

DUGSNyt

5. årgang nr. 1. 2011



**IUGA HOLDER 36. KONGRES I
LISSABON JUNI 2011 OG
ICS HOLDER 41. KONGRES I
GLASGOW AUGUST 2011.**

SE UNDER MØDER OG KONGRESSER

Leder	3
Referat DUGS Årsmøde (Skejby).....	5
Referat Dugs Generalforsamling	11
Referat Dugs Ekstraordinære Generalforsamling	16
DUGS Årsregnskab	19
Ekspert i urogynækologi	20
DUGS Temadag	21
Kursus	22
Uroobstetrik	24
Howard Atwood Kelly	26
Kommende møder og Kongresser....	29

DUGSNyt

5. årgang, nr. 1 – 2011

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ Afdelingslæge Mette Hornum Bing
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Hvidovre Hospital
2650 Hvidovre

mbing@dadlnet.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen
l.b.paulsen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

500

ISSN 1903-3168

Forsidebilledet forestiller den lille havfrue på hendes plads i Kina under World Expo Shanghai 2010.



Ekspert i Urogynækologi

Expert!

Er vi ikke alle sammen det? Vi gør jo alle, hvad vi kan og praktiserer evidens baseret urogynækologi, vil de fleste sikkert sige.

Siden expertforløbene blev introduceret indenfor alle subspecialer i gynækologi og obstetrik, har der været holdninger spændende fra -"jeg er jo expert" og til "hvor er det dejligt, at der er formaliserede krav til, hvad et expertforløb skal indeholde". Derimellem er der formentlig lige så mange holdninger som vi er urogynækologer i Danmark.

I en artikel længere inde i bladet beskriver formanden for expertudvalget (EXPU), Niels Ulbjerg, hvad tanker og indhold er i expertforløb i Gynækologi og Obstetrik i Danmark. Niels kommer med en opfordring til at starte et expertforløb så tidligt som muligt, hvis man har ambitioner om at arbejde i et urogynækologisk team, der arbejder med højt-specialiserede funktioner. Det betyder jo til gengæld også, at expert forløb kun er for universitetshospitalsansatte.

Det bliver diskuteret i DSOG, om man skal have andre forløb indenfor subspecialerne rettet mod regionshospitalerne. Skal vi have sådanne forløb i urogynækologi, og skal de i så fald være parallelle til expertforløbene bare uden videnskab og udenlandsophold?

Expertforløbene, kan ansatte på regionshospitalerne hævde, er kun med til at gøre forskellen mellem "dem" og "os" mere tydelige. "De (læs universitetshospitalerne) vil tage alle patienterne, hvis de kunne komme af sted med det." Er det hvad expertforløb i sidste ende handler om?

Tilhængere af expertforløb vil naturligtvis hævde, at eksperter i urogynækologi er med til at videreudvikle subspecialer og sætte ny forskning i gang. Kravene om forankring på afdeling med højt specialiserede funktioner, ophold på anden afdeling heraf mindst 3 måneder i udlandet og forskning på ph.d. niveau indenfor expertområdet er med til at bevare kvaliteten af et expertforløb og garantere afdelingerne, at de eksperter, der får godkendt deres forløb, vitterlig også er uddannet på expertniveau. Og dét at blive expert forpligter også både i egen afdeling, på eget universitetshospital og i forhold til de samarbejdende regionshospitaler.

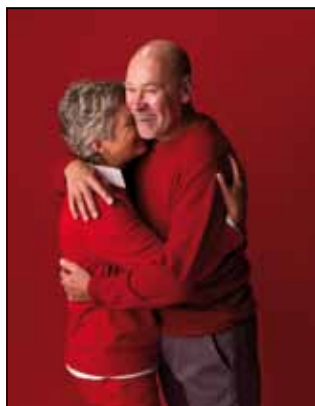
Den aktuelle stramme økonomistyring med ansættelsesstop m.v. har i f.eks. Hovedstadsområdet betydet, at mobiliteten er gået i stå og tilgangen til afdelingslægestillinger på de højt specialiserede afdelinger er blevet umulig. Vi risikerer at miste en generation af yngre speciallæger, der får blokeret for muligheden for at opnå expertuddannelse. Vi

må opfordre universitetshospitalerne til at holde mulighederne for ekspertuddannelse åbne – det bør være en undervisningsforpligtelse på linje med student- og speciallægeuddannelsen.

I DUGS bestyrelse mener vi som formanden for EXPU, at man skal søge om ekspertforløb så tidligt som muligt i sit forløb. Ekspertforløb er ikke en anerkendelse af urogynækologiske evner og videnskabelig produktion erhvervet gennem en lang overlæge karriere. Vi mener ikke, der skal være en formel regionshospitals-ekspertuddannelse. Derimod mener vi, at alle urogynækologisk interesserede fra regionshospitalerne skal have mulighed for ophold på en afdeling med højt specialiseret funktion. Et sådant ophold fremmer samarbejdet i forhold til specialeplanen og giver urogynækologer fra regionshospitalerne mulighed for

bedre diagnostik og information til patienterne med viden om, hvad der venter ved henvisning til Universitetshospital.

Finansieringen af et sådant ophold kan i disse pengeknappe tider være en barriere. I det jydsk har vi til gensidig gavn og glæde haft forløb både indenfor urogynækologi og andre subspecialer med ansatte fra regionshospitalerne, hvor vi har "slået halv skade" om lønnen. Det er måske nok en ret jydsk måde at gøre tingene på. Men det har betydet ny inspiration og godt samarbejde med regionshospitalerne set fra Universitetshospitalets side, og regionshospitalet får en medarbejder tilbage fra opholdet med et netværk til både patienternes og forskningens gavn.



Vi har ikke eneret på livskvalitet.

Men for millioner af mennesker verden over er vi en vigtig del af den.

Division GYNECARE arbejder for at kunne tilbyde kvinder løsninger og muligheder for at vælge en behandling, der kan forbedre livskvaliteten.

Johnson & Johnson
Nordic

ekelund@vivik

Referat fra DUGS 6. årsmøde d. 7. januar, 2011 på Skejby

Årsmødet blev igen afholdt i kendte omgivelser i auditoriet på Århus Universitetshospital, Skejby og 75 deltagere mødte forventningsfulde op. Det var en god tværfaglig deltagelse, idet ca. halvdelen bestod af læger og den anden halvdel var vel repræsenteret af sygeplejersker, fysioterapeuter og en enkelt jordemoder.

Efter velkomsten ved Susanne Axelsen startede dagen med Anne-Mette Hvas, Skejby, som gennemgik anbefalingerne indenfor tromboseprofylakse, her set ift. dagkirurgi så som inkontinens- og prolapskirurgi.

Kan det svare sig at forebygge? Ja, det er absolut kost-effektivt, idet der er en høj prævalens af dyb venetrombose (DVT) og mange indlagte patienter har en eller flere risikofaktorer for venøs trombose (VTE) sygdomme. Der hospitaliseres ca. 6000 årligt med DVT, ca. 10 000 er symptomatiske og ca. 2000 tilfælde med lungeemboli (LE), som kan være fatale, heraf har 80 % tidligere haft DVT. Det er omkostningsfuldt at udrede for (VTE), og så findes effektiv medicin med høj grad af trombose profylakse. Men ikke alle har behov for trombose profylakse. Anne-Mette Hvas gav os et skematisk overblik over, hvem der bør behandles ud fra risiko faktorer. Ligeledes blev evt. pausering af igangværende antikoagulations behandling gennemgået, og her anbefales det at kigge på præsentationen på DUGS' hjemmeside.

Anne-Mette Hvas' anbefalinger bygger på en ny guideline fra Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase: http://dsth.dk/pdf_filer/PRAB_rapport.pdf

Duga-Base status for 2010 og fremtid blev belyst ved Ulrik Kesmodel, Skejby, som efter gennemgangen af formålet med Duga-Basen igen i år måtte konstatere, at til trods for, at målet af indberetnings dækningsgraden er >90 %, er vi fortsat på <50%. Det fremgik, at 4 offentlige afdelinger og 18 privat klinikker ikke deltager. Af de afdelinger, der indrapporterer, er data kompletheden fortsat for lav, hvilket kan få konsekvenser for økonomien, idet udbetaling fra regionerne forudsætter bedre tilslutning. Der bliver udsendt breve fra Regionerne til de afdelinger, der ikke indrapporterer tilstrækkeligt med opfordring til forbedring. Der var også tilbud om besøg på de enkelte afdelinger til afklaring af tvivlsspørgsmål, herunder blev der omtalt muligheden for justering af indikatorer og spørgeskema, da uoverskuelige skemaer og forskellige gradueringer af prolaps var mulige årsager til mangelfuld indrapportering. Det kom ligeledes frem, at der var forskellig praksis for post operativ kontrol.

Key-note speaker Jan Deprest fra Leuven (Belgien) gennemgik en specialiseret laparoskopisk operations teknik for prolaps af vaginaltoppen. I den forbindelse gennemgik Jan Deprest dilemmaet omkring indførelsen af denne specialiserede teknik, idet der er en "learning curve" fra observerende til afprøvning til mestring af teknikken. Hans erfaring er, at operatøren først mestrer denne teknik efter 40 -50 operationer, hvilket hos ham betyder ca. 1 år. Dette medfører, at denne specialistfunktion i Belgien ligger på få hænder



og fortsat kun bør udføres højt specialiserede steder.

Inden frokost gennemgik Benedikte Richter fra Herlev sin ph.d. afhandling om Painful Bladder Syndrome, (PBS) tidligere benævnt interstitiel cystitis, hvor hun skitserede definitionen som: smerter, fylde og ubehag ved urinblæren sammen med urge og hyppige vandladninger, som har stået på i mere end 6 mdr. uden årsag. Ligeledes er PBS patienter plaget af nycturi ≥ 2 og reduceret blærekapacitet på $< 500\text{ml}$. 90 % af tilfældene ses hos kvinder. Hun har igennem et retrospektivt studie set på 349 patienter med PBS, hvor 100 % oplevede smerter og nycturi (median 3). Hun har kigget på, om der kunne findes

en non-invasiv bio markør for PBS i form af YKL-40 i urinen, hvilket dog kræver yderligere studier.

Efter en lækker frokost leverede Søren Ekman et humoristisk og sagligt indslag om bækkenbundstræning hos mænd, og hvorledes træningen havde en gunstig effekt på både inkontinens, efterdryp og erektion. Han gennemgik et studie, hvor 50 % af mændene imellem 40 og 70 år oplever fra let til svær grad af erektil dysfunktion, og hvor 65% af disse mænd også lider af efterdryp. I studiet instrueres og praktiserer 55 mænd bækkenbundstræning i 3 mdr. Efterfølgende var 40 % i stand til fuld erektion og 35 % oplevede forbedret erektion og 75 % blev fri for efterdryp. Han refererede desuden til et andet studie med bækkenbundstræning til prostata opererede med henblik på kontinens, hvor der efter 6 mdr. var 20 % flere kontinente i gruppen, der havde modtaget opfølgning mod dem, der ikke havde. Han afsluttede med, at tilskuerne fik afprøvet bækkenbundsmuskeltræningen på egen krop. Et ganske oplivende indslag til at starte eftermiddagens marathon af oplæg på.

Sara Kindberg bidrog med highlights fra IUGA/ICS, hvor hun havde haft en inspirerende oplevelse med mange nye indtryk, dog efterlyste hun, som jordemoder - mere tværfaglighed.

Derpå startede eftermiddagens frie foredrag, hvor Rikke Guldborg lagde ud med at gennemgå resultater fra DUGA Basen (2006-

2010) i form af at beskrive effekten af urin inkontinens operationer på livskvaliteten. Resultatet var, at kvinder har færre symptomer og mindre påvirkning af livskvaliteten efter operationen, dog manglede der nogle steder data for efterkontrol, idet de ikke udføres alle steder.

Hurtigt videre til Ea Löwenstein, som havde kigget på incidensraten af genital prolaps operationer, samt recidiv frekvensen fra 1977-2009 vha. Landspatientregisteret. Her fandt hun, at POP incidensraten var faldet frem til 1995 for så igen at stige tilbage til 1977- niveauet, idet flere ældre opereres nu end tidligere. Re-operations raten var 6,1 % med opfølgning på gennemsnitlig 25 år. Sidste nye indenfor transplantation af væv, såkaldt "tissue engineering," blev præsenteret af Gunnar Lose, som gav os et glimt ind i fremtidens muligheder indenfor dyrkningen af tværstribet muskelvæv til implantation. Forskningen er endnu på rotte niveau, men muskelfiber fragment metoden kunne være et lovende nyt koncept til behandling af urogynækologiske lidelser, som f.eks prolaps.

Charlotte Bjørnes gav et bud på, hvordan en Online patientbog kan fungere som et sundheds-IT redskab ved at imødekomme prostata opererede patienters behov for information, understøtte og øge fleksibilitet i deres kontakt med sundhedsprofessionelle.

Et andet tværfagligt indslag kom fra Birthe Bonde, som havde undersøgt om specialiseret fysioterapi kombineret med uroterapi og sexologisk rådgivning, hjælper kvinder med diagnosen vulvodyni. Af 121 behandlede kvinder blev 75 % helbredt, 10 % ude-

blev uden afbud og 5 % henvistes til anden behandling. Af de helbredte fik 33 % kun 1 behandling og kun 3 % måtte have 4 eller flere behandlinger.

Som afslutning på første runde af frie foredrag fortalte Anja Toft Hartwigsen om udredning og behandling af flankesmerter hos gravide. Udredningen af symptomgivende hydronefrose hos gravide er en udfordring. På forespørgsel hos urologiske og gynækologiske afdelinger i Danmark er det kommet frem, at første valg altid er UL af nyrerne. Ved bekræftet hydronefrose er der ofte behov for yderligere undersøgelser, inden videre behandling sættes i gang. Her er det forskelligt, hvilken undersøgelse der vælges, og her bør CT-urografi fravælges pga. for høj føtal stråle påvirkning, MR scanning anbefales ikke i 1. trimester.



Astrid Ammendrup (til venstre) og Abelone Sakse til DUGS årsmøde 2011.

Efter kaffepausen fortsatte 2. runde af frie foredrag, hvor Astrid Ammendrup gav et overblik over et paradigme skift indenfor ki-

rurgisk behandling af urininkontinens i Danmark fra 2001-2008. Antallet af operationer blev i den periode mere end fordoblet, og typerne af indgreb forandrede sig fra mest at være TVT op til 2004 til mere TVT-O, TOT og bulking i 2008.

Marianne Glavind-Kristensen konkluderede efter at have gennemgået 84 dag-kirurgiske patienter, at vaginal hysterektomi fint kan foretages ambulant, dog skal der være mulighed for indlæggelse, hvis der bliver brug for det.

Susanne Greisen havde kigget på 5 års opfølgning efter kolporrhaphia anterior, hvor hun fandt, at 78 % fortsat havde tilfredsstillende effekt og 12 % var blevet reopereret efter 5 år.

Abelone Sakse gav et indblik i sin ph.d., hvor hendes mål var at finde prævalensen af okkulte anal sphincter læsioner blandt førstegangsfødende ved hjælp af 3D ultralyd scanninger og relatere defekter til anal inkontinens 3 måneder post partum. Her fandt hun, at der var brug for øget træning i scanning for at kunne bruge det optimalt, og der var ingen evidens for rutine ultralyds scanning ved sphincter ruptur. Desværre var det svært at se hendes power points, da de var på mørk baggrund.

Astrid Ammendrup har i sin ph.d afhandling undersøgt aktiviteten og kvaliteten af inkontinens

operationer i form af midt-urethral slyng (MUS) i Danmark i perioden 2001-2003 og vurderet subjektiv effekt og tilfredshed 4 år senere. Det, hun fandt, var, at kvaliteten af urininkontinens kirurgien var afhængig af, om det var lav volumen afdelinger/kirurger eller ej, men at danske MUS resultater er sammenlignelige med internationale.

DUGS uddeler årligt et beløb til deltagelse ved IUGA og årets prismodtager blev Astrid Ammendrup.

Alt i alt en forrygende dag med utrolig mange varierende oplæg, og hvor de fysiske rammer og teknikken var i orden.



Spasmo-lyt[®] Depot Trospiumchlorid



Gør hverdagen lettere...

Nyt præparat til behandling af patienter med overaktiv blære

- 1 kapsel én gang dagligt
- Signifikant effekt inden for den første uge¹
- Mundtørhed hos under 10 % af patienterne¹

Vil du vide mere?

Kontakt din Meda-konsulent for mere information og bestilling af produktmateriale på tlf.: 44 52 88 88 eller info@meda.dk

MEDA

Meda AS · Solvang 8 · 3450 Allerød · Tlf. +45 44 52 88 88 · www.meda.dk · info@meda.dk

Spasmo-lytDepot (Trospiumchlorid), hård depotkapsel

Indikationer: Symptomatisk behandling af urge-inkontinens og/eller forøget vandladningsfrekvens og imperiøs vandladning, som kan forekomme hos patienter med en overaktiv blære. **Dosering:** En kapsel en gang om dagen. Spasmo-lyt Depot bør tages sammen med vand på tom mave en time før et måltid. **Kontraindikationer:** Trospiumchlorid er kontraindiceret for patienter med urinretention, alvorlige gastrointestinale lidelser (inklusiv toksisk megacolon), myastenia gravis, snævervinklet glaukom og takyarytmi. Trospiumchlorid er også kontraindiceret hos patienter, der har udvist overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med obstruktive tilstande i mave-tarmkanalen såsom pylorusstenose, med obstruktion af urinflow med risiko for urinretention, med autonom neuropati, med hiatus hernia kombineret med refluxøsofagitis, hos hvilke hurtig hjertefrekvens er uønsket f.eks. hypertyreoidisme, koronararterie sygdom samt kronisk hjersteinsufficiens, med mild til moderat nedsat leverfunktion. Anbefales ikke til patienter med stærkt nedsat leverfunktion og/eller nedsat nyrefunktion. Før påbegyndelse af behandling bør man udelukke organiske årsager til vandladningsfrekvens, imperiøs vandladning og trang-inkontinens såsom hjertesygdomme, nyresygdomme, polydipsi eller infektioner eller tumorer i urinvejene. *Spasmo-lyt Depot indeholder saccharose.* Bør ikke anvendes til patienter med sjældne arvelige problemer med fruktoseintolerans, glucose/galaktose-malabsorption og sukrase-isomaltasemangel. **Interaktioner:** Følgende interaktioner kan forekomme: Potensering af effekten fra lægemidler med antikolinerg virkning (såsom amantadin, tricykliske antidepressiva),

forstærkning af takykardi-effekten af β -sympatomimetika; reduceret effektivitet af prokinetiske stoffer (f.eks. metoclopramid). Da trospiumchlorid kan påvirke den gastrointestinale motilitet og secerering, kan det ikke udelukkes at absorptionen af andre samtidigt administrerede lægemidler kan ændres. En hæmning af absorptionen af trospiumchlorid med aktive stoffer som guar, cholestyramin og colestipol kan ikke udelukkes. Derfor anbefales samtidig administration af lægemidler indeholdende disse aktive stoffer med trospiumchlorid ikke.

Bivirkninger: Meget almindelige: Mundtørhed. Almindelige: Tørre øjne, dyspepsi, forstoppelse, forværring af forstoppelse, mavesmerter, udspilet mave, kvalme, tørhed i næsen. Ikke almindelig: Flatulens. Sjælden: Asteni, miktionsforstyrrelser, urinretention, udslæt. Meget sjælden: urinvejsinfektion, hovedpine.

Udlevering: B – alment tilskud. Priser og pakninger: 60 mg depotkapsler, 28 stk. kr. 304,80. Ekskl. recepturgebyr. Priserne er gældende pr. 4. april 2011.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Madaus GmbH, 51067 Köln, Tyskland

Teksten er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres fra Meda AS.

Ref. 1) Staskin D. et al: The Journal of Urology, Vol. 178, 978-984, September 2007.

Referat DUGS Ordinære Generalforsamling (GF), 7. januar 2011, Skejby

1. Dirigent – Torsten Sørensen (TS) blev enstemmigt valgt. TS erklærede GF for lovlig og retligt indkaldt i henhold til vedtægterne.

2. DUGS formand overlæge Susanne Axelsen (SA) kom med beretning. DUGS har eksisteret i 6 år, det er et kendt selskab blandt den tværfaglige gruppe af læger, sygeplejersker og fysioterapeuter, der arbejder med urininkontinens- og urogenital prolaps behandling. Specialeplanen har fyldt meget. Især inden for urogynækologi har det været diskuteret hvilke afdelinger, der skulle have hvilke funktioner, og hvad kom til at ligge i privatklinik regi.

DUGS er kommet med forslag til vedtægtsændringer for DUGS – disse ses i indkaldelsen til denne Generalforsamling. Vedtægtsændringerne kan vedtages på en ekstraordinær Generalforsamling d. 25. marts 2011 i Odense ifbm. DUGS kursus.

DUGS bestyrelse er blevet opmærksomme på, at tolkningen af vedtægterne ikke er entydig. Susanne Axelsen genopstiller som Formand indtil næste GF, da vil vedtægtsændringerne formentlig være trådt i kraft. Desuden gjorde SA opmærksom på, at hvis blot én i GF ikke kunne acceptere dette, ville hun trække sig.

Prof. Steen Walter forlader DUGS bestyrelse – Steen har været med til at stifte DUGS for 6 år siden og har været inspirerende, klog og med et stort netværk og erfaring i bestyrelsesarbejde. Steen har desuden været en driftssikker kasserer, foruden at han har arbejdet aktivt for at DUGS kunne blive medlem af Dansk Medicinsk Selskab (DMS), hvilket er lykkedes. Tak for samarbejdet - vi håber, at vi må trække på din store indsigt fremover.

Fremtidig medlemsadministration kommer til at køre i DMS regi (fra årsskiftet 2010/2011 "Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber" (LVS)). LVS kommer til at opkræve medlemsgebyr samt udsende rykkere, dog kun for de lægelige medlemmer af DUGS. Desuden har DUGS mulighed for at ansøge LVS om tilskud til at invitere udenlandsk foredragsholder f.eks. ifbm. årsmøder eller kurser.

Der er i DSOG regi en guideline gruppe, der har arbejdet med avanceret udredning af urininkontinens. Arbejdet er ved at være færdigt og kan ses på www.dsog.dk under Hindsgavl guidelines.

DUGS Nyt redaktør Torsten Sørensen har valgt at overlade jobbet til anden side. Tusind tak Torsten for din store indsat med at få bladet i flot opsætning og med meningsfyldt indhold. Vi øn-

sker dig god arbejdslyst på den nye post som Præsident for Kontinensforeningen. Samtidig byder DUGS overlæge Lene Paulsen, Hillerød, velkommen som ny redaktør for DUGS Nyt.

DUGS hjemmeside fungerer fint med overlæge Ulla Darling Hansen, Odense, ved roret.

DUGA Basen har udviklet sig, men der er fortsat plads til forbedringer. Overlæge Ulrik Kesmodel har overblikket over databasen og leverer fin feedback, så vi løbende kan forbedre indberetningerne.

3. Beretning fra udvalg:

Spørgeskemaudvalg – beretning v/ overlæge Karin Glavind, Ålborg. Gruppen har gennemført målet og fået lagt div. oversatte spørgeskemaer på DUGS hjemmeside. Gruppen har ikke holdt møder det seneste år og vil formentlig nedlægge sig selv efter et afsluttende møde.

Kursusudvalg – beretning v/ afd.læge Marianne Glavind-Kristensen (MGK), Skejby. I det forløbne år har der været afholdt temadag for sygeplejersker med 59 deltagere. Emner var kateterpleje i primærsektoren, sex og urininkontinens. D. 4. marts er der temadag for sygeplejersker – dagen afholdes i Ørestaden og emnet er anal inkontinens.

Der har desuden været afholdt møde/kursus i Odense 9. april 2010, hvor emnet var anvendelsen af DUGA Basen – 34 deltog. Kommende DUGS kursus foregår i Odense d. 25. marts og temaet er uro-obstetrik.

MGK træder ud af kursusudvalget. Ind er trådt Astrid Ammendrup. Herudover består kursusudvalget af Lars Alling Møller, Berit S Larsen, Heidi Christensen, Eva Kleberg Andersen, Thomas Larsen.

Kodeudvalg – beretning v/ overlæge SA. Kodeudvalget består af SA, Gunnar Lose, Søren Brostrøm, Marianne Ottesen Weinche, Karl Møller Bek, Ulla Darling Hansen og Astrid Ammendrup. Kodebog er undervejs, dvs. i trykken.

4. Kasserer Steen Walter fremlagde foreløbigt regnskab – dette gennemgås af selskabets revisor Morten Thyge Madsen og revisorsuppl. Ole Nielsen. Det endelige regnskab godkendes i DUGS bestyrelse og trykkes i kommende DUGS Nyt.

5. Forslag til budget det kommende år i bestyrelsen inkluderede 25.000 kr til rejseudgifter og forplejning ifbm. bestyrelsesmøder. Det tidligere vedtagne kontigentbeløb på 100 kr. pr. medlem pr. år fortsætter også i fremtiden, blot opkræves dette via LVS for lægernes vedkommende.

6. Susanne Axelsen genopstillede som **formand**. En enig GF genvalgte SA som formand det kommende år.

7. Søren Brostrøm (SB) genopstillede og blev valgt. Steen Walter fratrådte sin post i bestyrelsen, idet han jf. vedtægterne ikke kunne genopstille. **Steen Walter** var med til at stifte DUGS i 2006 og har ydet en stor indsats for selskabet ifbm. dannelsen og arrangement af årsmøderne. Og ikke mindst, har han holdt helt styr på selskabets økonomi og overleverer en flot plads til et kommende bestyrelsesmedlem. Sten Walter blev udnævnt til Æresmedlem af DUGS.

1. reservelæge (Urologi) **Charlotte Graugaard**, Skejby, blev valgt ind i DUGS bestyrelse – vi glæder os meget til samarbejdet.

8. Valg til udvalg: se punkt 3.

9. Morten Thyge Madsen genopstillede og blev valgt til revisor, og **Ole Nielsen** genopstillede og blev valgt til revisor-suppleant.

10. Indkomne forslag:

Forslag fra **Ulla Darling Hansen** om at der skal være DRG – koder på recidiv (af inkontinens/prolaps) samt DRG kode på prolaps operationer, hvor der er indsat mesh.

SB anbefalede, at vi bruger systemet

som det er nu mhp. at få de rette koder oprettet – dvs. via DSOG til Sundhedsstyrelsen.

SA pointerede, at det ville være hensigtsmæssigt, at DUGS kom med forslag til DRG koder/takster og samarbejdede med DSOG om dette. Uhensigtsmæssigt hvis forslag til koder/takster ville komme fra afdelingerne enkeltvis.

11. Evt. ingen punkter under eventuelt.

*Referent
Mette Hornum Bing, sekr. DUGS*

*Godkendt af Susanne Axelsen, Formand,
DUGS*

Næste nummer

af DUGSNyt

udkommer primo december 2011

Manuskripter sendes i

Word-format til

l.b.paulsen@dadlnet.dk

senest den 10. november 2011

WANTED

FLERE

TVÆRFAGLIGE INDLÆG!

HAR DU ET UROGYNÆKOLOGISK PROJEKT,

VI ALLE KUNNE LÆRE AF,

SÅ ER CHANCEN DER VED NÆSTE ÅRSMØDE!

SEND ET ABSTRAKT

Dansk Urogynækologisk Selskab holder Årsmøde den 6. januar 2012 på Aarhus Universitetshospital Skejby

Abstracts, der ønskes publiceret i DUGSNyt nr. 2 – 2011, sendes senest d. 10. november 2011 til DUGS sekretær Mette Hornum Bing

mbing@dadlnet.dk

Abstractet skal bygges op med formål, metoder, resultater, diskussion og må max. fylde 200 ord. Desuden skal det tydeligt fremgå, hvad det pågældende abstract bidrager med.

DEN NYE REDAKTØR SIGER GODDAG

Den 1. januar 2011 overtog jeg posten som redaktør for DUGSNyt efter Torsten Sørensen.

Jeg ser frem til opgaven som jeg vil gå til med ildhu og forsøge på bedste vil at holde standarden af det fine blad som DUGSNyt ved bl.a. Torstens indsats er blevet til. Jeg skal forsøge at holde antennerne ude og håber på at modtage mange interessante indlæg fra bladets interessenter og læsere til de kommende blade. DUGSNyt vil fortsat udkomme 2 gange om året og bringe nyt fra nær og fjern.

Af Lene Paulsen



KÆRE DUGSNYT LÆSER

Er du endnu ikke medlem af DUGS, men ønsker du at blive det, kan du rette henvendelse til DUGS sekretær Mette Hornum Bing på mbing@dadlnet.dk.

Medlemsgebyret er fortsat kr. 100,00 årligt og kan indbetales på DUGS konto i Lægernes Pensionsbank: Reg.nr. 6771 konto 0006154413.

Alle medlemmer modtager 2 gange om året DUGSNyt.

DUGS Ekstraordinære Generalforsamling (EGF) Fredag d. 25. marts, 2011 i Odense

1. Dirigent – Lars Alling Møller (LAM) blev enstemmigt valgt. LAM erklærede den Ekstraordinære Generalforsamling for lovlig og rettidigt indkaldt i henhold til vedtægterne. 34 medlemmer deltog i den Ekstraordinære GF.

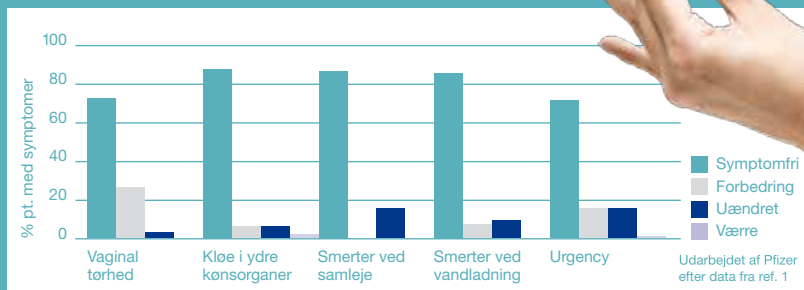
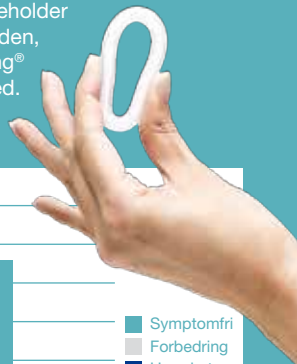
2. Afstemning om fremsatte forslag fra DUGS bestyrelse om flg. vedtægtsændringer:
§2, stk. 8 'Selskabet skal søge optagelse i Dansk Medicinsk Selskab - ændres til: 'Selskabet er medlem af Dansk Medicinsk Selskab'
Ændring blev vedtaget uden afstemning
§ 10, stk. 2: Formanden og bestyrelsens medlemmer vælges for to år ad gangen. Dog vælges to af bestyrelsens medlemmer for ét år ved den stiftende generalforsamling. Der er mulighed for genvalg i yderligere to perioder á to år.
- ændres til: Formanden og bestyrelsens medlemmer vælges for to år ad gangen. Ingen kan beklæde formands- eller næstformandsposten i mere end to år, og ingen kan være medlem af bestyrelsen i mere end tre på hinanden følgende fulde perioder.
Ændring blev vedtaget ved afstemning (29 for 1 imod, 4 undlod at stemme)
§ 13: På generalforsamlingen vælges et medlem som revisor og et medlem som revisor suppleant, jf. § 6 stk. 5. Forud for selskabets generalforsamling gennemgår revisor selskabets regnskaber og afgiver skriftlig erklæring til generalforsamlingen.
- ændres til: På generalforsamlingen vælges for to år ad gangen et medlem som revisor og et medlem som revisor suppleant, jf. § 6 stk. 5. Der er mulighed for genvalg i yderligere to perioder á to år. Forud for selskabets generalforsamling gennemgår revisor selskabets regnskaber og afgiver skriftlig erklæring til generalforsamlingen
Ændring blev vedtaget uden afstemning
§ 16: Vedtægterne træder i kraft ved vedtagelsen på den stiftende generalforsamling den 26. maj 2005 - ændres til: Vedtægterne træder i kraft ved vedtagelsen. Valgreglerne anvendes første gang ved den førstkommande ordinære generalforsamling i 2012.
Ændring blev vedtaget uden afstemning
3. Ingen punkter til evt.

*Referat på vegne af DUGS bestyrelse
Mette Hornum Bing, sekretær
Godkendt af Susanne Axelsen, formand*



Estring® Estradiol er en enkel og naturlig vej til et liv uden vaginale gener

Mange ældre kvinder oplever gener i skeden som følge af østrogenmangel, hvilket kan påvirke den generelle livskvalitet (1). Med Estring® kan du tilbyde en enkel og naturlig løsning. Estring® er en blød og smidig ring, der indeholder det naturlige kønshormon estradiol. Estring® placeres i skeden, hvor den afgiver en lille, konstant mængde østrogen. Estring® skal kun skiftes 4 gange om året, hvilket betyder mere frihed. For yderligere information eller evt. konsulentbesøg kontakt Anita Schebye, mail: Anita.Schebye@pfizer.com



Figuren er udarbejdet af Pfizer efter data fra ref. 1: Peter Smith et al. Maturitas 16 (1993) 145-154



Lokal østrogenbehandling,
enkelt og naturligt

Estring®
Estradiol

Forkortet produktinformation for Estring® (estradiol)

Est-11-01-12. Maj 2011

Vaginalindlæg 7,5 mikrogram/24 timer

Indikationer: Forandringer i vulva og vagina forårsaget af østrogenmangel. **Dosering:** Vaginalindlægget anbringes dybt i vagina og bæres kontinuerligt i 3 måneder. Herefter udskiftes det med et nyt. **Kontraindikationer:** Udiagnosticeret vaginal blødning. Ubehandlet endometrie hyperplasi. Manifest, tidligere eller mistanke om brystcancer. Østrogen-afhængig neoplasi. Aktiv dyb venetrombose. Aktiv eller mulig overstået lungeemboli. Aktiv eller mulig overstået arterielle tromboemboliske lidelser (f.eks. slagtilfælde, myokardieinfarkt). Nedsat leverfunktion eller manifest/anden leversygdom. Graviditet eller mistanke om graviditet. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et af de øvrige indholdsstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen:** Vaginalindlægget kan falde ud eller ændre placering i forbindelse med afføring. Estring er muligvis ikke egnet til kvinder med vaginal stenose, kort eller meget snæver vagina. Kvinder med meget snæver vagina, vaginal stenose, prolaps og vaginal infektion har større risiko for irritation og sårdannelse i vagina ved brug af estradiol. Kvinder med udtalt vaginal irritation bør kontakte lægen. Kvinder med symptomer på abnormt vaginalt udlåd, vaginalt ubehag eller blødning bør undersøges for sårdannelse, infektioner eller atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandling. Mindre irritationer er ofte forbigående. Behandlingen bør afbrydes hos kvinder, der får vedvarende eller svært ubehag ved brug af vaginalindlægget, eller hvis vaginalindlægget kontinuerligt displaceres. Behandlingen bør afbrydes hos kvinder med tegn på sårdannelse eller svær inflammation, der skyldes atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandlingen. Kvinder med vaginal infektion, der får systemisk behandling, kan fortsætte behandlingen uden afbrydelse. Ved brug af anden vaginalt administreret medicin bør vaginalindlægget fjernes. **Interaktioner:** Ingen kendte. Estring anvendes som lokalbehandling i lave doser, og der forventes derfor ingen klinisk relevante interaktioner. **Graviditet og amning:** Estring er ikke indiceret under graviditet. Hvis graviditet opstår under behandling med Estring, skal behandlingen straks ophøre. Resultater fra de fleste epidemiologiske studier, har til dato ikke indikeret, at der er teratogene eller føtotoxiske virkninger. Estring er ikke indiceret under amning. **Bivirkninger:** Generelt er der få bivirkninger ved brug af Estring. Bivirkninger er for det meste milde og forbigående. Meget almindelige (< 1/10): Leukorhea. Almindelige (>1/100 og <1/10): Urinvejsinfektion, øvre luftvejsinfektion, sinuitis, søvnløshed, hovedpine, hedsstigning, abdominal smerte, kvalme, pruritus, artropati (inkl. artralgi, artrosi), rygsmerter, vaginal blødning, vaginal irritation/ubehag, vaginitis, moniliasis genitalis, urogenital pruritus, brystsymptomer (inkl. brystspænding, forstørrede bryster, mastalgi), influenza-lignende symptomer. Overdosering: Ikke relevant. Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 18. April 2011. Vnr. 559948. Vaginalindlæg 7,5 mikg/24t. 1 stk. kr. 443,74. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Ja.

Den forkortede produktinformation er baseret på det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produkt-resumé dateret den 10. august 2006. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. (ESTR 015 ASmPC V2.0 01Okt2009)



Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

Som medlem af selskabet modtager man to årlige medlemsblade. Desuden får man tilbud om deltagelse i årsmødet og andre arrangementer og aktiviteter i DUGS.

Alle læger, sygeplejersker og fysioterapeuter med særlig interesse for urogynækologi kan blive medlem.

Som ekstraordinære medlemmer optages danske eller udenlandske firmaer og andre med særlig interesse for selskabet og dets formål.

Henvendelse om medlemskab rettes til selskabets sekretær, afdelingslæge Mette Hornum Bing på e-post-adressen:

mbing@dadlnet.dk.

Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank

Reg. nr. 6771

Konto nr. 61 54 413

Dansk UroGynækologisk Selskab

Regnskab og Status 2010.

Status og saldo 31.12.2009.	kr.	313.230,00
Status og saldo 31.12.2010.	kr.	305.227,32
Underskud	kr.	8.000,68

Indtægter:

Kontingenter og mødeafgifter betalt i 2010:	kr.	57.072,65
Udstilling Årsmøde 2010	kr.	21.560,00
Renter	kr.	2.885,90
I alt	kr.	81.518,55

Udgifter:

Bestyrelsesmøder og rejser	kr.	32.086,73
Hjemmeside	kr.	1.118,75
IUGA legat	kr.	15.000,00
DusgNyt	kr.	29.946,00
(DusgNyt efterår 2010 kr. 37.375,00 betales 070111)		
Skat og Moms	kr.	10.512,00
I alt	kr.	89.521,23

28. februar 2011.

Morten Thyge Madsen	Steen Walter
Revisor	kassererer

Skal en potentiel urogynækologisk ekspert melde sig som EXPU studerende?

Funktion på afdeling med højt specialiseret funktion

Hvis ambitionsniveauet er at kvalificere sig til en stilling i urogynækologisk team, som arbejder med højt specialiseret funktion, vi jeg anbefale, at man bliver EXPU studerende tidligt i uddannelsen.

Funktion på regionshospital:

EXPU retter sig derimod ikke imod funktion på regionshospital.

DSOGs bestyrelse har tidligere diskuteret implementering af et subspecialisering-program rettet imod funktion på regionshospital. Denne uddannelse kunne kræve mindre end EXPU mht. bl.a. videnskabelig produktion og til udlandsophold. Det vil muligvis være relevant at genoptage denne diskussion.

EXPU

Formålet er bl.a. at

- Hjælpe den uddannelsessøgende med at gennemføre en relevant og effektiv uddannelsesplan.
- Fastholde bl.a. sygehusejerne, i deres forpligtigelse mht. økonomisk støtte til gennemførelsen af uddannelsesplanen.

Der indgår tre hovedelementer:

- En klinisk dimension, som skal være forankret på afdeling med højt specialiseret funktion, og som inkluderer mindst 6 mdr. målrettet ophold på anden afdeling, heraf mindst 6 mdr. i udlandet.
- En forskningsdimension som indebærer forskning på ph.d. niveau indenfor ekspertområdet.
- Formidling/undervisning

Forløb

- EXPU vil som hovedregel forløbe over 3 år.
- Hovedparten af uddannelsen skal finde sted på en afdeling med højt specialiseret funktion.
- Mindst 6 måneder skal finde sted på anden afdeling end uddannelsesstedet, heraf mindst 3 måneder i udlandet.

En af de gode ting ved EXPU er, at den tvinger den uddannelsessøgende og sygehusejeren til at lave et målrettet program, der fagligt lever op til international standard, og som er logistisk og økonomisk gennemtænkt.

En af de hårde ting ved EXPU er, at det kan være vanskeligt at gennemføre programmet, hvis man ikke på forhånd har betydelig forskningserfaring indenfor ekspertområdet. EXPU vil sædvanligvis acceptere forlængelse af studieperioden, hvis ikke ansøger har relevant forskningserfaring.

En af de dårlige ting ved EXPU er, at den til per automatik udløser løntillæg. Man vil dog stå meget stærk ved ansøgning af overlægestilling indenfor ekspertområdet.

Konklusionen er derfor, at man altid skal etablere et EXPU forløb, hvis man er interesseret i kompetencer på højt niveau. Se i øvrigt www.dsog.dk mht. nærmere beskrivelse.

Høj faglig kvalitet på årets temadag for sygeplejersker!

DUGS holdt den 4 marts 2011 det årlige kursus/temadag for kontinenssygeplejersker og andre interesserede faggrupper. Der har tidligere været et ønske om, at mødet holdes et andet sted end København, da det er langt at tage for de jyske og fynske sygeplejersker, men vi samledes igen i år i Ørestaden, København.

Emnet var denne gang analinkontinens og kursusledelsen havde sammensat et varieret og spændende program for dagen.

Første indlæg var om den sygeplejefaglige udredning og behandling af patienter med analinkontinens og blev holdt af afdelingssygeplejerske Birgitte Bøje fra Analfysiologisk Klinik ved Århus Sygehus. Hun blev efterfulgt af afdelingslæge Peter Christensen fra samme afdeling, som redegjorde for den lægelige udredning og behandling.

Tilsammen gav de et godt indblik i et typisk udednings- og behandlingsforløb for denne patientgruppe.

Efter frokost havde Birthe Bonde et indlæg om fysioterapi til analinkontinente og efterfølgende fortalte overlæge Lone Mouritsen, Herlev Hospital om årsager til og behandling af kvinder med dobbelt inkontinens og prolaps.

Sidste indlæg kom fra afdelingslæge Marianne Glavind-Kristensen og omhandlede analinkontinens efter fødsel.

Foredragsholderne havde stillet deres indlæg til rådighed for dem, som ikke kunne deltage indtil d. 16. april, men de kan i skrivende stund stadig ses på DUGS's hjemmeside. Vi vil gerne opfordre til, at de gemmes, så der er mulighed for at søge inspiration eller genopfriske nogle af dagens informationer, skulle man have brug for det.

Programmet i år var af en utrolig høj faglig standard og gav en bred introduktion til et område, som omfatter både urogynækologi og gastroenterologi. Alle deltagere er helt sikkert gået hjem kloge end da de kom!

Næste nummer

af DUGSNyt

udkommer primo december 2011

Manuskripter sendes i
Word-format til

l.b.paulsen@dadlnet.dk

senest den 10. november 2011

Good Urodynamic Practice - an ICS-certified course in urodynamic evaluation of female patients

Copenhagen

**27 October 2011, 9:00-17:00, and 28
October, 9:00-12:00**

This is the only such course in Scandinavia to be certified by the International Continence Society (ICS). This course will be held in English. This course is targeted at urologists, gynecologists, nurses, continence therapists and other professionals who use urodynamic evaluations in their daily practice, and multi-professional interaction is encouraged.

The program is consistent with the ICS recommended curriculum. Certificates will be issued to participants. Hands-on training in our urodynamic lab is available on request. Prominent speakers from the Nordic countries have been invited. The course will be interactive, with workshops and case demonstrations, including discussions of participants' own cases. English will be used, if non-Scandinavian speaking participants register.

Faculty:

Prof. Gunnar Lose, DMSc

Dr. Søren Brostrøm, PhD

Dr. Niels Klarskov

Ms. Berit Larsen, RN

Dr. Svend Mortensen, DMSc, urologist

Registration fee incl. lunches and breaks is DKK 1500 = 200 EUR. The course will be held in Central Copenhagen, with very easy access by air or rail. Hotels in all price categories are within walking distance.

If you are interested in participating, please e-mail soren@brostrom.dk to receive your registration package. Please register no later than 1 September

TENTATIVE PROGRAMME

Anatomy, normal micturition physiology
CNS control of the lower urinary tract
ICS-terminology
ICI-classification of urodynamic evaluation: non-invasive vs. invasive

Non-invasive urodynamic evaluation:

- Voiding diary
- Uroflow
- Residual urine

Introduction to invasive urodynamic evaluation

- Cystometry and pressure/flow voiding study
- Normal values

Pressure/flow studies

- Controversies
- How to distinguish obstruction and hypoactive detrusor

Urodynamic nursing:

- Practical set-up of the urodynamic lab
- Slide-show: urodynamics step-by-step
- Protecting patient integrity

Workshop:

- Equipment demonstration
- Catheters & transducers
- Balancing & calibration
- Safety

Workshop:

- Errors & artefacts

Evaluating urethral function

- Definitions
- Methods
- 'Low pressure urethra' discussed
- Novel techniques

Imaging the lower urinary tract

Neurogenic lower urinary tract dysfunction

Urodynamic investigations in men and children



Uroobstetrik den 25. marts 2011 på H. C. Andersen Hotel i Odense

DUGS arrangerede igen et godt og alsidigt tværfagligt kursus. Indlæggene berørte områder, der kobler fysioterapeuter, jordemødre, sygeplejersker, obstetrikere og gynækologer samt urologer sammen i behandlingen af kvinder i graviditeten, under og efter fødslen. Udenlandsk gæsteforedragsholder var Philip Toozs-Hobson, Birmingham Women's NHS Foundation Trust (8000 fødsler og ca. 120-150 OASIS pr. år). Han viste en analyse fra egen afdeling af 168 kvinder med OASIS. Af disse valgte 59% efterfølgende at føde vaginalt og 41% ved elektivt sectio. Af de som fødte vaginalt fik 3% på ny sfinkterruptur. Indikationerne for efterfølgende elektivt sectio fordelte sig således: maternal request(asymptomatisk) 46%, maternal request(trumatisk fødselsoplevelse) 13%, fækal urgency 27%, fækal inkontinens 4%, stort fosterskøn 6% og anal defekt ved UL 4%. Han viste en video med laparoskopisk hysteropexi, som i Deres regi er en god procedure, dette med baggrund i data fra BSUGs (Englands DUGS) database - etableret til registrering af operatiner. QoL undersøgelser og databaser er nødvendige i evalueringen af POP-operationer og han opfordrede til at registrere og monitorere i databaser. Ved gennemgang af litteraturen fastslog han, at paritet og fødselsmåde utvivlsomt er medvirkende faktorer ved urininkontinens og POP, men genetiske og anatomiske faktorer har tillige betydning.

Karin Glavind tog emnet op og refererede flere interessante artikler. Da hun til salens tilhørere spurgte, om nogle ville udføre pro-

lapsoperation på en kvinde, der endnu ikke havde født alle de ønskede børn, var der flere der tilkendegav et "ja", ud fra en vurdering af gener og samtidig information af kvinden om ricisci. De fleste ville anbefale sectio som forløsningsmåde ved graviditet efter prolapsoperation. Vedrørende risiko for inkontinens efter vaginal fødsel vovede Karin at spørge publikum, om nogle ville tilbyde inkontinenskirurgi til kvinder, der gerne ville føde flere børn – og igen var der flere, som mente de ville, afhængig af genegraden. Måske er der en øget risiko for inkontinens ved vaginal fødsel efter TVT og sectio bør overvejes som forløsningsmetode. Man kunne fornemme et flertal blandt publikum, som var enig i denne anbefaling.

Sten Buntzen tog os med gennem behandlingstilbuddene ved fækal inkontinens lige fra minimal care tiltag som kostregulering, BBØ, Bulking, transanal irrigation over SNS til avancerede rekonstruktive operationer og stomi. Flotte slides og klar besked om, at med minimal care kommer man langt og SNS har en høj succesrate i behandlingen af fækalininkontinens. At graviditet i sig selv er en risikofaktor for urininkontinens(UI), specielt stress urininkontinens(SUI) viste Bent Hansen, og 1/3 af gravide førstegangsfødende oplever let til moderat UI allerede under graviditeten. 15% af nullipara kvinder havde oplevet UI inden første graviditet.

Søren Brostrøn gav et foredrag om bækkenbundsøvelser(BBØ). Patienter med symptomer har effekt af BBØ. Der er ikke evidens for, at lade gravide kvinder træne BBØ

profylaktisk. Hvis man derimod frembyder fækalinkontinens, kan cirka halvdelen blive symptimfri ved BBØ. Ligeså reducerer BBØ efter sfinkterruptur forekomsten af analinkontinens. Sekundær forebyggelse af UI ved BBØ giver godt 20% nedsat risiko.

Lars Alling Møller gennemgik risikofaktorer ved postpartum urinretention. Specielt skal opmærksomheden henledes på regional anæstesi og instrumentel forløsning og tilstanden kan være relativ asymptomatisk – f.eks. i form af øget residualurin. Han gav et forslag til en håndterings algoritme – tak!

Rikke Bek Helming klarlagte begreber som asymptomatisk bakteriuri, symptomatisk bakteriuri med urinvejssymptomer, recidiverende UVI, GBS og anbefalinger for svangreomsorg 2009. Gav en overskuelig udrednings- og behandlings algoritme. Det hele var godt understøttet af relevante cases – tak for en klar vejledning.

Allan Ryhammers anbefalinger ved nyre og uretersten hos gravide kunne jeg også tage med hjem. Forekomsten som hos ikke gravide og 75% afgår spontant. Behandlingen langt hen ad vejen konservativ, med analgetika og lejring på modsatte side. Diagnostiske redskaber er UL, CT oversigt og MR. Kirurgisk behandling er indiceret ved total obstrueret afløb eller ved inficeret hydronefrose eller urosepsis. Drænage i form af nefrostomi < 22 uger < JJ kateter, idet risikoen for migration og infektion er størst ved JJ kateter. Halvfems % af alle gravide har let dilatation af ureter (uden sten) og op til 7 % har symptomer. Diagnostikken er som ved mistanke om sten, for at afklare denne problematik.

Marianne Glavind gennemgik principperne for level I, II og III anal UL-undersøgelse af det anale sfinkterapparat. Understregede vigtigheden af rektal eksploration efter fødslen med henblik på af afsøge sfinkterdefekter. UL skal gøres ved symptomer på analinkontinens, svær urgency eller fækal inkontinens - ikke som rutineundersøgelse. Suturering af overset/skredet sfinkter kan foregå op til 3 uger efter fødslen. Funktionen er selvsagt centraliseret. En del afdelinger har faste opfølgings rutiner for kvinder med sfinkterruptur. I DSOG regi arbejdes med revision af foreliggende guideline og prikken over i'et vil efter min mening være en landsdækkende database til registrering og opfølgning af alle sfinkterrupturer.

Astrid Højgaard forsikrede os om, at selvom samlivet lider det 1. år efter partus, er der tendens til bedring over tid, af seksuel dysfunktion som komplikation til fødsel. Coitalfrekvensen er nedsat det første år postpartum og 69 % har smerter ved 1. coitus pp. Efter syv måneder har 95-100% haft coitus. Sfinkterruptur medfører RR på 1,8 for ikke af have haft coitus 6 mdr. pp. Graden af traume er korreleret til dyspareuni og 10-14% har persisterende gener efter udrifter/episiotomi eller instrumentel forløsning...men heldigvis synes seksualfunktionen 12 mdr. pp ikke korreleret til fødselsmåden.

Og således kunne man fortrøstningsfuld gå hjem til mand og børn efter et godt kursus.

Personen bag operationen Howard Atwood Kelly



En af de mange operationer for stressinkontinens, der er blevet udviklet gennem tiderne, er den såkaldte Kelly-plastik. Den består i placeringen af en madrassutur under den uretrovesikale vinkel med henblik på at stramme den pubovesikale fascie og løfte overgangen mellem blære og uretra.

Metoden blev beskrevet første gang i 1913 af Howard Atwood Kelly og var i mange år sammen med Burch-operationen en af de mest anvendte metoder til operativ behandling af urininkontinens. Metoden anses nu for at være obsolet.

Howard Kelly var den yngste og mest farverige af professorerne ved Johns Hopkins Hospital omkring 1900-tallet. Han blev født den 20. februar 1858 i New Jersey i USA.

Faderen deltog som frivillig i den amerikanske borgerkrig, og derfor var det moderen, som tog sig af Kellys opdragelse. Hendes interesser var bibelen og naturhistorie, og det smittede af på Kelly. Han fik de samme interesser, og de fulgte ham hele livet. Han lærte sig senere både hebræisk og græsk og prædikede ofte i de episkopale kirker.

I 1882 blev Kelly læge fra Universitetet i Pennsylvania efter at have gået et år om. Han havde nemlig læst så intensivt i det tredje studieår, at han udviklede en form for søvnløshed, og det gjorde det umuligt for ham at læse videre. I stedet tilbragte han et år med at arbejde på en ranch i Colorado.

Ikke lang tid efter, at han var blevet læge, grundlagde han Kensington Hospital for Women i en toværelses lejlighed på anden sal. Og dermed havde han stiftet et af de første hospitaler, som tog sig af kirurgisk behandling af kvindesygdomme.

Kelly var en gudbenådet operatør, hvori mod han ikke interesserede sig synderligt for obstetrik. Men han havde dog publiceret flere artikler om obstetriske emner - bl.a. havde han udført og beskrevet det første kejsersnit i Philadelphia i 50 år. Men efter at han som 31-årig var blevet leder af den gynækologiske afdeling ved Johns Hopkins Hospital i Baltimore i 1889, beskæftigede han sig udelukkende med kvindesygdomme. Han fornyede den kirurgiske uddannelse og tog en række initiativer til at udvikle specialtet.

Da han engang ville udføre en cystoskopi med væske i blæren, tabte han cystoskopet på gulvet, hvorved okularet blev ødelagt. Men på det tidspunkt havde han bemærket, at vagina blev fyldt med luft, når patienten blev anbragt i knæalbue-leje. Han fik da den tanke, at en tom blære også ville udspilet af luft, når patienten blev anbragt på samme måde. Det viste sig at være tilfældet, og Kelly udviklede på den måde den såkaldte luft-cystoskopi, hvor han direkte kunne se blærens indre og identificere og kateterisere ureteres.

I perioden 1893 til 1894 publicerede en række artikler, hvor han beskrev cystoskopet og teknikken bag det. Men i 1896 hævdede Karel Pawlik gennem sine assistenter, at ideen med luft-cystoskopet oprindeligt var hans. Det førte desværre til diskussioner, som trak ud i årevis.

Kelly opfandt bleer, servietter og adskillige instrumenter, der lettede kirurgens arbejde. Og på et tidspunkt fik han lejlighed til at overtage et privat sanatorium, som blev omdøbt til Howard A. Kelly Hospital; her var han en af pionererne, der behandlede cancer med radium.

Howard Kelly deltog ivrigt i socialt hjælpearbejde og donerede meget store beløb til dette. I det hele taget var han særdeles flittig. Han var en fremragende operatør og udgav *Operative Gynecology* i to bind, som kom til at sætte standarden for indhold, tekst og illustrationer for lærebøger. I alt omfattede hans bibliografi mere end 550 titler på bøger, tidsskriftsartikler,

pamfletter mv. Dertil kom et ukendt antal artikler til religiøse tidsskrifter.

I 1919 trak Kelly sig tilbage som professor ved Johns Hopkins Hospital. Han var da 60 år og kunne egentlig have fortsat, men han trak sig i protest mod hospitalets politik om, at alle ansatte skulle være fuldt beskæftiget ved hospitalet uden nogen form for bibeskæftigelse. Og da Kelly både havde en blomstrende privatpraksis og sit eget sanatorium, valgte han at lægge kræfterne der ind til sit otium. Samtidig plejede han sine religiøse og naturhistoriske interesser.

Under en af sine rejser til Tyskland blev Howard Kelly gift med Laetitia Bredow - datter af den fremtrædende professor Justus Bredow, som han havde mødt i Berlin. De levede lykkeligt sammen gennem 54 år, fik ni børn og døde med få timers mellemrum den 12. januar 1843.

Kilder:

1. *Howard Atwood Kelly.* www.wikipedia.org.
2. *Thomas F. Baskett. On the Shoulders of Giants.* London: RCOG Press 2008
3. *Harold Speert. Obstetric & Gynecologic Milestones.* New York & London: The Parthenon Publishing Group 2000.

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Overlæge, ph.d. **Susanne Axelsen**
Gynækologisk/obstetrisk afd. Y
Århus Universitetshospital, Skejby
8200 Aarhus N
susanne.axelsen@dadlnet.dk

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d. **Søren Brostrøm**
Gynækologisk/obstetrisk afd. G
Herlev Hospital
Herlev Ringvej 75
2730 Herlev
soren@brostrom.dk

KASSERER

Reservelæge
Charlotte Graugaard-Jensen
Urinvejskirurgisk afdeling K
Århus Universitetshospital, Skejby
8200 Aarhus N
graugaard@ki.au.dk

SEKRETÆR

Afdelingslæge, ph.d.
Mette Hornum Bing
Gynækologisk/obstetrisk afd.
Hvidovre Hospital
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre
mbing@dadlnet.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske **Annette Vestermark**
Medicinsk Center Hjørring
Sygehus Vensyssel
Bispensgade 37
9800 Hjørring
a.vestermark@rn.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Hillerød Hospital
Dyrehavevej 29
3400 Hillerød
l.b.paulsen@dadlnet.dk

SELSKABETS HJEMMESIDE
www.dugs.dk



KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting
Lissabon, Portugal
28. juni - 2. juli 2011

www.iuga.org

Dansk Urologisk Selskab (DUS)

Kursus i Urologi (Danehoffet)
Nyborg
22. august - 24. august 2011

www.urologi.dk

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Glasgow, UK
29. august - 2. september 2011

www.icsoffice.org

Danske Urogynækologisk Selskab

Årsmøde
Aarhus Universitetshospital Skejby
6. januar 2012

www.dugs.dk

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting
Brisbane, Australien
4.-8. september 2012

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Beijing, Kina
15.-19. oktober 2012

www.icsoffice.org

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

28. Bi-Annual meeting
18.-19. januar 2013
Helsinki, Finland

www.nuga-info.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Barcelona, Spanien
26.-30. august 2013

www.iuga.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Dublin, Irland
2013

www.icsoffice.org

Kære DUGSNyt-modtager

I forbindelse med DUGS Årsmødet i januar var der mange, der tilkendegav deres ønske om medlemskab. Medlemsgebyret for 2011 blev besluttet på generalforsamlingen i forbindelse med Årsmødet: 100 kr. for personligt medlemskab.

Der er fortsat mange, der ikke har betalt, og hvis du skulle være iblandt, vil vi gerne bede dig om at indbetale kontingentet på 100 kr. på

DUGS konto i Lægernes Pensionsbank: Reg. nr. 6771 konto 0006154413 snarest muligt.

Rigtig god sommer og på gensyn!

På vegne af DUGS bestyrelse
Mette Hornum Bing
sekretær for DUGS



Næste nummer

af DUGSNyt
udkommer primo december 2011
Manuskripter sendes i
Word-format til
I.b.paulsen@dadlnet.dk
senest den 10. november 2011

Vesicare® solifenacinsuccinat 5 mg eller 10 mg, svarende til hhv. 3,8 mg og 7,5 mg solifenacin. ***Lægemiddelform:** tabletter, film overtrukne. **Indikationer:** symptomatisk behandling af trang inkontinens og/eller hyppig vandladning og imperios vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. ***Dosering: voksne, inklusive ældre:** 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Doseringen kan øges til 10 mg én gang daglig, ved behov. **Børn og unge:** bør ikke anvendes, da erfaring savnes. **Patienter med nedsat nyre funktion:** patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR \leq 30 ml/min) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Patienter med nedsat leverfunktion:** patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7–9) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Administration:** tabletterne kan tages med eller uden mad og skal synkes hele med vand. **Kontraindikationer:** urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megacolon), myastenia gravis eller snærvinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Hæmodialysebehandling. Svært nedsat leverfunktion. Samtidig behandling med Vesicare og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol, ved svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion. ***Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges, før behandling med Vesicare påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes. Anvendes med forsigtighed til patienter med: klinisk signifikant blæreobstruktion med risiko for urinretention, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for nedsat gastrointestinal motilitet, svært nedsat nyrefunktion, moderat nedsat leverfunktion, samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer, hiatus hernie/gastro-øsofageal re uks og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogen tilstand som galactose intolerans, Lapp lactase mangel eller glucose-galactose malabsorption bør ikke tage Vesicare. ***Interaktion med andre lægemidler:** samtidig behandling med andre lægemidler, der har anticholinerge egenskaber, kan resultere i mere udtalte terapeutiske virkninger og bivirkninger. Der skal gå ca. en uge efter ophør af Vesicare behandling, inden en anden anticholinerg behandling påbegyndes. Den terapeutiske virkning af solifenacin kan nedsættes ved

samtidig administration af cholinerge receptoragonister. Solifenacin kan reducere virkningen af midler, der stimulerer den gastrointestinale motilitet, f.eks. metoclopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres af CYP3A4. Dosis skal begrænses til 5 mg ved samtidig behandling med ketoconazol eller terapeutiske doser af andre stærke CYP3A4 hæmmere (f.eks. ritonavir, nelonavir og itraconazol). Administration af Vesicare har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraceptiva (ethinylestradiol/levonorgestrel). Administration af Vesicare ændrede ikke på R-warfarins eller S-warfarins farmakokinetik eller deres virkning på protrombintiden. Administration af Vesicare viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik. ***Graviditet og amning:** bør kun anvendes med forsigtighed til gravide, da erfaring savnes. Bør undgås ved amning, da erfaring savnes. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** ingen mærkning. Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage akkomodationsforstyrrelser og i sjældne tilfælde somnolens og træthed, kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt. ***Bivirkninger:** klasse specifikke, anticholinerge bivirkninger, generelt af mild eller moderat grad. Incidensen er dosisrelateret. Mundtørhed forekom hos 11 % behandlet med 5 mg, hos 22 % behandlet med 10 mg og 4 % behandlet med placebo. Meget almindelige (>1/10): mundtørhed. Almindelige (> 1/100, < 1/10): akkomodationsforstyrrelser, konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Ikke almindelige (> 1/1000, < 1/100): urinvejsinfektion, blærebetændelse, somnolens, ændret smagsopfattelse, tørre øjne, nasal tørhed, gastro-øsofageal re uks, tør hals, tør hud, vandladnings besvær, træthed, perifere ødemer. Sjældne (> 1/10.000, < 1/1000): colon obstruktion, påvirkning af afføring, urinretention. Meget sjældne (<1/10.000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data): Hallucinationer, forvirringstilstand, svimmelhed, hovedpine, opkastning, erythema multiforme, kløe, udslett, nældefeber. **Udlevering:** B. Tilskud: tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr):** 5 mg, 30 stk: 446,40 kr. 5 mg, 90 stk: 1280,15 kr. 5 mg 100 stk: 1421,25 kr. 10 mg, 30 stk: 553,45 kr. 10 mg, 90 stk: 1595,55 kr. 10 mg, 100 stk: 1771,70 kr. (pris pr. d. 15.05.2011 inkl. recepturgebyr). Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk.

*Afsnittet er forkortet/omskrevet. Baseret på produktresumé dateret d. 27.11.2009. **Fuld produktresumé kan rekvireres hos registrerings inde haveren: Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark eller via www.laegemiddelstyrelsen.dk.** Revideret 6. september 2010.

