

# DUGSNyt

6. årgang nr. 2. 2012



## IUGA 38TH ANNUAL MEETING DUBLIN, 28. MAY-1. JUNE 2013

SE S. 29 INDE I BLADET

Leder .....	3
DUGS generalforsamling 2013 .....	4
Dugs Årsmøde .....	5
Sygeplejetemadag .....	7
Nyt fra Verden .....	8
Highlights fra ICS kongressen 2012 .	11
Ny DSOG guideline.....	14
Ulf Ulmsten .....	16
Abstract .....	19
Kommende møder og Kongresser....	27
Nekrolog.....	28

[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

## DUGSNyt

6. årgang, nr. 2 – 2012

### 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@ouh.regionsyddanmark.dk](mailto:rikke.guldborg.soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk)

### Hjemmeside

[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

### Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen

[l.b.paulsen@dadlnet.dk](mailto:l.b.paulsen@dadlnet.dk)

### Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding

[info@inprint.dk](mailto:info@inprint.dk)

### Oplag

450

ISSN 1903-3168

*Forsidebillede forestiller:*

*Campus, Trinity College University of Dublin*



## Mesh - positive initiativer

Det har været en hed sommer for dansk urogynækologi, hvor brugen af mesh til prolaps blev diskuteret. Der er utvivlsomt forskelligartede holdninger til emnet blandt medlemmerne. Debatten har affødt en række initiativer som vi kort vil skitsere her. Overordnet har det skabt fokus på en øget patientsikkerhed. Ikke kun inden for vores urogynækologisk felt, men også inden for andre specialer med langt flere implantat-cases.

På EU plan er der også igangsat en mere omfattende regulering af godkendelsesprocedurer ifbm. medicinsk udstyr. Det er en langsommelig proces, som formentlig først er færdig 2017.

Regeringen har også igangsat en række initiativer, som nationalt kan være med til at styrke patientsikkerheden i forbindelse med bl.a. ibrugtagning af nyt medicinsk udstyr /implantater ("Patientsikkerhedspakke").

DUGS og DugaBasen har intensiveret samarbejdet med Sundhedsstyrelsen mhp. at forbedre vores muligheder for indrapportering af komplikationer ifbm. indsættelse af implantater. Det er f.eks. foreslået, at der skal være et direkte link fra DugaBasens elektroniske version til et indrapporterings-site ([www.medicinskudstyr.dk](http://www.medicinskudstyr.dk)) – dette arbejdes der på i øjeblikket.

Herudover har Sundhedsstyrelsen opfordret DUGS til at minde sine medlemmer om, at vi skal indrapportere observerede komplikationer ifbm. implantater. Komplikationer, der har direkte relation til implantatet, skal indberettes. Hvilke komplikationer der skal indberettes kan i øjeblikket tolkes ret bredt, men man kan forestille sig, at arbejdet med en *specifisering* af mere konkrete mesh/implantat komplikationer kan foregå i det allerede etablerede kode-udvalg under DUGS. Det er DUGS opfattelse, at denne indberetning bør foretages af den læge, der observerer komplikationen (og ikke nødvendigvis af den læge der behandler komplikationen).

I forlængelse af ovenstående er Sundhedsstyrelsen ved at opdatere deres vejledning vedr. ibrugtagning af nye behandlingsmetoder – den ventes at komme ganske snart. Sundhedsstyrelsen planlægger desuden en snarlig kampagne med fokus på optimering af komplikations indrapportering.

*DUGS bestyrelse,  
Mette Hornum Bing,  
Susanne Greisen,  
Rikke Guldberg Sørensen,  
Charlotte Graugaard-Jensen,  
Anette Vestermark*

## **DUGS generalforsamling 2013**

**Dansk Urogynækologisk Selskab afholder ordinær generalforsamling  
fredag d. 4. januar 2013 kl. 16.30 i Store Auditorium på Herlev Hospital**

**Dagsorden i henhold til vedtægterne:**

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg:  
Kursusudvalg  
Kodeudvalg
4. Kasserer fremlægger det reviderede regnskab til godkendelse
5. Kasserer fremlægger forslag til budget og kontingent for 2013
6. Valg af formand (punktet udgår pga valg i 2012 for 2-årig periode)
7. Valg til bestyrelsen  
Kasserer Charlotte Graugaard-Jensen på valg (genopstiller)
8. Valg til udvalg  
Kursusudvalg  
Kodeudvalg
9. Valg af revisor og revisorsuppleant (punktet udgår pga valg i 2012 for 2-årig periode)
10. Indkomne forslag – skal være DUGS i hænde senest 1 uge før og skal sendes direkte til formanden
11. Eventuelt

# Dansk Urogynækologisk Selskab afholder Årsmøde d. 4. januar 2013 Herlev Hospital, Store Auditorium Program

## Tema: Den inkontinente patient – særlig udfordringer

08:30 – 09.30 Ankomst og morgenkaffe

**Mødeleder: Anette Vestermark**

09.30-09.35 Velkomst: Afd. læge, ph.d. Mette Hornum Bing

09.35-09.55 DugaBase v. ovl, ph.d. Ulrik Kesmodel, Skejby Universitetshospital

09.55-10.05 Diskussion

10.05-10.20 "Inkontinens blandt etniske minoritetskvinder: stigma, isolation og svære skemaer"  
v. Prof. Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital

10.20-10.25 Diskussion

10.25-10.55 Kaffepause

**Mødeleder: Charlotte Graugaard-Jensen**

10.55-11.35 "Maintaining continence in older women: comorbid conditions, polypharmacy and cognition" v. Prof. Adrian Wagg, University of Alberta

11.35-11.40 Diskussion

11.40-11.55 Ph.d. afhandling: "The urethral closure function in continent and stress urinary incontinent women assessed by Urethral Pressure Reflectometry"  
v. læge, ph.d. Marie-Louise Saaby, Herlev Hospital

11.55-12.00 Diskussion

12.00-13.00 Frokost

**Mødeleder: Susanne Greisen**

13.00-13.15 "Indikationer for urodynamik" v. læge, dr. med. Niels Klarskov, Herlev Hospital

13.15-13.20 Diskussion

13.20-13.35 "Den svære inkontinente patient" v. spl. Tina Schwennesen, Center for vandladningsforstyrrelser, Skejby Universitetshospital

13.35-13.40 Diskussion

- 13.40-14.30 Mesh-debatten  
- Prof. ovl. Gunnar Lose, Herlev Hospital  
"Hvorfor debattere mesh?"  
- Enhedschef Sundhedsstyrelsen, ph.d. Søren Brostrøm, København:  
"Hvad har Sundhedsstyrelsen gjort?"  
- Hindsgavl styregruppe, ovl, ph.d. Marianne Glavind, Skejby Universitetshospital:  
"Hvad gør vi i fremtiden?"  
- Formand DUGS, afd. læge, ph.d. Mette H. Bing, Herlev Hospital: "Opsamling"
- 14.30-14.40 Diskussion
- 14.40-14.55 Highlights fra ICS v. læge, dr. med. Niels Klarskov, Herlev Hospital  
Highlights fra IUGA v. læge, ph.d. Marie-Louise Saaby, Herlev Hospital
- 14.55-15.20 Kaffepause
- Mødeleder: Rikke Guldborg**
- 15.20-15.55 Frie foredrag  
Loving S, Nordling J, Jaszczak P, Thomsen T:  
"Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review"  
Loving s, Thomsen T, Jaszczak P, Nordling J:  
"Female Chronic Pelvic Pain is highly prevalent in Denmark. A randomly selected cross-sectional population study"  
Due U, Brostrøm S, Lose G:  
"Kan man knibe sit underliv på plads? –et randomiseret kontrolleret forsøg med livsstilsrådgivning og bækkenbundstræning til afhjælpning af nedsynkning af underlivsorganerne "  
Glavind-Kristensen M; Greisen S; Bek KM:  
" Infection and wound dehiscence after obstetric anal sphincter rupture (OASIS) "  
Gullestrand AE, Darling U, Jochumsen K, Guldborg R:  
"Implantater ved operation for genital prolaps i Danmark, 2010-2011"
- 15.55-16.00 Uddeling af DUGS priser
- 16.00-16.05 Afslutning v. Afd. læge, ph.d. Mette Hornum Bing
- 16.30- Generalforsamling, se dagsorden andet sted i bladet

## Sygeplejetemadag d. 1. MARTS 2013

En Temadag med erfaringsudveksling om sygeplejen og behandlingen til patienter med prolaps og patienter med urge. ( se nærmere i programmet )

### PRAKTISKE OPLYSNINGER:

**TID:** 09.30 -16.00, Fredag den 1 Marts 2013

**STED:** Århus Universitetshospital

Brendstrupgårdsvej 100

8200 Århus N

Lokale 26-27 Indgang 6

**MÅLGRUPPE:** Kontinenssygeplejersker, men andre faggrupper er også velkommen.

**KURSUSGEBYR:** 400,-kr.

**KURSUSLEDELSE:** Mette Hulbæk Andersen og Berit Sejersen Larsen kontinenssygeplejerske.

### TILMELDING PER E-MAIL:

[blar0103@regionh.dk](mailto:blar0103@regionh.dk)

senest den 4 Februar 2013

**BETALING:** samtidig med tilmelding, indbetales deltagergebyr 400,-kr på DUGS

konto i lægernes pensions bank reg. 6771 kontonr. 0006154413

Eller oplys EAN nr. så vil der blive fremsendt en faktura.

HUSK AT MÆRKE OVERFØRSLLEN TYDELIGT MED NAVN OG ARBEJDSSTED

### Program

9.30- 10.00	Ankomst herunder kaffe/the/ morgenbrød
10.00-10.10	Velkomst v. kontinenssygeplejersker Mette Hulbæk / Berit Larsen
10.10 -11.00	<b>Sygepleje og pessar behandling til kvinder med prolaps</b> v. kontinenssygeplejersker Marianne Iversen / Anja Skovbølle, Herlev Hospital, Gyn. afd.
11.00-11.15	Pause
11.15- 12.10	<b>Kirurgisk behandling af prolapspatienter</b> / Hvordan går det dem efter operation ? v. overlæge Lone Mouritzen Herlev Hospital, Gyn afd.
12.10-12.30	Vidensdeling om sygeplejen til prolaps patienter
12.30-13.15	Frokost
13.15- 14.00	<b>Blæretræning /sygepleje til urgepatienter</b> v. kontinenssygeplejerske Kirsten Kaysen Århus Universitets hospital, Skejby, Gyn afd.
14.00-14.15	Pause
14.15-15.15	<b>Nyeste evidensbaserede behandling til urgepatienter</b> v. 1. reservelæge Charlotte Graugaard-Jensen, Viborg Sygehus, Urologisk afd
15.15.-16.00	Vidensdeling om sygeplejen til urge patienter Afrunding

## Resultater af urogynækologiske operationer hos overvægtige/obese

Fedme udgør en af de største globale sundhedsudfordringer. WHO forudser en "globesity" epidemi med mere end 1 MIA voksne overvægtige, hvoraf 300 MIO kan klassificeres som "obese". Andelen af svært overvægtige danskere er fordoblet på 20 år, så ca. 600.000 voksne danskere nu lider af fedme.

Fedme har stor indflydelse på forskellige patientkategorier inden for gynækologi og obstetrik, hvilket var emnet for første "Nordic Congress on Obesity in Gynaecology and Obstetrics", som fandt sted på Hotel Legoland i Billund 22.-24. oktober 2012. Kongressen var arrangeret af Gynækologisk Obstetrisk Afdeling i Odense, der fortjener stor anerkendelse for dette fremragende møde.

Et af de mindre emner på kongressen var resultater af kirurgisk behandling af urogynækologiske patienter.

Hyppigheden af urogynækologiske lidelser stiger med BMI. Ved BMI >30-40 kg/m<sup>2</sup> er den relative hyppighed af urininkontinens øget omkring 3-5 gange, for POP 2-3 gange og for anal inkontinens 3 gange.

Det var overraskende at konstatere, hvor få gode studier der findes til at belyse resultaterne af kirurgisk behandling hos overvægtige/obese patienter.

Der findes kun 2 systematiske reviews fra henholdsvis 2008 (1) og en fransk publikation fra 2012 (2) vedrørende emnet. Der findes ikke randomiserede kontrollerede studier, som tester forskellige behandlinger hos normalvægtige versus overvægtige/obese. De

foreliggende undersøgelser domineres af retrospektive case serier.

### **Kirurgisk behandling af stress inkontinens**

Selv om der findes adskillige case serier, som viser samme helbredelsesprocent hos normalvægtige versus overvægtige/obese, viser den systematiske rapport fra 2008 (som overvejende baserer sig på TVT-studier) samt flere større retrospektive studier, at helbredelsesprocenten er reduceret med 5-NYTBilletet varierende. De fleste studier viser ingen konsistente forskelle. Det er interessant at notere, at ganske mange arbejder viser, at blæreperforationsraten er reduceret hos obese (formentlig fordi afstanden mellem nålen og blæren er øget).

Med hensyn til recidivfrekvensen på længere sigt viser de fleste studier ingen forskel, men der mangler gode longitudinelle studier.

### **Kirurgisk behandling af POP**

Langt de fleste case serier viser ingen forskel med hensyn til helbredelsesprocent for genital prolaps. Hvad angår per- og umiddelbart postoperative komplikationer, er der ikke et konsistent mønster. Enkelte større studier tyder på, at der optræder flere infektiøse postoperative komplikationer hos overvægtige/obese. Gode longitudinelle studier med henblik på recidiv mangler.

### **Anal inkontinens**

Informationerne om kirurgisk behandling af



## NYT FRA VERDEN

---

anal inkontinens i relation til BMI er så dårligt beskrevet i litteraturen, at det er vanskeligt at give relevante informationer mht. helbredelsesprocent, per- og perioperative komplikationer og recidivfrekvens.

Globesity epidemien betyder, at vi fremover kan forvente langt flere fede patienter, som har behov for kirurgisk behandling for forskellige urogynækologiske lidelser. For at vide hvordan disse patienter bør behandles og rådgives, er der stort behov for gode prospektive langtids follow-up studier.

1. Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2008;112:341-9.

2. T. Thubert, X. Deffieux, V. Letouzey, J.-F. Hermieu. *Obésité et urogynécologie : revue de la littérature. Article de revue. Prog Urol,* 2012; 22, 8: 445-53.

### 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 sekretær, læge, Charlotte Graugaard-Jensen

[GRAUGAARD@KI.AU.DK](mailto:GRAUGAARD@KI.AU.DK)

#### Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank

Reg. nr. 6771

Konto nr. 61 54 413

# Welcome to the 29th Congress of the Scandinavian Association of Urology and Urological Nurses



NSFs FAGGRUPPE AV  
SYKEPLEIERE I UROLOGI



Mark your calendar **August 21<sup>st</sup>-23<sup>rd</sup> 2013**  
Park Hotel Sandefjord, Vestfold, Norway

Visit our website at [www.nuf2013.no](http://www.nuf2013.no)



**Sykehuset i Vestfold**  
Vestfold Hospital Trust

© SIV Graphic AT may 2012

## Highlights fra ICS kongressen 2012, Beijing, Kina

ICS kongressen blev i år afholdt i Kina. Man skulle lige vende sig til at kongressen blev bevogtet af bevæbnede soldater, de sociale medier ikke kunne opdateres, og at det var helt i orden at spytte og fjærte højlødt.

Den videnskabelige del af kongressen blev åbnet med en session om kirurgi for SUI. Her omhandlede alle foredragene minislynger på den ene eller anden måde. Pia Telemans (abstrakt 3) slog det sidste søm i ligkisten for TVT-secur, der bliver taget af markedet ved udgangen af året. Telemans et al. måtte stoppe deres studie efter en interim analysen, da operationen viste sig ikke at være sikker som navnet ellers antyder samtidig med at kun halvt så mange blev helbredt med TVT-secur i forhold til med en konventionel TVT. Det er lidt rystende at

tænke på de tusindvis af kvinder, der har fået indopereret denne slynge (uden for studier) inden operationen var ordentlig undersøgt.

Umiddelbart inden Pia Telemans foredrag blev en kost-effektive analyse mellem AJUST (en minislynge) og TVT-O præsenteret (abstrakt 2). 1 års opfølgning viste at AJUST var billigere end TVT-O. En gennemgang af udgifterne ved de to operationer viste dog, at det eneste der var billigere ved AJUST var, at man havde valgt at lave denne operation i lokal bedøvelse mens TVT-O operationen blev lavet i fuld anæstesi. Opgørelsen viste desuden, at der blev brugt dobbelt så mange £ på re-operationer i AJUST gruppen i forhold til i TVT-O gruppen. Hvis dette forhold mellem re-operationer i de to grupper holder ud over det



1. år kan AJUST således vise sig at blive meget dyrere i længden. Det synes da også lidt specielt at lave en kost-effektive undersøgelse før effekt og bivirkninger ved AJUST operationen er fastslået.

Der var lidt opmuntring i prolaps-debatten fra Ullevål i Norge (abstrakt 100). De havde gjort deres resultater op for POP-operationer fra 2002-2005. 431 kvinder havde fået lavet en kombination af for-væg, bag-væg og collumamputation i én operation. Et kaplan-Maier plot viste at kun 5% af patienterne bliver reopereret i mindst et af de 3 kompartment efter 10 år.



Marie-Louise Saaby holdt den danske fane højt med hele 3 præsentationer. I første præsentation (abstrakt 249) viste hun, at hvile åbningstrykket ikke ændres af en TVT operation, mens elastansen (modstanden mod yderligere åbning) øges efter operationen. Den øgede elastans kan forklare hvorfor urinflowet falder efter TVT operationen. I det andet foredrag (abstrakt 152) viste Marie-Louise at kontinens-mekanismen kan deles op i hvile åbningstrykket i urinrøret samt den passive trykstigning der kommer i urinrøret når trykket stiger i abdomen. Den passive trykstigning blev udregnet som en ratio for ændring i det urethrale åbningstryk i forhold til ændringen i abdominaltrykket. Ratioen blev kaldt APIR. I 3. foredrag (abstrakt 250) viste Marie-Louise at APIR stiger hos alle patienterne efter en TVT operation, hvilket kan forklare virkningsmekanismen af slyngeoperationerne. Det var 3 fantastiske foredrag med masser af spændende spørgsmål både ved sessionen og ude på gangen efterfølgende.

Som en speciel begivenhed var der ved årets kongres en debat til ære for Norman R Zinner, der døde i det forgangne år. Debatten handlede om Overactive Bladder Syndrome terminologien. Det var en meget spændende og inspirerende debat der udstillede nogle af problemerne og begrænsningerne ved terminologien.

Abstraktene kan findes i: *Neuro Urol*, vol 31, issue 6, 2012

Niels Klarskov

## Kom og hør mere om highlights fra IUGA mødet i Brisbane 4.-8. September 2012 ved Marie-Louise Saaby til DUGS årsmøde d. 4. januar 2013



*Friske danske damer til kongres i Brisbane*



## Kirurgisk behandling af stress urininkontinens.

En Hindsgavl guidelines arbejdsgruppe præsenterede i september et forslag til kirurgisk behandling af stress urininkontinens. Vi afgrænsede emnet til midt-urethral slynger (MUS) og injektionsbehandling. Emnerne omfattede bl.a. valg af optimale materiale, optimale teknik, oplæring i teknikken, komplikationer, sygdomsmedling og recidiv behandling. Formålet med en retningslinje er at sætte fokus på hvad vi ved og hvad vi ved mindre om.

### Valg af optimale materiale.

Monofilament slynger har sammenlignet med multifilament slynger en bedre objektiv effekt resp. færre erosioner (I). Blandt andet derfor er multifilament slynger taget at markedet.

### Valg af optimale teknik.

Retropubiske og transobturator slynger er ligeværdige, hvad angår subjektiv effekt og er i øvrigt andre slyngtyper overlegne (I). Retropubiske slynger er marginalt (men ikke

signifikant) bedre mht. objektiv effekt (I). Om transobturator slynger anlægges indefra-ud eller udefra-ind spiller ingen rolle (I). Indikationsområdet for injektionsbehandling kan diskuteres. Der er god evidens for, at metoden har færre komplikationer, men også en lavere effekt (IIb).

### Oplæring i MUS.

Anlæggelse af MUS anses som en enkel teknik. Omdrejningspunktet for oplæring i (resp. vedligeholdelse af) kompetencen er 20-30 indgreb (årligt). Evidensen går på effektiviteten af indgrebet resp. forekomsten af komplikationer (III).

### Optimale anæstesi.

Der er god evidens for, at peroperativ hostetest er uden betydning for den kliniske effekt af MUS (Ia). Givet den præmis er valget af optimale anæstesi primært et spørgsmål om operatør resp. patientpræference (B).



### “DID YOU KNOW...”

ETHICON GYNECARE remains firmly committed to finding solutions for women suffering from Incontinence and Pelvic Organ Prolapse



## Komplikationer.

Der er større risiko for blødningskomplikation ved retropubisk MUS end transobturator MUS (I). Uanset metode et behovet for transfusion < 1% (II). Anvendelse af transobturator MUS mindsker, men eliminerer ikke risikoen for blærelæsion (I). Cystoskopi bør derfor foretages ved mindste mistanke (A). Risikoen for perforation af uretra er <1 promille (I). Retropubisk MUS er transobturator MUS overlegen mht. at undgå perforation af vaginalslimhinde (I). Transobturator MUS er retropubisk MUS overlegen mht. at undgå perforation af tarm ved tidligere strålebehandling af abdomen nedadtil og gentagen kirurgi i det lille bækken (D). Prævalensen af thrombo-emboliske komplikationer 3 måneder efter MUS er <1 % (II). Risikoen for postoperativ urinretention er mindre ved transobturator MUS end ved retropubisk anlagt MUS (Ia). Forekomsten af de novo urgency er uafhængig af slyngetype (Ia).

## Hvad ved vi mindre om?

Patienter opereret med MUS oplyses sædvanligvis om fysiske restriktioner/sygemelding i efterforløbet. Evidensen for råd herom er dog sparsom (V). Med henvisning til at det giver god mening, rekommanderer arbejdsgruppen sygemelding fra 1 uge, at undgå coitus første 4 uger samt løfte restriktion i 2-4 uger (D). Men det er klart et område, som trænger yderligere afklaring. Det obstetriske udkomme efter kirurgisk behandling af urininkontinens hos kvinder i fertil alder er alene kasuistisk beskrevet (IV). Knap 1 af 5 MUS opererede kvinder oplever recidiv inkontinens

efter en fødsel. Dette uafhængig af forløsningsmetode (vaginal/sectio). Arbejdsgruppen tilråder at kvinder informeres om denne risiko. Perforation af blæren i forbindelse med TVT behandles arbitrært med anlæggelse af KAD fra 1-3 dage. Evidensen for (længden af) kateterbehandling er uhyre sparsom.

Guidelines gruppen bestod – udover af undertegnede som tovholder - af Karl Møller Bek, Gitte Bennich, Mette Hornum Bing, Isil Pinar Bor, Helga Gimbel, Karin Glavind, Susanne Greisen, Ulla Darling Hansen, Margrethe Foss Hansen, Rikke Guldborg Sørensen, Christina Pedersen & Sandra Teiblum.



## Personen bag en operation for stress-inkontinens



I 1996 beskrev Ulf Ulmsten den såkaldte Tensionfree Vaginal Tape-operation til behandling af stress-urininkontinens (TVT). Gennem et lille snit i vagina under urinrøret føres et bånd af kunststof bag symfysen på begge sider af uretra. Båndet føres ud på abdomen, hvor det klippes over lige under huden.

Operationen er let at udføre og kan foretages i lokalanæstesi. Fordelen er, at man under operationen kan bede patienten om at hoste; derved kan operatøren bedømme den rigtige stramning af båndet. Det betyder også, at indgrebet kan udføres ambulant.

Operationen har samtidig vist sig at være

meget effektiv, idet mellem 80 og 90 % af tilfældene bliver enten væsentlig bedre eller helt helbredt for gener. Derfor er det med god grund, at den har afløst Burch-operationen som The golden Standard blandt de mange operationer for stressinkontinens, som er blevet beskrevet gennem årene. Og i dag er TVT-operationen udbredt over hele verden.

Ulf Ulmsten blev født i 1938. Han læste medicin ved Lunds Universitet og var ansat ved patologisk afdeling, inden han kom til gynækologisk-obstetrisk afdeling ved Karolinska Institutet i Stockholm i 1968. Her var han ansat i tre år, indtil i 1971 blev ansat ved



Allmäna Sjukhuset i Malmö. Samtidig var han lektor ved universitetet i Lund.

I 1980 blev han professor i gynækologi og obstetrik ved Aarhus Universitet og chef for den gynækologisk-obstetriske afdeling. Efter fem år i Danmark rejste han tilbage til Sverige, hvor han blev professor i gynækologi og obstetrik ved Karolinska Institutet i Stockholm. Senere fik han stilling ved Uppsala Universitet, hvor han var ansat, ind til han trak sig tilbage i 2003.

Ulmsten forskede sammen med P. E. Papa Petros i årsagerne til urininkontinens. De mente, at årsagen til, at man havde urinlækage ved hoste, var en beskadigelse af de pubouretrale ligamenter. Og for at kompensere for dette placerede de en meshe af polypropylene under uretra. Det viste sig at være en succes, og samarbejdet med Papa Petros udviklede sig til den nævnte TVT-operation, der som anført har bredt sig til hele verden - ikke mindst, fordi den er så let at udføre.

Rækken af de videnskabelige artikler, som Ulmsten har publiceret, er næsten endeløs. Næsten 500 publikationer blev det til, men det er først og fremmest gennem sit arbejde inden for urogynækologien, at Ulmsten blev kendt, og som gjorde ham verdensberømt. Og det er for dette arbejde, at han vil blive husket. Inspirationen til at arbejde med bækkenbundens anatomi og kirurgi fik han i øvrigt af Axel Ingelman-Sundberg, som var hans mentor.

Ved siden af sit videnskabelige arbejde sad Ulf Ulmsten i et utal af kommissioner og bestyrelser. Han var med til at grundlægge

International Urogynaecology Association (IUGA).

Ulmsten døde den 4. marts 2004 af kræft. Siden 2005 har International Urogynaecology Association mindet ham gennem The Ulf Ulmsten Lecture i forbindelse med den årlige kongres.

*Kilde:*

*Peter L Dwyer. Ulf Ulmsten (1938-2004) leader and innovator in urogynaecology. Int. Urogynecol J. 2004;15(4):221-222.*



**Har du husket at tilmelde dig?  
The 28th Bi-Annual Meeting of the  
Nordic Urogynecological Association (NUGA)  
will be held  
17 – 19 January 2013  
in  
Helsinki, Finland**

# Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review

**Objectives:**

To examine the evidence for an effect of physiotherapy on pain, physical activity and quality of life in the treatment of female chronic pelvic pain (CPP).

**Methods:**

Relevant databases were searched for observational, and prospective clinical intervention studies of female CPP where physiotherapy was a sole or significant component of the intervention. Trial inclusion, data extraction according to predefined criteria and risk of bias assessment were performed by two independent authors. Effect estimates (relative risk, mean difference and mean change) with 95% confidence interval were calculated for the above outcomes. For significant outcomes the numbers needed to treat were calculated.

**Results:**

11 articles, representing 10 studies, met the inclusion criteria. Six were RCTs, 1 cohort study and 3 case series. Heterogeneity across the studies, with respect to participants, interventions, outcome measures and times of follow-up, prevented meta-analysis. Narrative synthesis of the results, based on effect estimates and clinically relevant pain improvement, disclosed some evidence to support an effect of multidisciplinary inter-

vention and Mensendieck somatocognitive therapy on female CPP.

**Conclusion:**

Recommendations for physiotherapy interventions for female CPP are primarily based on single standing small studies and should be interpreted with caution. A need for well-conducted RCTs is of immediate importance.

<sup>a</sup> Multidisciplinary Pain Centre, Department of Anaesthesiology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

<sup>b</sup> Department of Urology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

<sup>c</sup> Department of Gynaecology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

<sup>d</sup> RN, PhD, Abdominal Centre, University of Copenhagen, Rigshospitalet, Denmark

## **Female Chronic Pelvic Pain is highly prevalent in Denmark. A randomly selected cross-sectional population study.**

### **Background and aim**

Female chronic pelvic pain [CPP] is a highly prevalent (2-24%) clinical problem with substantial burden on the health care services. We aimed to examine prevalence, characteristics, and risk factors for CPP in Danish women, and to compare these findings with pain-free controls.

### **Methods**

A randomised populationbased cross-sectional postal survey of female CPP in Denmark (N=2500). Statistical analysis included prevalence percentage rates, chi-square tests, Mann-Whitney tests, unpaired T- tests, and multiple regression analyses.

### **Results**

1179 women responded. 130 (11%) women reported CPP in the preceding 6 months; of these 65 (5.5%) had CPP more than twice weekly. The highest prevalence was observed in women aged  $\leq 25$  years (17%), and 46-55 years (17%). Potential risk factors for CPP were age, country of birth, self-reported pelvic diseases, and former pelvic trauma or surgery ( $p < 0.05$ ). No association was found between CPP and selected socioeconomic factors (residence area, education, occupation, and cohabitation).

### **Discussion and Conclusion**

Although the reported prevalence is based on 48% of the invited sample, drop-out analyses found that respondents did not deviate from non-respondents. Therefore, we considered the reported 11% prevalence rate representative for the total sample and generalisable to the general female population in Denmark.

<sup>a</sup> PT, MSc, PhD-student, Multidisciplinary Pain Centre, Department of Anaesthesiology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

<sup>b</sup> RN, PhD, Abdominal Centre, University of Copenhagen, Rigshospitalet, Denmark

<sup>c</sup> Consultant, DMSc, Department of Gynaecology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

<sup>d</sup> Professor, chief urologist, DMSc, Department of Urology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark

## **Kan man knibe sit underliv på plads? - et randomiseret kontrolleret forsøg med livsstils- rådgivning og bækkenbundstræning til afhjælpning af nedsynkning af underlivsorganerne**

### **Baggrund**

Hver tiende voksne kvinde angiver symptomatisk nedsynkning af underlivsorganerne (pelvic organ prolapse= POP) dvs mærker eller ser en bule i skedeåbningen. Nye studier har vist, at individuel bækkenbundstræning tilbudt sammen med livsstilsrådgivning kan afhjælpe symptomer og mindske objektiv POP bedre end en rådgivningspjece alene. Vores hypotese er, at bækkenbundstræningen er afgørende, hvilket endnu ikke endeligt påvist. Vi mangler desuden viden om langtidseffekt, økonomiske omkostninger og mulige prædiktorer for manglende effekt af en konservativ behandling til kvinder med POP.

### **Formål**

At undersøge effekten af struktureret bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning overfor struktureret livsstilsrådgivning alene til kvinder med symptomatisk POP.

### **Metode**

108 kvinder med symptomatisk POP randomiseres til to grupper. Begge grupper modtager struktureret livsstilsrådgivning i form af foredrag. Den ene gruppe modtager desuden bækkenbundstræning efter individuel undersøgelse og instruktion. Begge grupper møder 6 gange over 12 uger. Før og op til et år efter undervisningen undersøges kvinderne ob-

jektivt og subjektivt ved hjælp af validerede måleredskaber.

### **Perspektiver**

Vi ønsker at vise kvinder og fagfolk, at struktureret bækkenbundstræning kan afhjælpe POP, og at livsstilsrådgivning kan understøtte effekten. Vi håber at kunne afdække hvilke kvinder som vil have effekt af et konservativt forløb, så bækkenbundstræning kan tilbydes som et godt og billigt alternativ til operation.

\*Gynækologisk obstetrisk afdeling, Herlev Universitets Hospital

\*\*Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

## Infection and wound dehiscence after obstetric anal sphincter rupture (OASIS)

### Objective

To evaluate the risk of wound infection and wound dehiscence after OASIS.

### Methods

This prospective study included 96 women with OASIS; 70 with IIIB lesions, 10 with IIIC lesions, and 16 with IV lesions. Clinical examination and endoanal ultrasound were performed 1 day (range 1-5), 11 days (5-14), and 18 days (14-35) after delivery.

### Results

25 women had antibiotics during delivery whereas eleven had antibiotics during sphincter repair. Four patients (4%) experienced wound infection; One (IIIB) had antibiotics both at delivery and at primary repair, and wound-infection was cured by oral antibio-

tics. One (IIIB) had an abscess due to a suture through the anal mucosa and was reoperated. One (IIIB) had wound infection cured by oral antibiotics. Three women (IV) had an early secondary sphincter reconstruction due to wound dehiscence, only one of these had infection. One woman (IV) had dehiscence of the anal mucosa without infection and was reoperated.

### Discussion

Prophylactic antibiotics are now recommended to fourth degree lesions. It does not seem clinical relevant to recommend routine prophylactic antibiotics to third degree lesions to avoid infection in 1%. However, it seems important to inform about the risk of wound dehiscence and to examine patients with symptoms.

Kære DUGSNyt læser

Er du endnu ikke medlem af DUGS , men ønsker du at blive det, kan du rette henvendelse til DUGS sekretær 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

## Implantater ved operation for genital prolaps i Danmark, 2010-2011

### Introduktion

Der opereres årligt ca. 4000 kvinder i Danmark for genital prolaps (GP).

Formålet med dette studie var at undersøge omfanget af GP operationer på danske gynækologiske afdelinger i år 2010 og 2011 med specielt fokus på brug af implantater og recidivkirurgi.

### Metode

Studiet er baseret på data er fra Dansk Urogynækologisk Database(DugaBase) i perioden 1. januar 2010 til og med 31. december 2011.

Databasens validitet for procedurekoder er 93% (1).

Der er anvendt operationskode, operationsdato, opererende afdeling, operatørens angivelse af om det er recidiv operation samt angivelse af evt. anvendte implantat typer.

Der indgik operationer udført på offentlige

sygehus. Operationer udført på privat hospitaler blev ekskluderet pga. lav kompletthed af indberettede forløb.

### Resultat

I alt indgik 8165 GP operationer i perioden 2010-2011. Heraf blev der indsat implantater i 5,3 % (431/8165) af operationerne. I disse var cirka halvdelen (233/431) recidivkirurgi. I alt udgjorde recidivoperationer 10,2% (835/8165) af samtlige operationer, og i 72,1% (602/835) af recidivoperationerne blev implantat ikke brugt.

### Konklusion

Langt størstedelen af GP operationer udføres uden indsættelse af implantater i Danmark. Ved indsættelse af implantater er halvdelen af operationerne angivet som recidiv operation. Der anvendes dog langt fra altid implantater ved recidivkirurgi.

(1) Guldborg R, Brostrøm S, Hansen JK et al: The Danish Urogynaecological Database: establishment, completeness and validity. IUJ (2012); DOI 10.1007/s00192-012-1968-8

<sup>1</sup>Gynækologisk/obstetrisk afd.,  
Odense Universitetshospital

<sup>2</sup>GKompetencecenter Syd  
for Landsdækkende Kliniske Databaser,  
Odense Universitetshospital

Sæt X i kalenderen  
DUGS Årsmøde 2013  
Afholdes 4. Januar 2013  
Herlev Hospital

## Urethral reflektometri (UPR) under øget intraabdominalt tryk - en forbedret teknik til karakterisering af urethras lukkefunktion hos kontinente og stress urininkontinente (SUI) kvinder

**Formål:** at undersøge urethras lukkefunktion med Urethral reflektometri (UPR) under øget intraabdominalt tryk i SUI og kontinente kvinder

**Metoder:** 25 SUI og 8 kontinente kvinder blev undersøgt med ICIQ-SF, bletest, inkontinensdagbog og UPR.

UPR blev foretaget i hvile og under øget intraabdominalt tryk (PAbd). Relaterede værdier af PAbd og urethralt åbnetryk (Po) blev indsat i et abdomino-urethralt "trykdiagram". Linear regression af værdierne blev udført og linjens hældning ("APIR") og skæring med y-aksen fundet. Po blev udregnet for forskellige værdier af PAbd, f.eks. 50 cm H<sub>2</sub>O (Po-Abd 50), vha. linjens ligning.

**Resultater:** Både hvileåbnetryk (Po-rest) og APIR var signifikant forskellig hos SUI og kontinente men kunne ikke adskille de to grupper.

Den urethrale lukkeligning (UCE) baseret på Po-rest og APIR bidrog med en mere detaljeret karakterisering af en kvindes lukkefunktion baseret på de permanente lukkekræfter (primært genereret af den urethrale sphinkter unit) og de adjunktive lukkekræfter (primært genereret af supportsystemet).

Po-Abd 50 respektive UCE estimerer styrken af lukkefunktionen, adskiller SUI og konti-

nente og er højsignifikant negativt korreleret til ICIQ, bletest og antal inkontinensepisoder.

**Diskussion og konklusion:** Nye parametre til karakterisering af urethras lukkefunktion, dets effektivitet og mulige dysfunktioner blev forelagt. P<sub>o-Abd 50</sub> og UCE kan benyttes som diagnostiske og "severity" tests.



## Effekten af Tension-free Vaginal tape (TVT) på urethras lukkefunktion - virkningsmekanismen

**Formål:** at undersøge om TVT fungerer ved at øge den nye parameter "Abdominal to urethral Pressure Impact Ratio" (APIR) samt måle effekten på urethras lukkefunktion

**Metoder:** 21 SUI kvinder blev undersøgt med ICIQ-SF, bletest, inkontinensdagbog og urethral reflektometri (UPR) før og efter TVT. UPR blev foretaget i hvile og under øget intraabdominalt tryk (PAbd). Relaterede værdier af PAbd og urethral åbnetryk (Po) blev indsat i et abdomino-urethralt "trykdiagram". Linear regression af værdierne blev udført og linjens hældning ("APIR") og skæring med y-aksen fundet. Po blev udregnet for forskellige værdier af PAbd, f.eks. 50 cm H<sub>2</sub>O (Po-Abd 50), vha. linjens ligning. Po-Abd 50 og resultatet ved indsætning af Po-rest og APIR i den urethrale lukkeligning (UCE) blev benyttet til at undersøge ændring i urethras lukkefunktion efter TVT.

**Resultater:** Po-rest-gennemsnittet var uændret efter TVT, mens APIR steg hos alle kvinder. Po-Abd 50 steg til værdier fundet for kontinente kvinder (ej publiceret). UCE-værdierne steg hos alle patienter.

**Diskussion:** TVT synes at styrke urethras lukkefunktion ved at øge APIR, mens Po-rest forbliver uændret uafhængigt af den præoperative dysfunktion. Dette støtter konceptet beroende

på de permanente lukkekræfter, Po-rest, og de adjunktive lukkekræfter, APIR, og underbygger teorien om midt-urethral support som virkningsmekanismen bag TVT.

### Næste nummer

af DUGSNyt

udkommer juni 2013

Manuskripter sendes i Word-format til

[l.b.paulsen@dadlnet.dk](mailto:l.b.paulsen@dadlnet.dk)

senest den 10. maj 2013

### Bestyrelsen for DUGS

#### FORMAND

Afdelingslæge, ph.d.

**Mette Hornum Bing**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Herlev Hospital

[mbing@dadlnet.dk](mailto:mbing@dadlnet.dk)

#### NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d.

**Susanne Greisen**

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

[susagrei@rm.dk](mailto:susagrei@rm.dk)

#### KASSERER

Reservelæge

**Charlotte Graugaard-Jensen**

Urologisk afdeling K  
Aarhus Universitetshospital, Skejby  
8200 Aarhus N

[graugaard@ki.au.dk](mailto:graugaard@ki.au.dk)

#### SEKRETÆR

Læge, ph.d. studerende

**Rikke Guldberg Sørensen**

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

[rikke.guldberg.soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk](mailto:rikke.guldberg.soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk)

#### BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

**Annette Vestermark**

Medicinsk Center Hjørring Sygehus Vensyssel  
Bispensgade 37 9800 Hjørring

[a.vestermark@rn.dk](mailto:a.vestermark@rn.dk)

#### REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling  
Hillerød Hospital

Dyrehavevej 29  
3400 Hillerød

[l.b.paulsen@dadlnet.dk](mailto:l.b.paulsen@dadlnet.dk)



**SELSKABETS HJEMMESIDE**  
[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

## KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

---

### **DUGS Årsmøde**

4. januar 2013  
Herlev Hospital  
[www.dugs.dk](http://www.dugs.dk)

### **Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)**

28. Bi-Annual meeting  
17.-19. januar 2013  
Helsinki, Finland  
[www.nuga-info.org](http://www.nuga-info.org)

### **The 1st World Congress on Pelvic Pain**

Amsterdam, Holland  
30. maj- 1. Juni 2013  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

### **Scandinavian Association of Urology and Urological Nurses**

**29th Congress**  
Sandefjord, Vestfold, Norge  
21.-23. August 2012  
[www.nuf2013.no](http://www.nuf2013.no)

### **International Continence Society (ICS)**

Annual Meeting  
Barcelona, Spanien  
26.-30. august 2013  
[www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

### **International Urogynecological Association (IUGA)**

Dublin, Irland  
28. maj-1. juni 2013  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

### **International Continence Society (ICS)**

Annual Meeting Rio de Janeiro, Brasilien  
20.-24. Oktober 2014  
[www.icsoffice.org](http://www.icsoffice.org)

### **International Urogynecological Association (IUGA)**

Washington D.C., USA 22.-27 juli 2014  
[www.iuga.org](http://www.iuga.org)

Begivenheder som ønskes oplyst her kan meddeles til

[I.b.paulsen@dadlnet.dk](mailto:I.b.paulsen@dadlnet.dk)

*Lars Mølsted Pedersen død kort før sin 81-års fødselsdag efter længere tids sygdom. Lars var en af de store inden for gynækologi og obstetrik i Danmark. Han var også kendt Verden over som en af de ypperste eksperter inden for behandling og forskning af gravide med sukkersyge. I mange år var Lars leder af Center for Gravide med Diabetes på Rigshospitalet. Han var lært op og inspireret af professor Jørgen Pedersen, der startede centret i 1946. På det internationale plan var Lars en pioner i det Europæiske Diabetic Pregnancy Studygroup – Verdens første videnskabelige selskab med det fokus.*

*Ud over interessen for gravide med sukkersyge havde han en anden stor interesse, nemlig urogynækologi, som han stiftede bekendtskab med under sin ansættelse på Frederiksberg Hospital hos overlæge, dr.med. Erling Østergaard. Som overlæge på Rigshospitalets Gynækologisk-Obstetriske afdeling blev han ansvarlig for dette område. Inspireret af Mogens Asmussen, der i en periode var ansat i afdelingen, indførte han anatomisk vaginopeksi som alternativ til kolpo-*

*suspension a.m. Burch. Sammen med overlæge Megecy, Plastisk kirurgisk afdeling på Rigshospitalet udviklede han en fascia lata plastik til behandling af svær genital prolaps. Lars tilhørte den lille gruppe af nordiske urogynækologer, der i begyndelsen af 80'erne etablerede Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA). De sidste år af sin aktive karriere tilbragte han på Glostrup Hospital, hvor han var tilknyttet det urogynækologiske team.*

*Det var en fornøjelse at operere sammen med Lars, idet det foregik systematisk, roligt og altid uden tilfældige lette løsninger.*

*Lars havde stor appetit på livet og elskede at rejse samt fest, musik og dans. Det var aldrig kedeligt at rejse eller være sammen med Lars. Det er vi mange, der har erfaret.*

*Ære være hans minde.*

# **Det årlige Sygeplejemøde i DUGS**

Reserver allerede nu datoen for næste  
Sygeplejemøde i DUGS 2013.

Tid: 1. marts 2013

Sted: Skejby Hospital

Spændende program følger  
Hold øje med DUGS hjemmesiden  
i fremtiden og se nærmere

Vel mødt

Med venlig hilsen

Kursusudvalget for Sygeplejemødet

## **NÆSTE NUMMER**

af DUGSNyt

udkommer juni 2013

Manuskripter sendes i Word-format til

[l.b.paulsen@dadlnet.dk](mailto:l.b.paulsen@dadlnet.dk)

senest den 10. maj 2013



# VESICARE

Vesicare® solifenacinsuccinat 5 mg eller 10 mg, svarende til hhv. 3,8 mg og 7,5 mg solifenacin.

**\*Lægemiddelform:** Tabletter, fillovertrukne. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af trangin-kontinens og/eller hyppig vandladning og imperiøs 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 nyrefunktion:* 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 reflux og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Angioødem med luftvejsobstruktion er rapporteret hos nogle patienter i behandling med solifenacin succinat. Så fremt angioødem opstår bør behandling med Vesicare seponeres og anden relevant behandling og/eller foranstaltninger igangsættes. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogen årsag til detrusor overaktivitet. Patienter med sjældne arvelige tilstande 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, nelfinavir og itraconazol). Administration af Vesicare har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraktiva (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:** Klasespecifikke, 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 reflux, tør hals, tør hud, vandladningsbesvær, træthed, perifere ødemer. Sjældne ( $>1/10.000$ ,  $<1/1000$ ): Svimmelhed, hovedpine, colon obstruktion, påvirkning af afføring, opkastning, kløe, udslæt, urinretention. Meget sjældne ( $<1/10000$ ), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data): Hallucinationer, erythema multiforme, nældefeber, angioødem. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr):** 5 mg, 30 stk: 450,75 kr. 5 mg, 90 stk: 1286,75 kr. 5 mg, 100 stk: 1428,25 kr. 10 mg, 30 stk: 558,05 kr. 10 mg, 90 stk: 1603,00 kr. 10 mg, 100 stk: 1779,65 kr. (pris pr. d. 04.05.2012 inkl. recepturgebyr). Dagsaktuelle priser på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). **\*Afsnittet er forkortet/omskrevet.**

Baseret på produktresumé dateret d. 07.03.2012

Fuldt produktresumé kan rekvireres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Kajakvej 2, 2770 Kastrup, tlf. 4343 0355 eller via [www.laegemiddelstyrelsen.dk](http://www.laegemiddelstyrelsen.dk) Revideret 19.04.2012



# Glæden ved at lufte hunden er forsvundet.

Vesicare® (solifenacin) reducerer antallet af urgencyepisoder hos patienter med overaktiv blære. De kan holde sig i længere tid og antallet af inkontinensepisoder mindskes.<sup>1</sup> Med den korrekte behandling kan du forandre hverdagen for disse patienter og en simpel ting, som at gå tur med hunden, kan forhåbentlig få lov at forblive simpel.

 **Vesicare®**  
(solifenacin)

Lægemiddel mod overaktiv blære



Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/ Mette Hornum Bing, Gynækologisk-obstetriske afdeling, Herlev Hospital

ASTELLAS PHARMA A/S, KAJAKVEJ 2, 2770 KASTRUP.  
TLF: +45 4343 0355. FAX: +45 4343 2224.  
KONTAKT@DK.ASTELLAS.COM. WWW.ASTELLAS.DK.

Reference: 1. Karram et al. Urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14–18.