

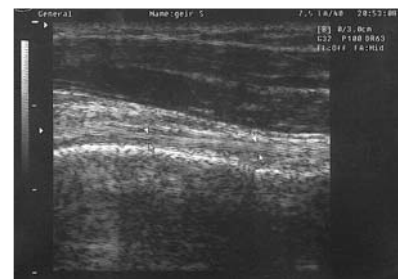
DR. PER SUNDE har lengst erfaring i Norge innen diagnostisk skulderdiagnostikk og kan tilby:

**ONE-STEP KOMBINERT KLINISK OG SONOGRAFISK UNDERSØKELSE
- SOM FØRSTEVÅLG VED SKULDERPROBLEMER**

- ALL IN ONE-undersøkelse: historie, klinisk undersøkelse, dynamisk bilateral ultralydundersøkelse og viktigst: rådgivninger. Hvis indikasjon prosedyrer eller henvisninger til MR/MR-Artrografi, ortoped eller, vanligst, annen behandler,- oftest fysioterapeut.
- Vi tilstreber korte ventelister. Henvisning ikke nødvendig. Epikrise med pasienten der og da. Undersøkelsene er smertefrie, visuelle og pasientvennlige,- uten bivirkninger/stråle belastning- også for pasienter med klaustrofobi/implantater.



Det er nå også i Norge økende erkjennelse for at omtalte opplegg tidlig og raskt kan utdifferensiere de fleste vanlige, klinisk relevante skulder - avvik på non-traumatisk grunnlag,- hos godt voksne. Dette vil være rasjonelt og kostnadseffektivt og i de fleste tilfeller overflødiggjøre mange ikke målrettede MR-undersøkelser og medvirke til raskere behandlinger på riktig nivå, uten unødige ofte uheldige forsinkelser og usikkerheter. Det kan være vanskelig å skille mellom diverse vanlig forekommende naturlige varianter og viktige eller uviktige avvik.



4 HOVEDFELTER

- Injeksjoner. Oftest ultralydguidede,- hyppigst intrabursalt. Det er viktig ikke å sette steroider i he eller delrupturerte sener. Ved uttalte frozenproblemer forsøkes enkelte ganger injeksjoner i rotatorintervallet, i tillegg til intraartikulært.
- Antatt symptomgivende cuffkalk. Kalk forekommer hyppigst i supraspinatus, men også ofte i infraspinatus og/eller subscapularis. Differensieringen til bl.a. frozen kan enkelte ganger være vanskelig. Ultralyd er beste metode til å angi størrelse, lokalisering og hardhetsgrad. Man bør forsøke å aspirere smertefull bløt kalk! Ved mekanisk kompromitterende hard kalk av et visst omfang bør man antakelig forsøke needling med tørr nål,- og kanskje også trykkbølgebehandlinger, før man henviser til acromionreseksjon,- denne i så fall med noe hyppigere fjerning av selve kalken enn det som har vært vanlig i Norge pr. i dag.
- Cuffrupturer. Tidlig korrekt diagnose kan være viktig med henblikk på å vurdere om og i så fall når det bør anbefales senesutur. Ultralyd og MR er omtrent likeverdige og begge meget gode til diverse avdekkinger og detaljansvar. Ultralyd og eventuelt et godt røntgenbilde med outletview (supra-spinatustunnelsnitt) gir som oftest tilstrekkelige informasjoner for de fleste impingementpasienter. Ultralyd er meget god til å angi rupturdetaljer av en viss betydning: type, lokalisering, utbredelse, kortikale irregulariteter (DD til tub. majusavulsjoner) eller om det er mye sekundære veskedannelser - dvs. i bursaen eller intraartikulært gjerne manifestert i biceps-seneskjeden. Også ved spm. om betydelig retraksjon eller fettinfiltrasjon kan ultralyd være svært nyttig.
- Området rotatorintervallet/biceps-subscapularis-nærliggende supraspinatus mv. har de senere år fått økt ortopedisk oppmerksomhet. Ultralyd avdekker elegant bl.a. diverse biceps-avvik, - dette inkludert et godt stykke intraartikulært med utgangspunkt fra sulcus.

REF.

1. Moosmayer S. Ultralyddiagnostikk av skulderbuen- en metodebeskrivelse Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:177-80.
 2. Sunde P. Ultralyddiagnostikk i skulderkap.i: Juel NG, red. Norsk fysikalsk medisin. Oslo, Fagbokforlaget 2007:145-8.
 3. Sunde P Tariq R. PERSPEKTIV OG DEBATT: Ultralyd- et godt alternativ til MR ved skulderlidelser Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128:842.
- Se ellers idrettsmedisinsk portrett, Idrettsmedisin no 1/2009 , side 14-17.