

Skal vi bruke enda mer antibiotika?

side 36

AC-LUX (acromioclavicularleddsluksasjon)

side 40

Kirurgisk behandling for bekkenleddsmerter

Har det en plass i kirurgien eller er det kun placebo?

side 42

Barneskoliose

side 48



VIRTUELT
HØSTMØTE
2020

side 12-34

Simply advanced

The EVOS SMALL Plating System takes an evolutionary approach to **simplifying** and **unifying** small fragment plating systems.

 **smith&nephew**
EVOS[®] SMALL
Plating System



Supporting healthcare professionals



Norsk ortopedpost skal formidle relevant ortopedisk informasjon til medlemmene. Bladet skal også være bindeledd mellom industrien og brukeren. Det skal ikke være et vitenskapelig tidsskrift. "Takhøyden" skal være stor, og vi ønsker oss en levende og leseverdig Norsk ortopedpost. For å skape et bedre blad og forenkle det frivillige arbeidet til redaksjonen, ber vi om at man tar hensyn til følgende:

1. Vi ønsker artikler/innlegg med forenklet språkbruk og hvor følgende hensyn er tatt:

- Heading som vekker interesse
- Ingress og subheadinger

2. Krav til tekstdokumentet

- Wordfiler
- Uten linjeskift
 - tekst skrives løpende inn i manus
- Nye avsnitt med 2 linjeskift
 - dvs. 1 blank linje mellom
- Aldri versaler (store bokstaver)
- Uthevet tekst markeres i menylinjen med fetere eller større bokstaver
- Lagre som (save as) vanlig word dokument eller ren tekst

3. Bilder

- Minimum oppløsning 300 dpi
- Størrelse 10x15 cm eller større
- Format JPG, EPS eller TIFF

4. Annonseformater (bredde x høyde)

- **NOPen** utfallende 170 x 240 mm +3 mm
- **Høstmøteboken** – utfallende A5
 - 148,5 x 210 mm + 3 mm
- Høyoppløselig pdf hvor fonter og høyoppløselige bilder er inkludert

Layout, grafisk produksjon og annonsesalg

- Ødegaard reklame & design as,
telefon: 66 78 32 00, mail: bente@odesign.no

Deadline nr. 4, 2020: 16.11.2020

NORSK ORTOPEDISK FORENING



Leder Greger Lønne

Sykhuset Innlandet
Tlf: 97 11 41 07
e-post: gloenne@mac.com

Nestleder Trude Basso

St. Olavs hospital
Tlf: 95241982 (72829661)
e-post: trudebasso@gmail.com

Sekretær Hege Framnes

Haukeland universitetssykehus
Tlf: 93890022
e-post: hegeframnes@gmail.com

Web-ansvarlig Ann Kristin Hansen

Universitetssykehuset Nord-Norge
Tlf: 40 45 21 12
e-post: ann.k.hansen@uit.no

Kasserer Monica Sailer

Akershus universitetssykehus
Tlf: 45 61 47 28
e-post: monica_sailer@yahoo.no

Redaktør NOP Jørgen Andvig

Helse Nordmøre og Romsdal, Molde SH
Tlf: 97589123
e-post: jorgenandvig@gmail.com

Leder spesialitetskomiteen Øystein B Lian

Kristiansund sykehus
Tlf.: 90 79 99 49
e-post: ob-lian@online.no

Leder for kvalitetsutvalget Lars Gunnar Johnsen

St. Olavs hospital, Trondheim
Tlf.: 41 93 31 94
e-post: lars.gunnar.johnsen@stolav.no

Leder LIOS Michael Pihl

Bærum sykehus, Vestre Viken HF
Tlf: 99389123
e-post: michael_pihl@hotmail.com

Avgått leder Cato Kjærвик

Nordlandssykehuset Vesterålen
Tlf: 41 66 26 67
e-post: catokjarvik@gmail.com

NanoScope™

The Next Generation Needle Size Arthroscopy System

Welcome to the Future of Arthroscopy



NanoScope™ Handpiece

- Single use sterile camera
- 1.9 mm scope diameter
- Integrated LED light source
- Lightweight and well balanced
- Minimally invasive direct visualization during preoperative, intraoperative, and postoperative phase of care

NanoScope™ Console

- Portable control unit – including documentation and data management
- 13" touch screen monitor
- Rechargeable battery-powered
- Medical grade device
- Ethernet, USB, and HDMI ports – wireless network capabilities

www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2019. All rights reserved.



Innhold

Redaktørens lederspam <i>Jørgen Andvig</i>	7	
Leder – Årets høstmøte blir virtuelt <i>Greger Lønne</i>	11	
HØSTMØTE	Høstmøte på Hopin – Hvordan? <i>Trude Basso</i>	12
	Årsmøter	15
	Velkommen til årets digitale ortopediske høstmøte – Program <i>Hege Framnes</i>	20
	Symposier	22
	Frie foredrag	28
Skal det skåles under symposiet? <i>Jørgen Andvig</i>	34	
Fag & rapporter		
FESSH Academy Budapest 2019 <i>Steinar Emanuel Engvik</i>	35	
Skal vi bruke enda mer antibiotika? <i>Monica A. Sailer, Einar A. Sivertsen, Inge Skråmm, Asbjørn Årøen</i>	36	
AC-lux (acromioclavicularleddsluksasjon) <i>Berte Bøe</i>	40	
Kirurgisk behandling for bekkenleddsmerter – Har det en plass i ortopedien eller er det kun placebo? <i>Engelke Marie Randers</i>	42	
Barneskoliose <i>Kjetil Kivle</i>	48	
Faste spalter <i>mm.</i>		
Boner blog – Dr. Margo Bein <i>Jørgen Andvig</i>	50	
Litteraturspalten: Krig og fred – En humerusfraktur og en gigantroman <i>Jørgen Andvig</i>	54	
Kurs/konferanser/stipender/Things to do 2020	58	



Heraeus

69 % Reduksjon av dype
infeksjoner ved
hoftehemiarthroplastikk
etter lårhalsbrudd *



69

COPAL[®] G+C

Bensement med
gentamicin og clindamycin

* Sprowson AP et al. Bone Joint J 2016; 98-B: 1534-1541

www.heraeus-medical.com



Redaktørens lederspam



Jørgen Andvig, redaktør

Når regnet pøser ned over Formel-1-banen i Monza og gjør asfalten glatt omtales det gjerne som "the great equalizer". De store lagene med ubegrensede midler og ubrutte seiersrekker har ikke lenger så klare fortrinn, og lilleputtene kan håpe på en gylden champagnedusj for en sjelden gang. På samme vis sies det at den virtuelle verden utligner forholdene for de med utfordringer på det sosiale planet.

Særlig den populære spillsjangeren Battle Royale har løftet beklemte ungdommer ut av isolasjon, skal vi tro lærere og ellers pasifistiske miljøarbeidere på landets ungdomsskoler. Manglende selvtillit kan bli en begrensende faktor i selv den minste forsamling, men viskes gjerne ut når skjermen fungerer som et ugjennomtrengelig skjold, og en digital avatar kan ta støytten om ting skulle skjære seg helt.

Går viralt

"Husk at det eneste som står mellom deg og suksess er fullstendig fravær av talent, utseende og karisma", fikk jeg engang høre. Mulig det, men for de sosialt tilbakeholdne kan jeg nå endelig øyne et lys i enden av tunnelen; det virtuelle høstmøtet! Det kan være krevende nok å holde foredrag foran en forsamling av kjente i et relativt lite forum som avdelingens internundervisning. For noen kan det dertil være riktig skummelt å stille seg på podiet under høstmøtet, hvor

"... for de sosialt tilbakeholdne kan jeg nå endelig øyne et lys i enden av tunnelen; det virtuelle høstmøtet!

ortopeder fra hele landet er representert og sitter klare med giftige spørsmål om studiens forskningsmetode og tvilsomme resultater av "intention to treat"-analysen med altfor stor andel av cross-over. Trikset for å dempe angsten skal visst være å forestille seg publikum naken, men det er ikke nødvendigvis å anbefale om man vil komme ut av det med matlysten i behold når første rad er tapetsert med distingverte og etterhvert ganske collagendefiisiente professorer av ymse slag. (kollagen er som kjent ikke bare en viktig bestanddel i brusk og menisker, men også avgjørende for å holde kroppens største organ, huden, fyldig og stram over en ellers sarcopenisk skrott). I år 2020 avholdes ortopedisk høstmøte som kjent virtuell for første gang, og med sceneskrekken på et minimumsnivå kan vi håpe på et jevnt felt og en faglig og sosial braksuksess for alle involverte.

Ingen grunn til ikke å delta

Tiårets mest virale hendelse vanskeliggjør naturligvis forsamling av større grupper og har allerede penset de fleste av oss over på telekommunikasjon med og uten bilde i mange fora. Møter og undervisning har mange tilpasset til den nye hverdagen, så helt fremmed vil det nok ikke være for de fleste når vi treffes gjennom skjermen i uke 43. Webinarer fra alle verdenshjørner har jo floret det siste halve året, men har ikke evnet å

"Når man kan delta fra hvor som helst i verden med internettforbindelse, og dermed ikke behøver fri fra vakt eller sove borte er det ingen grunn til ikke å delta ..."

fenge undertegnede som tilhører. Vi tror likevel at det virtuelle høstmøtet vil tilføre en dimensjon utover den noe sterile fremtoningen man er vant med fra store internasjonale leverandører. Her i bladet vil vi forsøke å gjøre dere kjent med den digitale plattformen Hopin. Vi erfarer at mulighetene er mange og opplevelsen tåler sammenligning med det fysiske møtet vi er vant med. Med både resepsjon, hovedscene, smårom og industristands ligger det til rette for valgfrihet og mingling på samme vis som på Plaza. Når man kan delta fra hvor som helst i verden med internettforbindelse, og dermed ikke behøver fri fra vakt eller sove borte er det ingen grunn til ikke å delta. Vi oppfordrer lokale krefter om å sette frem både store skåler med twist og kulepennar til påfyll i deltakernes munnar og lommer. Kanskje skal man benytte anledningen

Redaktørens lederspam Fortsatt ...

” For å få den gode Lorry-følelsen kan vi anbefale å kontakte en forhenværende politiker fra Trøndelag som driver eventbyrå under navnet ”Æ fikse nach!”

til å samles på kveldstid for å skape den riktige stemningen. For å få den gode Lorry-følelsen kan vi anbefale å kontakte en forhenværende politiker fra Trøndelag som driver eventbyrå under navnet ”Æ fikse nach!”. CaveRave pakken er dog å fraråde ...

Bladet du har i hendene erstatter deler av innholdet i det som tidligere var Høstmøteboken, og er i så måte litt utvidet. Dere får en oversikt over programmet, aktuelle symposier (skål!) og frie foredrag. Det er også sakslister til årsmøtene i Nof og underforeningene, til glede for alle som digger foreningsarbeid.

Om acromioclavicularleddsluksasjon, sham-kirurgi og annet av interesse

I tillegg til omtale av det forestående høstmøtet kan vi by på et knippe faglige innlegg av allmenn ortopedisk interesse. Ryggkirurgene ønsket vi velkommen i forrige nummer av NOP, og denne utgaven har ikke mindre enn to artikler om hhv. barneskoliose og omtale av bekkenleddsplager med en pågående studie med sham-kirurgi. Spennende greier! Fra skulder/albuegjengen kommer en finfin gjennomgang av acromioclavicularleddsluksasjon (verdens lengste ord?) som jo kan være gjenstand for ganske mye debatt blant ortopeder, og forvirring for ortoblaster. Praksis omkring lokal antibiotika ved korsbåndskirurgi er tema i en originalartikkel av Sailer et al., og viser kanskje først og fremst at dette ennå er lite utbredt i Norge. I et år med veldig lite reisning er det også fornøyeelig med en kursrapport fra fjorårets mottaker av stipend til FESSH i Budapest.

Hva kan ortopeder påstå at de har tilført høykultur gjennom tidene? Rent bortsett fra å nedstamme i direkte linje fra bartskjærer og feltkirurger som gjorde amputasjon til en kunst, kan det hende at stemoderlig behandling av proksimale humerusfrakturer er vårt viktigste bidrag. En begredelig skulder etter en rideulykke var nemlig medvirkende til at Lev Tolstoj bæret vårt kollektive innrøkte chesterfield-bibliotek med monsterromanen ”Krig og fred”. De aller færreste har stamina til å runde den bautaen av en bok, men Lars Gunnar Johnsen er garantist for kvalitet, og har tatt en for hele laget når han gir oss et synopsis her i bladet. Selv i kortformat er boken ganske drøy, så vi gjør som Ivar Dyrhaug ville gjort – tar den bit for bit i en følge-tong over flere nummer. Den står på pensumlista og vil dukke opp på eksamen – så følg godt med!

Vi ser stadig etter nye spalter og tema i NOP. Det er kommet forslag om å invitere de som avlegger ortopedisk relevant ph.d. til å presentere forskningen i bladet og det er vi naturligvis positive til. Om du eller noen du kjenner har avlagt doktorgraden, og vil sende oss en oppsummering av funnene til glede for leserne vil det være strålende. Husk at frie innlegg er med i trekningen av en iPad som deles ut i forbindelse med høstmøtet, i tillegg til enorme mengder heder og ære, naturligvis.

Med ønske om en riktig god, smittefri høst og vellykket møte!

Evig deres,
Redaktøren

KEBOMED

Spesialisert leverandør av innovativt medisinsk utstyr

Hall Titan - neste generasjon sag og bor maskiner

Primecut+™ Oscillating Saw

- Oscillerende sag og Presisjons sag i samme sag
- Aksepterer både oscillerende sagblader og Primecut sagblader, du velger hva du ønsker
- Kan velge mellom 2 ulike sag hastigheter
- Vaskbare steriliseringsbare Litium batterier
- Kompatible med tidligere Hall generasjoner



Hall Microfree - batteridrevne penneholdte maskiner

Primecut+™ Oscillating Saw

- Velbalanserte
- Vaskbare steriliseringsbare Litium batterier
- Nok kraft og varighet i batteriene



KOMPLETT HOFTEPROTESESYSTEM

BI-MENTUM
Duo Mobility kopp



Sammen med Corail og Pinnacle, C-Stem og Marathon, utgjør dette et KOMPLETT hofteprotese system.

CORAIL



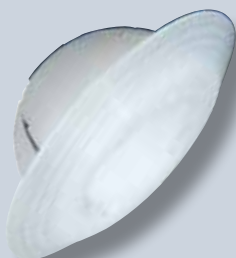
C-STEM



PINNACLE



MARATHON



 DePuy Synthes

 Ortomedic

Vollsveien 13E, 1326 Lysaker. - Tlf: 67 51 86 00
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no



Årets høstmøte blir virtuelt



Greger Lønne, styreleder

Velkommen til historiens første digitale ortopediske høstmøte. Det finner sted på en skjerm nær deg fra onsdag 21.10 kl. 08.30 til fredag 23.10 kl. 16.00. Vi har ikke latt pandemien ødelegge den unike tradisjonen vi har med faglig oppdatering og kunnskapsutveksling i uke 43.

Vi håper og tror at de ulike sykehusavdelingene setter av tid og rom for at vi alle kan følge med på det som skjer. Alle påmeldte får en egen lenke til Ortopedisk Høstmøte 2020, slik at du kan følge med på PC, Mac eller mobil, uansett om du er i karantene, hjemme med sykt barn eller på ditt kontor. Høstmøtet er også i år godkjent som 12 timer valgfritt kurs for dere som tar spesialiteten etter gammel ordning.

“Det er også mulig å spore opp kolleger til en en-til-en videochat. Og har vi hellet med oss sees vi på Skyber-bar på kvelden!”

Kjent format

Formatet bør være kjent, nå som vi har zoomet eller skypet oss igjennom det ene møtet etter det andre siden mars. Rammen rundt høstmøtet er laget med “hopin.to”, som igjen baserer seg på Zoom-teknologi. De tilbyr et rammeverk som likner vårt fysiske høstmøte. Fra resepsjonen du logger deg inn i kommer du rett til programmet. Der finner du en hovedscene (stage) der symposiene sendes, mindre sesjoner (sessions) der vi sender frie foredrag i parallelle sesjoner, og en expodel der det er mulig å møte industriens representanter.

“... over det ganske land har lagt om driften slik at flest mulig skal få med seg mest mulig av det faglige innholdet. Dette er også en mulighet for de enkelte avdelinger i tråd med lokale smittevernsregler å møtes til noe sosialt om kvelden ...”

Det er også mulig å spore opp kolleger til en en-til-en videochat. Og har vi hellet med oss sees vi på Skyber-bar på kvelden.

Vi er blitt møtt med velvilje hos alle vi har bedt om å bidra til denne digitale happeningen. Legeforeningens IT-avdeling stiller opp og hjelper oss teknisk gjennom møtet. Faggruppene har tatt på seg å arrangere sitt årlige symposium i digitalt format. Faggruppen for osteoporose og beinhele vil arrangere Nof-symposiet som tradisjonen tro vises onsdag morgen. Med tittelen “Beklager frue, du har ikke hoftebrudd, og må vente litt til ...” har de lagt opp til et spennende og lærerikt program.

Kåring av “the best of the best”

Det har kommet 68 abstracts som fordeles utover parallelle sesjoner onsdag og torsdag. I tillegg avsluttes fredagen med “Nof instructional lectures” der Eivind Witsø underviser om fotsår i “Et langt liv med såre føtter”, før vi kårer beste frie foredrag basert på faggruppens interne kåringer. Da får vi se alle de ni høydepunktene før vi kårer “the best of the best”.

Vi har fått rapport om at avdelingsledere over det ganske land har lagt om driften slik at flest mulig skal få med seg mest mulig av det faglige innholdet. Dette er også en mulighet for de enkelte avdelinger i tråd med lokale smittevernsregler å møtes til noe sosialt om kvelden. Men fremfor alt er dette ortopedenes felles dugnad for en faglig oppdatering i en tid med sterkt begrensede muligheter. Vi gleder oss!



Høstmøte på Hopin HVORDAN?



Sitter du her med NOPen i hånda og lurer på hvordan du skal klare deg på et virtuelt høstmøte? Hva er Hopin? Frykt ikke; under følger en detaljert innføring i hvordan plattformen fungerer.

Trude Basso, nestleder Nof

Innlogging

Som deltaker vil du få tilsendt en lenke til det virtuelle ortopediske høstmøtet som arrangeres på plattformen "Hopin". Her logger du inn med navn, brukernavn (e-post som du har tilgang til både hjemme og på jobb). Vi oppfordrer til å legge inn et portrettbilde under "Edit profile". Vi anbefaler Chrome som nettleser både for Mac og for PC.

PC, Mac, mobiltelefoner

PC/Mac gir flest muligheter. Mobiltelefon fungerer også godt hvis man skal være "tilskuer/tilhører" uten å interagere. Foredragsholdere må ha webcamera og mikrofon på PC/Mac. Hvis man sitter flere sammen i samme fysiske rom, er det kun én PC/Mac som kan ha lyden påslått. Dette gjelder også hvis man kopler opp lyd fra en PC/Mac til et høyttaleranlegg. For å få optimal kvalitet, holder det ikke å slå av mikrofonen på møteskjermen, men man må også slå av lyden på sin egen maskin. Så lenge lyden og mikrofonen er avslått, kan man ha ubegrenset med PC/Mac/mobiltelefoner i ett og samme rom og over samme nett. Det fungerer dårlig å sitte i andre nettmøter som Skype eller Teams, samtidig siden programmene overstyrer hverandre.

Virtuelle rom

Når du er innlogget vil det i venstre marg stå "Reception", "Stage", "Sessions" og "Expo". Man kan gå ut og inn av rom, men også åpne flere faner slik at du for eksempel kan gå inn å se på "Expo" eller høstmøteprogrammet parallelt med et annet arrangement. På samme måte som man vanligvis ikke kan stå å snakke med noen på to rom samtidig, kan man ikke være påkoplet audio/video på mer enn en fane samtidig.

Stage

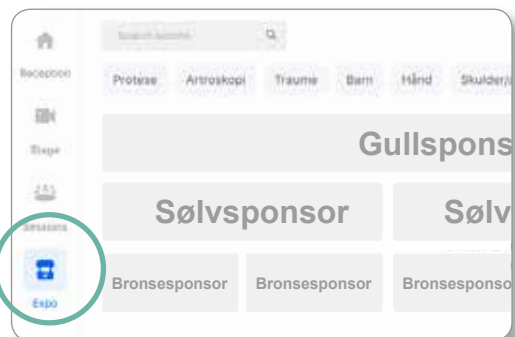
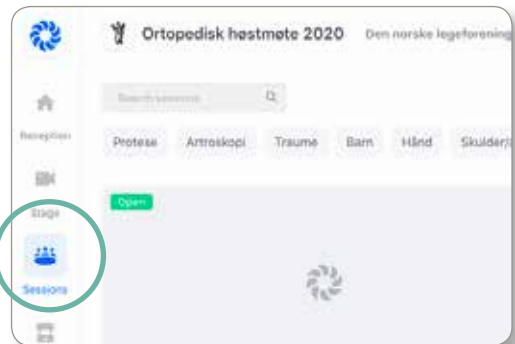
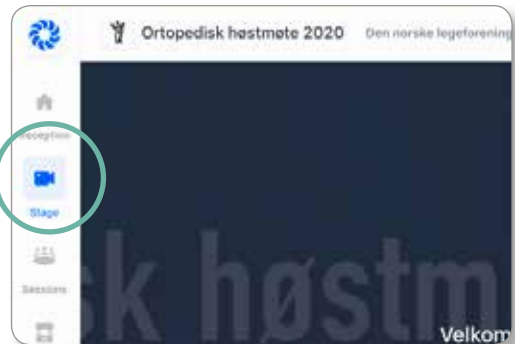
"Stage" er navnet på hovedsalen, og man plumper ikke ut på en scene hvis man går inn her. Dette rommet tilsvarer "Sonja Henie" på Plaza. Her avholdes symposiene fortløpende. Alle som skal holde innlegg på et symposium får en invitasjon "backstage" og foredragene styres med trygg hånd fra Legenes hus. Generalforsamlingen går også fra "Stage".

Sessions

Under "Sessions" ligger det møterom for "frie foredrag", årsmøter for faggruppene og sosiale minglerom med videofunksjon. Spørsmål til foredragsholdere skrives i Chatten og viderefremmes av moderator. Alle foredragsholdere i en Session vil være tilgjengelig på video/lyd under hele sesjonen og må derfor sette av tid til dette.

Expo

Industrien vil være tilstede under "Expo". Her kan man slå av en prat med representanter fra industrien og se på nye produktomtaler og -filmer. Som tidligere vil det bli avholdt faglige industri-symposier i lunsjen fra "Stage". I et år med svært lite kontakt mellom leverandører og ortopedier, oppfordrer vi sterkt til å gjøre seg godt kjent i Expo.



Chat

I høyre marg er en fane for "Chat". Anmoder om å forstå fra spamming som for eksempel "Hei fra XX sykehus, mye regn i dag". Chatten skal være faglig eller teknisk relevant.

People

Under fanen "People" kan du søke opp andre deltakere og ringe dem opp for privat videochat eller for ordinær chat. Du må da evt gå ut av live-møtet du deltar på. Det vil ikke tillates at chat eller videochat benyttes for å spre reklame eller produktinformasjon som ikke er avtalt mellom industri og deltaker på forhånd. Dette blir på samme måte som at man selv som deltaker oppsøker de utstillingene som hen selv ønsker under fysisk høstmøte.

Foredragsholdere, ordstyrere og moderatører

Frie foredrag skal fortsatt være 8 minutter og med to minutter avsatt til spørsmål. Spørsmål sendes inn skriftlig på chatten. Foredragene kringkastes med 12 sekunders forsinkelse slik at ingen rekker å løpe nakne forbi i bakgrunnen. Blant annet fordi det er vanskelig å være usynkron med andres PC/Mac/mobil, må alle som skal holde foredrag sitte for seg selv på eget rom og på egen PC/MAC. Hvis man ønsker at andre skal sitte sammen med seg, kan ikke denne personen være pålogget sin egen maskin. Dette for å unngå dårlig lyd og bilde.

Hvis noen ønsker at veileder eller andre skal være tilgjengelig for spørsmål etter et fritt foredrag er det bare å gi beskjed om dette og så får vi koplet opp vedkommende med video. Det kan være video på opp til 20 personer samtidig under en sesjon. Resten må kommunisere via skriftlig chat. Foredragsholdere, ordstyrere og moderatører vil få skreddersydd info når det nærmer seg.

Høstmøte på Hopin HVORDAN?

Fortsatt ...

VEL MØTT!

21.-23. oktober 2020





2020 Årsmøte

Norsk ortopedisk forening (Nof)

Incision care and dressing selection in surgical wounds*

Et konsensUSDokument utarbeidet av kirurger



I 2019 møttes ni fremtredende kirurger i London for å diskutere «dos and don'ts» i behandlingen av kirurgiske snitt. Dette er hva ekspertene ble enige om:

1

La bandasjen ligge

Det er ikke uvanlig at bandasjeskift foretas etter faste rutiner heller enn ved behov, **men fordelene med uforstyrret sårheling er mange:**

Reduserer risikoen for kontaminasjon og potensiell infeksjon

Besparelser i kostnader og tidsbruk

Optimalisert tilheling

2

Kravene til en optimal bandasje

Det var enighet om at disse seks bandasje-egenskapene er påkrevd i behandlingen av kirurgiske snitt:

- ✓ Hudvennlig
- ✓ Fleksibel
- ✓ Dusjtett
- ✓ Sitter godt
- ✓ Ingen hulrom mellom sår og bandasjen
- ✓ Absorberende

Les mer om dette konsensUSDokumentet ved å skanne koden.



* Morgan-Jones R. et al. Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from an international meeting of surgeons. Wound International, 2019.



2020 Årsmøte

Norsk ortopedisk forening (Nof)

Torsdag 22. oktober 2020 | 16.45

Saksliste

1. Åpning
2. Valg av møtedirigent og to referenter
3. Godkjenning av innkalling og dagsorden
4. Utdeling av stipender
 - Charnley
 - Smith & Nephew
 - Nof-stipendet
 - Nof-LIS-stipend
5. Årsberetning fra styret
v. Greger Lønne
6. Årsrapport fra Spesialitetskomiteen
v. Øystein Lian
7. Saker fremlagt av styret
 - 7.1 Acta Orthopaedica
 - 7.2 Rådet for Muskelskjeletthelse
 - 7.3 Felles nasjonale prosedyrer
 - 7.4 Norsk Kirurgisk Forening
8. Saker fremlagt av medlemmer
9. Regnskap Nof
v. Monica Sailer
10. Budsjett Nof
v. Monica Sailer
11. Valg
v. Cato Kjærvik
12. Eventuelle orienteringssaker
13. Tid og sted for neste årsmøte:
28. oktober 2021

Årsberetning

Norsk ortopedisk forening

2019 - 2020



Savner du årsberetningen?

Årsberetningen trykkes ikke lengre i NOP. Du får den på epost, og kan finne den på Norsk ortopedisk forenings hjemmeside.



2020 Årsmøter

Øvrige foreninger | Onsdag 21. oktober 2020 | 16.45

Norsk Forening for Ortopedisk Traumatologi

Saksliste

1. Godkjenning av innkallelse og dagsorden
2. Valg av møteleder og referent
3. Årsrapport v. Hendrik Fuglesang
4. Symposium 2021 – Solstrand?
 - a. Evt. tid og sted
 - b. Tema
 - c. Organisering: valg av organisasjonskomite
5. NOF Centennial Congress 2021?
 - a. Evt. tid og sted
 - b. Tema
 - c. Organisering: valg av organisasjonskomite
6. Budsjett og regnskap v. Bjørn Bragnes
7. Høstmøtesymposium 2021
 - a. Evt. tid og sted
 - b. Tema
 - c. Organisering: valg av organisasjonskomite
8. Eventuelt

Norsk Forening for Skulder- og Albuekirurgi

Saksliste

1. Godkjenning av innkalling
2. Valg av møteleder
3. Valg av referent
4. Årsrapport
5. Godkjenning av regnskap
6. Høstmøtesymposium, forslag til tema 2021. Albue står for tur
7. Valg
 - a. Kasserer Lars Eilertsen er på valg og nestleder Bernd Wünsche går ut av styret
8. De nominerte til beste skulder-/albueforedrag 2020
- 9) Eventuelt

Spinalkirurgisk Forening

Saksliste

1. Godkjenning av innkalling
2. Valg av møteleder og referent
3. Årsberetning
4. Regnskap
5. Videre strategi for foreningen
6. Valg av styrerepresentanter
7. Fastsettelse av kontingent 2020
9. Eventuelt

Leger i Ortopedisk Spesialisering (LIOS)

Saksliste

1. Valg av møteleder og referent v. Michael Pihl
2. Godkjenning av innkalling v. Michael Pihl
3. Gjennomgang av årsmelding v. Michael Pihl
4. Budsjett og regnskap v. Christian Skjerping Madsen
5. Status spesialistregler v. Christer Kjærvi
6. Valg av nye styremedlem v. Michael Pihl
7. Forslag til saker LIOS skal jobbe med v. Michael Pihl

Norsk Forening for Hofte- og Knekirurgi

Saksliste

1. Godkjenning av innkallelse og dagsorden
2. Valg av møteleder og referent
3. Årsrapport
4. Budsjett og regnskap
5. Nyvalg av styremedlemmer
6. Tema for neste års høstmøte symposium?
7. Eventuelt

Norsk Forening for Håndkirurgi

Saksliste

1. Godkjenning av innkallelse og dagsorden
2. Valg av møteleder
3. Årsberetning 2019-2020
4. Regnskap 2020/Budsjett 2021
5. Medlemslister og kontingent, system for innbetaling
6. Web-siden
7. Vintermøtet 2020 (referat)
8. Vintermøtet 2021 avlyst pga. smittesituasjonen
9. Vintermøtet 2022 (arrangeres av Rikshospitalet, informasjon)
10. Høstmøtesymposiet 2021 (arrangeres av Haukeland, informasjon)
11. Diplom i håndkirurgi
12. Stipender/legater
13. Forslag til æresmedlemmer
14. Eventuelt

Norsk Fot- og Ankelkirurgisk Forening

Saksliste

1. Valg av ordstyrer og referent
2. Årsrapport ved leder
3. Regnskap til godkjenning ved kasserer
4. Valg til styret
 - a. 2 styremedlemmer står for valg
5. Kursvirksomhet.
- 6) Neste års
 - a. Høstmøtesymposium
 - b. Vår møte – Lillestrøm
7. Diverse

Norsk Barneortopedisk Forening

Saksliste

1. Valg av ordstyrer
2. Godkjenning av innkalling og sakliste
3. Årsberetning og årsregnskap
4. Medlemsliste/medlemskontingent/oppdateret mailliste
5. Rapporteringssaker:
 - a. Barneortopedisk LIS-kurs, rapport v. Christian Sætersdal
 - b. Nasjonalt barnehofteregister; v. Trude Gundersen
 - c. EPOS v. Stefan Huhnstock
 - d. Nbof Facebookgruppe v. Suki Liyanarachi
 - e. Nasjonale studier
 - i. 'Assessment and surgical treatment of extremely short and tall stature – a prospective controlled multicenter trial' v. Joachim Horn
 - ii) CLP v. Stefan Huhnstock
6. Valg av tema for Høstmøtesymposium 2021
7. Valg av nye styremedlem og valgkomite

Faggruppe for Osteoporose og Benhelse

Saksliste

1. Godkjenning av innkalling; valg av ordstyrer og referent
2. Årsberetning og regnskap
3. Valg av styre og valgkomite
4. Tema for neste års høstmøtesymposium
5. Rapport fra arbeidet med Norwegian Fracture Capture Initiative (NoFRACT)
6. Rapport fra samarbeid med FFN Norge og FFN Global
7. Stipend for ikke-leger til FFN internasjonale kongress 2021 – skal stipend utlyses på nytt eller skal de som fikk i 2020, men ikke fikk dra få stipend for 2021 i stedet?
8. Politisk arbeid
9. Eventuelt



Velkommen til årets digitale ortopediske HØSTMØTE PÅ HOPIN

21.-23. oktober

Vi byr på et spennende faglig program og håper at så mange som mulig får anledning til å delta på hele eller deler av møtet. Vi hadde jo selvfølgelig ønsket vi kunne møttes i Oslo som vanlig, men koronapandemien satte dessverre enn stopper for dette.

Hege Framnes, sekretær Nof

Nof symposiet arrangeres av Faggruppe for Osteoporose og Benhelse med den megetsigende tittel: Beklager frue, du har ikke hoftebrudd, og må vente litt til. Symposiet omhandler bl.a. tid til kirurgi og overlevelse ved andre brudd enn hoftebrudd. Generelle prinsipper ved behandling av osteoporotiske brudd og mer spesifikk behandling av enkelte brudd. Tema burde interessere de fleste ortopeder.

Nof instructional lecture holdes i år av Eivind Witso. Han forteller fra et langt liv med såre føtter.

Symposiene kjøres i år med unntak av OSTRC symposium, suksessivt slik at en slipper valgets kvaler. Du har dermed en unik mulighet til å få med deg oppdatert kunnskap fra andre subfelt enn ditt eget.

Alle Nofs faggrupper; LIOS, leddregisteret og Oslo Sports Trauma Reseach Center bidrar med symposier. Det er bare å glede seg! Vi har og lagt til rette for industrisymposier i lunsjen og flere firma har meldt sin interesse.

LIOS sitt Pro-con symposium tar i år for seg behandlingen av proximale humerusfrakturer. Annette Wikerøy argumenter for konservativ behandling mens Ante Matti Kalstad taler varmt for operativ behandling. Moderator er Yngvar Krukhaug. Vi forventer høy temperatur, kvalitet og spissformuleringer. Dette må du ikke gå glipp av.

Frie foredrag kjøres i år i 3 bolker (2 onsdag og 1 torsdag) med 4 parallelle sesjoner i hver bolk. Det kom i år inn 67 abstrakt som alle passerte nåløyet i de

respektive faggruppene. Vi er imponert over alle som har levert til tross for at man i år manglet gulroten – garantert fri for å dra på Høstmøtet. Faggruppene har selv bestemt rekkefølgen og plasseringen av frie foredrag der man har flere sesjoner. Frie foredrag fordeler seg i år slik: Protese 15, Traume 14, Spinal 13, Fot/ankel 6, Artroskopi og Hånd 5, Barn 4, Osteoporose 3 og skulder/albue 2.

Høstmøtet avsluttes med **kåring av beste frie foredrag**. Hver faggruppe har nominert en kandidat og du får her anledning til å høre alle de nominerte foredragene. Etter siste foredrag får du være med å stemme og avgjøre hvem som blir årets vinner.

EXPO – Vi oppfordrer alle til å besøke utstillerne i EXPO. Her får dere i tillegg til produktinfo på video eller PDF og mulighet til å chatte med utstillerne.

Styret i Norsk ortopedisk forening ønsker å takke faggruppene og alle andre som har bidratt med symposier, frie foredrag og møteledere. Uten dere hadde det ikke blitt noe Høstmøte.

Vi har i år fått uvurdelig hjelp av Legeforeningen til å gjennomføre årets Høstmøte, både med hensyn til gjennomføring og påmelding. Legeforeningens IT avdeling styrer sendingen av vårt digitale Høstmøte og stiller med support. Vil derfor og få rette en stor takk til Dnlf.

Da krysser jeg fingrene for at teknikken ikke svikter og ønsker alle et godt Høstmøte!

PROGRAM

Onsdag 21. oktober 2020

08.30	Velkommen v. leder				
08.45	Nof symposiet: "Beklager frue, du har ikke hoftebrudd, og må vente litt til" Faggruppe for osteoporose og benhelse				
10.45	Pause - besøk EXPO				
11.00	FF Protese 1	FF Traume 1 FF Osteoporose	FF Fot/ankel	FF Barn FF Spinalkirurgi 1	OSTRC symposium: Kneluksasjoner
12.00	Lunsj - evt. med lunsjsymposium				
13.00	Fot- og ankelsymposium: Koalisjoner i fot				
14.00	Pause - besøk EXPO				
14.15	FF Protese 2	FF Traume 2	FF Hånd	FF Spinalkirurgi 2	
15.15	Pause - besøk EXPO				
15.30	Håndkirurgisymposium: Den store overekstremitetsskaden, et kasuistikkbasert symposium				
16.30	Pause - besøk EXPO				
16.45	Årsmøter faggrupper – se oversikt side 18-19				

Torsdag 22. oktober 2020

08.30	Skulder- og albuesymposium: Den eldre skulder				
09.30	Pause - besøk EXPO				
09.45	Traumesymposium: Periimplantatfrakturer				
10.45	Pause - besøk EXPO				
11.00	FF Protese 3 FF Skulder/albue	FF Traume 3	FF Artroskopi	FF Spinalkirurgi 3	
12.00	Lunsj - evt. med lunsjsymposium				
13.00	Hofte- og knesymposium: Navigasjon og robotassistert protesekirurgi				
14.00	Pause - besøk EXPO				
14.15	Artroskopiesymposium: Kirurgisk behandling av rotatorcuffskader i skulder				
15.15	Pause - besøk EXPO				
15.30	LIOS Pro-con symposium: Proksimal humerusfraktur: Operativ vs. konservativ behandling				
16.30	Pause - besøk EXPO				
16.45	Årsmøte Nof 2020 – se side 17				

Fredag 23. oktober 2020

08.30	Barneortopedisymposium: Felles retningslinjer for behandling av hofteleidelser meldt inn til barnehofteregisteret				
09.30	Pause - besøk EXPO				
09.45	Registersymposium: Dokumentasjon av hofte- og kneproteser. Luftkvalitet på operasjonsstuen				
10.45	Pause - besøk EXPO				
11.00	Spinalkirurgisymposium: Behandling av spinal stenose med degenerativ spondylolistese				
12.00	Lunsj - evt. med lunsjsymposium				
13.00	Nof instructional lecture: Et langt liv med såre føtter v. Eivind Witsø				
13.45	Pause - besøk EXPO				
14.00	Høstmøtets beste frie foredrag med kåring. Slutt ca. 15.45				



SYMPOSIER

Nof symposiet

Onsdag 21. oktober 2020 | 08.45-10.45

Moderator: Lene B. Solberg

Beklager frue, du har ikke hoftebrudd, og må vente litt til

– behandling av brudd hos geriatriske pasienter med andre brudd enn hoftebrudd

- | | |
|--|--|
| <p>08.45 Introduksjon
Lene Bergendal Solberg</p> <p>08.47 Epidemiologi av ikke-hoftebrudd hos eldre. Data fra frakturregisteret ved Stavanger universitetssykehus
Ane Djuv</p> <p>08.50 Tid-til-kirurgi og overlevelse ved andre frakturer enn hoftebrudd
Trude Basso</p> <p>08.55 Generelle prinsipper ved fiksering av osteoporotiske frakturer. Tips & triks
Jan Erik Madsen</p> <p>09.05 Hvilken rolle har biologisk og kjemisk adjuvans ved bruddbehandling?
Frede Frihagen</p> | <p>09.15 Når bør bekkenfrakturer hos eldre opereres?
Ragnhild Kirkebo</p> <p>09.25 Behandling av vertebrale brudd hos eldre
Ivar Rossvoll</p> <p>09.35 Pause 15 min</p> <p>09.50 Tidspunkt og foretrukket metode ved knenære brudd hos eldre
Marianne Westberg og John Clarke-Jenssen</p> <p>10.10 Periprostatetiske frakturer i vektbærende ledd hos eldre
Tina Strømdal Wik og Jan-Erik Gjertsen</p> <p>10.30 Kasusbasert Kahoot og diskusjon
Ledet av Wender Figved</p> |
|--|--|

OSTRC symposium – Oslo Sports Trauma Research Center i samarbeid med Ahus

Onsdag 21. oktober 2020 | 11.00-12.00

Moderatorer: Guri Ekås og Lars Engebretsen

Knee dislocations – progress in treatment

- | | |
|--|--|
| <p>11.00 The history of knee dislocations at Ullevål
Lars Engebretsen</p> <p>11.05 Epidemiology
– how big is the problem in Norway?
Marc Strauss</p> <p>11.13 Evaluation and immediate treatment, an acute patient in NN
Guri Ekås</p> <p>11.21 Special issues – neurovascular injuries
Gilbert Moatshe</p> <p>11.29 Rehab i startfasen
Ingrid Trøan</p> | <p>11.37 Resultater av dagens taktikk – PROMS og OA
Gilbert Moatshe</p> <p>11.45 NB EXTRA INFO fra korsbåndregisteret
Hvordan behandle fremre korsbåndsskader best – pragmatiske registerbaserte randomiserte studier i korsbåndregisteret
Rune Jacobsen</p> <p>11.55 Spørsmål</p> |
|--|--|

Norsk Fot- og Ankelkirurgisk Forenings symposium

Onsdag 21. oktober 2020 | 13.00-14.00

Moderatorer: Kjersti S Paulsen og Kjetil Hvaal

Koalisjoner i fot

13.00 Tarsal coalitions 1

Stephen Parsons,
Royal Cornwall Hospitals NHS Trust, Truro, Storbritannia

13.25 Tarsal coalitions 2

Brax-Olofsson,
Umeå Universitetssykehus, Sverige

Norsk Forening for Håndkirurgis symposium

Onsdag 21. oktober 2020 | 15.30-16.30

Moderator: Line Lied

Den store overekstremitetsskaden, et kasuistikkbasert symposium

15.30 Introduksjon

Line Lied

15.32 Den store brannskaden

Arvid Eriksen

15.44 Den store frostsikaden

Katrin Valen Ek

15.56 Den store underarmsskaden

Gjermund Rø

16.08 Replantasjon etter stor håndskade

Johanne Korlund

16.20 Plenum – spørsmål og svar

Norsk Forening for Skulder- og Albuekirurgis symposium

Torsdag 22. oktober 2020 | 08.30-09.30

Moderator: Berte Bøe

Den eldre skulder

08.30 Behandlingsalgoritme for proximale humerusfracturer

Alexander Fraser

08.45 Rotatorcuffsutur hos eldre; Er det en øvre aldersgrense?

Kirsten Lundgreen

09.00 Bicepspatologi hos eldre; Er tenotomi eneste alternativ?

Marek Zegzdryn

09.15 Skulderinstabilitet hos eldre, inkludert luksasjoner med fractur

Bernd Wünsche

09.25 Spørsmål/diskusjon



Norsk Forening for Ortopedisk Traumatologis symposium

Torsdag 22. oktober 2020 | 09.45-10.45

Moderator: Hendrik Fuglesang

Periimplantatfrakturer

09.45 Introduksjon

Hendrik FS Fuglesang

09.55 Hva skal man gjøre ved frakturer rundt hofteprotesespissen?

Anders Lippert

10.05 Strategier ved plateosteostyntese av periprotesebrudd i distale femur

Jan Erik Madsen

10.15 Hvilke kneprotesenære brudd egner seg for nagling?

Jon Clarke-Jenssen

10.25 Frakturer rundt andre implantater i lange rørknokler

Eirik Hesla

10.35 Diskusjon

Norsk Forening for Hofte- og Knekirurgis symposium

Torsdag 22. oktober 2020 | 13.00-14.00

Moderatorer: Stephan M. Röhrh, Tim Waters, Øystein Gøthesen, Mona Badawy, Jørgen J. Nordskar, Tina S. Wik, Kristjan Waldimarsson

Guest speaker: Tim Waters, MB BS, MRCS (Eng), FRCS (Tr&Orth), West Hertfordshire Hospitals NHS Trust

Computer Navigation and Robotics in Total Knee Arthroplasty (TKA)

13.00 Computer Navigation in TKA – an Introduction

Øystein Gøthesen

13.10 Discussion/Questions

13.15 Robotics in TKA – why?

Tim Waters

13.50 Discussion/Questions

Norsk Artroskopiforenings symposium

Torsdag 22. oktober 2020 | 14.15-15.15

Moderatorer: Bjørn Gunnar Kristiansen og Frode Hellum

Kirurgisk behandling av rotatorcuffskader i skulder

14.15 Kirurgisk relevant skulderanatomi

Frode Hellum

14.20 Hvordan tolke cuffskader på MR?

Erik Vang

14.30 Utvelgelse av pasienter til kirurgi (alder, skade, røyk, yrke, billedfunn ...)

Berte Bø

14.45 Strategier for reparasjon av postero-superiore rupturer (SS/IS/TM)

Randi Hole

14.55 Strategier for reparasjon av antero-superiore rupturer, inkl. biceps (SS/SC)

Kjersti Kaul-Jenssen

15.05 Spørsmål

LIOS Pro-Con symposium

Torsdag 22. oktober 2020 | 15.30-16.30

Moderator: Yngvar Krukhaug

Opponent: **Ante Matti Kalstad** (operativ) vs. **Annette Konstane Bordewich Wikerøy** (konservativ)

Proksimal humerusfraktur: Operativ vs. konservativ behandling

En klassisk problemstilling som skaper opphetede diskusjoner på ethvert morgenmøte. Vi skal ta deg så nær fasiten som det er mulig å komme. Hvem skal opereres, hvordan skal de opereres og hvilke pasienter skal vi holde kniven unna?

Det er igjen duket for storoppgjør under årets pro-con symposium.

Vi gir deg Ante Kalstad, elegant operatør fra nord, som representerer Helse-Midt og ærverdige St. Olavs hospital. Han vil forsvare pasientens rett til å få operasjonen de så sårt trenger. Til duell møter han

ingen ringere enn Annette Wikerøy, bredt publisert yndling fra Oslo som representerer Norges største sykehus, Ahus. Hun skal sørge for å sette en stopper for alle unødvendige inngrep.

Helse Vest er også representert, ved en av Haukelands stoltheter. Den ikke nødvendigvis moderate moderatoren Yngvar Krukhaug skal sørge for at dette blir en ryddig kamp, ingen slag under beltestedet er tillatt uten hans velsignelse.

Vel møtt!

Norsk Barneortopedisk Forenings symposium

Fredag 23. oktober 2020 | 08.30-09.30

Moderatorer: Joachim Horn, Ketil Holen, Jonas Fevang

Felles retningslinjer for behandling av hoftelidelser meldt inn til barnehofteregisteret

08.30 Presentasjon av barnehofteregisteret

Trude Gundersen

08.40 Calvé-Legg-Perthes.

Behandling og oppfølging

Stefan Huhnstock

08.55 Hofteleddsdysplasi.

Behandling og oppfølging

Ketil Holen

09.10 Epifysiolysis capitis femoris.

Behandling og oppfølging

Trude Gundersen

09.25 Avrunding



Nasjonalt Register for Leddprotesers symposium

Fredag 23. oktober 2020 | 09.45-10.45

Moderator: Ove Furnes

Dokumentasjon av hofte- og kneproteser. Luftkvalitet på operasjonsstuen

09.45 Dokumentasjon av hofte- og kneproteser

Ove Furnes og Geir Hallan

10.05 Diskusjon

10.15 Luftkvalitet på operasjonsstuer

Håkon Langvatn og Håvard Dale

10.35 Diskusjon

Norsk Spinalkirurgisk Forenings symposium

Fredag 23. oktober 2020 | 11.00-12.00

Moderator: Christian Hellum

Behandling av spinal stenose med degenerativ spondylolistese

11.00 Står vi foran et paradigmeskifte i behandlingen av spinal stenose med degenerativ spondylolistese?

Ivar Austevoll

11.25 Evidence based decision making to meet the increased need of treatment for lumbar spinal stenosis

Peter Försth

11.50 Diskusjon



Nof instructional lecture

"... en allsidig ortopedisk kirurg med forkjærlighet for Ilizarov*, gipsbehandling, billig bandasjemateriell og perifere pulser ..."

Fredag 23. oktober 2020 | 13.00-13.45

Moderator: Greger Lønne

Et langt liv med såre føtter

Eivind Witsø

For 24 år siden var Eivind Witsø med å starte diabetisk fotteam ved St. Olavs hospital. Bildet er selvfølgelig sammensatt, men i årene som fulgte falt insidensen av amputasjoner blant pasienter med diabetes mellitus med 40 % i Trondheim. Poliklinikken med diateam lever i beste velgående og følger også opp andre pasientgrupper med fotsår, risiko for fotsår og med underliggende osteomyelitter med behov for tverrfaglig tilnærming.

Witsø er en allsidig ortopedisk kirurg med forkjærlighet for Ilizarov, gipsbehandling, billig bandasjemateriell og perifere pulser. Han har doktorgrad i bengraft som antibiotikatransportør, har vært president i European Bone and Joint Infection Society og leder i Norsk ortopedisk forening. Han er co-editor i Acta Orthopaedica og har dessuten analysert Bob Dylans forhold til leger grundigere enn de aller fleste.

Ortopedisk høstmøte 2020 er stolt og glad over at Eivind Witsø vil holde årets Instructional lecture over tema "et liv med sår". Her er det garantert mye å lære om utredning og behandling av sår på føttene for alle.



***Gikk du glipp av artikkelen om Ilizarov, "Trollmannen fra Kurgan", i NOP nummer 1 2018? Du kan laste ned pdf fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-ortopedisk-forening/ortopedposten/>**



FRIE FOREDRAG

Onsdag 21. oktober 2020 | 11.00-12.00

Protese 1

Moderator: Tina Strømdal Wik

- 501 25 års oppfølging av usementerte femurkomponenter i primære totale hofteproteser fra Nasjonalt Register for Leddproteser – resultater og statistiske metoder
Anne Marie Fenstad
- 502 Factors associated with dislocation after primary total hip arthroplasty – a study from the Norwegian Arthroplasty Register
Peder S Thoen
- 503 Metallionenivåer i blod etter 10 år med hofteproteser med ulike hodematerialer
Paul J Høl
- 504 Plastslitasje etter 10 år. RSA-resultater fra studien Charnley vs Reflection/Spectron EF
Håkon Greve Johannessen
- 505 Elektronisk registrering av Pasientrapporterte data i Nasjonalt register for leddproteser
Eva Dybvik
- 506 Aktivitetsmåling av pasienter før og etter kneproteseoperasjon
Kristine O Lindemann

Traume 1/Osteoporose

Moderatorer: Målfrid Holen Kristoffersen og Frede Frihagen

- 601 Innføring av “Livets siste dager” på en ortopedisk avdeling
Jenny Hellerud
- 602 Pasientrapportere utfallsmål hos hoftebruddpasienter med kognitiv svikt – en studie fra Nasjonalt Hoftebruddregister
Målfrid Holen Kristoffersen
- 901 Hoftebrudd og D-vitamin: Komplikasjoner, reinnleggelser og dødelighet
Frida Marie Ingstad
- 902 Utvikling av ett osteoporoseregister-modul med “automatisk” oppfangning av frakturpasienter ved ortopedisk avdelings bruddjournal ved Helse Stavanger
Miljana Mladenovic
- 903 Klinisk bruk av PCR ved ortopediske infeksjoner. En landsundersøkelse, supplert med oppdaterte retningslinjer
Røysland K

Onsdag 21. oktober 2020 | 11.00-12.00

Fot/ankel

Moderatorer: Jákup Midjord og Martin Økelsrud Riiser

- 401 Amputasjoner i underekstremitetene hos personer bosatt i Trondheim, med og uten diabetes – en oppfølgingsstudie
Grethe Borchgrevink
- 402 Brudd i proksimale del av 5.metatars – en retrospektiv studie
Petter Morten Pettersen
- 403 Crusamputasjoner ved Sørlandet sykehus, Kristiansand
Rikard Ohlsson
- 404 Komplikasjoner etter posterolateral tilgang ved ankelfrakturer – en retrospektiv studie
Christian Aanerud
- 405 Lateral søyleforlengelse ved leddbevarende plattfotkirurgi
Martin Økelsrud Riiser
- 406 Perkutan og artroskopisk assistert calcaneus osteosynthese (PACO): Resultater og veien videre
Grün W

Barn/Spinal 1

Moderatorer: Lars Fosse, Suki Liyanarachi, Jon Dahl

- 201 Har primær luksasjonsgrad betydning for behandling og prognose ved sen-diagnostisert DDH?
Terje Terjesen
- 202 Prognostisk verdi av Stulberg klassifikasjonen for radiologiske langtids resultater – 21 års follow-up av 101 hofter i Perthes landsundersøkelsen
Stefan Huhnstock
- 203 Symptomvarighet før diagnose ved Calvè-Legg-Perthes og epifysiolyse i hoften – tall fra Barnehofteregisteret
Trude Gundersen
- 204 Resultat etter subtalar ekstra-artikulær artrodese
Christian Sætersdal
- 801 Ungdoms erfaring og opplevelse etter kirurgisk behandling av idiopatisk skoliose
Kristina Ravnanger
- 802 Tre års erfaring med seriegipsing av pasienter med barneskoliose
Jon Dahl



Onsdag 21. oktober 2020 | 14.15-15.15

Protese 2

Moderatorer: Mona Badawy og Stephan Röhl

- 507 Tjuefem års oppfølging av primære totale kneproteser fra Nasjonalt register for leddproteser – resultater og statistiske metoder
Lygre SHL
- 508 Drensbuk ved total kneproteseoperasjon (TKA) reduserer ikke blødningsmengden i bandasjen sammenlignet med operasjoner uten dren med tillegg av traneksamsyre
Engseth, LHW
- 509 En spørreundersøkelse om sementeringsteknikker som brukes ved total kneprotesekirurgi ved norske sykehus
Michelle Khan
- 510 Forekomst, årsaker og risikofaktorer for reinnleggelse i sykehus etter primær totalprotese i kne i Norge (2008-2014)
Tesfaye H Leta
- 511 Høy BMI og kneprotesekomplikasjoner
Hovik Ø
- 512 Tidlig periprostetisk fraktur etter innsetting av primær kneprotese
Hovik Ø

Traume 2

Moderatorer: Alexander Nilsskog Fraser og Ståle Ørstavik Clementsen

- 603 Revers skulderprotese bedre enn PHILOS ved 2 års oppfølging av eldre pasienter med betydelig dislokerte brudd i proksimale humerus. DelPhi-studien – en multisenter RCT
Alexander Nilsskog Fraser
- 604 Pegs er ikke bedre enn skruer ved osteosyntese av proksimale humerusfrakturer etter 1 år
Ingrid Bones
- 605 Early mobilization and physiotherapy compared to late mobilization and home exercises after distal radial fractures treated with open reduction and internal fixation
Ståle Ørstavik Clementsen
- 606 Ikke-operativ behandling av dislokerte olecranonfrakturer hos eldre
Tangerud AH
- 607 Presisjon ved plassering av perkutane iliosakralskruer (IS-skruer) for ustabile brudd i bakre bekkenring
Ragnhild Loven Kirkebo
- 608 Rekonstruksjon av segmentale bendefekter i lange rørknokler med Masquelets teknikk. Et 15 års materiale fra Ullevål sykehus
Grün W

Onsdag 21. oktober 2020 | 14.15-15.15

Hånd

Moderator: Rasmus Thorkildsen

- 301 Oppfølgingsstudie av pasienter operert med Wide Awake Local Anaesthesia No Tourniquet (WALANT)
Preben Olsson Dovland
- 302 Xiapex mot nålefasciotomi for Dupuytren's kontraktur. Helt foreløpige femårsresultater
Hallgeir Bratberg
- 303 Kasuistikk: Triggerhåndledd
Andreas Døble
- 304 Isolert skafoid dislokasjon: en kasusrapport og litteraturgjennomgang
Asgeir Amundsen
- 305 Revisjon av smertefull ulnarhodeprotese til semi-constrained DRUJ artroplastikk
Asgeir Amundsen

Spinal 2

Møteleder: Thomas Natvik og Jon Dahl

- 803 Komplikasjoner etter operasjon for idiopatisk skoliose ved Haukeland universitetssjukehus 2014-2018
Truls Rokne Hanestad
- 804 Komplikasjoner etter primæroperasjon for nevromuskulær- og andre sekundære skolioser ved Haukeland universitetssjukehus 2014-2019
Thomas Natvik
- 805 Radiologiske resultater og lungefunksjon hos 28 pasienter behandlet med manuelt kontrollerte vekststaver
Sydnes KS
- 806 Påvirker pasientfracfall ett-års resultatene i ryggregisteret?
Simran Kaur
- 807 Utstrålende ryggmerter
Bjørn A Hjall
- 808 Mini-invasiv kirurgisk avstivning av iliosakralledet – erfaringer fra Oslo
Engelke Randers



Torsdag 22. oktober 2020 | 11.00-12.00

Protese 3 og Skulder/albue

Moderatorer: Jørgen Jebens Nordskar, Kristjan Valdimarsen, Alexander Nilsskog Fraser

- 513 Aksemåling i frontalplanet med 3-D CT versus røntgen HKA ved kneproteseoperasjoner
Eirik Aunan
- 514 Bruk av 3-D CT for postoperativ kontroll med aksemåling etter kneprotese
Eirik Aunan
- 515 Spontan 180-graders spinout etter kneproteseoperasjon
Simen Oskal
- 701 Forebygger tromboseprofylakse død ved primær skulderprotese?
Randi M Hole
- 702 Ingen migrasjon av glenoidkomponenten målt med RSA to år etter innsetting av revers skulderprotese
Alexander Nilsskog Fraser

Traume 3

Moderatorer: Kirsten Marie Larsen Grønhaug, Jan-Erik Gjertsen

- 609 Intramedullære nagler i behandlingen av trokantære og subtrokantære frakturer: uheldig, heldig eller begge deler?
Kirsten Marie Larsen Grønhaug
- 610 Retrospektiv kvalitetsstudie: Intramedullær margnagle versus hofteprotese: Postoperativt pasientrapportert resultatmål (PROM), overlevelse og komplikasjoner
Thomas Woldeyesus
- 611 Stressfraktur i femurskaft hos pasient med hofteartrodese
TH Jørgensen
- 612 Tibiaplatå fraktur hos gravid pasient
TH Jørgensen
- 613 Betydelig variasjon i etterlevelse etter retningslinjer for behandling av dislokerte lårhalsbrudd
Cato Kjærvik
- 614 Effekt av etterlevelse av retningslinjer for behandling av dislokerte lårhalsbrudd
Cato Kjærvik

Torsdag 22. oktober 2020 | 11.00-12.00

Artroskopi

Moderatorer: Cathrine Aga og Eivind Inderhaug

- 101 The relationship between ACL deficiency and posterior tibial slope in skeletally immature patients
Guri Ranum Ekås
- 102 Clinical outcome after knee ligament reconstructions with allografts
Jon Olav Drogset
- 102 Fiksasjon av akutte chondrale frakturer i kne
Stian Kjennvold
- 104 Korreksjon av belastningsaksen ved høy tibia osteotomi. Sammenlikning av to ulike planleggingsmetoder
Einar Andreas Sivertsen
- 105 Langtidsresultater etter fokal bruskskade i kne
Thomas Birkenes

Spinal 3

Moderatorer: Sverre Mjønes og Filip Dolatowski

- 809 Comparable increases in dural sac area after three different posterior decompression techniques for lumbar spinal stenosis. Radiological results from a randomized controlled trial in the NORDSTEN-study
Erland Hermansen
- 810 Intraduralt prolaps, en sjelden tilstand
Simran Kaur
- 811 Surgery for herniated lumbar disc in private vs public hospitals: A pragmatic comparative effectiveness study
Mattis A Madsbu
- 812 Pain during sex before and after surgery for lumbar disc herniation: A multicenter observational study
Siril Therese Holmberg
- 813 Surgery for extraforaminal lumbar disc herniation – A single center comparative observational study
Vetle Vangen-Lønne
- 814 Artificial disc replacement vs anterior discectomy and fusion for treatment of cervical spondylotic radiculopathy: 5 year results from the NORCAT study
Tonje Okkenhaug Johansen



Skal det skåles under symposiet?

Jeg er ikke kverulant, jeg er presis. Det er et faktum, men jeg får ikke flere venner av den grunn. Likevel, det er viktig å bruke språk korrekt. Derfor kan det være lurt å ha et nysgjerrig etymologisk blikk på begreper vi kaster omkring oss i det daglige (spesielt leger som gjerne oversvømmer kolleger, venner og pasienter med fremmedord som vi ikke alltid har helt grepet på selv).

Jørgen Andvig, redaktør

Tysktalende vil som regel heve et par øyebryn om de blir invitert til vorspiel (om det ikke er åpenbart hvorfor bør du spørre en venn, gjerne en tysk en). Litt tilsvarende er det at vi så fritt slenger omkring oss med ditt-symposium datt-symposium. Ordet symposium er altså gresk: συμποσιον, symposion, fra συμπόνειν, sympinein, "å drikke sammen", sym- "sammen" + posis "drikk") og omtaler i antikkens Hellas et drikkegilde. Selv om ordet i seg selv altså betyr å drikke sammen, så var dette en viktig sosial institusjon: et forum for menn* av god familie å komme sammen for å diskutere, skryte eller drive sammensvergelse. De ble jevnlig holdt for

markere at unge menn ble tatt inn i samfunnets øvre sjikt. Symposier ble også holdt av aristokrater for å feire særlige begivenheter, slikt som seiersfester ved idrettslige eller poetiske konkurranser. Det var knyttet en viss prestisje i å få delta.

Alkohol, i dette tilfellet utvannet vin, var altså betraktet som helt nødvendig glidemiddel for at diskusjonen skulle få sin rette aristokratiske essens. Ingen i redaksjonen vil offisielt oppfordre til fyll i arbeidstiden, men det er jo synd å bryte tradisjoner.

SKÅL!

* åpenbart lenge siden.

Garnsey, Peter (1999): Food and Society in Classical Antiquity, Cambridge University Press, s. 136.

Murray, Oswyn (2014): «Symposium» i: The Oxford Companion to Classical Civilization (red. Hornblower & Spawforth), s. 762-763.

Platon: Drikkegildet i Athen = Symposium. Oversettelse og innledning ved Egil A. Wyller. Grøndahl Dreyer, 1994. ISBN 82-504-2126-4.

FESSH (Federation European for Societies for Surgery of the Hand)

FESSH Academy Budapest 2019

I over 20 år har FESSH stått for en slags europeisk sertifisering i håndkirurgi gjennom den europeiske håndkirurgiske eksamen (European Board Hand Surgery Examination), men har ikke hatt noe formelt utdanningstilbud i regi av FESSH.

Steinar Emanuel Engvik, St. Olavs hospital

Derfor arrangerte FESSH for første gang i 2019 et eget Academy, og første arrangement skulle holdes i Budapest, Ungarn 13.-16. februar 2019, og skulle være et tilbud for yngre håndkirurger.

Norsk forening for Håndkirurgi annonserte til sine medlemmer at det ville gis støtte til to plasser til redusert pris. Etter en godt redigert søknad med løkkeskrift til den norske foreningen, var det bare å krysse fingre for at man var blant de to heldige i uttrekningen. Etter rekordkort behandlingstid fikk jeg den overraskende beskjeden om at jeg var en av de to heldige som ville få økonomisk bistand til å dekke utgiftene til kurset. Med delvis pengefylt snippsekk fra mine venner i håndforeningen var det lettere å få velsignelse til dekning av resterende utgifter fra min kjære arbeidsgiver. Kursavgift pluss hotell kom på 420 Euro.

Med bykart over Budapest og medbragt ønske om no` fin porselen, ble jeg fraktet luftveien med et "ikke-konkurstruet" flyselskap ned til vårtemp og uante muligheter. Oppstart neste morgen forordret nedreide dagen før oppstart (onsdag). Innkvartering i hotellkomplekset på Pest-siden av byen (Øst for Donau) var knirkefri, dog innfridde dessverre hotellet den litt stereotypisk øst-europeiske hotellstandarden. Smidigheten, og lykken over et nært forestående måltid overskygget derimot dette.

I løpet av ettermiddagen, strømmet det på med håndinteresserte fra nær og fjern, med både plastikkirurgisk og ortopedisk bakgrunn. Etter hvert summert en livlig multinasjonal prat mellom deltakerne i mottakelsesalen, og ungarsk fingermat gikk ned på høykant. Etter å ha mottatt obligatorisk notathefte, penn og navneskilt i klassisk konferansestil følte jeg meg klar. Det viste seg at det var overraskende lett å havne i "NORWAY" fella, og før jeg visste ordet av det var jeg samlet i en krok med en håndfull andre med norsk pass.

Fin gjennomgang

Første kursdag ble vi høytidelig mottatt av chairman David Shewring, som sammen med Jonathan Hobby

stod for programmet for de neste 4 dagene. Programmet var ment å dekke alle de vanligste problemstillingene i håndkirurgi i tillegg til aktuell litteratur på de ulike temaene. Et faglig imponerende fakultet og kjente navn fra flere europeiske land, la grunnlag for en fin gjennomgang av de fleste tema innen håndkirurgien.

Sesjoner med Saw-bone

Forelesningsrekken gikk fra 09.-18.00 de fleste dager, med noen små variasjoner. De var i samme konferansesal hele kurset. For det meste var det tradisjonelle forelesninger med diskusjon i etterkant, samt to sesjoner med praktiske øvelser. Det var en senesuturesesjon, og en osteosyntesesesjon med Saw-bone. Man fikk her mulighet til å prøve ulike suturteknikker, suturmateriale og ulike plater/skruer.

Korte sesjoner på 15 minutter stiller krav til at innholdet må være to the point, og samtidig rekker det ikke å trekke ut for langt. Det var lagt inn bra med kaffe-/tepauser med frukt og/eller kake, og lunch buffé var holdt i hotellets lokaler.

Med pirog og bowlingkule

To av kveldene var det arrangert sosiale sammenkomster etter endt dag. En av kveldene var det tilbud om busstur til et "hipt" bowlingsted (?), og påfølgende buffé og bowling. Med en ungarsk pirog i den ene hånden og bowlingkule i den andre, fikk jeg etter å ha kvittert inn mine 3 bonger, satt et par strikes og forsvart håndseksjonen på St. Olavs ære.

Etter en noe kortere siste dag var jeg etter 4 dager fylt godt opp av kunnskap, og kofferten var fylt med alskens porselen og fine glass. Dermed lå det til rette for oppdaterte innspill på operasjonsstuen og sprudlende dråper i høye glass på hjemmefronten! Med andre ord – alle fornøyd!



ABSTRAKT

BAKGRUNN: Effekten av intravenøs antibiotika som rutine for å forebygge infeksjon ved ortopedisk implantatkirurgi er godt dokumentert. I tillegg til å behandle pasientene i henhold til godt dokumentert praksis, har flere kirurger valgt å henge seg på en ny trend ved rekonstruksjon av fremre korsbånd (ACLR). Trenden består i å impregnere korsbåndgraftet med antibiotika peroperativt, i tillegg til intravenøs antibiotika.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive utbredelsen av lokal antibiotika som profylakse ved ACLR i Norge, da det står i kontrast til helseforetakenes målsetting om å redusere antibiotikabruk.

Materiale og metode

I samarbeid med det norske korsbåndregisteret kontaktet vi i 2019 alle sykehus i Norge som utfører ACLR. Kontakten bestod av en e-post med spørsmål om de benyttet lokal antibiotika ved ACLR og i tilfelle ja; hvilken type og dose.

Resultater

Antibiotika ble brukt peroperativt hos 7,1% av sykehusene som svarte på undersøkelsen. To sykehus brukte Vancomycin og et sykehus brukte Gentamycin som lokal profylakse ved ACLR med autograft. Responsraten blant sykehusene som utførte ACLR var 73%.

Fortolkning

Resultatene viser at bruk av lokal antibiotika ved ACLR ikke var utbredt i Norge. Av de 42 sykehusene som svarte på undersøkelsen brukte 3 sykehus lokal antibiotika som profylakse ved ACLR med autograft.

Nasjonal undersøkelse om bruk av lokal antibiotika i fremre korsbåndkirurgi i Norge

Skal vi bruke

Antibiotika-resistens er et økende problem og trenden er entydig. Antibiotika-resistens forårsaker rundt 33 000 dødsfall årlig i Europa.¹ Norge er annerledeslandet når det gjelder antibiotika-resistens.

Monica A. Sailer, Einar A. Sivertsen, Inge Skråmm, Asbjørn Årøen

Vi har til nå ikke hatt store problemer med det takket være en restriktiv antibiotika-politikk. Etablert infeksjonsprofylakse ved ACLR involverer administrering av intravenøs antibiotika.² Litteratur viser at administrering av intravenøs antibiotika gitt før inngrep reduserer risiko for postoperativ infeksjon betydelig ved knekirurgi. Tidspunkt varierer mellom minimum 10 minutter før blodtomhet, 15-20 minutter før hudinsisjon eller 30-60 minutter før oppstart.³⁻⁵ I Norge utføres rundt 1800 primære ACLR med autograft årlig.⁶ Insidensen av postoperativ infeksjon etter ACLR er rapportert å være lav (0,3%) i norsk korsbåndregister (NKR).⁶ De vanligste bakteriene som forårsaker infeksjon er koagulase negative staphylococcus og staphylococcus aureus.⁷⁻⁹ Den høye prevalensen av koagulase negative staphylococcus ved infeksjon etter ACLR har ført til hypotesen om kontaminering fra pasientens egen hudflora under høsting og preparering.¹⁰⁻¹² Kontaminasjon gjelder spesielt når det benyttes hamstring-graft.¹³ I tillegg til å behandle pasientene i henhold til godt dokumentert praksis, har flere kirurger nå valgt å legge til en ny behandling med langt dårligere dokumentasjon. Ifølge rutinen skal graftet ligge i Vancomycin i 15 minutter før det innsettes i kneet.

Impregnering av korsbåndgraftet i Vancomycin ble først utført i Australia i 2012, men har spredd seg over hele verden, inkludert Norge.¹⁴ Litteraturen rundt denne praksisen er overraskende begrenset. Grunnlaget og rasjonalet for benyttelse av lokal antibiotika har fått lov

hvorav 42 svarte. Av de 42 var det 3 sykehus som brukte lokal antibiotika ved ACLR i 2019. To sykehus benyttet Vancomycin lokalt ved ACLR og et sykehus benyttet Gentamycin lokalt ved ACLR.

enda mer antibiotika?



” Skal vi risikere så mye for å løse et lite problem, når det kan føre til et betydelig større problem på sikt?”



til å bre seg uten at det har blitt stilt spørsmål. Vi ønsket derfor å kartlegge anvendelsen av lokal antibiotika ved ACLR i Norge.

Materiale og metode

I samarbeid med NKR utarbeidet vi en e-post. E-posten ble sendt til alle landets sykehus som utfører ACLR. Innholdet i e-posten bestod av spørsmål om sykehuset brukte lokal antibiotika ved ACLR med autografa, og i tilfelle hvilken type. I tillegg inneholdt e-posten beskrivelse av hvem som stod bak, samt bakgrunnen for undersøkelsen.

Alle pasienter som blir operert med ACLR i Norge fyller ut et registreringsskjema som inneholder et samtykke til at anonymisert data kan benyttes til senere forskning.

Resultater

Resultatet av undersøkelsen viste at det var få kirurger i Norge som, i 2019, brukte lokal antibiotika som profylakse ved ACLR. Vi sendte e-post til 57 sykehus,

Diskusjon

Norske helsemyndigheter krever 30% reduksjon i bruken av bred-spektrert antibiotika innen 2020.¹⁵ Antibiotika spiller en nøkkelrolle i dagens pasientbehandling. For at antibiotika også skal være en effektiv behandling mot alvorlige infeksjonssykdommer, må antibiotikabruken være riktig og minst mulig.

Bruk av lokal antibiotika i tillegg til intravenøs antibiotika ved ACLR er ikke i tråd med helsemyndighetenes reduksjonskrav.

Noen få kliniske studier indikerer at denne kombinasjonen kan redusere postoperativ infeksjon. Benyttelsen av antibiotika i ortopedisk kirurgi har hatt stor betydning for pasientens helse og gjort det mulig å utføre prosedyrer med lav risiko for infeksjon. Dette må man imidlertid ikke ta for gitt. Betydningen av prosedyrer for å forebygge infeksjon på operasjonsstuen kan ikke vektlegges nok. Effektiv håndvask, pasientforberedelser, laminær luftstrøm



Skal vi bruke enda mer antibiotika? Fortsatt ...

og operasjonsteamets håndtering av etablerte rutiner vil alltid være av betydning for reduksjon av infeksjon i moderne kirurgi.

Om man skal benytte lokal antibiotika ved ACLR må diskuteres og utfordringen med antibiotika-resistens må ikke overses.

Bortsett fra bruk av intravenøs antibiotika i forbindelse med inngrepet, er det ingen enkeltfaktorer av betydning som har pekt seg ut for å redusere risikoen for postoperativ infeksjon. Den multifaktorielle årsaken til denne komplikasjonen støtter bruk av godt dokumenterte infeksjonsforebyggende rutiner og kontrollrutiner for å unngå infeksjon fremfor å øke antibiotikamengde.

To systematiske kunnskapsoppsummeringer om bruk av lokal Vancomycin ved ACLR ble publisert i 2019. Den ene studien konkluderte med at bruken av Vancomycin er basert på evidens om forebyggende effekt.¹⁶ Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen inkluderte nivå 3 og 4 studier og har derfor begrenset pålitelighet. Den andre systematiske kunnskapsoppsummeringen konkluderte med at mer forskning var nødvendig når det gjaldt bruken av Vancomycin lokalt.¹⁷ Det er brukt ulike typer antibiotika som profylakse ved ACLR ved de tre sykehusene i Norge. Et sykehus brukte Gentamycin som lokal profylakse ved ACLR. En studie viser at Gentamycin som lokal profylakse ved ACLR ikke har effekt.¹⁸

Begrensningene i denne undersøkelsen inkluderer bruk av e-post som metode for kartlegging.

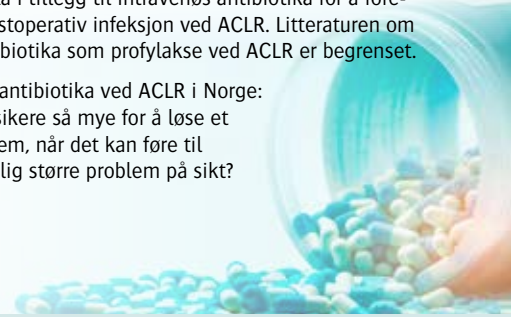
Responsraten kunne vært høyere enn 73% ved å benytte andre metoder.

I tillegg er det sterk mistanke om betydelig underrapportering av postoperative infeksjon etter ACLR til registeret. Mistanken skyldes at pasienter som får postoperativ infeksjon innlegges sykehuset til alle døgnet tider. Vakthavende kirurg som har ansvaret for pasienten er gjerne travel og innsending av rapport til NKR går lett i glemmeboken. I tillegg kan det være usikkerhet om dette dreier seg om en infeksjon, og meldes derfor ikke inn som postoperativ infeksjon til NKR.

Konklusjon

Det er foreløpig få kirurger i Norge som benytter lokal antibiotika i tillegg til intravenøs antibiotika for å forebygge postoperativ infeksjon ved ACLR. Litteraturen om lokal antibiotika som profylakse ved ACLR er begrenset.

For lokal antibiotika ved ACLR i Norge: Skal vi risikere så mye for å løse et lite problem, når det kan føre til et betydelig større problem på sikt?



REFERANSER

Referanser:

- Cassini, A., et al., Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis*, 2019. 19(1): p. 56-66.
- Trampuz, A. and W. Zimmerli, Antimicrobial agents in orthopaedic surgery: Prophylaxis and treatment. *Drugs*, 2006. 66(8): p. 1089-105.
- Niimi, R., et al., One-day antibiotic infusion for the prevention of postoperative infection following arthroplasty: a case control study. *ISRN Orthop*, 2011. 2011: p. 839641.
- A, W.D., et al., Timing of preoperative antibiotics for knee arthroplasties: Improving the routines in Sweden. *Patient Saf Surg*, 2011. 5: p. 22.
- Dhammi, I.K., R. Ul Haq, and S. Kumar, Prophylactic antibiotics in orthopedic surgery: Controversial issues in its use. *Indian J Orthop*, 2015. 49(4): p. 373-6.
- Nasjonalt Korbåndregister. 2016.
- Schuster, P., et al., Septic Arthritis After Arthroscopic Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Evaluation of an Arthroscopic Graft-Retaining Treatment Protocol. *Am J Sports Med*, 2015. 43(12): p. 3005-12.
- Plante, M.J., et al., Evaluation of sterilization methods following contamination of hamstring autograft during anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2013. 21(3): p. 696-701.
- Perez-Prieto, D., et al., Autograft soaking in vancomycin reduces the risk of infection after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2016. 24(9): p. 2724-8.
- Perez-Prieto, D., et al., Contamination occurs during ACL graft harvesting and manipulation, but it can be easily eradicated. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2018. 26(2): p. 558-562.
- Phegan, M., J.E. Grayson, and C.J. Vertullo, No infections in 1300 anterior cruciate ligament reconstructions with vancomycin pre-soaking of hamstring grafts. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2016. 24(9): p. 2729-35.
- Eriksson, K. and J. Karlsson, Local vancomycin in ACL reconstruction: a modern rationale (2016) for morbidity prevention and patient safety. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2016. 24(9): p. 2721-3.
- Maletis, G.B., et al., Incidence of postoperative anterior cruciate ligament reconstruction infections: graft choice makes a difference. *Am J Sports Med*, 2013. 41(8): p. 1780-5.
- Vertullo, C.J., et al., A surgical technique using presoaked vancomycin hamstring grafts to decrease the risk of infection after anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy*, 2012. 28(3): p. 337-42.
- Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten www.regjeringen.no > contentassets > handlingsplan-an
- Naendrup, J.H., et al., Vancomycin-soaking of the graft reduces the incidence of septic arthritis following ACL reconstruction: results of a systematic review and meta-analysis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2019.
- Jefferies, J.G., J.M.S. Aithie, and S.J. Spencer, Vancomycin-soaked wrapping of harvested hamstring tendons during anterior cruciate ligament reconstruction. A review of the 'vancomycin wrap'. *Knee*, 2019. 26(3): p. 524-529.
- Yazdi, H., A. Moradi, and M. Herbot, The effect of gentamicin in irrigating solutions on articular infection prophylaxis during arthroscopic ACL reconstruction. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2014. 134(2): p. 257-61.

Smith+Nephew

LEGION[◇]
Total Knee System

Proven performance
Continuous innovation



LEGION Cones



Smith+Nephew
T: 66 84 20 20
www.smith-nephew.com

◇ = Trademark of Smith+Nephew



AC-LUX

(acromioclavicularleddsluksasjon)



H Acromioklavikulære (AC) skader er en hyppig forekommende ortopedisk skade og utgjør cirka 10 % av alle skulderskader. Likevel blir det fortsatt mye diskusjon rundt om i de ortopediske avdelinger hver gang en slik skade blir demonstrert på røntgenmøte.

Berte Bøe MD, PhD; leder i Norsk Forening for Skulder- og Albuekirurgi

De senere år har skuldergruppen i ESSKA, European Shoulder Associates (ESA) arbeidet systematisk med å lage bedre retningslinjer for behandling. Det er få epidemiologiske studier om AC-leddskader på normalbefolkning. Stein Arve Skjaker og medarbeidere har nylig publisert et materiale fra Oslo Skadelegevakt som viser at AC-leddskader utgjør 11 % av alle skulderskader og blant menn i 20 årene utgjør AC-leddskader 22 % av totalt antall skulderskader. 53 % av AC-leddskader oppstår i forbindelse med sportsaktiviteter.¹

Behandlingen av akutte AC-leddskader og kronisk instabilitet i AC-leddet er i kontinuerlig utvikling. Stabiliteten i AC-leddet er primært avhengig av de coracoclaviculære (CC) ligamenter og AC leddkapselen.

Biomekanikken er kompleks og anatomiske og biomekaniske studier bør ligge til grunn for utviklingen av nye operasjonsmetoder.

En åpenbar utfordring i behandlingen av AC-leddskader er mangelen på en klassifikasjon som kan gi oss klare svar. Rockwood klassifikasjonen er fortsatt i bruk på de fleste norske sykehus selv om vi nå vet at en 2 dimensjonal røntgen klassifikasjon ikke gir oss informasjon om horisontal instabilitet og har dårlig inter- og intra-reliabilitet.^{2,3} En god klassifikasjon bør veilede

Foto over: Ved Alexander view står pasienten med skadet hånd på motsatt sides skulder. Stråleretningen er i scapulas plan.

ortopeder til hva som er riktig behandling. I dag finnes det ingen konsensus eller gullstandard for hvordan vi best måler dislokasjon i AC-ledd. Et forslag fra ESA er å supplere vanlige AP røntgenbilder med Zanca projeksjon (Fig. 1) for å sammenligne med uskadet side. Å måle avstanden fra coracoid til clavícula gir pålitelige resultater. I tillegg trenger vi mål på horisontal instabilitet. I en akutt setting må man kanskje nøye seg med aksial projeksjon, men for kronisk instabilitet er Alexander view et bedre alternativ (Fig. 2). Denne posisjonen simulerer dagligdags bevegelser og demonstrerer hvem som har betydelig instabilitet i laterale clavícula.

Som klinikere skal vi være forsiktige med å "behandle røntgenbilder". Vi vet alle at pasienter med like røntgenbilder fremstår svært forskjellige i klinisk sammenheng. Noen er nesten smertefrie etter 10 dager selv om de har en Rockwood V. Vårt dilemma er vinduet for akutt behandling versus kronisk. Prosedyren er lettere hvis man opererer akutt for at ligamentene skal tilhele sammenlignet med operasjon for kronisk instabilitet der man må rekonstruere ligamentene med et senegraft. Selv om nye teknikker gjør prosedyren lettere og kan føre til mere fornøyde pasienter må vi alltid måle kirurgisk behandling opp mot ikke-kirurgisk. Kirurgisk behandling vil alltid påføre pasientene risiko for komplikasjoner og en postoperativ fase med restriksjoner og rehabilitering.

Tradisjonelt har Rockwood 1 og 2 blitt behandlet ikke operativt, type 4-6 har blitt operert og type 3 har vært gjenstand for debatt i hvert enkelt tilfelle. Selv om det har vært enighet om å behandle type 4-6 operativt er evidensen for dette ikke overbevisende. Har Rockwood utspilt sin rolle? Kan vi gjøre klassifikasjonen så enkel at vi skiller mellom stabile og ustabile?

Ved Oslo Skadelegevakt blir AC-ledd dislokasjoner satt opp til kontroll etter 10 dager. De med stor feilstilling og fortsatt smerter tilbys akutt operasjon, men alle får informasjon om at de kan velge ikke-operativ behandling i første omgang. Dersom fortsatt betydelige smerter og instabilitet på Alexander view etter 6 uker tilbyr vi rekonstruksjon med senegraft.

De som opereres for kronisk instabilitet bør sannsynligvis rekonstrueres med en anatomisk metode der ligamentene erstattes med autograft som stabiliserer både vertikalt og horisontalt. Og selv om ligamentene er den viktigste komponenten for stabilitet har AC-leddet også benet containment. Reseksjon av laterale clavícula vil gjøre leddet mere ustabil, særlig i horisontalplanet.

For å bedre vår kunnskap om en utfordrende pasientgruppe trenger vi prospektive randomiserte studier som sammenligner akutt operasjon med ikke operativ behandling, tidlig operasjon med sen operasjon, åpen operasjon med artroskopiske teknikker og ikke minst

"Som klinikere skal vi være forsiktige med å "behandle røntgenbilder". Vi vet alle at pasienter med like røntgenbilder fremstår svært forskjellige ..."

Fig. 1 Zanca view



Fig. 2 Alexander view



det naturlige forløp etter ikke operativ behandling. Inntil slike studier blir gjennomført må vi støtte oss til konsensusrapporter og anbefalinger fra ekspertgrupper. ESA er en slik gruppe som arbeider for å fremme utdanning av Europas skulderinteresserte ortopeder. For de av dere som er medlemmer av ESSKA anbefales også medlemskap i denne gruppen for tilgang til møter og materiell som publiseres på ESSKA-ESAs hjemmesider.

Referanser:

1. Skjaker SA, Enger M, Engebretsen L, Brox JI, Boe B. Young men in sports are at highest risk of acromioclavicular joint injuries: a prospective cohort study. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA*. 2020.
2. Cho CH, Hwang I, Seo JS, Choi CH, Ko SH, Park HB, et al. Reliability of the classification and treatment of dislocations of the acromioclavicular joint. *Journal of shoulder and elbow surgery*. 2014;23(5):665-70.
3. Ringenbergh JD, Foughty Z, Hall AD, Aldridge JM, 3rd, Wilson JB, Kuremsky MA. Interobserver and intraobserver reliability of radiographic classification of acromioclavicular joint dislocations. *Journal of shoulder and elbow surgery*. 2018;27(3):538-44.

Kirurgisk behandling for bekkenleddsmerter

Har det en plass i ortopedien eller er det kun placebo?



Ny mini-invasiv kirurgisk behandling av bekkenleddsmerte kan være en løsning på et smerteproblem og har blitt utført på titusenvís av pasienter verden over. Det ser ut til at inngrepet gir redusert smerte og bedrer funksjon hos pasienter som har levd med invalidiserende smerter og nedsatt livskvalitet i årevis. Men er det virkelig slik eller er det for godt til å være sant?

Engelke Marie Randers, overlege, OUS

For mange ortopeder har iliosakralleddet av en eller annen grunn havnet i boken over ledd vi ikke ønsker å forholde oss til. Dette er nok primært fordi tidligere forsøk på å operere dette leddet med avstivning var forbundet med stor komplikasjonsfare og uforutsigbare resultater. Dette har ført til at de myteomspunnende bekkenleddene har mistet ortopedisk interesse. Dette viser seg kanskje å være en uklok holdning.

Ved Seksjon for Ryggdeformiteter ved Ortopedisk klinikk OUS utføres årlig 30-40 iliosakralledds operasjoner. Vi gjennomfører nå en industriuavhengig studie der målet er å vurdere om mini-invasiv kirurgisk behandling av bekkenleddsmerte virkelig letter smerte og bedrer funksjon i så stor grad som kirurger og pasienter opplever.

Dette gjør vi ved å sammenligne den ekte operasjonen med shamkirurgi. Sham kirurgien i denne studie innebærer at pasienten legges i narkose og man lager et hudsnitt som så lukkes, men man gjør ikke resten av operasjonen. Dette er første gang man gjør en slik studie på kirurgisk behandling av bekkenleddsmerter.

Bakgrunn

En stor utfordring for ortopeder er smertelidelser med uklær patofysiologisk årsaksmodell og manglende forankring i radiologiske funn. Bekkenleddsmerte er i aller høyeste grad dette, i likhet med uspesifikke lavlumbale ryggsmarter. Ser man på radiologien er artrose en normal aldringsprosess også i iliosakralleddet, og selv med uttalte degenerative forhold er det mange som er helt

smertefrie. Hva som er årsaken til smerten er også ikke helt klarlagt. Iliosakralleddet er et synovialt ledd med meget redusert beveglighet. De fleste forbinder ordet bekkenleddsmerte med "bekkenløsning" under graviditet. "Bekkenløsning" er en gammel betegnelse som beskriver en normal prosess der bekkenleddene blir løsere grunnet

Sykehistorien er ofte svært lik og pasientene beskrive sitte- og stå-intoleranse, smerter når de ligger og/eller snur seg i sengen, konstant behov for stillingsendring i et forsøk på å lette smerte, smerter ved trappegang, smerter ved dagligdagse aktiviteter, svært redusert aktivitetsnivå grunnet smerter og som oftest må de redusere

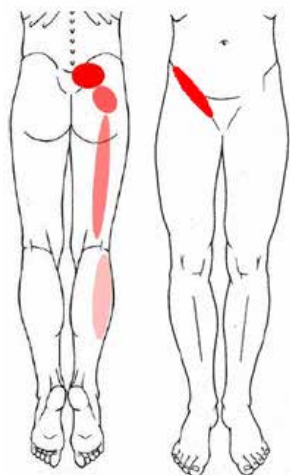


Foto: pennpartners.org.



Foto: SI Bone

graviditetshormoner. Studier viser at bevegligheten normaliseres raskt etter fødsel, og pasienter med bekkenleddsmerte har hverken mindre eller mer beveglighet enn normale. Tross manglende objektive funn er det noe de fleste har til felles. De har et lokalisert smerteproblem som vanskelig lar seg behandle.

Når skal du mistenke bekkenleddsmerte som årsak?

Pasientene har ofte en langvarig sykehistorie, har vært utredet hos mange forskjellige spesialister med mange forskjellige modaliteter der ingen har funnet årsak til smertene. De har oftest sterke lokaliserte smerter og svært nedsatt funksjon.

Smerten beskrives ofte som en kniv som står inn i bekkenleddet.

eller slutte i sitt arbeid da de ikke tolererer aktivitet. De kan peke med en finger mot sitt smertefokus som er ved spina iliaca posterior superior, såkalt Fortin finger test. Noen opplever utstrålende smerter glutealt og nedover lateralsiden av låret ned mot kneet. Videre har de positive bekkenprovokasjonstester (se bildene til høyre) og det er vanlig å ikke klare å løfte strakt bein i særlig grad opp fra underlaget.

Dersom pasienten har en klassisk sykehistorie og minst 3 av 6 positive bekkenprovokasjonstester mistenker vi bekkenleddsmerte. Dessverre er det vanskelig å diagnostisere dette og foreløpig gullstandard for å nærme seg diagnosen er å gjøre en diagnostisk injeksjon med lokalbedøvelse av iliosakralleddet gjennomlysningsveiledet.

Fotos t.h.: Bengt Stureson for SI Bone



1. Palpation of the long dorsal ligament



2. Patricks test (FABER)



3. Compression



4. Posterior pelvic provocation test (P4)



5. Gaenslens test



6. Active Straight Leg Raise test (ASLR)

There is robotic navigation ...then there is **ExcelsiusGPS**[®]



SMARTER

Smart tools to maintain navigation integrity

FASTER

Streamlined workflow for less disruption

STRONGER

Rigid arm guidance for any approach

Kontakt:
Globus Medical Norway AS
Tlf: 992 74 980
omichalsen@globusmedical.com
international.globusmedical.com

Only with
ExcelsiusGPS[®]





Kirurgisk behandling for bekkenleddsmerter:

Har det en plass i ortopedien eller er det kun placebo?

Fortsatt ...

Forsker på behandling av bekkenleddsmerter. overlege Engelke Marie Randers og seksjonsoverlege Thomas Johan Kibsgård ved Seksjon for ryggdeformiteter.

Foto: Privat.



Iliosakralleddet er trolig årsak til smerter hos 13-30 % av pasienter med lave ryggsmarter og muligens en enda større andel av tidligere ryggopererte pasienter der operasjonen ansees som mislykket eller der pasientene utvikler en ny type smerte. Spesiell lange fusjoner ned til S1 kan utvikle bekkenleddsmerter. Samtidig har forskning vist at man kan få bekkenleddsmerter eller lignende smerter av sentral og foraminal stenose i lumbalt nivå der bekkenleddsmerter bedres ved dekomprimerende ryggkirurgi. I utredningsfasen anser vi det derfor som viktig å utelukke denne typen patologi på MR lumbosakralkolumna.

” Inntil nylig var eneste kirurgiske tilbud en åpen, større kirurgisk behandling der vi avstivet iliosakralleddet. Dette var forbundet med lang liggetid på sykehuset, mange komplikasjoner og usikker effekt på smerte ...”

Hvilken behandling finnes?

Pasientene som sliter med bekkenleddsmerter får behandling på forskjellige måter. Vi starter relativt enkelt og går videre til mer komplisert behandling når vi ser behov for det.

Konservativ behandling er førstevalg. Behandlingsalternativene er fysioterapi, smertestillende og betennelsesdempende medikamenter, steroidinjeksjon i IS-leddet og i noen tilfeller gjøres ablasjon. Hos en del av pasientene har denne behandlingen effekt. Dessverre er effekten kun kortvarig eller utilstrekkelig i enkelte tilfeller.

Pasienter med manglende eller utilstrekkelig effekt av konservativ behandling vurderes for kirurgisk behandling.

Inntil nylig var eneste kirurgiske tilbud en åpen, større kirurgisk behandling der vi avstivet iliosakralleddet. Dette var forbundet med lang liggetid på sykehuset, mange komplikasjoner og usikker effekt på smerte.

Mini-invasiv kirurgisk behandling

Nylig har det kommet en kirurgisk mini-invasiv tilnærming der vi gjennom et lite hudsnitt på omtrent 5 cm på siden av setet/hoften avstiver iliosakralleddet med tre metallimplantater. Det lille snittet og minimal skade av muskulatur gir mye mindre smerter og rask mobilisering etter operasjon. Pasienten er oppe og går med krykker samme dag. Mange opplever en dramatisk endring i livskvalitet med bedret funksjon og mindre smerter.

Vi har på Rikshospitalet operert ca. 70 pasienter. Alle pasienter registreres fortløpende med spørreskjemaer som inkluderer både Numeric Rating Scale (NRS), Oswestry Disability Index (ODI), Pelvic Girdle questionnaire (PGQ) og EQ-5D. Ved gjennomgang av disse tallene ser man ved unilaterale fiksasjoner av pasientene en gjennomsnittlig reduksjon av NRS globalt rygg og bekken fra 7,1 til 4,3 etter 12 måneder, for NRS i det opererte IS-leddet er reduksjonen til 3,1. ODI reduseres fra 50 til 41. Ved bilateral fiksasjon sees reduksjon av NRS fra 7,3 til 4,5 globalt, men for IS-leddet spesifikt til hele 2,5 1 år etter at begge sider er opererte. ODI faller tilsvarende fra 56 til 24. Dette demonstrerer at pasientene opplever en reduksjon i smerte og en økning i funksjonsnivå etter gjennomgått operasjon, men at det tar 1 år før man ser det endelige resultatet.

Hvorfor forske på miniinvasiv kirurgisk behandling av bekkenleddsmerter?

Dette kirurgiske inngrepet er relativt nytt og er blitt veldig populært da det er et enkelt inngrep som ofte gir et godt resultat på en riktig utvalgt pasient. Inngrepet utføres derfor på tusenvis av pasienter verden over.

Mange av studiene som viser gode resultater og få komplikasjoner er gjennomført og betalt for av industrien som produserer implantatene. Incentivene for å vise gode resultater er derfor sterke. Det er mangelfull dokumentasjon på om dette kirurgiske inngrepet faktisk har så god effekt som man tror det har.

” Det er mangelfull dokumentasjon på om dette kirurgiske inngrepet faktisk har så god effekt som man tror det har ...”



Kirurgisk behandling for bekkenleddsmerter:

Har det en plass i ortopedien eller er det kun placebo?

Fortsatt ...

Selv om mange av studiene har svakheter kan vi ikke ignorere at de fleste viser at det kirurgiske inngrepet har mye bedre effekt på smerte og funksjon enn ikke-kirurgisk behandling. Etisk sett er det også et dilemma at titusener av pasienter på verdensbasis utsettes for et inngrep som kanskje ikke virker. Det er derfor viktig at vi får vite mer om hva som fungerer og ikke fungerer for pasientene.

” Det som derimot ikke er kartlagt er i hvilken grad en placebo-effekt virker inn ved effekten av kirurgi. Dette er pasienter med invalidiserende smerter som har prøvd alt og et kirurgisk inngrep er deres ”siste håp” ...”

Placebo-effekt?

Det som derimot ikke er kartlagt er i hvilken grad en placebo-effekt virker inn ved effekten av kirurgi. Dette er pasienter med invalidiserende smerter som har prøvd alt og et kirurgisk inngrep er deres ”siste håp”.

Placebo har vist seg å spille en viktig rolle på den kortsiktige behandlingseffekten av et inngrep. Dette er spesielt godt vist i behandling av kronisk smerte der den psykologiske komponenten er ansett som en viktig faktor.

Flere vanlige ortopediske inngrep, som visse typer kikkhullskirurgi i kne og skulder, er vist å være uten effekt de siste årene. Det er påvist gjennom studier som har sammenlignet med narrekirurgi. Man har derfor sluttet å utføre disse inngrepene både i Norge og i stor grad i utlandet.

Sammenligner med narrekirurgi

Studien vår skal vurdere hvor godt dette inngrepet faktisk virker på smerte og funksjon hos denne pasientgruppen. For å kunne gjøre det gjennomfører vi et forskningsprosjekt der vi sammenligner den ekte kirurgien med narrekirurgi. Narrekirurgi innebærer at pasienten legges i full narkose og får et 5 cm snitt på setet/hoften som deretter syes igjen. Vi setter altså ikke inn implantater som ved den ekte kirurgien.

Studien er blindet, det vil si at det er kun kirurgen som opererer som vet hva som er gjort. Pasientene og annet helsepersonell som følger dem opp vet ingenting. Pasientene følges opp etter 3, 6, 12, og 24 måneder. Etter 6 måneder oppheves blindingen og pasienter som er narreoperert får tilbud om ekte kirurgi dersom de fortsatt har smerter. Primære endepunkt er reduksjon av smerte 6 måneder postoperativt.

Når kommer svaret?

Da det er begrenset med pasienter i Norge har vi inngått et samarbeid med Karolinska universitetssykehus i Sverige som deltar i studien for å få resultatene raskere. Vi håper å ha inkludert alle pasienter innen utgangen av 2020 og at resultatet skal foreligge innen midten av 2021. Forhåpentligvis vil vi få et svar på om kirurgien har virkning eller ikke. Dersom det viser seg at vi ikke finner forskjell i resultater mellom ekte kirurgi og narrekirurgi vil det trolig endre nåværende praksis. Dette kan spare pasienten og helseøkonomien for unødige inngrep med de komplikasjoner kirurgi kan medføre.

Finner man at kirurgien har god effekt sammenlignet med narrekirurgi har man god grunn til å fortsette å tilby denne kirurgiske behandlingen til denne pasientgruppen som er i stort behov for trygg og effektiv behandling.

Hvordan henvises en potensiell pasient?

Hvis du mener du har en potensiell pasient kan du henvise pasienten til overlege Engelke Marie Randers ved Seksjon for ryggdeformiteter ved Ortopedisk klinikk OUS for en vurdering. Før pasienten henvises til vurdering hos oss er det optimalt om reumatologisk underliggende sykdom er utelukket og at pasienten nylig har gjennomgått en MR Lumbosakralkolumna for å utelukke symptomgivende spinal patologi.

Fokus på god hygiene og pasient komfort

Syntetisk gips med Delta-Dry foring, tillater pasientene å vaske hendene, dusje eller bade*



Hånddesinfeksjon: Trygg å bruke med både alkohol og vannbasert hånddesinfeksjon.

Vannavisende gipsforing, velg mellomforing på rull, Stockinette eller den litt tykkere Softliner.

Standard gips applikasjon: Delta-Dry kan legges uten ekstra opplæring av ny teknikk.

Delta Dry i kombinasjon med Delta-Cast polyester gips gir optimal frakturbehandling samtidig som den tar vare på hudhygiene.

Delta-Cast, glassfiberfri polyestergips: er en en sikker, lett og behagelig gips å ha på. Den glatte overflaten og de myke kantene fester seg ikke i klær eller sengetøy. 100% gjennomlysbar.

Delta-Cast® Soft Den fleksible løsningen

- Semi rigid/soft
- Kan klippes av med saks/ kan rulles av
- Stort utvalg av farger og to forskjellige print



Delta-Cast® Conformable Førsteklasses løsning

- Rigid
- Kan klippes av med saks/bruke sag ol.
- Stort utvalg av farger



Skann koden for å se en applikasjonsfilm

* Case Study: Wallace E. Wilson, PA-C, 2007, Children's Orthopedics of Atlanta at Children's Healthcare of Atlanta, Usa, on behalf of BSN medical Inc.

Delta-Cast®



BARNESKOLIOSE

Skjevhet i ryggens koronalplan (skoliose) som diagnostiseres hos barn under 10 år defineres som barneskoliose.¹ Barneskoliose er en heterogen gruppe med stor variasjon i etiologi, andre assosierte tilstander, manifestasjon og naturlig forløp.

Kjetil Kivle, Rikshospitalet



Artikkelforfatteren Kjetil Kivle er overlege ved Seksjon for ryggdeformiteter Ortopedisk avdeling, Rikshospitalet som har nasjonal behandlingstjeneste for barn under 10 år med ryggdeformitet.

Barneskoliose er en utfordrende tilstand å behandle, da pasientene ofte har alvorlige tilleggdiagnoser og behandlingen har en betydelig komplikasjonsrisiko.

Etiologisk deles barneskoliosene inn i:

- 1. Kongenitte/strukturelle (rygg- og/eller thorax- anomalier):** Eksempler på dette er hemivertebra, fusjonerte costa, neurofibromatose, iatrogene (post-thorakotomi) og en rekke svært sjeldne tilstander med affeksjon av thorax.
- 2. Neuromuskulære:** Eksempler på dette er cerebral parese, spinal muskel atrofi og sekvele etter spinal skade.
- 3. Syndrom assosierte:** Eksempler på dette er spinal dysrafisme, achondropalsi, Prader-Willis syndrom og Marfans syndrom
- 4. Idiopatiske:** Ingen kjent årsakssammenheng.

Seksjon for ryggdeformiteter ved Rikshospitalet har nasjonal behandlingstjeneste for barn under 10 år med ryggdeformitet. I 2019 vurderte vi 75 nyhenviste pasienter. Pasientene må ofte utredes og følges opp av flere ulike spesialister. Alle pasienter med en skoliose med kongenitt/strukturell eller presumptivt idiopatisk etiologi skal utredes med MR totalcolumna for å



Rontgen skoliose preoperativt (venstre side) og postoperativt (høyre side). Pasienten er operert med magnetisk kontrollerte vekststaver (Magec®). Vekststavene er festet med pedikkelskruer både torakalt og lumbalt.

avdekke tilgrunnliggende eller ledsagende patologi. Ved kongenitte anomalier undersøkes det også for ledsagende anomalier i hjerte og nyre.

Det har lenge vært internasjonal enighet om at målet med behandlingen er å korrigere ryggdeformiteten, opprettholde korreksjonen gjennom vekst, tillate vekst av både rygg og lunger samt i de fleste tilfeller unngå fusjon av ryggen i tidlig alder.²

Tradisjonell behandling med korsett eller gips

Barneskoliose har tradisjonelt blitt behandlet med korsett, og dette brukes fortsatt ved de mindre uttalte skoliosene. I mange tilfeller, hvor korsettbehandling ikke er kurativt, vil det primære målet være å utsette den operative behandlingen. Korsettbehandling vil i de fleste tilfeller være aktuelt ved en skoliosekurve $\geq 20^\circ$, men en del av pasientene har ledsagende tilstander som ikke tillater korsettbehandling.

Pasienter under 4 år med behandlingstrengende barneskoliose vurderes for seriegipsbehandling. I generell anestesi anlegges det da en korrigerende skoliosegips. Gipsen skiftes hver 2.-3. måned med gradvis økende korreksjon, før pasienten så får tilpasset et korsett.

Operativ behandling med vekststaver

Hvis skoliose blir stor kan dette påvirke utviklingen og funksjonen til hjerte og lunger. Pasienter med en stor skoliose (for de fleste etiologier $> 60^\circ$), hvor man ikke kommer til mål med korsett eller seriegipsing, vurderes operativ behandling med magnetisk kontrollerte vekststaver. Den operative behandlingen består da av å sette inn forankringspunkter, vanligvis i form av pedikkelskruer proksimalt og distalt i ryggen. Deformiteten korrigeres så før vekststavene festes til disse forankringspunktene. Vekststavene kan deretter forlenges poliklinisk med en ekstern magnet for videre vekst av ryggen samt kontroll av deformiteten.

Ved Rikshospitalet begynte vi med denne behandlingen i januar 2016, og dette har nå blitt vår standardbehandling ved skoliose hos barn under 10 år som må opereres. Det er imidlertid tilstander hvor vi fortsatt benytter den tradisjonelle metoden hvor vi forlenger vekststavene med et lite kirurgisk inngrep to ganger i året. Dagens standardbehandling er på lik linje med den tradisjonelle krevende for foreldre og barn, og strekker så over flere år. Vi unngår imidlertid en rekke operasjoner, som er en stor gevinst for foreldre og ikke minst for barnet.

For perioden 2016-2019 (n=22) har gjennomsnittsalder ved operasjon ved Rikshospitalet vært 7 år. Skoliosen var preoperativt i gjennomsnitt 76° , og ble redusert til 38° postoperativt. I gjennomsnitt har skoliosekurven vært helt uendret ved videre forlengelse de to første årene. Høyden av thorax har i gjennomsnitt økt med 8 mm/år og høyden av torakolumbalcolumna med 10 mm/år ved forlengelsen etter primæroperasjonen. Dette tilsvarer normal vekst,³ men det er ikke mulig å opprettholde dette gjennom hele vekstperioden.

Det er i dag lite kunnskap om livskvalitet, fysisk funksjon og lungefunksjon hos denne pasientgruppen etter operativ behandling. Foreløpige data ved Rikshospitalet indikerer noe bedre livskvalitet og fysisk aktivitet, og det blir spennende å se resultatene av de pågående studiene på dette.

Barneskoliose er en sjelden tilstand som de færreste ortopedier har erfaring med. Alle barn med barneskoliose skal henvises til regionsykehus for vurdering, og Rikshospitalet har nasjonal behandlingstjeneste for denne pasientgruppen.

Referanser:

1. Engelsk betegnelse er EOS (Early onset scoliosis)
2. Thompson GH, Lenke LG, Akbarnia BA, McCarthy RE, Campbell RM, Jr. Early onset scoliosis: future directions. J Bone Joint Surg Am 2007; 89 Suppl 1: 163-166.
3. Dede O, Buyukdogan K, Demirkiran HG, Akpinar E, Yazici M. Thoracic Spine Growth Revisited: How Accurate Is the Dimeglio Data? Spine (Phila Pa 1976) 2017; 42: 917-920.

Dr. Margo Bein

kollegastøtte

Dr. Margo Bein er Norsk ortopedisk forenings egen selvutnevnte husterapeut

Han er ortoped med fordypning i psykoanalyse, utdannet ved "De Harde School Van Het Leven" i Syd-Holland. Han har vært fremmedkriger for Heimevernet i Nord-Odal og vikariert ved samtlige norske sykehus. I NOPen stiller han frivillig opp med råd til kolleger som har behov for faglig, sosial eller psykisk støtte.

Henvendelser kan sendes anonymt til nopredaktor@gmail.no

Proteser fra Ludo

"Kjære Dr Bein,

Jeg er sjef på en avdeling med veldig stor produksjon av primærproteser i hofter og knær. Jeg er ikke utdannet ortoped, men kom til jobben etter jeg tok kveldskurs i ledelse på BI da jobben som materialforvalter i Stabekk fotball røk i forbindelse med en saftig budsjettsprek i Telenor arena på Fornebu for en del år siden. Derfor trenger jeg råd fra en som kan faget. Nå har vi fått operasjonstiden ned til 25 minutter hud-hud på totale hofter, og dagkirurgi er rutine. Kirurgene tas inn på timebasis uten betaling i lunsjen og klarer seg uten operasjonssykepleiere. Operasjonsstuene leies ut til det lokale innebandylaget på kveldstid og har nesten null nedetid, så der er det nok ikke mer å hente. Likevel kjøper toppsjefen på for å kutte enda mer for å nå budsjettet for 2020. Vi er presset for å klare avdragene på den nye parkeringsgarasjen til ledelsen, så vi må ha grønne tall i mange år fremover. Heldigvis har jeg fått tilbud om

protesekomponenter fra en kar som heter Idar og sa han var fra Ludo-store. Jeg har sjekket dem, og de leverer nesten alt innen medisinsk utstyr og garasjeoppbevaring. Han kunne levere utstyret for latterlige 199,- stk. hvis man kjøper tusen i slengen. Han har papirer på CE-godkjenning og mener at alt er på stell. Det finnes ikke langtidsdata på disse ettersom de er helt nye i følge Idar, men de er helt like Corail og Pinnacle. Jeg reagerte litt på at protesene virket veldig lette i godset, kunne virke som de var spikket i tre og lakkert med bengalack, men det mente han var bra for innvekst, og det vil man vel ha (?). Veganske var de visst også. De er jo godkjent med CE-merke, og det er veldig fristende å kjøre på så budsjettet kommer i balanse. Hva tror du?

MVH, MBA"

**SVAR:**

Kjære MBA,

det høres ut som en fantastisk deal! Når det gjelder proteser var det inntil ganske nylig slik at man fikk godkjent nye komponenter så lenge de var tilstrekkelig like i funksjon og form en tidligere godkjent protese. M.a.o. hvis den ser ut som en protese er du good og får CE-merket i posten. Det skulle vel være et system robust nok for å luke ut de fleste rare påfunn fra Reodor Felgen-typer rundt omkring. Så var det opp til uglene i proteseregisteret å luke ut slengerne etterhvert. Kommer man med en ny

protese nå må den gjennom klinisk utprøving etc. først, så det er bare mas. Så hvis Idar har papirene i orden er det bare å kjøpe med begge henda. Ser ikke hva som kan gå galt. Grønne tall er jo det viktigste, særlig når det sikrer parkering under tak for de på toppen! Det er ikke sikkert Ove Furnes er enig, men det var ikke ham du spurte. Ludo, vidi, vici, som Julio Iglesias sa. Lykke til!

MVH, Margo

Flyskrekk

Gode Margo,

Jeg er ryggkirurg ved et sykehus i Nord-Norge, og har i lang tid skrytt av at jeg har et fantastisk materiale på alle alle pasientene jeg har operert med instrumentert avstiving av lumbalkolumna, som viser 98 % fornøydhet og solide sosioøkonomiske gevinster. Sannheten er at jeg har satt opp alle pasientene på kontroll til ferskeste LIS og ikke fulgt opp med en eneste PROM eller funksjonsscore. Jeg har blitt bedt om å presentere

dette på høstmøtet hvert år i snart 10 år, men har alltid kunnet parere med unnskyldninger som at jeg har det altfor travel på arbeid for å reise, at den senka volvoen min sitter fast på en telehiv ved Nordkisa, og at jeg har lammende flyskrekk så jeg kan ikke komme meg dit på rimelig vis. En aldri så liten katastrofe er det altså at man i år bestemmer seg for å gjøre møtet virtuelt. Det finnes ingen unnskyldninger igjen. Jeg kan jo ikke med rimelighet påstå at jeg ikke kan sette av en time på torsdagen for å holde innlegg. Gud hjelpe meg, jeg er så skrudd med denne løgnen. Hva skal jeg gjøre?

MVH, Stivert Shammer

SVAR:

Kjære Stivert,

Her er det få gode løsninger. Du har stelt det svært dårlig istand for deg selv ved å lyve i alle disse årene. Mitt forslag er rett og slett å gå i eksil. I USA er det visst ikke spesielt kontroversielt å fikser alle ryggene du kommer over. Får vel betalt pr. skruer og pr. cm stag har jeg hørt. Hvis du forter deg før Donald T taper presidentvalget kan det hende du slipper inn bare fordi du kommer fra hans foretrukne non-shithole country. Lykke til!

Margo





VR-greier

Hei Margo!

Nå skal altså høstmøtet arrangeres virtuelt. Det høres jo vel og bra ut, men det blir jo fortsatt bare en skjerm å glo på. Tror du ikke vi kommer til å savne det fysiske møtet, hvor man kan rusle rundt i foajeen på Plaza, møte gamle kjente, knabbe smågot og penner fra standen til Stryker og jakte på avdelingsledere på universitetssykehusene for å mase om jobb? Har vi ikke kommet lenger i Virtual Reality enn at vi må gjøre det hele i 2D? Jeg testet noe VR-greier på en spillmesse med briller og en drakt som vibrerte noe sjukt når man ble skutt av motstanderen. Det føltes jo helt ekte. Jeg ville aldri turt å yppe på meg Yngvar Krukhaug i en diskusjon om distale radiusfrakturer face2 face, men virtuelt er du jo trygt plassert hundrevis av kilometer unna og kommer helskinnet unna selv om du blir tygd i biter av mannen med de bløte konsonantene og den skarpe tungen. Tror du vi kan få høstmøtet i VR?

MVH, Line

SVAR:

Hei Line,

Det er en besnærende tanke å få til hele høstmøtet i augmented virtual reality. Pengene man sparer på å ikke reise kan jo brukes til innkjøp av draktene. Jeg mener å ha hørt at det eneste som er godkjent for VR på sykehus er et konsept utviklet av Intuitive Surgical, produsenten bak Da Vinci roboten. Det er egentlig ment som en hybrid hvor det faktisk er et menneske som opererer, men med immersive virtual reality så både pasienten og kirurgen opplever det som robotkirurgi. Man får altså presisjonen til en menneskelig ortoped som er opptil 10 x så høy som roboten og all placebofordelene til robotkirurgi. Det er mulig at disse kan brukes for å høyne opplevelsen under møtet. Ulempen ved systemet er at de har valgt å gå for den samme løsningen som ved prostatakirurgi hvor en assistent må stå og holde en referanseprobe i rektum på både pasienten og operatøren. Det kan hende det vil dempe entusiasmen noe. Uansett verdt å tenke på dersom det blir virtuelt høstmøte også neste år.

MVH, Margo

Lederspan «Meda» ATC-nr.: H02A B0 forts.

vrurdes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker, som grå stær, grønn stær eller sjeldne sykdommer som sentral serøs chorioretinopati (CSCR). Idrettsutøvere bør informeres om at behandling med glukokortikoider kan føre til positive dopingresultater. **Hjelpstoff:** Inneholder 9 mg benzyalkohol pr. ml som kan gi allergiske reaksjoner. Inneholder 450 mg sorbitol pr. ml, og bør ikke brukes ved medfødt fruktoseintoleranse. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. **Leverenzyminduktore:** Aktiverer mikrosomal oksidasjon av glukokortikoider, noe som gir økt steroidbehov under samtidig behandling og minsket steroidbehov etter avsluttet behandling. **CYP3A4-hemmere:** Samtidig bruk forventes å gi økt risiko for systemiske bivirkninger. Kombinasjonen bør unngås med mindre fordel oppveier økt risiko. I slike tilfeller skal pasienten overvåkes for systemiske effekter. **Antikolinergika:** Mulig ytterligere økning i intraokulært trykk. **Antidiabetika og insulin:** Kortikosteroider kan øke glukosenivået i blod. **Antihypertensiver inkl. diuretika:** Reduksjon i arterielt blodtrykk kan avta. **Amfotericin B injeksjon og andre legemidler som fører til kalium-tap:** Pasienten skal kontrolleres for additiv hypokalemi. **Digitalisglykosider:** Økt risiko for digitalisforgiftning ved samtidig bruk. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Passerer placenta. Kortikosteroider er teratogene i dyreforsk. Relevans ved human bruk er ikke klarlagt, men det er ikke påvist økt forekomst av misdannelser etter bruk av kortikosteroider under graviditet. Langtidsbehandling har medført redusert placenta- og fødselsvekt. Ved langtidsbehandling er det risiko for binyrebarksuppresjon hos nyfødte. Skal kun brukes under graviditet hvis fordel for mor og barn oppveier risiko for barnet. **Amming:** Går over i morsmelk, men risiko for påvirkning av barnet er usannsynlig ved terapeutiske doser. Forsiktighet bør utvises ved vedvarende høy dosering. **Fertilitet:** Kvinner: Kan gi menstruasjonsforstyrrelser og amenoré. Menn: Langvarig kortikosteroidbehandling kan hemme spermatogenesen. **Bivirkninger:** Systembivirkninger er sjeldne, men kan forekomme ved gjentatte periartikulære behandlinger. Forbigående binyrebarksuppresjon er påvist første uken etter injeksjonen. Dette forsterkes ved samtidig behandling med ACTH/peroral steroidbehandling. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Muskel-skjelettsystemet: Hevelse, smerte og varmefølelse i behandlet ledd. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Endokrine: Glukokortikoide systemeffekter (som adrenal suppresjon, Cushing-liknende symptomer, negativ proteinbalanse), aktivering av latent diabetes mellitus. Hud: Ansiktsrødme. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner, anafylaktiske reaksjoner med bronkospasme. Infeksiøse: Reaktivering av latent infeksjon, økt mottagelighet for infeksjon (f.eks. viral, fungal, bakterie), parasittar eller opportunistisk). Muskel-skjelettsystemet: Ustabilitet i ledd ved gjentatte intraartikulære injeksjoner. Nevrologiske: Svimmelhet. Øvrige: Hud- og bløtdelsatrofi etter s.c. injeksjon eller pga. lekkasje gjennom innstikkkanalen ved intra- eller periartikulær injeksjon. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Endokrine: Hemming av endogen ACTH- og kortisolutskillelse. Gastrointestinale: Ulcus pepticum (med risiko for perforasjon og blødning). Hjerte/kar: Tromboembolisme, hypertensjon. Hud: Hudatrofi, pigmentforandringer, nedsatt sårtilheling. Immunsystemet: Allergisk dermatitt, urticaria, angionevrotisk ødem. Muskel-skjelettsystemet: Osteoporose, muskelatrofi, aseptisk bennekrose, ruptur av sener. **Neurologiske:** Hodepine, økt intrakranielt trykk. **Psykiske:** Forverring av eksisterende psykiatriske symptomer, depresjon, humørsvingninger. **Stoffskifte/ernæring:** Kalsinose, hypokalemi, natriumretensjon. **Øye:** Glaukom, katarakt. **Øvrige:** **Ødem. Ukjent frekvens:** Endokrine: Hyperglykemi. Kjønnsganer/bryst: Menstruasjonsforstyrrelser, amenoré, postmenopausal blødning. **Psykiske:** Søvnforstyrrelser. **Øye:** Tåkesyn, sentral serøs chorioretinopati. **Overdosering/Forgiftning:** Administrering av store mengder kan gi økt risiko for systemiske bivirkninger. Ved gjentatt administrering av intraartikulære injeksjoner over lengre tid kan det oppstå alvorlige leddskader og -atrofi med osteonekrose. En bedring kan ta flere måneder pga. legemidlets langvarige virkning. Se Giftinformasjonens anbefalinger: For glukokortikoider H02A B. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Syntetisk glukokortikoid med høy antiinflammatorisk effekt. Har også immunosupprimerende og antiproliferativ effekt. Mikrokrystallinsk vannholdig suspensjon med depotvirkning. Triamcinolonheksacetamid (prodreg til triamcinolonacetamid) er tungt oppløselig i vann, og gir langsom oppløsning og protraheert effekt i vevene i injeksjonsområdet, varierende fra få uker til flere måneder. Effekt oppnås vanligvis etter ca. 24 timer og varer oftest i 4-6 uker. Lav mineralkortikoid effekt. **Fordeling:** Vd 103 liter. **Halveringstid:** Ca. 2 timer ved i.v. administrering, ca. 3,2-6,4 dager ved intraartikulær administrering. C_{12h} for triamcinolonacetamid 37 liter/time. **Utskillelse:** Ca. 40% via nyrene, 54% via galle. **Pakninger og priser:** 1 ml (hettegl.) kr. 150,40. 12 × 1 ml (hettegl.) kr. 1406,50. 50 × 1 ml (hettegl.) kr. 5745,60. **Sist endret:** 22.03.2019 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). Refusjon: *Se H02A B08 i Refusjonslisten. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 11.02.2019.

1. Lederspan SPC 11.02.2019, avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.8, 5.1.
2. Zulian F Comparison of intra-articular triamcinolone hexacetonide and triamcinolone acetamide in oligoarticular juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 2003;42:1254-1259.
3. Zulian F Triamcinolone acetamide and hexacetonide intra-articular treatment of symmetrical joints in juvenile idiopathic arthritis: a double-blind trial. *Rheumatology* 2004; 43(10):1288-1291.
4. Caldwell JR. Intra-articular corticosteroids. Guide to selection and indications for use. *HYPERLINK* *<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8891463> Drugs 1996 Oct;52(4):507-14.

Lokal injeksjons- behandling av ledd¹

- Langvarig effekt^{2,3,4}
- Virker lokalt - liten systemisk påvirkning^{1,4}



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Indikasjoner: Revmatoid artritt. Artrose. Bursitt. Synovitt. Tendinitt.¹ **Kontraindikasjoner:** Systemisk soppinfeksjon. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Lokalbehandling: Ved lokal virus- og bakterieinfeksjon, f.eks. tuberkulose og gonoré.¹ Skal kun brukes som lokal leddbehandling (intra- og periartikulær injeksjon). Skal ikke administreres intra-venøst, subkutant eller intramuskulært.¹ **Vanlig bivirkning:** Hevelse, smerte og varmfølelse i behandlet ledd.¹

Lederspan «Meda»

c Kortikosteroid

ATC-nr.: H02A B08

T1 INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon 20 mg/ml: 1 ml inneholder: Triamcinolonheksacetamid 20 mg, polysorbat 80, sorbitol 450 mg, benzylalkohol 9 mg, sterilt vann. **Indikasjoner:** Revmatoid artritt. Artrose. Bursitt. Synovitt. Tendinitt. **Dosering: Intraartikulært:** Det er svært viktig at injeksjonen lokaliseres til leddhulen. Injeksjonsstedet skal være der hvor leddhuden er mest overfladisk og uten store blodårer/nervener. Dosen er individuelt bestemt fra 2-20 mg avhengig av leddets størrelse og væskemengde. Vanligvis krever større ledd (hofte, kne, skulder) 10-20 mg (0,5-1 ml), middelstore ledd (f.eks. albue, håndledd) 5-10 mg (0,25-0,5 ml), mindre ledd fra 2-6 mg (0,1-0,3 ml). Ved mye synovialvæske kan aspirasjon foretas før administrering. Neste dose og antall injeksjoner avhenger av klinisk forløp. Pga. prolongert virkning anbefales det ikke å gi injeksjoner i de enkelte ledd hyppigere enn med 3-4 ukers mellomrom. Maks. 2 ledd bør behandles ved hvert tilfelle. Akkumulering på injeksjonsstedet må unngås for å hindre mulig påfølgende forekomst av atrofi. **Periartikulært:** Bursitt: Normalt 10-20 mg (0,5-1 ml) avhengig av bursaens størrelse og sykdomsprosessen intensitet. Vanligvis behøver ikke behandlingen gjentas. Tendinitt: Normalt 10-20 mg (0,5-1 ml). Behov for ytterligere injeksjoner bedømmes ut fra terapeutisk svar. **Tilberedning/Håndtering:** Strengt aseptiske forholdsregler skal overholdes. Inneholder mikrokrySTALLIN triamcinolonheksacetamid, som tillater bruk av meget fin kanyle. Rist glasset godt før bruk for å sikre en ensartet suspensjon. Kan ved behov blandes med lidokainklorid 10 eller 20 mg/ml e.l. lokalanestetika. Lederspan trekkes opp i sprøyten før anestetikumet for å unngå kontaminering. Sprøyten ristes lett, og blandingen brukes umiddelbart. **Administrering:** Kun til lokal injeksjon i ledd (intraartikulært/periartikulært). Skal ikke injiseres i ustabile ledd. NB! Skal ikke gis i.v., s.c., eller i.m. Ved intraartikulær injeksjon i kneledd, kan smerte forebygges/lindres ved at pasienten rådes til å holde seg i ro i ca. 24 timer etter injeksjonen. Avlastning av øvrige ledd etter intraartikulære injeksjoner er ikke entydig dokumentert. **Kontraindikasjoner:** Systemisk soppinfeksjon. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Nylig vaksinasjon med levende virus. **Lokalbehandling:** Ved lokal virus- og bakterieinfeksjon, f.eks. tuberkulose og gonoré. **Forsiktighetsregler:** Injeksjon i sener bør unngås. Kortikosteroider kan utløse systemiske bivirkninger, hovedsakelig ved systemisk behandling og langvarig bruk. Pga. lokal effekt begrenset til leddhulen er systemiske bivirkninger lite sannsynlig. Systemiske kortikosteroid-bivirkninger kan omfatte psykiatriske bivirkninger, symptomer på Cushings syndrom, undertrykkelse av hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA)-aksen og elektrolytforstyrrelser, som kan gi hypertensjon, hjertearytmi eller forverring av osteoporose. Ved diabetes kan forstyrrelser i glukosemetabolismen føre til økt behov for insulin/orale antidiabetika. Pasienter som har slike sykdommer eller som opplever slike symptomer under behandlingen, bør rådes til å ta kontakt med lege. Forsiktighet ved infeksjoner som ikke kan kontrolleres med antibiotika, ulcus ventriculi, okulær herpes simplex, nyre- og hjerteinsuffisiens og ulcerøs kolitt. Spesielt belastede ledd bør avlastes den første tiden etter injeksjonen for å unngå overbelastning. Gjentatte injeksjoner kan gi leddskade. Ved utvikling av alvorlige reaksjoner eller akutte infeksjoner under behandlingen, skal preparatet seponeres og nødvendige forholdsregler iverksettes. Kvinner bør informeres om at menstruasjonsforstyrrelser/vaginal blødning etter menopause kan forekomme, men dette bør ikke forhindre gjennomføring av nødvendige undersøkelser. Synsforstyrrelser kan forekomme ved bruk av systemiske og topiske kortikosteroider. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser skal pasienten

KRIG & FRED

En humerusfraktur og en

De første kapitlene av Lev Tolstojs roman "Krig og fred" kom ut i 1863. Boken er beryktet både på grunn av lengden (den norske utgaven er på drøye 1400 sider) og på grunn av alle karakterene som Tolstoj introduserer (over 500 karakterer skildres hvorav ca. 160 er virkelige personer). Så hvorfor skal du lese denne?

FØLJETONG av Lars Gunnar Johnsen, St. Olavs hospital

Geir Kjetsaa, oversetter av de fleste av Tolstoj og Dostojevskis verker, sier det slik: "Den russiske roman avspeiler et helt folk og en hel epoke og behandler de dypeste menneskelige problemer og moralske konflikter. Og denne diktingen føles stadig mer aktuell, ikke bare i Russland, men i hele verden. Den er nemlig både nasjonal og universal, både subjektiv og objektiv".

Under en harejakt ute på landet høsten 1864 faller Lev Tolstoj av hesten og pådrar seg en høyresidig proximal humerusfraktur. Den lokale allmennpraktikeren kommer til og forsøker å reponere det han oppfatter som en skulderluksasjon. Etter åtte reponeringsforsøk besvimer forfatteren. Hans iherdige kone Sonja føyer den klønete allmennpraktikeren til side og tilkaller en kirurg fra nærmeste by. Forfatteren blir brakt til nærmeste

bondegård og under kyndig veiledning fra kirurgen og i eternarkose foretar to bønder en reponeringsmanøver av et brudd i overarmen.

Videre behandling er konservativ. Men forfatteren er ikke fornøyd med funksjonen og han har fremdeles smerter. For å teste skulderen etter 6 uker, avfyrer han et skudd med jaktgeværet sitt. Rekylen mot skulderen får ham nesten til å besvime av smerte og han bestemmer seg for å oppsøke leger i Moskva. Under ny eternarkose blir han operert av to kirurger på soverommet (sic!) til vertinnen i huset der han er på besøk. Det blir foretatt en åpen reposisjon men det er usikkert om bruddet blir fiksert. Når han våkner opp og etter en nær døden opplevelse under ettervirkningene av eteren med bølger av kvalme og oppkast, står det klart for ham: Han må bli forfatter på heltid! Hans dikteriske kraft er større en noen gang og da den opererte skrivearmen er ubrukelig, begynner han umiddelbart første postoperative dag å diktere sin svigerinne som tilfeldigvis har fulgt operasjonen på nært hold inne på soverommet.

De første kapitlene av "Krig og fred" var allerede skrevet noen år tidligere under tittelen "1805" og publisert som serie i en avis. Nå arbeider han intenst de neste årene utelukkende med sitt hovedverk som skal beskrive omstendighetene rundt Napoleonskrigene både i fredstid og krig. Han oppsøker historikere i Moskva og inspiserer krigsskueplasser. Han bygger også på sine egne krigserfaringer fra Krimkrigen der han deltok som 26-årig offiser, senere også meget levende skildret i "Sevastopolfortellingene" (Solum forlag 1999). Sitt historisk-filosofiske syn henter han bl.a. fra filosofen

Lev Tolstoj

Lev Nikolajevitsj Tolstoj var en russisk forfatter av romaner og essayer, dramatiker og filosof. Han var også pasifist, kristen anarkist og utdanningsreformator.

Født: 9. september 1828, Yasnaya Polyana, Russland

Død: 20. november 1910, Russland

Bibliografi (utvalg):

Bardom (1852)

Sevastopolfortellingene (1-3, 1855-56)

Krig og fred (1-4, 1867-69)

Anna Karenina (1873-77)

Ivan Iljitsj' død (1886) (1942)

Kilde: https://no.wikipedia.org/wiki/Lev_Tolstoj

Foto i bakgrunnen: Utsnitt fra eiendommen Yasnaya Polyana, Tolstojs fødested og hjem.

Foto: © shutterstock.com



AKTUELT!

Skjønnlitterære perler som gjerne er pensum, og som man kan bruke i selskapslivet for å fremstå belest og bereist.

gigantroman

Schopenhauer, inspirasjon til beskrivelsen av siseteten i St. Petersburg og Moskva fra sitt eget liv som adelig.

Struktur i Krig og fred.

Romanens tema regnes som tredelt: 1) En historisk korrekt gjengivelse av omstendighetene rundt Napoleonskrigene, 2) En biografi over de fiktive personene som opptrer og 3) En samling historisk – filosofiske essays. Boken er delt opp i 4 bind. I tillegg kommer en epilog på 2 kapitler. Handlingen foregår i perioden mellom 1805 og 1820. Den første delen omhandler romanpersonene mens de siste delene samt del to av epilogen i består delvis av skjebnen som møter personene introdusert i del 1 når de møter krigen, delvis av essays der Tolstoj diskuterer krigens natur, makt og historie. Selv anså Tolstoj det historisk-filosofiske temaet for det viktigste ved boken. Essayene som omhandler dette er dessverre ofte utelatt i senere utgaver men i den siste norske fullstendige oversettelsen av Geir Kjetsaa er de imidlertid tatt med (Solum forlag 2004 og 2008).

På sett og vis kan romanen leses som en dannelsesberetning om bokens gjennomgangsfigur Pierre Bezukhov. Han arver i begynnelsen av historien en kjempeformue med flere gods og over 1000 livegne sjeler (husmenn og deres familier) fra sin far. Vi følger ham fra han som idealistisk 20-åring kommer til St. Petersburg fra et utenlandsopphold til han som voksen og desillusjonert mann endelig finner tilbake til livsgleden. Da har han vært igjennom en periode som fanatisk Napoleons tilhenger, drept en mann i duell, prøvd ut frimurerordenen, oppsøkt krigsskueplassen, gjort forsøk på å snikmyrde Napoleon, blitt tatt som krigsfange og under dette oppholdet fått åndelig veiledning av en bonde (det eneste "skikkelige menneske" i romanen i følge Tolstoj), blitt gift og skilt og gift igjen og endelig funnet freden i familielivet. Ellers spinner handlingene rundt fem familier: Familien Rostov, Bezukhov, Kuragin, Bolkonsky og Drubetsky.

KRIG & FRED

Les mer i NOP nr. 4 2020

” Når han våkner opp og etter en nær døden opplevelse under ettervirkningene av eteren [-], står det klart for ham: Han må bli forfatter på heltid!”

SPII® and **SP-CL®** - Anatomically adapted hip stems.

Anatomy defines the shape.



We used our decades of experience in anatomical prosthesis design for the development of a new cementless hip. The result comes close to nature:

The anatomically shaped LINK® **SP-CL®**. It follows a concept that has proven its success in registries* and clinical studies like the LINK® **SP II®** Hip System.

Waldemar Link GmbH & Co. KG · www.linkorthopaedics.com · info@linkhh.de

Distributør: Link Norway AS · Energivegen 5 · 2069 Jessheim · firmapost@linknorway.no · +47 22 72 16 80

* Annual Report 2011; Swedish Hip Arthroplasty Register; www.shpr.se

LINK® 
Moving on.



VI SEES

på virtuelt høstmøte
i oktober!



What if your
patient's fracture
does not heal?



Bidrag til NOP 2020

Vi har behov for bidrag til NOP!

Bladet blir ikke bedre enn innholdet. Det er en lav terskel for krav til bidrag med stor takhøyde. Kan du skrive noe som er en anelse ortopedi-relatert er det eneste ønske. Det kan være alt fra portrettintervju av en ortoped, kasuistikker, en liten anekdote fra ortopedi-hverdagen, dikt, kursrapporter, havareerte osteosyntser ("noe å lære av"), osv. osv.

Ytterligere trenger vi ortopedirelaterte fotografier Norsk ortopedisk forening kan bruke i sine publikasjoner i NOP og på nett. Amatørfotografer oppfordres til bidrag.

Samtlige frivillige bidrag er med i trekning til å vinne en iPad. Det er skriftlige bidrag som kvalifiserer til trekning. Generelt kvalifiserer alle skriftlige bidrag utover det årlige bidraget fra hver enkelt av faggruppene, vinnere av stipend som er forpliktet til å skrive innlegg samt midtsideosteosyntesen. Med andre ord er det svært gode vintersjanser for de som ønsker å skrive et innlegg. Redaktøren i NOP nominerer. Styret trekker en tilfeldig vinner av de nominerte.

Ønsker du en fast spalte er det også mulig. Ta kontakt med redaktøren.

Bidrag sendes til jorgenandvig@gmail.com
Husk samtykke fra pasienter hvis informasjon er personsensitiv. Skjema kan fås av redaktøren (epost adressen ovenfor), eller lastes ned fra nettsiden til NOF.

Du kan vinne en
lpad
mini!





Charnley stipend som støtte til forskningsarbeid, videre- og etterutdanning, produktutvikling og studiereiser med mer innen hoftekirurgi.

Stipendet er på kr 100.000 og ble opprettet i 1986 av Ortomedic AS.

Vurderingskomiteen består av Kari Indrekvam og Hilde Apold som representanter fra Nof og Thormod Dønås fra Ortomedic AS.

Søknadsfrist 15. september.

Skriv søknaden din på et Word-dokument etter følgende mal:

- Søkerens navn
- Fødselsdato
- Sykehus/institusjon
- Seksjon/avdeling
- Adresse
- Telefon
- E-post adresse
- Prosjektets tittel
- Prosjektbeskrivelse
- Budsjett
- Er annen finansiering søkt?

Word-dokumentet sendes som vedlegg til begge e-mail adresser nedenfor:
thormod.donas@ortomedic.no
og
leder@ortopedi.no

HØSTMØTET 2020



På grunn av Covid-19 blir årets Høstmøte avholdt som webinar. Har du spørsmål ta kontakt med:

Mail kristin@ksci.no



NOP

- annonser og innlegg

Ønsker du å annonsere i NOP og har du spørsmål vedrørende artikler og innlegg, ta kontakt med Ødegaard reklame & design.

Telefon **66 78 32 00** eller
mail bente@odesign.no

Vi minner om at materiellfrist for
NOP nr. 4 2020 er 16. november 2020

ØDEGAARD reklame & design as





Inger Schulstads minnestipend for utdanninge innen håndkirurgi



Etter Inger Schulstads ønsker, skal stipendet fortrinnsvis utdeles til en kvinnelig lege med interesse for og under utdanninge i håndkirurgi.

Styret i Norsk forening for håndkirurgi kan tildele et eller flere stipend på inntil kr 10.000 for å besøke håndkirurgiske avdelinger i andre land. F rstegangss kere vil bli prioritert. Søknaden sendes til styret ved sekretæren og bør inneholde opplysninger om reise- mål, fordypnings-tema, varighet og

kostnadsoverslag. Søknadsfrist vil være 1. september.

Tildelingen bekjentgjøres på års- møtet. Etter reisen må stipendiaten publisere et reisebrev i Norsk ortopedpost eller Tidsskrift for Den Norske Legeforening. Det bør fremgå av brevet at reisen er støt-

tet av stipend fra Inger Schulstads minnefond. Kopi av reisebrev og regnskap for reisen sendes styrets sekretær, hvoretter utbetaling av stipendmidlene kan finne sted. Hvis stipendiaten ikke har oppfylt betingelsene for utbetaling av stipendet innen 1. september det påfølgende år, går stipendet tilbake til minnefondet.

THINGS TO DO 2020-21

Vi oppfordrer leserne til å følge med på invitasjoner til webinarer for eksempel fra industrien. I tillegg håper vi at mange av dere får brukt tid til oppdatering av lesetoff – faglig såvel som sk nnlitter rt.



Foto:   shutterstock.com

Reisestipend og beste høstmøteforedrag

Her kommer et flott tilbud fra Norsk Forening for Håndkirurgi. Det understrekes at styret kan tildele dette reisestipendet og prisen for beste høstmøteforedrag. Dette innebærer altså et krav til en viss kvalitet på foredraget og reisen innhold. Benytt anledningen – søk nå – og tenk foredrag til Høstmøtet vårt i Oslo.

Norsk Forening for Håndkirurgis reisestipend

Styret kan tildele et eller flere reisestipend på inntil kr 10.000 til medlemmer for å besøke håndkirurgiske avdelinger i andre land, fortrinnsvis skandinaviske. Deles ut hvert år. Førstegangs-søkere vil bli prioritert.

Søknader sendes til styret ved sekretæren og bør inneholde opplysninger om reisemål, fordypningsstema, varighet og kostnadsoverslag.

Søknadsfristen er 1. september.

Tildeling bekjentgjøres på årsmøtet. Etter reisen må stipendiaten publisere et reisebrev i Norsk orto-

pedpost, Tidsskrift for Den norske lægeförening eller tilsvarende organ. Det bør fremgå at reisen er støttet av stipend fra Norsk Forening for Håndkirurgi. Kopi av reisebrev samt regnskap for reisen sendes til styrets sekretær, hvor etter utbetaling av stipendmidlene kan finne sted. Hvis stipendiaten ikke har oppfylt betingelsene for utbetaling av stipendet innen 1. september det påfølgende år, går stipendbeløpet tilbake til foreningen.

Beste foredrag

Norsk Forening for Skulder- og Albuekirurgis stipend.

Foreningen vil i forbindelse med Ortopedisk Høstmøte dele ut stipend til beste foredrag innen skulder og albuekirurgi.

Stipendet er på kr 10.000.

Alle innsendte abstracts og tilhørende presentasjoner under høstmøtet vurderes, og en bedømmelseskomite tar den endelige avgjørelse.

Beste foredrag

Pris til beste frie foredrag under de vitenskapelige forhandlinger for Norsk Barneortopedisk Forening (NBOF) ved Høstmøte 2019.

NBOF's styre ønsker flere frie foredrag til den barneortopediske delen av Høstmøte 2019. Vi har derfor besluttet å belønne det beste bidrag med kr 5.000.

En upartisk gruppe vil vurdere og velge vinnerforedraget blant alle aksepterte innlegg. Lykke til og god arbeidslyst!



Smith & Nephew Artroskopistipendium er også i år på kr 40.000.

Statutter for Smith & Nephew Artroskopistipendium

1. Stipendiets navn: Smith & Nephew Artroskopistipendium.
2. Stipendiet er på kr 40.000,- og utdeles en gang årlig i forbindelse med Norsk Artroskopiforenings årsmøte.
3. Stipendiet kan tildeles medlem av Norsk Artroskopiforening etter skriftlig søknad.
4. Stipendiet gis som støtte til igangsatt forskningsarbeid, kliniske studier eller annet relevant arbeid til utvikling av faget.
5. Norsk Artroskopiforening foretar utlysning av stipendiet.
6. Vedtak om tildeling fattes av stipendstyret med to medlemmer oppnevnt av styret i Norsk Artroskopiforening. Medlemmene av stipendstyret oppnevnes for 2 år av gangen.
7. Stipendiatene skal i ettertid gi en skriftlig redegjørelse til stipendstyret for bruken av midlene.
8. Statuttene kan endres etter etter avtale mellom styret i Norsk Artroskopiforening og Smith & Nephew A/S.

Søknad skal innsendes til stipendstyret i word/pdf-format som vedlegg til e-post. randi.margrete.hole@gmail.com

Søknadsfrist 1. januar 2021



**Smith & Nephews
forskningsstipend til støtte
for basalforskning og klinisk
forskning innen implantat-
kirurgien.**

*Stipendet er på kr 50.000
og ble opprettet i 1993 av
Smith & Nephew A/S.*

Nof's representanter i
stipendstyret er Tina Wik
og Lars Engebretsen.

Søknadsfrist er 30. september.

Benytt standard søknadsskjema,
se Nofs nettside.

Søknaden sendes: johan.
dahlstrom@smith-nephew.com
og leder@ortopedi.no

Norsk Artroskopiforenings LIS-stipend 2020

Norsk Artroskopiforenings Vintermøte 31. januar - 2. februar

Reisestipendet på kr 10.000,- deles
ut på Norsk Artroskopiforenings
Vintermøte, og skal brukes på følg-
ende ESSKA- eller ISAKOS-kongress.

Påmelding til Vintermøtet gjøres på
Norsk Artroskopiforenings
hjemmeside; www.artroskopi.no

Arthrex artroskopipris deles ut på Artroskopiforeningens generalforsamling under vintermøtet 2020.

Prisen gis til hovedforfatter av
beste artroskopirelaterte publi-
kasjon siste år. Prisen er på
kr 30.000,- og deles ut til et
medlem av Artroskopiforeningen
etter søknad. Søknadsfrist er
1. januar hvert år.

Se artroskopiforeningens nettside
www.artroskopi.no for fullstendige
statutter.

Søknad sendes som vedlegg til
mail: metterenate@hotmail.com



Nof stipend til støtte til forskningsarbeid, videre- og etterutdanning, eller kurs- og kongressdeltakelse.

*Stipendet er på kr 50.000 og ble
opprettet i 1982.*

Vedtekter for Norsk ortopedisk
forenings (Nofs) stipend:

1. Norsk ortopedisk forenings
stipend gis til et medlem
etter søknad.
2. Stipendet gis til medlemmer
for økonomisk støtte til
forskningsarbeid, videre- og
etterutdannelse, eller kurs og
kongressdeltakelse.
3. Stipendet er på kr 50.000
og utdeles en gang årlig.
Stipendet kan eventuelt deles
på flere søkere.
4. Norsk ortopedisk forenings
årsmøte velger et stipendstyre
på 5 medlemmer. Stipendstyret
har en funksjonstid på 4 år.
5. Søknadsfristen er 31. august
6. Søknaden sendes
leder@ortopedi.no
7. Mottakeren forplikter å avgi
rapport
8. Årsmøtet kan med 2/3 flertall
forandre statuttene for stipendet
etter forslag fra ett eller flere
medlemmer.



Nof stipend for leger under utdanning til støtte til forskningsarbeid eller utdanning.

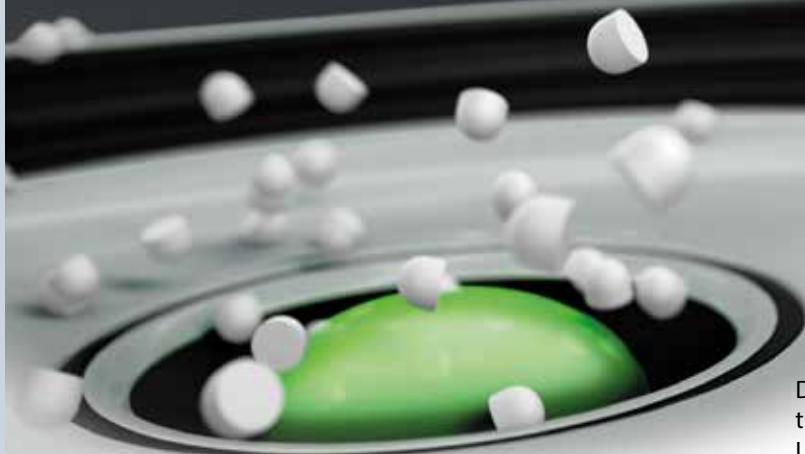
Stipendet er på kr 50.000.

Vedtekter for Norsk ortopedisk
forenings (Nofs) stipend for leger
under utdanning:

1. Norsk ortopedisk forenings
stipend gis til et medlem under
utdanning etter søknad.
2. Stipendet gis til medlemmer
for økonomisk støtte til forsk-
ningsarbeid eller hospitering
ved annet sykehus, i inn eller
utland, for fordypping i et
spesielt fagområde av minst
3 måneders varighet.
3. Stipendet er på kr 50.000
og utdeles en gang årlig.
Stipendet kan eventuelt deles
på flere søkere.
4. Norsk ortopedisk forenings
årsmøte velger et stipendstyre
på 5 medlemmer. Stipendstyret
har en funksjonstid på 4 år.
5. Søknadsfristen er 31. august
6. Søknaden sendes
leder@ortopedi.no
7. Mottakeren forplikter å avgi
rapport
8. Årsmøtet kan med 2/3 flertall
forandre statuttene for stipendet
etter forslag fra ett eller flere
medlemmer.

STIMULAN®

POWER TO TRANSFORM OUTCOMES™



Det ultimate produktet der du trenger å bruke antibiotika. Utviklet for presisjon og kontroll ved infeksjonsforebygging og behandling.

Discover the true potential at Biocomposites.com

 Biocomposites®

Nye RIA 2 har ankommet markedet!



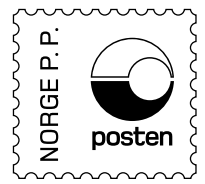
Indikasjoner for bruk av RIA 2:

- Meget bra for høsting av benmarg
- Renser margkanalen ved infeksjoner og fjerner nekrotisert ben ved behandling av osteomyelitt
- Tradisjonell reaming før innsetting av margnagler

 DePuySynthes

 Ortomedic

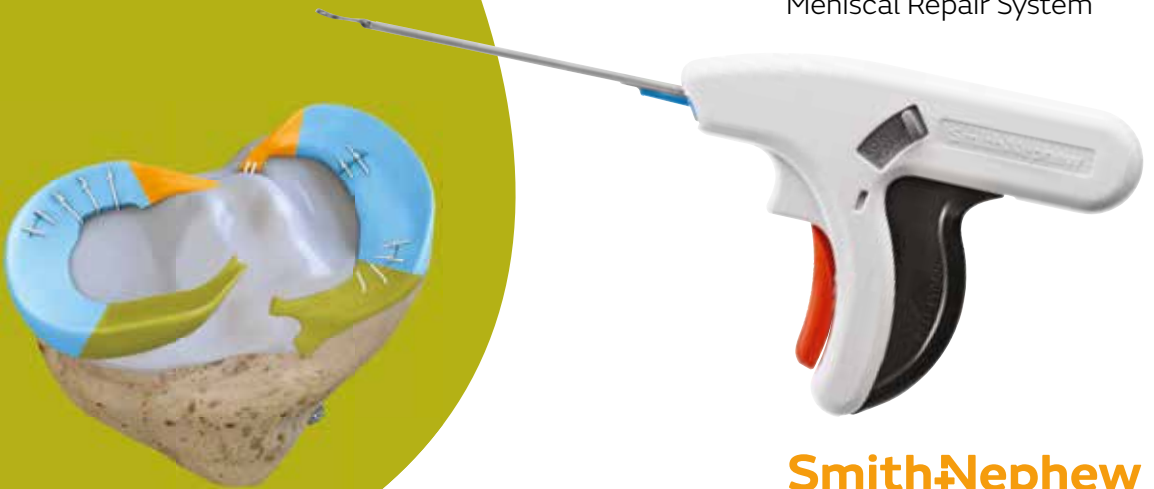
Vollsveien 13E, 1326 Lysaker - Tlf: 67 51 86 00
ortomedic@ortomedic.no - www.ortomedic.no



Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo

+ All tears all repairs

NOVOSTITCH[◇] PRO
Meniscal Repair System



Smith+Nephew

Den komplette løsningen for menisksuturering

Vi har løsningen uansett hvordan man ønsker å suturere en opererbar meniskruptur.

NOVOSTITCH PRO muliggjør en bedre og raskere behandling ved å kunne utføre de fleste menisksutureringer all-inside.

Ved å gå inn på www.AllTearsAllRepairs.com, kan du lære mer om behandling av meniskskader og våre produkter.

Root Repair

FIRSTPASS MINI[◇]

MENISCAL ROOT[◇]



All-Inside Repair

FAST-FIX[◇] 360



Outside-In Repair

MENISCUS MENDER[◇] II



Inside-Out Repair

MENISCAL STITCHER[◇]

