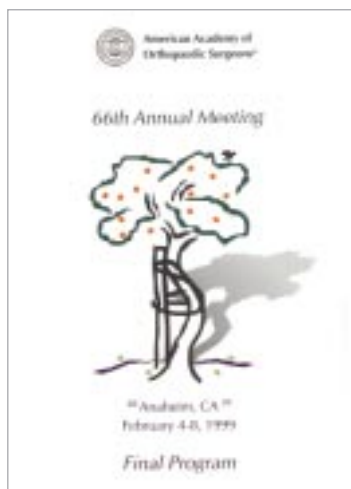


Dr. Jan G. Mjørud, Avd. sykepleier Liv Halse og Dr. Espen Haukeland



Fysioterapeut Inger Kristine L. Kaltenborn

# AAOS 1999



Årets AAOS ble arrangert i solskinnsstaten California i begynnelsen av februar. Vi minnes vel de fleste den gamle hit-låten “It never rains in Southern California” – det er med beklagelse å meddele at dette ikke stemmer med virkeligheten. De nordmenn som var tilstede på årets møte fikk virkelig føle at det kunne både regne og blåse i Syd-California.

AAOS ble som vanlig meget godt arrangert. Det er tydelig at det er en godt drevet organisasjon som også behersker de små detaljer. Det gigantiske er ellers det som slår en først med dette møtet, og det er ikke tvil om at det er foredrag og kurs som de fleste har meget stor nytte av.

Over 400 firmaer var i år representert med egne utstillinger. Dette gjør uten tvil AAOS meget spesielt. Her kan ortopedene virkelig boltre seg i nye og ikke minst godt dokumenterte produkter fra de fleste produsentene i verden. Ellers var det tydelig at de store produsentene av ortopediske produkter stadig blir større og større, og at dette i første omgang skjer gjennom oppkjøp av andre firmaer. Det er med stor glede vi også registrerer den oppblomstring av nye kreative mindre firmaer i kjølvannet av de store.

I år hadde kun et tyvetalls norske ortopeder tatt veien til AAOS og det er uten tvil det laveste antallet norske deltakere på mange år. En forklaring på dette er muligens at SICOT arrangerer sin kongress i Australia i april, og mange derfor ønsker å benytte denne anledningen til å besøke en ny verdensdel.

Hvis en eller flere av dere som skal til Australia har lyst til å skrive en liten artikkel fra SICOT, er dere hjertelig velkommen til å publisere den i OrtoMedia.



Kjell Thygesen - OrtoMedic, Dr. Jon Vea - Namdal sykehus og Erik Johansen - OrtoMedic



Jon Peacock - DePuy, Dr. Jon Vea - Namdal sykehus og Dr. Ove Furnes - Haukeland sykehus

# Charnley praktiske hoftekurs

Tønsberg 18. og 19. februar 1999

For 3. gang inviterer OrtoMedic til «Charnley-kurs» – denne gangen på Hotell Klubben i Tønsberg. Sammen med 20 mannlige og 4 kvinnelige kolleger hadde jeg to fine dager – både faglig og sosialt. Innholdet var variert – vitenskapelig teori og velbegrunnet praktisk. Dermed tror jeg alle reiste hjem med ny lærdom. Det er godt gjort når vi vet at antall år med ortopedierfaring varierte fra ca 1 år til nærmere (eller over?) 25.

Fra King Edward VII Hospital i England stilte Mr. John Older og redegjorde for sin egen erfaring med *the OGEE cup*. Han har 12 til 14 års oppfølging av 268 OGEE kopper med godt resultat. 96% er fortsatt på plass, både klinisk og røntgenologisk, ved studiens avslutning. Mr. Older var for øvrig en dyktig foreleser. Han klarte også å engasjere seg i foredrag som foregikk på norsk!

Fra DePuy, Leeds, holdt Neil Watkins en glimrende seanse om *Acrylic Bone Cement: Past, Present and Future*. Dette kan han mye om!

Ellers fikk vi, både praktisk og teoretisk, en gjennomgang av *Hvordan sette inn en Charnley hofteprotese*.

Man skal holde tungen rett i munnen for å huske på alt – kursheftet med vellaget oppsummering vil være til god nytte. Takk for det!

Foreleserne var flinke, godt forberedte og engasjerte tilhørerne. Det er fascinerende å oppdage hvor mye detaljkunnskap mange sitter inne med. Selv om man er tilfreds med teknikken ved innsetting av Charnley protesen i dag, er det stadig noen som jobber med små detaljer som kan forbedre den:

Det var nyttig å få en praktisk gjennomgang av operasjonen, men som en kollega fra forrige kurs skrev, sier jeg meg enig i at det er begrenset hva en lærer av å operere på plastbein. Ingen dum ide å tenke på gruppearbeid med medbrakte kasuistikker i stedet.



Dr. Inger Opheim - Gjøvik fylkessykehus og Mr. John Older - King Edward VII Hospital



Dr. Otto Schnell Husby - Regionsykehuset i Trondheim, Mr. John Older og Dr. Odd Warholm - Vestfold sentralsykehus



Kursleder Dr. Otto Schnell Husby utfører «operasjon» på plastbein mens deltakerne følger med.

For den som lurer på hva som skjedde utenfor kurssalen kan jeg fortelle at vi ble servert to rikholdige lunsjer og en deilig middag med vel-smakende rødvin. God stemning var det også.

Som dere skjønner hadde jeg altså to innholdsrike dager i Tønsberg og dro hjem med ny giv. Tusen takk til dere i OrtoMedic for en flott gjennomføring av et meget interessant kurs. Jeg håper flere kolleger får glede av kurset framover!

Vennlig hilsen  
Inger Opheim  
Ortopedisk seksjon, GFS

# Vossakurset 1999

Voss 7. - 12. mars

Vossakurset ble arrangert for 28. gang og gikk over 6 dager i perioden 7.- 12. mars. Kurset har etter hvert blitt et kjent begrep blant leger som har tilknytning til kirurgi i Norge og er en obligatorisk del av kirurgspesialiseringen. Kurset omhandler basis bruddbehandling og er bygget opp etter "Davos-modellen". Vossakurset har i seg selv blitt brukt som modell for andre kurs arrangert av Legeforeningen, fordi det gjennom sin historie har vært et faglig og sosialt vellykket kursopplegg. Den faglige målsetningen ved Vossakurset er å gi leger den nødvendige kompetansen i basis fracturbehandling.

Kursdagene er tre-delte med en morgen-økt som består av foredrag og workshop, fulgt av en lang lunsjpause med mulighet til utflykt i fjellet – eller for fordypning i fag på rommet for de mest engasjerte. Dette avbrykket er en viktig del av kurset for mange av deltagerne. Ettermiddagen består av nye forelesninger, workshop, gruppearbeid og diskusjoner. Den praktiske delen ble gjennomført med bruk av instrumenter og



ortopediske materialer som stilles gratis til disposisjon fra firmaene OrtoMedic (Olmedskrue), Stratec (AO-osteosyntesemateriale), Smith & Nephew (HCS-plater) og Howmedica (sperrenagler og ekstern fiksasjon).

Årets kursdeltakere var meget aktive og diskusjonene ble både



Instruktør/workshop Olmedskrue  
Dr. Jan Erik Madsen - Ullevål sykehus,  
Dr. Katrin Sørensen Sneve - Innherred sykehus

lange og interessante. Deltakerlisten i år skiller seg sterkt ut fra den i 1972 gjennom en høy kvinneandel. Dette manifesterer at det er mange kvinner på vei inn i kirurgien, men fortsatt er mennene i majoritet. Kurset gir gode muligheter for å bli godt kjent med kolleger, siden alle deltakerne bodde på samme hotell og spiste alle måltidene sammen.

Kursets sosiale høydepunkt var Vossaveitla og smalahauemiddag med utdeling av premie til beste besvarelse av konkurranseoppgaven.

Kurset ble avsluttet med en kursprøve som er obligatorisk og må bestås for å få kursbevis. Deltakerne dro tilbake til sine arbeidssteder over hele Norge med nye kunnskaper og gode minner.

Ass. lege  
Hengameh Mashadi  
Lovisenberg sykehus



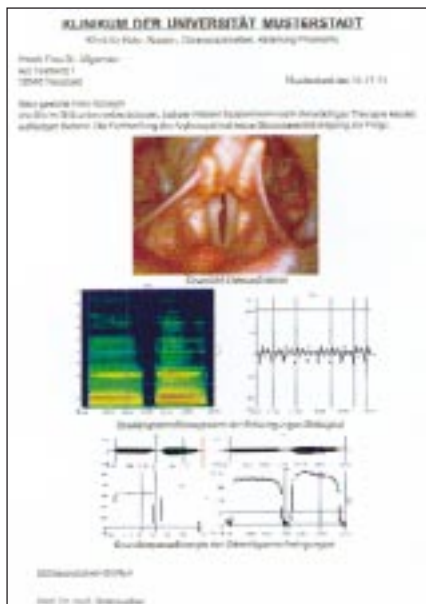
Dr. Olga Zaikova - Horten sykehus, Dr. Harian Beheshteh - Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane, Prof. Einar Sudmann - Kysthospitalet i Hagevik, Dr. Martinus Bråten - Regionsykehuset i Trondheim og Dr. Hengameh Mashadi - Lovisenberg sykehus

# MediaStroboscope

– det nye komplette system for stemmediagnostikk

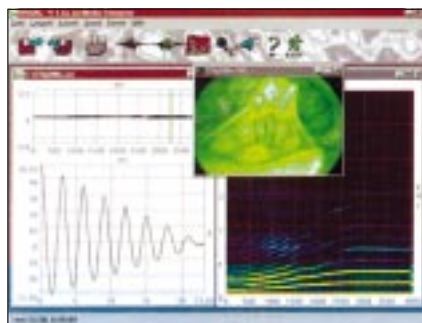
**A**tmos Medizintechnik har utviklet MediaStroboscope og består av følgende komponenter:

- Dataenhet
- Integrert kamera
- Stroboskop
- Monitor



Opptakene som gjøres ved en undersøkelse lagres på en harddisk, og hentes opp ved et enkelt "museklikk". Man slipper altså å spole en videokassett fram og tilbake for å finne tidligere opptak. På monitoren vises også stemmefrekvens og lydnivå.

Den første leveransen var i januar i år, til Sentralsykehuset i Rogaland, Øre/Nese/Hals poliklinikk.



*For videre evaluering er det også et stemmeanalyse program i datamaskinen*

*Enkelt-bilder kan hentes ut, og via Windows kan disse kopieres inn i brev til henvisende lege*



*En komplett arbeidsstasjon med datamaskin med skjerm og farveskriver, kamera og stroboskop*

**Vi minner om nytt telefon og faksnummer**

**Telefon:**

**67 51 86 00**

**Telefaks:**

**67 51 85 99**



**NB! Vi har også nye postnummere**

**Utgiver:**

**OrtoMedic AS, Telefon 67 51 86 00 – Telefaks: 67 51 85 99**

**Besøksadresse: Vollsveien 13F, 1366 Lysaker – Postadresse: Postboks 317, 1326 Lysaker.**

**Redaktør: Morten Hansen. Grafisk design/pre-press: Ole Christian Rotvold. Trykk: Mesna-Trykk AS**