

DUGSNyt

7. årgang nr. 1 - 2013



Leder	3
Dugs Årsmøde	4
Referat DUGS generalforsamling 2013	8
Regnskab	11
Sygeplejetemadag d. 1. marts 2013.	12
Videnskab	14
Kurser	16
Ny specialeplan	21
NUGA	22
IUGA	23
Albert Herbert Aldridge	25
Kommende møder og Kongresser....	28

ICS 43.
ANNUAL MEETING
BARCELONA,
26. -30. AUGUST 2013

se www.ics.org

www.dugs.dk

DUGSNyt

7. årgang, nr. 1 – 2013

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)

v/ Rikke Guldborg Sørensen

læge, ph.d studerende

Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser

Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV

Odense Universitetshospital

rikke.guldborg.soerensen@rsyd.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

450

ISSN 1903-3168

Forsidebillede forestiller:

*Mosaik bænke af Antoni Gaudí i Parc Güell,
Barcelona*



Uddannelse af kommende speciallæger i urogynækologi

I begyndelsen af året afholdt DSOG et møde med flere sub-speciale repræsentanter vedr. den kirurgiske uddannelse af kommende speciallæger. DUGS var også inviteret og var bedt om at holde et indlæg om, hvad det urogynækologiske subspeciale kan bidrage til i den kirurgiske oplæring i speciallægeuddannelsen. Jvf. DugaBasens tal er det urogynækologiske operative volumen relativt stort – i alt 4204 forløb med prolapsoperation (2011). Så der bør være nok operativt at lære af. I den kommende målbeskrivelse – som dog ikke er godkendt endeligt endnu, er der lagt op til følgende færdigheds-mål i urogynækologi: udredning (D), cystoceleoperation (C), rectoceleoperation (B), perineoplastisk (B) og mesterlære i klinisk arbejde (altså kompetencestyret). Desuden er der foreslået et vejledende antal operationer som den enkelte uddannelsessøgende bør have foretaget.

Hvordan uddannelsen er organiseret på afdelingerne varierer meget, men for kontinuiteten, team-samarbejdet og kompetencen må en længere sammenhængende periode i urogynækologi utvivlsomt være en fordel. Det blev der for nyligt lagt mærke til på Gynækologisk-Obstetrisk afdeling i Herning, hvor man

med 3 måneders forløb i henholdsvis obstetrik, almen gynækologi og urogynækologi har fået fokuseret oplæring i ambulatoriet inkl. hos inkontinens-sygeplejerske, og operativt. Dette resulterede i dette års FYGO-pris, som netop er blevet uddelt - TILLYKKE til jer – flot gået og til inspiration for andre.

*DUGS bestyrelse, juni 2013
Mette Hornum Bing,
Susanne Greisen,
Rikke Guldborg-Sørensen,
Charlotte Graugaard
og Anette Vestermark*

EFTERLYSNING

Det årlige Sygeplejemøde for 2014 er i risiko for at udgå, idet der mangler planlæggere!

Så er der nogen der har lyst til at hjælpe og har gode idéer til indholdet af sådan en dag, så meld jer til:

Berit.Sejersen.Larsen@regionh.dk
Et hjertesuk!

Med venlig hilsen
Kursusudvalget for Sygeplejemødet

Highlights fra DUGS Årsmøde 4. Januar 2013, Herlev Hospital

DUGS formand Mette Hornum Bing bød os velkommen til DUGS Årsmøde på Herlev Hospital. Mødet bød på superrelevante og interessante foredrag fra ind- og udland for de fremmødte.

Dugabase styregruppen indledte mødet og kunne oplyse, at den ny brugerflade var gået i luften d. 3.1. Der har været en flot stigning i datakomplethed, som er tilfredsstillende. Dog stadig stor forskel mellem de private og offentlige institutioner. Ventetiden opfyldes for praktisk talt ingen institutioner. Den første publikation med tal udtrukket

i DugaBasen er publiceret i 2012 v. Rikke Guldberg. Det sidste års tid er der sket en masse. RES urin indikatoren er udgået i 2011. Indikatoren for objektiv vurdering af effekten af prolapsoperationer opfyldes ikke, men indikatoren for den patientoplevede succes opfyldes. Tre nye indikatorer vedrørende recidiv af inkontinens og recidiv af prolaps, som skal være mindre end 10 %. Den nye brugerflade med nyt indtastningsmodul skulle indeholde store forbedringer, man skal som indtaster ikke gøre noget nyt, men det er simplificeret og der er specielt lavet lettelser i delen admi-



DUGS ÅRSMØDE

nistrative data med en hent knap, som henter alle de relevante oplysninger. Der er lavet mulighed for at oprette ekstra kontrolskemaer således, at virkeligheden afspejles bedre i database forløbet. Bedre skærbilleder således, at man ikke skal scrolle så meget.

Der er udarbejdet en bedre brugermanual med information om, hvad der forstås som koblede forløb. Der kommer en ny manual med information om, hvordan man trækker egne data fra DugaBasen. Til sidst blev nævnt, at der er mulighed for projektarbejde for særligt interesserede vedr. validiteten af komplikationsregistreringen!

Professor Morten Sodeman, OUH, holdt interessant indlæg om inkontinente etniske minoritetskvinder. At få fat på, hvad der er patientens vigtigste problem kan være svært og det er sværere når patienten og lægen ikke taler samme sprog. Årsagen til, at det går galt mellem behandler og patient der ikke er dansktalende er, at man ikke har tid nok til patienten. Det tager 50% mere tid for en konsultation, når der er tolk med. Man når ikke frem til problemkernen, og man når ikke frem til en ordentlig diagnostik. Der er tale om funktionel analfabetisme. Tosprogetheden træder også igennem hos 2. generationsindvandrere, som kun er vant til at tale

om følelser på deres modersmål mens læring foregår på dansk. Selv tolkene kan have sprogproblemer, og nogle gange består en konsultation af 90 % gråzonesprog. De kulturelle forskelle kan ligeledes være medvirkende til manglende forståelse. Man kan fx. ikke faste eller bede når man er inkontinent eller har menses - er uren. Ægtefæller kan håne patienterne for deres handicap, og selv det er ikke blot et problem, men et socialt og fysisk handicap. I nogle kulturer er det urent at tale om sin krop og de problemer, der kan opstå. Derfor ties problemerne ofte ud, og mange tror derfor, at de er ret alene med problemet. Mange af patienterne har svær hukommelses- og koncentrationsbesvær som følge af de mange frygtelige oplevelser de har med sig i bagagen som flygtninge.

Det blev nævnt at DugaBase skemaerne er ganske uanvendelige for ikke dansktalende patienter.



Adrian Wagg, University of Alberta, Canada, fortalte på en engageret og meget interessant vis om inkontinens og høj alder, og om den med stigende alder stigende forekomst af en til flere andre sygdomme. Det er vigtigt at gøre sig overvejelser om, hvilke af de andre tilstande, der er problematiske for patienten som man kan gøre noget ved og som vi ved er associeret til UI og så evaluere efterfølgende om det mindsker UI problemerne.

Der er ganske få til næsten ingen interventionsstudier der afklarer comorbiditet's impact på UI. Der er en hel del arbejder, der belyser immobilitet / aktivitetsniveau association til UI. "Exercise is intervention". Fysiske og mentale aktiviteter på alddomshjem er vigtig intervention, der er stor risiko for at blive immobil når boligen flyttes til alderdomshjem.

Polypharmacy er tillige et enormt problem og det accentueres af, at de ældre ofte har

reduceret compliance. Tillige er der adskillige farmaka, der er direkte associeret med en øget forekomst af UI som bivirkning til medicinen. Overvej om der er noget af patientens medicin der kan fjernes. Især anticholinergika er i høj grad associeret til forringelse af kognitive funktioner, hvilket er vist i mange arbejder. Take home message: "Pay attention to the comorbidities and their medication".

Marie-Louise Saaby kunne ikke komme, så Niels Klarskov holdt derfor hendes ph.d. indlæg. Han introducerede os for APIR, der er udtryk for "støtteapparatet omkring urethra". Data viser, at for hver 10 år, der går, falder åbningstrykket 15 cm vand dvs. med stigende alder faldende urethral åbningstryk.

Det er første gang man har kunnet påvise ændring af en parameter v. TVT operation. TVT ændrer APIR, men ikke det urethrale åbningstryk.

Tina Schwennesen fortalte om, hvor komplekse patienter med inkontinens ofte er med stor grad af comorbiditet, eller hvor der er stor forskel på fund og egne oplevelser, dvs. manglende kongruens ml. subjektive og objektive data.

Sensommerens varme mesh debat blev opsummeret ved Gunnar Lose, der skitserede forløbet med start i J&J's tilbagetrækning af flere forskellige syntetiske mesh og slynger, de på det tidspunkt pågående retssager og debatten i dagspressen frem til sundhedsminister



Astrid Krag's involvering. Der er enighed om at kontrollen skal strammes op, samt at der er behov for opstramning af kravene til indføring af nyt medicinsk udstyr. Det er vigtigt at debattere, da der foreligger svag indrapportering af komplikationer ved mesh og TVT operationer, som ikke afspejler det vi ser i vores hverdag. Det er vigtigt at pointere lægens rolle som autoriseret sundhedsperson, og den herved skærpede pligt til indberetning. Søren Brostrøm orienterede om udviklingen indenfor indoperation af diverse medicinske devises. Han gennemgik lovgrundlaget på området, specielt vedr. indberetningspligten ved bivirkninger eller sideeffekter ved medicinsk udstyr samt ved utilsigtede hændelser. Han gennemgik Sundhedsstyrelsens tiltag på området.

Marianne Glavind tog fat i hvordan vi fremover manøvrerer i dette meshfelt?

Guidelines er et godt og muligt redskab

til vejledning. Foreliggende guidelines er fra 2003 og der er en arbejdsgruppe i gang i DSOGregi, som vil komme med et oplæg til en revideret guideline omkring juni 2013, som skal diskuteres på efterårsmødet 2013. Hun opfordrede til aktiv deltagelse i udarbejdelsen af guidelines.

Der var enighed om at der er kommet en hel del gode tiltag ud af debatten i efteråret og der er lagt op til mere organiseret krav til og kontrol med indførelsen og indoperation af nyt medicinske udstyr samt omkring opfølgning og indberetninger af komplikationer relateret til dette iht. lovgivningen på området.

Til sidst var der de fantastiske frie foredrag med et flot højt niveau og velfortjent gik DUGS' IUGA pris på kr 15.000 gik til læge, ph.d. Marie Louise Saaby.

Tak til DUGS' bestyrelse for endnu et godt møde.

KÆRE DUGS NYT LÆSER

Er du endnu ikke medlem af DUGS, men ønsker du at blive det, kan du rette henvendelse til DUGS kasser Charlotte Graugaard-Jensen: graugaard@ki.au.dk

Indmeldelsesgebyr på kr. 100,00 indbetales til DUGS konto i Lægernes Pensionsbank: Reg.nr. 6771 konto 0006154413.

Årligt medlemskontingent på kr. 100,00 opkræves via Lægeforeningen hvert år i maj måned.

Alle medlemmer modtager 2 gange om året DUGSNyt. Desuden har du som DUGS medlem mulighed for at deltage i de kurser som DUGS arrangerer.

Ved indmeldelse skal der oplyses følgende: Mailadresse, arbejdssted og privatadresse

Referat DUGS generalforsamling 2013

Dansk Urogynækologisk Selskab afholdte ordinær generalforsamling
fredag d. 4. januar 2013, Herlev Hospital

1. Dirigent:

Torsten Sørensen blev enstemmigt valgt. Han erklærede GF for lovlig og rettidig indkaldt i henhold til vedtægterne.

2. Formandens beretning:

Mette Hornum Bing, afd. læge, fremlagde beretning for 2012. Der har været en stigning i medlemstal, og er nu på 175 medlemmer. DUGS er blevet medlem af Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS). Det betyder, at DUGS indbydes til mange høringer af forskellig relevans, samt at vi kan få tilskud til udenlandsk foredragsholder til Årsmødet. Derudover har DUGS kunnet overlade opkrævning af det årlige medlemsgebyr til Lægeforeningen. Der er afholdt i alt 4 møder i bestyrelsen i 2012; 3 med fokus på planlægning af Årsmødet; 1 møde ekstra som følge af mesh-debatten i august måned. DUGS har samarbejdet med **DSOG** dels vedr. årets **urogynækologiske guideline** "Kirurgisk behandling af Stress inkontinens" og dels vedr. en ny **målbeskrivelse** indenfor den kirurgiske uddannelse af gynækologer i fremtiden. Herudover har DUGS intensiveret samarbejdet med Sundhedsstyrelsen (**SST**) vedr. indberetning af komplikationer og hvordan dette kan optimeres (bl.a. med DugaBase som en mere central rolle heri). DUGS har desuden foreslået SST,

at funktion vedr. indsættelse og fjernelse af mesh/komplikationer foregår på afd. med højt specialiseret funktion. **DugaBasen** har lanceret nye skemaer og ny brugerflader til indtastning, som netop er taget i brug d. 3. januar 2013. DUGSNyt er udkommet 2 gange i 2012 og stor tak til redaktør ovl. Lene Paulsen for effektivt arbejde med at sammensætte et rigtigt flot blad hver gang. Stor tak til bidragsydere af indlæggene. For en effektiv og hurtig vej til at få information på **DUGS hjemmeside** takkes ovl. Ulla Darling. **Kursusudvalget** har i 2012 været aktivt vedr. sygepl. kursus og en stor tak til sygepl. Berit Sejersen og sygepl. Mette Hulbæk. Lægekursusdelen har ikke været aktiv. Bestyrelsen vil foreslå at man lader den lægelige kursusaktivitet gå på skift fra afd. til afd (bliver behandlet senere under indkomne forslag). Kommende faglige aktiviteter er: **NUGA** møde i Helsinki d. 17-19.1 2013, IUGA mødet afholdes i Dublin d. 28.5-1.6 2013, og **ICS** mødet i Barcelona d. 26-30.8 2013. Til slut takkes den nye bestyrelse for den store indsats i årets løb.

3. Beretning fra udvalg:

Kursusudvalg v. sygepl. Berit Sejersen: Der er udarbejdet et flot program til det årlige sygeplejemøde d. 1. marts 2013, som afholdes i Århus. Det har været

svært at samle folk på lægesiden, så derfor er det et en dag primært for sygeplejerske og fysioterapeuter.

Kodeudvalg v. ovl. Susanne Axelsen: Der vil fremover ikke komme en trykt kodebog pga. den hurtige udvikling med nye koder. Fremover skal man benytte DUGShjemmeside (Dugs.dk), hvor den seneste opdaterede version vil være tilgængelig. Der arbejdes aktuelt med SST om nye koder for bl.a. specifik recidiv-kode både i forhold til kodningen og i forhold til anden DRG takst. Desuden pågår det et samarbejde med Dansk hysterektomi Database vedr. suspensionskoder. Mette H. Bing supplerer med, at IUGA klassificering kunne være et alternativ – men er kompliceret. Der arbejdes på et simpelt og robust system med mulighed for at følge nye operationsmetoder og for at forske – dette foregår aktuelt i samarbejde med DugaBasen.

4. Kasserer

Charlotte Graugaard-Jensen fremlægger regnskabet som stemmer på kroner og ører. Saldo ved udgangen af 2012 var 288.173,81 kr med et beskeden underskud for 2012 på 2,870,61 kr. Det reviderede regnskab trykkes i kommende DUGSNyt forår 2013.

5. Kasserer fremlægger forslag til budget og kontingent for 2013:

Uændret kontingent, 100 kr. for et års individuelt medlemskab. Opkræves via Lægeforeningen i løbet af foråret. Kontingentet accepteres af GF.

6. Valg af formand

Punktet udgår pga. valg i 2012 for 2-årig periode

7. Valg til bestyrelsen

Charlotte Graugaard-Jensen er på valg og ønsker genvalg og blev valgt. Jvf vedtægterne konstituerer bestyrelsen sig selv.

8. Valg til udvalg

– udgår idet der ved sidste GF i 2012 blev valgt medlemmer for en 2-årig periode

9. Valg af revisor og revisorsuppleant -punktet udgår pga valg i 2012 for 2-årig periode.

10. Indkomne forslag

– Idet det har været svært at mobilisere især læge-kræfter til at arrangere en kursusdag, så er der indkommet et forslag fra DUGS bestyrelse om at i stedet for et kursusudvalg, så ændres til at landets afdelinger skiftevis kan arrangere en kursusdag. Det besluttes at bestyrel-

sen arbejder videre med dette forslag på det kommende bestyrelsesmøde.

11. Eventuelt v. fysioterapeut Birthe Bonde: Der er kommet en ny reklamekodeks, hvor i det fremgår at industrien kun må reklamere overfor sundhedsfagligt personale. Lægemeddelindustriforeningen (Lif) opfatter ikke fysioterapeuter som sundhedspersonale, hvilket fysioterapeuter selv betragter sig som, idet et har autorisation

gennem SST. Dette har konkret betydet, at der er givet afslag på ansøgning om tilskud til fysioterapeut, som underviser ved et møde. Der aftales, at der arbejdes på en fælles udtalelse med andre faglige selskaber (Pædiatri) om ændring af dette. Birthe Bonde kommer med et oplæg til Mette Bing.

*Referent Rikke Guldborg-Sørensen
Godkendt af Mette Hornum Bing*

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.

Medlemsgebyret er 100 kr. årligt.

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 kasserer, læge, Charlotte Graugaard-Jensen

graugaard@ki.au.dk

Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank

Reg. 6771

Konto nr. 61 54 413

Regnskab og status 2012

Dansk Urogynækologisk Selskab
CVR/SE-nr.:30 42 2147

Status og saldo 31.12.2011:	dkr.	291.044,42
Status og saldo 31.12.2012:	dkr.	288.173,81
Underskud:	dkr.	2.870,61

Indtægter:

Kontingenter og mødeafgifter betalt i 2012:	dkr.	62.100,00
Udstilling (Årsmøde):	dkr.	72.675,00
DUGSnyt (annoncer, 2/2011+2012):	dkr.	51.000,00
Astellas legat:	dkr.	10.000,00
Skat refunderet (Fra 2011):	dkr.	5.997,00
Renter:	dkr.	1.102,19

Indtægter i alt **dkr. 202.874,19**

Udgifter:

Årsmøde	dkr.	82.346,43
Bestyrelsesmøder incl. befording	dkr.	24.939,66
DUGSnyt (2/2010 og 1/2011)	dkr.	60.758,25
Gaver:	dkr.	1.511,96
Legater (2011+2012):	dkr.	31.000,00
Porto og forsendelse:	dkr.	96,50
Skat+moms:	dkr.	5092,00

Udgifter i alt **dkr: 205.744,80**

Kolding d. 3. Januar 2013

Annemette Lykkebo
Revisor

Charlotte Graugaard-Jensen
Kasserer

Sygeplejetemadag d. 1. marts 2013

Studiebesøg på Analfysiologisk klinik; Århus den 28/2 og DUGS sygeplejetemadag den 1/3 13.

Sygeplejetemadage er altid med i vores ønsker, når vi udvælger kurser. Da vi så det var i Århus, benyttede vi chancen til også at planlægge et studiebesøg på Analfysiologisk klinik, Århus sygehus.

Vi er to kontinenssygeplejersker i Bækkenbundsklinikken, Gyn. afd, Hille-rød sygehus. Her udfører vi minimal care og urodynamiske undersøgelser til den urininkontinente patient, samt minimal care til kvinder med afførings problemer, samt opfølgning til kvinder med sphincteruptur.

Efter at have forladt Kbh tidlig torsdag morgen den 28/2, nåede vi frem til vores første stop- nemlig Analfysiologisk klinik i Århus.

Vi blev modtaget af afdelingsleder Gitte Bøje og hurtigt fordelt ud på hver vores stue.

Her fulgte vi hele dagen sygeplejersker i forskellige funktioner som : Sygeplejefaglig udredning(pt med kronisk forstoppelse, pt med urgensy efter fødsel), test af kvinder i forbindelse med sacralnervestimulation, og anal udersøgelse.

Det var interessant at opleve den anale undersøgelse, da vi jo selv udfører lignende undersøgelse men blot i blæren. Ud over at følge sygeplejersker i afsnittet fulgtes vi med at par af afsnittets læger til videre udredning.

Alt i alt en rigtig god studiedag, hvor vi følte os rigtig godt modtaget. Vi oplevede begge, at vi virkelig fik noget med hjem. Både den helt basale udredning men også den meget specialiserede sygepleje til patienter med mave/tarm problemer.

Eftermiddagen skulle udnyttes optimalt, og vi nåede et fint besøg på Aros. Middagen blev til tapas menu på en lille spansk restaurant, som vi havde fået anbefalet af personalet på analfysiologisk klinik.

Efter en god nats søvn på Cap in, var det tid til DUGS sygeplejetemadag på Århus universitets hospital.

Velkomst ved kontinens sygeplejerske Mette Hulbæk og Berit Larsen.

Første indlæg ved kontinenssygeplejerske Marianne Iversen og Anja Skovbølle, Herlev gyn afd.

De fortalte meget praktisk og forståeligt om deres erfaringer med at lægge vaginal ringe. Nyt for os idet denne funktion hos os er en læge opgave. Vi har dog siden hen fået udvidet vores repertoire med en ring, vi ikke kendte !

Desværre udgik Overlæge Lone Mouritzen, Herlev af programmet. Hun skulle have fortalt om kirurgisk behandling af prolaps patienter.

Efter frokost fortalte kontinenssygeplejerske Kirsten Kaysen Gyn afd. Skejby, om blæretræning til urge patienter. Det blev endnu engang pointeret, at medicinsk behandling altid hører sammen med blæretræning, og at sygeplejen til

DUGS

denne patient gruppe er rigtig vanskelig og tager tid.

Vi hørte også kort om Mette Hulbæks projekt med gruppe undervisning til urge patienter, og blev præsenteret for et brugbart blæretrænings skema.

Lidt uden for programmet fortalte sygeplejerske Doris Jensen fra Sygehus Vendsyssel om et akupunkturprojekt, som var meget interessant og tilsyneladende virksomt specielt på nykturi.

Tilslut fortalte 1. reservelæge Charlotte Graugaard-Jensen, urologisk afd Viborg sygehus om den nyeste evidensbaserede behandling til urge patienter.

En fin og inspirerende dag, som efterfølgende har fået os til at udfærdige en mere skematiseret "køreplan" over vores sygepleje til kvinder med overaktiv blære. Tak for to meget inspirerende dage.

*Lone Mertz og Hanne Gauger,
Bækkenbundsklinikken Gyn afd, Hillerød sygehus.*

Næste nummer

af DUGSNyt

udkommer december 2013

Manuskripter sendes i Word-format til

l.b.paulsen@dadlnet.dk

senest den 10. november 2013

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Better surgery
for a better world

Vulva-studiet

Et stigende antal kvinder henvises med henblik på reduktion af labia minora. Der kan være mange bevægegrunde for ønsket om kosmetisk vulvakirurgi. Overordnet kan kvinderne inddeles i to grupper; kvinder som oplever mekaniske gener og kvinder, som ikke har fysiske gener, men som ønsker en kosmetisk operation. Som følge af, at kvinder i stigende grad barber sig, og da man via medierne eksponeres for skønhedsidealiser, er der kommet en øget opmærksomhed på labia minoras mangfoldige udseender og størrelser, og hermed for manges vedkommende en misopfattelse af at labia minora ikke skal kunne ses. For de fleste kvinder, der søger kirurgi, er der tale om, hvad vi opfatter som en variation i størrelsen af labia, der ligger inden for normalområdet.

DSOG og DSVL (Dansk selskab for vulvalidelser) har været opmærksom på problematikken, og der er i 2011 udfærdiget en guideline om labiaresektion. I forbindelse med udarbejdelse af denne

blev litteraturen gennemgået, og det viste sig, at der kun var enkelte mindre studier^{1,2}, hvor man har beskrevet og målt de eksterne genitalier med henblik på at belyse den morfologiske variation.

I maj måned 2012 påbegyndte Gynækologisk Obstetrisk Afdeling på Kolding Sygehus vulva-studiet. I studiet, inkluderes 500 kaukasiske kvinder mellem 18 – 50 år, som er henvist til gynækologisk ambulatorium. Labia minoras bredde (2 mål: yderside og inderside), længde, højde af perineum og om labia major dækker labia minor, bliver registreret og sat i relation til højde, vægt, pariet, fødselsmåde, hormonbrug og kvindes egen opfattelse af genitalia. Eksklusionskriterier er; lidelser i vulva (lichen sclerosus etc.), tidligere vulvakirurgi, anden etnicitet samt alder < 18 og > 50 år.

De foreløbige data³ viser at 58 % (n = 91) af kvinderne har labia minora, som ikke dækkes af labia major, og at langt størstedelen af de kvinder, som føler sig

Tabel 1. Egen opfattelse versus dækker labia major labia minor³. n = 142

Egen opfattelse af vulva	Dækker labia major labia minor			
	Ja	Nej	Uoplyst	Total
Normal	63 (44,4)	77 (54,2)	2 (1,4)	142 (100)
Unormal	1 (7,7)	12 (92,3)	0 (0)	13 (100)
Uoplyst	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0)	3 (100)
Total	65	91	2	158

unormale, har labia minora som ikke dækkes af labia major. Se tabel 1.

Der er sket et skred i vores normalitetsopfattelse, og det er håbet, at nærværende studie skal kunne bruges på verdensplan, belyse den morfologiske variation, udvide normalitetsbegrebet samt inspirere til produktionen af evidensbase-rede guidelines til håndtering af kvinder, der henvises med henblik på kosmetisk intimkirurgi. Herved kan kvinderne træffe deres beslutning om operation på et solidt og informeret grundlag.

1. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, et al. Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG* 2005;112:643-46
2. Basaran M, Kosif R, Bayar U, et al. Characteristics of external genitalia in pre- and postmenopausal women. *Climacteric*. 2008;11(5):416-2
3. Lykkebo et al, unpublished data

HUSK

**GYNÆKOLOGISKE GUIDELINE MØDE
HINDSGAVL 2013 13. -14 SEPTEMBER
NY PROLAPS GUIDELINE
V. TOVHOLDER SUSANNE AXELSEN
TILMELDING SE DSOG'S HJEMMESIDE**

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

Copenhagen

31 Oktober, 9:00-17:00, and 1 November, 9:00-13:00

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. 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. Lone Mouritsen, Ph.d
Dr. Niels Klarskov, DMSc
Ms. Berit Larsen, RN

Registration fee incl. lunches and breaks is DKK 2000 = 270 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 berit.sejersen.larsen@regionh.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

Pelvic Floor Club 3D ultralyd

Det er os en stor fornøjelse at invitere til endnu et møde i Pelvic Floor Club.

Vi har denne gang valgt at henvende os til personale på de uro-gynækologiske afdelinger, hvor ultralyd er integreret i det daglige arbejde. Vores hensigt er, at deltagerne får delt viden og erfaring samt får et fælles løft i forhold til betjening og anvendelse af ultralydsudstyret, 3D samt 3D-Viewer. Kurset afholdes i BK Medical-regi og er finansieret af kursusdeltagere og BK Medical ApS.

- Hvor:** BK Medical. Mileparken 34. Herlev
- Emne:** Sphinchter, bagerste-, forreste compartment og prolaps.
- Hvem:** Kurset henvender sig til personale på danske uro-gynækologiske afdelinger, der arbejder med UL
- Deltagerantal:** 30-35 personer
- Hvornår:** Fredag-lørdag d. 27-28/9 2013
- Arrangør:** Lene Paulsen og Hanne Brix Westergaard. Hillerød Hospital
Annegrethe Løppke og Karin Jansen. BK Medical
- Foredragsholdere:** Marianne Glavin. Århus Universitetshospital Skejby
Karl Møller Bek. Århus Universitetshospital Skejby
Gert Karlsson. Kons. BK Medical
Abelone Sakse. Rigshospitalet
Michael Sørensen. Hvidovre Hospital

Pris: 1.500,-

Tilmelding: Senest 1/9 2013 (Vi ønsker så mange afdelinger repræsenteret som muligt, hvorfor arrangørerne vil forbeholder sig ret til at fordele antallet af pladser)

Tilmelding til: Kirstine Raider Jørgensen
e-mail: krj@bkmed.dk tlf.: 44528331

Vi glæder os til at se jer!
Med venlig hilsen
Annegrethe og Karin

KURSER

Program:

Fredag: Bagerste kompartment, sphinchter og perineum	
09.30 – 10.00	Registrering og kaffe
10.00 – 11.00	Anatomi (normal) v. Karl Møller Bek. Århus Universitetshospital Skejby.
11.00 – 12.00	Teknik, knappologi, installering af probe/lejring, fantomer v. Gert Karlsson og Annegrethe Løppke. BK Medical.
12.00 – 12.45	Frokost
12.45 – 14.15	Diagnostik af patologiske tilstande ill. v. UL-cases v. Abelone Sakse og Michael Sørensen.
14.15 – 15.15	Udlevering af USB-stik, installering af 3D-viewer på egen PC (ikke Mac!), lær at bruge programmet ved gennemgang af case i plenum - og kaffe.
15.15 – 17.30	Øvelser på 3D-viewer/tolkning af billeder på PC i grupper. Supervisere: Lene Paulsen, Hanne Brix Westergaard, Marianne Glavind, Abelone Sakse, Michael Sørensen, Gert Karlsson, Annegrethe Løppke, Karin Jansen.
18.30	BK Medical inviterer på middag i BK Medical/ Mileparken 34.
Lørdag	
Forreste Compartment, genital prolaps	
09.00 - 10.00	Anatomi (normal) v. Marianne Glavind og Karl Møller Bek
10.00 - 10.30	Kort repetition af knappologi v. Annegrethe Løppke og Gert Karlsson
10.30 - 10.45	Kaffe
10.45 - 12.00	Diagnostik af patologiske tilstande + ULcases, perinealskanning – v. Marianne Glavind og Karl Møller Bek – evt. Lasse Raaberg
12.00 – 12.45	Frokost
12.45 – 14.00	Øvelser på 3D-viewer/tolkning af billeder på PC i grupper.
14.00 – 14.30	Videre samarbejde, udlevering af evalueringsskemaer og kursusbeviser

ÅRSMØDEANNONCERING:

Sæt X i kalenderen!

DUGS Årsmøde afholdes d. 10. januar 2014

Program og sted følger senere.

Deadline for indsendelse af abstract til frie foredrag

1. november 2013.

Abstractet (max 200 ord) skal være struktureret med:

Formål, Metoder, Resultater, Diskussion.

Sendes til sekretær Rikke Guldborg:

Rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk

Der uddeles DUGS-pris på 1.000 kr. til bedste frie foredrag.

Ny specialevejledning vedrørende urogynækologi

Sundhedsstyrelsen udsendte 6. maj 2013 en ny revideret specialevejledning for gynækologi og obstetrik. Af planen fremgår nogle ændringer, der vedrører urogynækologi.

1. Regionsfunktion

Diagnostik og behandling af recidiver af POP er en regionsfunktion. Det specificeres, at anvendelse af resorberbare implantater rubriceres som en regionsfunktion. Endvidere præciseres, at kolpopeksi kun må udføres med "native tissue".

2. Højt specialiseret funktion

Anvendelse af syntetiske implantater (mesh og komplikationer hertil) rubriceres som en højt specialiseret funktion, og indtil videre er denne funktion placeret på AUH Skejby og Herlev.

Den nye specialevejledning betyder således en centralisering mht. anvendelsen af mesh, specielt syntetisk til behandling af POP.

Det er mit indtryk, at specialevejledningen ikke følges konsekvent alle steder. I den forbindelse er det værd at bemærke, at det er regionerne, som er ansvarlige for, at specialevejledningen overholdes. Jeg har drøftet sagen med Sundhedsstyrelsen (SST), og såfremt der kommer indberetninger, om at en afdeling ikke overholder specialevejledningen, vil SST sædvanligvis rette henvendelse til den pågældende region. Regionerne må således forvente, at specialevejledningen overholdes.

*Gunnar Lose
Overlæge, professor, dr. med.*

**Næste nummer
af DUGSNyt
udkommer december 2013
Manuskripter sendes i Word-format til
l.b.paulsen@dadlnet.dk
senest den 10. november 2013**

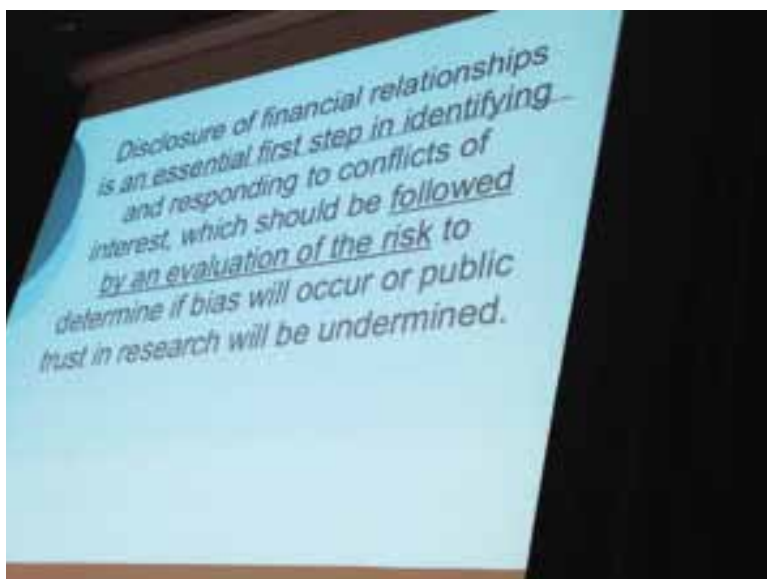
NUGA møde i Helsinki, Finland 17.-19. januar, 2013

Dette års NUGA møde var et af de mest velbesøgte NUGA møder med 168 tilmeldte deltagere. Programmet var tæt, men med interessante indlægsholdere og plads til mindre pauser og diskussion. Professor Linda Brubakers indlæg vedr. Conflicts of Interest gav stof til eftertanke, og Mesh/POP sessionen med 3 foredrag medførte efterfølgende livlig panel diskussion.



Niels Klarskov forklarer om hysteresen

Danmark løb også med et par flotte priser – Ulf Ulmsten Prisen gik til 1. reservelæge, dr.med. Niels Klarskov, Herlev Hospital (2000 Euro) og NUGA Research Grant gik læge, ph.d. studerende Hanna Jangös projekt, Herlev Hospital (15000 Euro). Svenske Emil Nüssler fik prisen for bedste poster præsentation. Stort tillykke.



Fra Linda Brubakers præsentation

Highlights fra IUGA 38. årsmøde, Dublin 28. maj – 1. juni 2013

Dette års møde foregik i The Convention Centre i Dublin, en flot bygning med en glasfacade ud mod floden Liffey's nordlige bred. Fra bygningen er der udsigt til en bro formet som en harpe, Irlands nationalsymbol.

Der var ca. 1600 deltagere til mødet, som blev forudgået af 2 dage med workshops. Jeg valgte at deltage i 2: "Transvaginal repair of vaginal vault prolapse using native tissues" og "Video debate on apical prolapse surgery". Begge workshops omhandlede, hvordan man får en god suspension både med og uden uterus in situ – uden brug af syntetisk vaginal mesh, som var nærmest helt ude af billedet ved hele mødet. Metoderne, som blev beskrevet var både vaginale med Manchester-operation, Bob Schull suspension, sacrospinøs ligament fixation samt mere sjældne såsom extraperitoneal fixation

til eller plikation af de sakrouterine ligamenter; også laparoskopisk og robot kirurgi med sacrokolpopexi blev vist, sidstnævnte meget elegant udført af Catherine Matthews fra USA. Desuden viste Mickey Karram fra USA videoer med operation for mesh komplikationer af alle tænkelige typer.

Ved selve kongressen var der også meget fokus på prolapskirurgi uden brug af mesh. Flere hollandske arbejder fokuserede på uterusbevarende kirurgi: en randomiseret undersøgelse (Detollenaere et al) fandt vaginal hysterektomi og sacrospinøs ligament fixation (SSL) ligestående i effekt, en retrospektiv opgørelse (Vierhout et al) viste ca. 70% succes (<grad 2 descensus) ved både Manchesteroperation og SSL med bevaret uterus. En tredje gruppe(Notten et al) havde informeret

og spurgt patienter, hvilken metode de foretrak ved cystoceleoperation, og de foretrak konventionel plastik fremfor mesh på grund af mindre risiko for dysparuni. Der var desuden en Roundtable session: "Native Tissue Prolapse Repair – How I Do it / Tips and Techniques". Det mest overraskende her var at se en bagvægsplastik bestående af levatorplastik, som jo ellers ikke har været brugt herhjemme som standard i mange år.

Kongrescentret



Et andet hovedemne var sphinkterrupturer (OASIS). Et irsk arbejde (Khalifeh et al) viste outcome ved instrumentel forløsning: 9,5 % OASIS ved tangforløsning, 6,2 % ved vacuum. De fandt endvidere lavere risiko ved mediolateral episiotomi (5,6%) mod ingen episiotomi (11%) og øget risiko ved median episiotomi (21%). En Israelsk gruppe (Elia-shiv et al) havde undersøgt vinklen ved mediolateral episiotomi, og fandt at man skulle klippe i en ca. 30 grader større vinkel, når caput står i gennemskæringen, i forhold til den ønskede vinkel. Der var desuden en meget underholdende "pro et contra" debat med både urogynækolog og obstetrikere på hvert hold med titlen "This House Believes that Instrumental Delivery Should be Abandoned in Favour of Caesarean Section". Konklusionen blev, at den største risikofaktor for OASIS er tangforløsning, og at cupforløsning kun minimalt forøger risikoen – det kan vi jo glæde

os over herhjemme, hvor tangforløsning er relativ sjælden.

Der var også adskillige sessioner om-handlende inkontinens. Jeg deltog i en OAB session, hvor Mirabegron blev præsenteret og vist, at der var effekt og god sikkerhed, desuden stigende effekt ved stigende sværhedsgrad af OAB. En randomiseret undersøgelse (Khullar et al) af Botox vs. Placebo ved idiopatisk OAB viste god effekt, og en Chilenisk gruppe (Manriquez et al) fandt PTNS-behandling hjemme 2 gange ugentlig med hudelektroder ligeværdig i effektivitet sammenlignet med antikolinergika.

Af danske indslag var der videnskabelige foredrag fra 3 danske afdelinger:

Ulla Darling Hansen, Odense Universitetshospital: "POP surgery in Denmark 2010-2011 with focus on the use of implants and recurrent surgery", Marianne Glavind-Kristensen, Skejby Sygehus: "Operation for recurrent cystocele with anterior colporrhaphy or non-absorbable mesh: patient reported outcome" og Søren Gräs, Herlev Hospital: "Injection of fresh autologous skeletal muscle fiber fragments into the urethral sphincter of women with stress urinary incontinence: preliminary results from a pilot study. Desuden var Gunnar Lose, Herlev Hospital, debattør i Roundtable: "Role of urodynamics before sling surgery" og chairman i sessionen: "Assessment and urodynamics".

Pausestemning. Mette Erenberg(Næstved), Monica Topp (Herlev), Constanza Merkel (Hjørring), Else-Marie Høier (Viborg), Jennie Laigaard (Hvidovre)



Personen bag operationen



I årenes løb er der beskrevet talrige operationer til behandling af urininkontinens. Og der kommer stadig nye til. I 1996 beskrev Ulf Ulmsten den såkaldte Tensionfree Vaginal Tape-operation til behandling af stress-urinkontinens, og nogle år senere kom Trans-Obturator-Tape operationen, der siden er efterfulgt af flere; nye metoder vil uden tvivl komme til i fremtiden.

Længe inden - nemlig i 1947 - havde Axel Ingelman-Sundberg beskrevet en slyngplastik, som beror på, at man isolerer m. pubococcygeus fra m. levator ani - en del af diaphragma pelvis - og fører den under urethra. På den måde får man forstærket blærens lukkemekanisme.

Ingelman-Sundbergs operation var en vi-

dereførelse af den operation for stress-urinkontinens, som Albert Herbert Aldridge havde beskrevet den 10. marts 1942 i et foredrag i New York Obstetrical Society. I sit foredrag indledte Aldridge med at konstatere, at man på det tidspunkt desværre endnu ikke havde en fuldstændig forklaring på de anatomiske forhold i og omkring den kvindelige urethra. Ej heller en forståelse af fysiologien bag den urethrale sphinchtermekanisme, der er ansvarlig for kontrollen over vandladningen.

Aldridge erklærede, at de sædvanlige standard vaginale operationer ikke altid lykkedes. Ikke så meget på grund af operationsteknikken, men nok mere på grund af den kendsgerning, at der var sket usædvanlige skader på selve m. sphinchter urethrae og måske også på musklens nerve- og blodforsyning.

Derpå gennemgik Aldridge syv kirurgiske indgreb, som var udviklet i perioden 1910 til 1929 med henblik på operativ behandling af stress-urinkontinens. Efter hans opfattelse var virkningsmekanismen ved alle operationerne et udefra kommende tryk på urethra for derved at understøtte sphinchter-musklens funktion.

Det var under sit foredrag i New York Obstetrical Society i marts 1942, at Aldridge beskrev sin modifikation af de tidligere operationer for stress-urinkontinens. På begge sider frilagde han en strimmel af fascien over m. rectus abdominis og m. obliquus externus abdominis lateralt fra mod midten. Derpå førte han strimlerne gennem rectus-musklerne og syede dem sammen under urethra gennem et lille snit i vaginas forvæg.

Hans tanke var, at man ved at anvende fascien over de nævnte muskler samtidig kunne udnytte musklernes evne til at ændre det intraabdominale tryk. På den måde kunne kompressionen mod urethra øges på nøjagtig de tidspunkter, hvor det var mest nødvendig for at undgå urinlækage. I dag må den operation, som Aldridge beskrev, siges at være obsolet, men den var forløberen for de slyngoperationer, der siden blev beskrevet.

Albert Hermann Aldridge blev født den 19. juli 1893 i Victor, New York i USA. Han voksede op på en gård og blev læge fra lægeskolen ved University of Syracuse i 1918. Herefter gjorde han tjeneste i to år ved United States Naval Hospital i Chelsea, Massachusetts. Siden kom han til New York, hvor han var ansat i fjorten måneder ved obstetrisk afdeling ved Sloane Hospital for women efterfulgt af to år ved gynækologisk afdeling ved Womens Hospital i staten New York. Det var det eneste hospital, der dengang alene tog sig gynækologiske sygdomme, og som uddannede læger i gynækologisk kirurgi.

Aldridge var medlem af staben ved Womens Hospital gennem hele sin karriere og havde en stor privat praksis gennem mere end 50 år. I 1938 blev han Surgeon-in-Chief ved Womens Hospital, og den stilling beholdt han, indtil han indstillede sin akademiske karriere i 1955. På det tidspunkt var han blevet professor i obstetrik og gynækologi ved College of Physicians and Surgeons ved Columbia University. Og det var som professor, at han udarbejdede et strengt uddannelsesprogram i obstetrik og gynækologi, selv on

hans egne interesser først og fremmest var den operative gynækologi.

Som leder af Womens Hospital sørgede han for, at kliniske procedurer og kirurgiske teknikker blev testet og standardiserede gennem konstant forbedring og sammenligning med dokumenterede resultater.

Albert Aldridge blev præsident for både New York Obstetrical Society og American Gynecological Society. Desuden modtog han naturligt nok mange hædersbevisninger. Han trak sig tilbage fra sin praksis i 1977 og bosatte sig i Pinehurst i North Carolina. Her døde han 90 år gammel den 13. november 1983.

Kilder:

1. *Torsten Sørensen. Personen bag operationen for stress-inkontinens - Ulf Ulmsten. DUGSNyt 2012;6(2):16-17.*
1. *Torsten Sørensen. Manden bag operationen - Axel Ingelman-Sundberg. DUGSNyt 2010;4(2):26-27.*
2. *Thomas F. Baskett. On the Shoulders of Giants. London: RCOG Press 2008*

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Afdelingslæge, ph.d.

Mette Hornum Bing

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Herlev Hospital

mbing@dadlnet.dk

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d.

Susanne Greisen

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y Aarhus Universitetshospital, Skejby 8200 Aarhus N

susagrei@rm.dk

KASSERER

1. Reservelæge

Charlotte Graugaard-Jensen

Urologisk afdeling K Aarhus Universitetshospital, Skejby 8200 Aarhus N

graugaard@ki.au.dk

SEKRETÆR

Læge, ph.d. studerende

Rikke Guldborg Sørensen

Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV Odense Universitetshospital

rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

Anette 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

WEBREDAKTØR

Overlæge Ulla Darling Hansen

Gynækologisk/obstetrisk afd.

Odense Universitetshospital

5000 Odense C

udh@dadlnet.dk

SELSKABETS HJEMMESIDE

www.dugs.dk



KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Barcelona, Spanien
26.-30. august 2013
www.icsoffice.org

DUGS Årsmøde

10. januar 2014,
Skejby
www.dugs.dk

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Rio de Janeiro, Brasilien
20.-24. Oktober 2014
www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Washington D.C., USA
22.-27 juli 2014
www.iuga.org

Begivenheder som ønskes oplyst her kan meddeles til I.b.paulsen@dadlnet.dk

KÆRE DUGSNYT LÆSER

Er du endnu ikke medlem af DUGS , men ønsker du at blive det, kan du rette henvendelse til DUGS kasserer Charlotte Graugaard-Jensen graugaard@ki.au.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. Desuden har du som DUGS medlem mulighed for at deltage i de kurser som DUGS arrangerer

SELEXID® PIVMECILLINAM



BRYD VANEN: BRUG 400 mg STYRKE

- Lettere for patienten end 2 x 200 mg
- Samme dagspris som 200 mg til behandling af akut UVI

Urinvejsinfektion (UVI)

	Doserings- forslag	Behandlings- varighed
Akut ukompliceret cystitis:		
UVI hos ikke-gravide kvinder i fertil alder	400 mg x 3	3 dage
Kompliceret UVI:		
UVI hos gravide	400 mg x 3	5-7 dage
UVI hos postmenopausale kvinder	400 mg x 3	7-10 dage
UVI hos mænd	400 mg x 3	7-10 dage
UVI hos ældre	400 mg x 3	7-10 dage
Recidiverende UVI	400 mg x 3	10-14 dage
Akut pyelonefrit	400 mg x 3	14 dage

LEO®

LEO Pharma A/S
Industriparken 55
DK - 2750 Ballerup
www.leo-pharma.com



SX-2013-01-17

Forkortet produktresumé, det fuldstændige produktresumé (5. april 2013) kan rekvireres hos LEO Pharma.

Selexid®. Indikationer: Selexid® pivmecillinam, *tabletter*: Urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. **Selexid® mecillinam, pulver til injektionsvæske, opløsning**: Alvorlige urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. **Dosering:** Tabletter: *Voksne*: 200-400 mg 3 gange daglig. *Børn*: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Tabletterne skal indtages sammen med mindst et halvt glas vand. Selexid® kan tages sammen med mad. *Injektionsvæske: Voksne*: 200 mg-1 g 3-4 gange daglig i.m. eller i.v. (indtil 60 mg/ kg/døgn). *Børn*: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser i.m. eller i.v. *Ældre*: Dosisjustering er ikke nødvendig. **Nedsat nyrefunktion:** Der er ikke specifik klinisk erfaring i patienter med nedsat nyrefunktion, der giver anledning til at antage at ekstra forsigtighed eller dosisjustering er nødvendig. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof, andre penicilliner eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Oesophagusstriktur, da ulcerationer kan opstå ved forlænget kontakt med slimhinden. Patienter med genetiske metabolismeanomolier, som carnitintransporterdefekt eller af typen organiske acidurier som metylmalonsyreuri og propionsyreæmi.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Lokale retningslinier vedrørende korrekt brug af antibiotika bør følges. Krydsallergi mellem penicilliner og cefalosporiner forekommer. Bør ikke anvendes af patienter der lider af porfyri, da pivmecillinam er blevet sat i forbindelse med akutte anfald af porfyri. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin som frigør pivalinsyre bør undgås. Diaré/pseudomembranøs colitis forårsaget af *Clostridium difficile* forekommer. Hvis der udvikles diaré, bør muligheden for pseudomembranøs colitis overvejes og passende forholdsregler tages. Langvarig behandling øger risikoen for carnitinmangel. På grund af risiko for oesophagus ulceration bør tabletterne tages med mindst et halvt glas vand. **Interaktioner:** Samtidig indgift af probenecid hæmmer den renale tubulære udskillelse og øger derved serumkoncentrationen af mecillinam. Methotrexat-clearance kan være nedsat ved samtidig behandling med penicilliner. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin, som frigør pivalinsyre, bør undgås pga. risiko for øget udskillelse af carnitin. Mecillinams baktericide virkning kan hæmmes ved samtidig indgift af bakteriostatisk virkende midler, f.eks. erythromycin og tetracykliner, men ikke sulfonamider. Mecillinam kan forstærke den baktericide virkning af samtidig indgift af andre beta-laktamantibiotika og aminoglykosider. Clearance af methotrexat fra kroppen kan reduceres ved samtidig brug af penicillin. **Graviditet og amning:** *Graviditet*: Kan anvendes. *Amning*: Kan anvendes. Som for andre penicilliner udskilles mecillinam kun i ringe grad i modermælken. I terapeutiske doser forventes ingen bivirkninger af mecillinam hos det ammede barn. **Virksomheder på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Påvirker ikke eller kun i ringe grad. **Bivirkninger:** Baseret på data fra kliniske studier, der inkluderede 2.554 patienter, som modtog behandlingsforløb med Selexid tabletter af 3-7-dages varighed, forekom der bivirkninger hos ca.12 % af patienterne. De mest almindelige bivirkninger er gastrointestinale symptomer og forskellige hudreaktioner. Øvre gastrointestinale reaktioner forekom hos 5 %, diaré hos 2 % og udslæt hos 1 % af patienterne. Anafylaktiske reaktioner, nedsat antal af blodplader, granulocytter og hvide blodlegemer, et øget antal eosinofile hvide blodlegemer og leverfunktionsnedsættelse er blevet rapporteret i enkeltstående tilfælde. Behandling blev i mindre end 1 % tilfælde seponeret på grund af bivirkninger. De hyppigst rapporterede bivirkninger var: **Blod og lymfesystem:** *Ikke kendt*: Trombocytopeni, granulocytopeni, leukopeni, eosinofili. **Immunsystemet:** *Ikke kendt*: Anafylaktisk reaktion. **Nervesystemet:** *Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100)*: Hovedpine og svimmelhed, herunder vertigo. **Mave-tarm-kanalen:** *Almindelig (≥1/100 til <1/10)*: Diaré, opkastning, maveproblemer, kvalme, mavesmerter. *Ikke kendt*: Oesophagus ulceration, oral ulceration, colitis forårsaget af antibiotika, oesophagitis. **Lever- og galdeveje:** *Ikke kendt*: Nedsat leverfunktion, let reversibel stigning i aspartat-aminotransferase (ASAT), alanin-aminotransferase (ALAT), alkalisk fosfatase og bilirubin. **Hud og subkutane væv:** *Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100)*: Udslæt. *Ikke kendt*: Urticaria. angioneurotisk ødem, pruritus. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** *Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100)*: Træthed. **Undersøgelser:** *Ikke kendt*: Carnitinmangel. **Overdosering:** Der er ikke indberettet tilfælde af overdosering. Dog kan overdrevet brug af Selexid® inducere kvalme, opkastning og gastritis. Behandling: Symptomatisk behandling samt genoprettelse af væskebalance. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, 2750 Ballerup. **Pakninger og priser:** Tabletter 200 mg. 20 stk. 106,65 kr., 30 stk. 156,40 kr., 40 stk. 223,25 kr. 100 stk. 465,10 kr. Tabletter 400 mg. 10 stk. 106,65 kr., 15 stk. 156,40 kr., 20 stk. 223,25 kr. Injektionsvæske 1 g pulver 181,00 kr. **Generelt tilskud. Udlevering:** B. Dagsaktuelle priser: se www.medicinpriser.dk

ASTELLAS PHARMA A/S

Betmiga® (Mirabegron) 25 mg og 50 mg depottabletter. **Lægemiddelform:** Depottablet. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af imperiøs vandladning, øget vandladningshyppighed og/eller urge-inkontinens, som kan forekomme hos voksne patienter med overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom). **Dosering og indgivelsesmåde:** *Voksne, inklusive ældre* 50 mg én gang dagligt med eller uden mad. *Børn og unge* Sikkerhed og virkning hos børn under 18 år er endnu ikke klarlagt. **Nedsat nyre- og leverfunktion** Nedenstående tabel angiver den anbefalede daglige dosering til personer med nedsat nyre- eller leverfunktion i fravær og tilstedeværelse af stærke CYP3A-hæmmere

		Stærke CYP3A-hæmmere ³	
		Uden hæmmer	Med hæmmer
Nyrefunktionsnedsættelse ¹	Mild	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Svær	25 mg	Bør ikke anvendes
Leverfunktionsnedsættelse ²	Mild	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Bør ikke anvendes

1. Mild: GFR 60 til 89 ml/min/1,73 m²; moderat: GFR 30 til 59 ml/min/1,73 m²; svær: GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m².
2. Mild: Child-Pugh-klasse A; Moderat: Child-Pugh-klasse B.
3. Stærke CYP3A-hæmmere: f.eks. itraconazol, ketoconazol, ritonavir og clarithromycin.

Administration: Tabletten skal tages én gang dagligt med væske, synkes hel og må ikke tygges, deles eller knuses.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne * **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen :** **Nedsat nyrefunktion** Betmiga bør ikke anvendes til patienter med nyresygdom i slutstadiet (GFR < 15 ml/min/1,73 m² eller patienter med behov for hæmodialyse). Der er utilstrækkelige data for patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m²); der anbefales en dosisreduktion til 25 mg for denne population. Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR 15 til 29 ml/min/1,73 m²), som samtidig får stærke CYP3A-hæmmere. **Nedsat leverfunktion** Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svært nedsat leverfunktion. Betmiga bør ikke anvendes til patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh-klasse B), som samtidig får stærke CYP3A-hæmmere. **Hypertension** Betmiga bør ikke anvendes til patienter med svær ukontrolleret hypertension (systolisk blodtryk ≥ 180mmHg og/eller diastolisk blodtryk ≥ 110 mmHg). Der er utilstrækkelige data for patienter med grad 2-hypertension (systolisk blodtryk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg). **Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse** Patienter med QT-forlængelse i anamnesen og patienter, der tager lægemidler, som vides at forlænge QT-intervallet, bør udvises forsigtighed, når mirabegron administreres. * **Graviditet og amning:** **Graviditet** Betmiga bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender sikker kontrception. **Amning** Mirabegron må ikke anvendes under amning. * **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger indberettet for patienter behandlet med mirabegron 50 mg er takykardi og urinvejsinfektioner. Frekvensen af takykardi var 1,2 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Frekvensen af urinvejsinfektioner var 2,9 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Alvorlige bivirkninger omfattede atriefibrin (0,2 %). **ATC-kode:** G04BD12, Urologica, urologiske antispasmodica. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Tilskudsberettiget (pr. 18 februar 2013). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr pr. 13.05.2013):** 25 mg, 30 stk: 480,25 kr. 25 mg, 90 stk: 1373,35 kr. 50 mg, 30 stk: 480,25 kr. 50 mg, 90 stk: 1373,35 kr. Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk **Registreringsindehaver:** Astellas Pharma Europe B.V., Holland. *Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktresumé dateret 20. december 2012.

Det fulde produktresumé kan rekvireres hos Astellas Pharma a/s. Revideret 17. april 2013.

NYHED!

2013
YEAR
OF THE
OVERACTIVE
BLADDER



EFTER 25 ÅR MED ANTIMUSKARINE LÆGEMIDLER KOMMER DER NU NOGET HELT NYT.

- Ny virkningsmekanisme^{1,2}
- Effekt på alle grundlæggende OAB-symptomer^{1,2}
- Mundtørhed på placeboniveau^{1,2}



**Betmiga™ 50 mg
mirabegron**

Den første β_3 -agonist godkendt til
behandling af OAB.

Referencer: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295.
2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.

Astellas Pharma a/s | Kajakvej 2 | 2770 Kastrup | Telefon 4343 0355
Fax 4343 2224 | kontakt.dk@astellas.com | www.astellas.dk

BET-130189 RELEVANS NET

Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/ Rikke Guldberg Sørensen, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV, Odense Universitetshospital