



42nd IUGA MEETING 20.-24. JUNI 2017 VANCOUVER, CANADA

Se side 16 inde i bladet

Leder	3
DUGS Årsmøde 2017	4
DUGS Generalforsamling	6
Kursus	7
Rejseberetning fra Grønland	9
IUGA	16
Abstract	17
Kommende møder og kongresser	30

DUGSNyt

10. årgang, nr. 2 – 2016

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)

v/ Louise Arenholt

Afdelingslæge

Center for Klinisk Forskning/Gynækologisk obstetrisk afdeling

Regionshospitalet Nordjylland

Itsa@rn.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:

Udsigten fra sygehuset i Qeqertasuaq – i godt vejr,
Grønland, v. Susanne Axelsen



Vidensdeling hvor, hvornår og hvorfor

Dansk urogynækologisk selskab har haft 10 års jubilæum i 2015, og rigtig mange af vores medlemmer har været med det meste af tiden. Der er mange i alle faggrupperne læger, fysioterapeuter og sygeplejersker landet over, som går rundt med stor viden og ekspertise om de urogynækologiske patienter. Det er bare ikke altid vi får delt denne viden med hinanden.

Et af Dansk Urogynækologisk selskabs formål er: "at fremme den frie udveksling af information blandt medlemmerne, og at formidle samarbejde mellem dem for at stimulere forskning, uddannelse, udvikling og kvalitetssikring af urogynækologien i Danmark."

DUGS har skabt et forum for denne vidensdeling og formidling, ved løbende at afholde kurser og årsmøder. Det sidste nye, som blev vedtaget på sidste generalforsamling, er DUGS fonden, som årligt kan uddele 15.000 kr. hvor medlemmerne kan søge om penge til forskning, kurser og studiebesøg i ind og udland.

Bestyrelsen opfordrer derfor alle medlemmer til at tage et medansvar og bidrage med formidling og vidensdeling. Det kan vi blandt andet gøre ved, at skrive indlæg til DUGS nyt, komme med indlæg til årsmødet, eller at afrapportere fra kongresser og faglige møder, vi ser dog ofte, at der er en overvægt af indslag fra lægerne eller, at det er de samme fysioterapeuter, som står på podiet el-

ler har indlæg i bladet. Sygeplejerskerne har den mindste formidling i DUGS regi, og det er rigtig ærgerligt. Når sygeplejersker mødes rundt omkring i Danmark til diverse møder eller er til kongres i udlandet så går snakken livligt om alt det, der er gang i på de forskellige urogynækologiske klinikker. Det drejer sig bl.a. om forskning, udvikling og kvalitetssikring. Der er så meget selvstændigt og spændende arbejde for sygeplejersken omkring den urogynækologiske patient og skal vi lære af hinanden og fremme udveksling af information og viden er vi nød til, at formidle det ud til hinanden. Så fat pennen og hjælp hinanden på de forskellige afdelinger. Sygeplejersker vil sagtens kunne bidrage med noget, som er interessant for alle faggrupper.

Vi opfordrer forsat til, at læger og fysioterapeuter bidrager med deres input, men vi er en tværfaglig forening. Det er derfor vigtigt, at vi alle er med til at udbrede og dele vore erfaringer og evidensbaseret viden, så vi sammen kan yde en så høj specialiseret behandling som muligt til gavn for alle de urogynækologiske patienter i Danmark.

God jul.
De bedste hilsner
DUGS bestyrelse

*Bestyrelsen:
Niels Klarskov
Rikke Guldberg
Berit Sejersén Larsen
Louise Arenholt
Charlotte Graugaard-Jensen*

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder Årsmøde d. 6. Januar 2017 Hotel og Conference Center Trinity, Fredericia

Af DUGS Bestyrelse

Program

8.30-9.30 Registrering og kaffe
9.30-9.35 Velkomst v. ovl., dr.med. Niels Klarskov

Mødeleder: Afd.læge, ph.d. Rikke Guldborg

9.35-10.35 Valg i urogynækologien – hvilken slynge skal vi bruge?
Prof., dr.med. Gunnar Lose, ovl., ph.d. Susanne Axelsen, ovl.,
ph.d. Memona Majida (Akershus Universitetssygehus, Oslo)
Diskussion
10.35-11.05 Kaffepause

Mødeleder: Ovl., dr.med. Niels Klarskov

11.05-11.35 Frie foredrag
Læge, ph.d. studerende Lisbeth Bonde
Afd.læge Aiste Ugianskiene
Læge, ph.d. studerende Cæcilie Krogsgaard Tolstrup
Læge Sidsel Linneberg
Læge Ea Løwenstein
11.35-11.50 Nyt fra DugaBase v. ovl. Ulla Darling
11.50-12.00 National Klinisk Retningslinje (afrapportering fra arbejdsgruppen)
12.00-12.10 Erfaring med tidlig opsporing af kvinder med inkontinens
v. Fys Laila Ravnkilde Marlet
12.10-13.10 Frokost

Mødeleder: Kontinenssygeplejerske Berit Sejersen Larsen

13.10-13.25 PhD afhandling v. læge Margrethe Foss Hansen
13.25-14.10 Urodynamik – filosofi og cases
Ovl., dr.med. Niels Klarskov og afd.læge, ph.d. Charlotte
Graugaard-Jensen
14.10-14.25 PhD afhandling v. læge Hanna Jangö
14.25-14.55 Pause

Mødeleder: Afd.læge, ph.d. Charlotte Graugaard-Jensen

- 14.55-15.30 Frie foredrag
Læge Yasmin Khayyami
Ovl. Karin Glavind
1.res.læge Lene Duch Madsen
Afd.læge, ph.d.studerende Louise Arenholt
Læge, ph.d. studerende Louise Schriber Pedersen
- 15.30-15.45 ICS/IUGA 2016 v. Fys., ph.d. Ulla Due og læge. Ph.d. Lea Laird Andersen
- 15.45-15.55 DUGS uddelinger
- 15.55-16.00 Afslutninger v. Ovl., dr.med. Niels Klarskov

DANSK UROGYNÆKOLOGISK SELSKAB

Medlemskab af DUGS sker som personligt medlemskab, og skal ske gennem DUGS' kasserer - se adresse nedenfor.

Indmeldelsesgebyr på kr. 175,- som skal indbetales til konto i Lægernes Pensionsbank: konto nr. 6771 – 0006154413. Herefter opkræves medlemskontingent på 175,- kr. via Lægeforeningen (LVS) hvert år i maj måned.

Ved indmeldelse skal der oplyses følgende: mailadresse, arbejdssted og privatadresse (sidstnævnte såfremt du ønsker at medlemsbladet sendes til din privatadresse).

Anmodning om medlemskab sendes til kassereren:

Charlotte Graugaard-Jensen MD PhD
graugaard@ki.au.dk

DUGS generalforsamling 2017

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder ordinær generalforsamling fredag d. 6. Januar 2017 kl. 16.30, Hotel og Conference Center Trinity, Fredericia

Dagsorden i henhold til vedtægterne:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg:
Stående udvalg om "subspecialisering"
Stående udvalg om "deling af UL billeder"
Stående udvalg om "urogynækologiske guidelines"
Arbejdsgruppe om kursus
Arbejdsgruppe om kodning
4. Kasserer fremlægger det reviderede regnskab for 2016 til godkendelse
5. Kasserer fremlægger forslag til budget og kontingent for 2017
6. Valg af formand (punktet udgår pga. valg i 2016 for 2-årig periode)
7. Valg til bestyrelsen
Charlotte Graugaard-Jensen (genopstiller ikke – har siddet i 6 år)
8. Valg til udvalg
9. Valg af revisor og revisorsuppleant
(punktet udgår pga. valg i 2016 for 2-årig periode)
10. På grund af faldende annonceindtægter og betydeligt stigende udgifter (fx til porto) foreslår bestyrelsen ændring af DUGSNyt fra papirudgave til elektronisk udgave.
11. Såfremt der stemmes positivt for punkt 10 foreslår bestyrelsen at det beløb, der max kan udbetales per år fra DUGSfonden, hæves til 30.000
12. Indkomne forslag – skal være DUGS i hænde senest 1 uge før og skal sendes direkte til formanden
13. Eventuelt

HUSK
Næste DUGS Årsmøde
6. januar 2017
se mødekalender bagerst i bladet

DUGS KURSUS

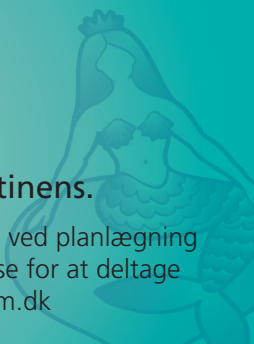
Tema: Inkontinens

Sæt kryds i kalenderen

20. september 2017

afholdes fagligt kursus om inkontinens.

Kursusudvalget søger medlemmer, som kan hjælpe til ved planlægning og afholdelse af kurset. Ved spørgsmål eller interesse for at deltage kontakt da Rikke Guldborg på rigsoe@rm.dk



The 30th Bi-Annual Meeting of the Nordic Urogynecological Association (NUGA)

**27– 29 April 2017
Reykjavik
Iceland**



IMPORTANT DATES

Deadline for submission of abstracts is *15 January 2017*

Deadline for low-fee registrations is *15 February 2017*

Organising Committee

The Board of NUGA

Dr. Rune Svenningsen, [runsve@ous-hf.no], Norway (President)

Dr. Mette Hornum Bing [mbing@dadlnet.dk], Denmark

Dr. Kristín Jónsdóttir [nuga2017@gmail.com], Iceland

Dr. Antti Valpas [Antti.Valpas@eksote.fi], Finland

Dr. Corinne Pedroletti [corinne.pedroletti@vgregion.se], Sweden

Foreningen af Yngre Gynækologer og Obstetrikere (FYGO) aftenkursus:

Obstetrisk hands-on: Sphincterlæsioner

Vil du gerne lære at vurdere og sy sphincterlæsioner?

Så er dette kursus for dig!

Undervisere:

Lene Paulsen, Hanne Brix Westergaard, Astrid Ammendrup, Jimmi Ehlers

Sted:

Afsnit 7821, Forskningsenheden Kvinders og Børns sundhed, Rigshospitalet, Tagensvej 22, 2200 København N.

Tid:

Kl. 17:00-21:00 torsdag den 27. april 2017.

Program:

17.00-17.05 Velkommen

17.05-18.05 Obstetriske sphincterlæsioner

18.05-18.15 Pause og klargøring til hands-on session

18.15-18.45 Hands on suturering på grisemodeller

18.45-19.30 Aftensmad

19.30-21.00 Hands on suturering på grisemodeller

21.00-21.15 Oprydning og evaluering

Pris:

200 kr. for FYGO medlemmer, 500 kr. for ikke-medlemmer (excl. gebyr på 6 kr.)

Tilmelding og indbetaling foregår via fygo.safeticket.dk.

Ved øvrige spørgsmål, kan **kursustovholder** Ilda Amirian kontaktes på email: iamirian@gmail.com

Mad og forplejning er inkluderet i prisen.

Indtil 8 dage før kurset, er det muligt at få **kursusgebyret retur**.

Herefter vil gebyret betragtes som tabt ved afbud.

Sidste tilmeldingsfrist: Tirsdag d. 11. april 2017.

Grønland er julemandens eget land

En urogynækologs bekendelser fra Grønland op mod jul.

At være i Grønland op mod jul, som jeg har været i år, er smukt, hyggeligt, udfordrende og til tider frustrerende.

Jeg arbejder i et fast team af 10 – 12 danske læger, som selv planlægger og året rundt dækker lægebemandingen på Diskøen; en ø nord for Polarcirklen, som arealmæssigt er som Sjælland. Når man er her i Godhavn (Qeqertasuaq på grønlandsk), er man den eneste læge på øen og kan kun komme herfra eller hertil ved at sejle i 4 timer i godt vejr eller flyve med helikopter, når de hårdeste vintermåneder sætter ind og vejret ellers arter sig. Det samme gælder akut syge patienter, hvis de skal evakueres. I byen bor der knap 1000 mennesker. Der hører en bygd med 23 indbyggere til byen. Kangerluk, som bygden hedder, ligger 5 timers sejlads her fra. De har lægebesøg ca. hver 3. måned hvis muligt. Jeg var derude denne gang. En meget smukt beliggende bygd og nogle seje, dejlige mennesker, der bor derude på pynten. Men også en dag med i alt 10 timers søsyge frem og tilbage for en ikke søstærk person som mig.

For at komme til Qeqertasuaq flyver man fra Kastrup til Sønder Strømfjord, der er det eneste sted i Grønland, de store Airbusflyvere kan lande og lette. Videre til Egedsminde (Aasiaat) med en

Dash8 (eller Crash8, som de blev kaldt, da de fløj i Danmark). Heroppe er propelmaskinerne stabile og lander perfekt på de korte landingsbaner. Fra Aasiaat skal man så enten sejle eller flyve med helikopter videre til Qeqertasuaq.

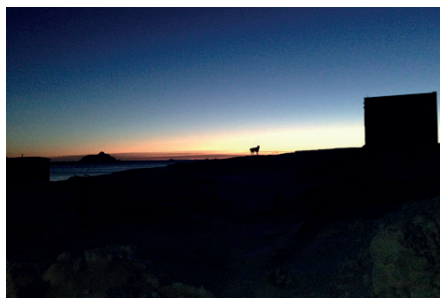
Jeg har tidligere arbejdet på Aasiaat Sygehus, som er regionssygehuset, så det var sjovt at komme der igen. Selvom udskiftningen blandt både danske læger og sygeplejersker i det grønlandske sygehusvæsen er så stor, at man ikke møder de samme mennesker igen efter bare 6 måneder. Men det grønlandske sundhedspersonale og tolkene er stabile. Efter planen skulle jeg overnatte på Sømandshjemmet i Aasiaat og videre med båd til Qeqertasuaq næste dag. Næste dag gik båden dog ikke. Så kunne jeg jo arbejde i Aasiaat i stedet. De er altid glade for en gynækolog, der kan noget kirurgi og UL scanning heroppe. Dag 2 stod jeg igen klar på havnen. Men heller ikke i dag sejlede båden. Det hører til historien, at den



Kangerluk...

danske læge, jeg skulle afløse i Qeqertasuaq, mødte jeg, da jeg ventede i Søndre Strømfjord på flyveren til Aasiaat. Hun var kommet ud i tide, inden vejret ikke tillod sejlads. Så nu var Qeqertasuaq på 3. døgn lægeløse. Da sejladsen også var indstillet dag 4, hyrede den ledende regionslæge en helikopter til mig, for at jeg kunne komme over på Diskøen. Den landede i Aasiaat, men kom aldrig afsted, da piloten ikke turde flyve i sneen og blæsten. Og så turde jeg i hvert fald heller ikke! Pludselig hører en af de grønlandere, jeg har lært at kende heroppe, på snakken i lufthavnen at inde i byen ved havnen er der vistnok et skib, der sejler til Qeqertasuaq. Mig ind i ambulancen, som er den måde man bliver fragtet rundt på heroppe, mødes på halvvejen med en portør i en anden ambulance, der havde hentet søsygepiller til mig på sygehuset, og ned til havnen. Høj søgang til Qeqertasuaq – men jeg nåede frem.

I alle "større" byer i Grønland er der et fuldt udstyret sygehus. I Qeqertasuaq



Morgen i Qeqertasuaq.

kan vi have 5 – 6 patienter indlagt. Der er operationsstue og lægekonsultation, som i dagtiden fungerer både som indbyggernes faste lægepraksis og tager i mod akutte patienter. Sygeplejerskerne er meget selvstændigt fungerende og behandler mange patienter uden lægen behøver blive indblandet eller måske bare med et godt råd. Sygehuset er også apotek. Grønlandske patienter får al medicin udleveret, når de er ved lægen. Der er en rekommandationsliste, så man lærer at være kreativ indenfor de givne rammer.

Der er selvfølgelig meget almen medicin relateret arbejde, men også hårdt brug for en gynækolog. Kønssygdomme er mere reglen end undtagelsen. Chlamydia ses ikke kun ved kvinder (og mænd) under 35 som i DK. Alle aldre har Chlamydia. Syfilis og Gonorré er hyppigt. Der bliver foretaget mere end 2000 provokerede aborter i Grønland om året, hvilket skal ses i forhold til, at der i hele Grønland bor 56.000 mennesker i alt. Grønlandske kvinder får børn tidligt og 5 – 6 børn er meget almindeligt. Specielt før i tiden foregik fødslerne ikke med jordemoderhjælp som i dag. Der er en høj frekvens af inkontinens og prolaps, også delvist genetisk betinget, da grønlandere jo er inuitter, med anderledes bindevæv end kaukasere. Mange grønlandere er overvægtige og mange ryger. Type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, TB og KOL er særdeles hyppigt. Og mange

luftvejsinfektioner. Der bliver udleveret rigtig meget antibiotika!

Desværre betales en høj pris for at bo så afsondret. Misbrug af børn florerer. Der har lige været samtaler med mange familier i byen, fordi politiet havde fået en underretning om misbrug af 11 drenge i alderen 7-17 år. Socialvæsenet, politiet, skolen og lægen prøver at afdække sagen. Men man sidder tilbage med en fornemmelse af, at sandheden aldrig kommer rigtigt frem, og at børnene ikke får kompetent hjælp. Der er mange, som har psykiske problemer, drikker for meget, ryger hash, er voldelige; ofte grundet en opvækst med svigt og seksuelt misbrug. Selv i ellers fredelige Qeqertasuaq, sammenlignet med andre steder i Grønland, må lægen ofte i detentionen og udfylde

lægeattest, så politiet kan beholde en urolig person i forvaring. Selvmord er også alt for hyppigt. Alle har rifler for at kunne jage og nogle vælger at bruge våbenet til selvmord. Således skød en ung mand sig selv lige efter jeg var kommet. Han var beruset og havde skændtes med sin kæreste. Tragisk for mange, da byen ikke er større end, at man er enten familie eller venner.

Der er en relativt høj frekvens af BRCA positive kvinder i Grønland og rigtig mange i Qeqertasuaq. I familien Broberg, som har mange medlemmer i byen, har kvinderne enten haft mammacancer eller profylaktisk fået fjernet mammae og ovarier, fordi de er BRCA positive. Vi har holdt et møde, medens jeg har været her, for de ramte kvinder, og det viser sig, at de ikke har været klar over muligheden for at anvende lokal hormon for at mindske urogenitale gener. Jeg har tømt og udleveret lageret på sygehuset af Estring og Vagifem :)

Men jeg bliver også lægeligt udfordret. Mette er en kvinde, som har meget comorbiditet. Jeg havde allerede set hende x flere i lægekonsultationen. Det var desuden planlagt, at hun først i december skulle til Danmark og have indsat ny mitralklap. Natten til sin 70 års fødselsdag falder Mette i sneen, da hun er ude for at ryge. Familien bringer hende ind på sygehuset. Mette er forslået men også sløv; udefinerbar bevidsthedssløret. Hun har ikke slået



Kirken i Qeqertasuaq.

hovedet. Under indlæggelsen, hvor jeg selvfølgelig når at tænke alle mulige scenarier igennem for årsag, udkommer blodprøverne blandt andet med natrium på 109! Der er også påvirkede infektionstal men ingen febrilia. Det korte af det lange er, at klinikken og biokemien får mig til at beslutte, at vi behandler hende for sekundær binyrebarkinsufficiens (Adissons sygdom). Vi kan tage se-cortisol og ACTH med svar fra Danmark om nogle uger. Vi kan ikke udføre Synacten test, måle time værdier for se-cortisol og hvad der ellers anbefales i udredningen. Mette får iv væsker tilsat ekstra natrium. Hun får antibiotika og hydrocortison. Hun har selvfølgelig også KAD. Mette fik 2 morgener i træk tømt blæren for 1700 og 1800 ml, fordi kateteret havde været klemmt af hen over natten. Det havde personalet, der passer sygehuset om aftenen og natten fortalt videre til hinanden, at det skulle. Og det er et godt eksempel på, at der sker ting heroppe, som vi ville årsagsanalysere og straks finde en løsning på i DK. Her må man lære at trække på skuldrene og roligt forklare, at det må helst ikke ske igen. Mange af personalet er ufaglærte, de har været her i mange år, har megen erfaring på nogle områder men har ikke den store sygdomsforståelse. Man lærer som læge at være pragmatisk heroppe og tage tingene som de kommer. Langsomt, langsomt over flere uger vågnede vores patient lige så stille op, biokemien normalise-

redes og hun endte med at blive sit gamle jeg og udskrevet til hjemmet. Det havde jeg ikke troet muligt, da hun blev bragt ind til sygehuset. Sådan en patient ville selvsagt have fået en hel anden udredning og behandling i DK, men det er der bare ikke mulighed for her i Grønland. Vi har røntgen og ultralyd. Det er de muligheder, der er, for billeddiagnostik. Om hun har fået den rigtige behandling, ved jeg stadig ikke, men hun og familien er glade og taknemmelige.

Jeg har været her før og fået nogle gode venner i byen. Dejligt at se dem igen. Det betyder også, at man bliver en del af byen, spiser sammen med familierne – grønlandsk mad naturligvis. Sæl, rensdyr, snepper, hvalribben; det smager fantastisk. Det eneste jeg ikke vænner mig til er Matak, som er hvalspæk, som grønlænderne spiser rå til både tørret fisk og de tilberedte typer kød.

Butikken i byen (for der er kun én), sælger det, der er nået frem med skib. Der er måske friske grøntsager i butikken, men fordi de har været undervejs i lang tid, er det meste muggent eller vissent. Hvis man vil have grøntsager, kan de frosne anbefales. Og priserne på alle varer skal ganges med mindst 4 i forhold til danske. Et kvart lettere anløbet hvidkål kan sagtens koste 35 kr.

Og så er der naturen. Den får man aldrig nok af. Den er forskellig hver dag.

Selvom jeg er her i den mørke tid og der kun er få lyse timer om dagen her midt i december, så er lyset altid flot på en ny måde. Og om natten er der nordlys – et betagende og mystisk syn.

Julemåneden er specielt hyggelig. Der er lys i alle vinduer og på husene. På sygehuset synger vi en salme eller to hver dag efter morgenmødet. Der har været juleklip for de personalet, deres børn og børnebørn. I lørdags var der julemarked i hallen med boder, hvor der blev solgt alle slags hjemmegjorte ting. Det er en stor dag i byen, når juletræet foran kirken bliver tændt. Normalt sker det 1. søndag i advent. Men træet var ikke kommet med skib, så det blev forsinket en uge. Julemanden og hans kone kom kørende gennem byen i kane trukket af nissebørn. Byens børnekor sang, der blev holdt tale, lysene på træet blev tændt og nok så vigtigt; var der godteposer til alle børn på kommunens regning.



Slædehundene fodres.

Grønlænderne er generelt glade og med rette stolte af deres lands smukke natur. De er gode til at fejre stort som småt. Og der er altid kage! Kaffemik bliver holdt ved fødselsdage, barkedåb, alle begivenheder, som fortjener en fejring, og der kan sagtens være mere end 10 forskellige slags hjemmebagte kager. På sygehuset bliver enhver lejlighed til at give kage eller brød også udnyttet. "Min nieces barn bliver ½ år i dag." "Mit barnebarn fylder 2 år i dag."

At arbejde i Grønland for mig er balsam for sjælen. Jeg synes bestemt, vi som urogynækologer i Danmark gør en forskel. Men der er også store forventninger og høje krav til os om effektivitet og dokumentation. Det grønlandske sundhedsvæsen er dyrt. Afstande, transportforhold og den store andel af især danske læger og sygeplejersker i kortvarige vikariater er medvirkende til et kostbart, ineffektivt og usammenhængende sundhedsvæsen. Når det er sagt, og hvis man kan trives med, at det, der ikke kan ske i dag, måske sker i morgen eller en anden dag, så føler man virkelig, at man gør en forskel som læge i Grønland.

P.S.

Jeg skulle være rejst fra Qeqertasuaq i dag, men pga. vejret kan helikopteren ikke flyve hverken i dag torsdag eller i morgen. I weekenden går der ikke flyvere til Danmark. Så måske på mandag? Mon jeg når hjem til jul?

Når målet er øget livskvalitet

Uracyst®

Koncentreret opløsning 2 %, 400 mg chondroitin sulfat (

Uracyst® er et sterilt chondroitin sulfat, som effektivt erstatter og genopretter blærens beskyttende glycosaminoglycan lag. Således forhindres bakterier og øvrige substanser fra urinen i at gennemtrænge blærevæggen, og patientens smerter lindres. Uracyst er indikeret til situationer, hvor der er sket skade på blærens epit

- Smertefuldt blæresyndrom/IC
- Stråle cystit
- Kemisk induceret cystit
- Evt. overaktiv blære OAB
- Evt. recidiverende bakterielle cystitter

*Uracyst - det
gør en forskel...*



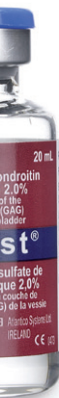
Dosering

20 ml indføres i urinblæren efter, at den er tømt for urin. For et optimalt resultat, Uracyst® instilleres i blæren og blive der så længe som muligt (mindst 30 minutter). Gentag behandlingen med 20 ml pr. uge i 6 – 8 uger, derefter 1 gang om måneden til symptomerne er ophørt. De fleste patienter har effekt efter 6 ugers behandling.

E....

20 ml)

g
edes
em-
st® er
thel.



skal
utter).
heden
g.



”96 % af patienterne oplevede forbedring”*

*) Ref. study: Nickel JC A real life multicentre study BJU Int 2008

Navamedic A/S
Tlf.: +45 48 22 18 38
E-post: infodk@navamedic.com
www.navamedic.com





REGISTRATION OPENS: January 20, 2017

CALL FOR WORKSHOP PROPOSALS OPENS

September 16, 2016

WORKSHOP SUBMISSION SITE CLOSES

November 15, 2016

CALL FOR ABSTRACT SUBMISSIONS OPENS

October 7, 2016

ABSTRACT SUBMISSION SITE CLOSES

February 6, 2017

www.iugameeting.org

Tissue-engineering as an adjunct to pelvic reconstructive surgery - new potential concepts evaluated in animal studies

Formål: At undersøge et muligt supplement til urogynækologisk kirurgi i form af tissue-engineering med to forskellige syntetiske bionedbrydelige materialer, methoxypolyethyleneglycol-poly(lactic-co-glycolic acid) (MPEG-PLGA) og elektrospundet polycaprolactone (PCL). Begge materialer blev undersøgt med og uden muskelstamceller i form af autologe friske muskel fiber fragmenter (MFFs).

Metoder: For at simulere forskellige prolapskirurgi-scenarier blev forskellige dyremodeller hos rotter og kaniner anvendt. Efter 8 uger blev materialet undersøgt med histologiske undersøgelser og biomekanisk testning.

Resultater: Celler fra autologe MFFs, som var tilføjet det hurtigt nedbrydelige MPEG-PLGA-net, overlevede og deltog i den regenerative proces med dannelse af tværstribede muskelfibre, som påvirkede vævets biomekaniske egenskaber. Det langsomt nedbrydelige PCL forårsagede et massivt fremmedlegemerrespons med dannelse af et neo-tissue PCL construct, hvilket ydede mekanisk støtte. Celler fra MFFs overlevede ikke i eller omkring dette neo-tissue PCL construct.

Diskussion: MFFs kan udgøre en fordelagtig cellekilde for regenerering af vævet ved prolapskirurgi og overlever når det kombineres med MPEG-PLGA. Dog overlevede celler fra MFFs ikke når det kombineredes med PCL, formentlig grundet det kraftige inflammatoriske respons. Derimod kan PCL forstærke vævet, hvori MPEG-PLGA ikke tilføjer ekstra styrke. Langtidsstudier, der vurderer den varige effekt af de to materials vævsreaktioner, er nødvendige før kliniske studier initieres.

Forsvar fandt sted d. 17. Juni 2016

Surgical treatment for urinary incontinence in women– Danish nationwide cohort studies

PhD thesis 2016

Margrethe Foss Hansen¹, Gunnar Lose², Ulrik Schiøler Kesmodel², Kim Oren Gradel¹

Background The synthetic midurethral slings (TVT, TVT-O, TOT) were introduced in the late 1990s and there are only a few studies at the long-term follow-up based on nationwide populations. Fewer studies have included the risk of reoperation and there is sparse evidence on which treatment should be used subsequently to failed synthetic midurethral slings (MUSs). Several surgical specialties have documented that department volume, surgeon volume and patient-related factors influence the quality of care. There is little knowledge regarding this in the surgical treatment for UI.

Aim The aims of thesis were to evaluate the surgical treatment for urinary incontinence (UI) based on national populations and the influence of department volume, surgeon volume and patient-related factors.

Methods Retrospective cohort studies based on The Danish National Patient Registry (Studies I, II) and The Danish Urogynaecological Database (DugaBase) in linkage with other registries (Study III).

Results A total of 8671 women had surgical treatment for UI from 1998 to 2007 (Study I). The risk of reoperation within five years was 6% for TVT and 9% for TOT. After adjustment for patient's age, department volume and calendar effect TOT carried a 2-fold higher risk of reoperation (HR, 2.1; 95% CI, 1.5 -2.9) compared with TVT.

A total of 5820 women had synthetic MUSs at baseline and 354 (6%) had a reoperation (Study II). The first choice treatment for reoperation was a synthetic MUS and UIT was a frequent second choice. At reoperation, 289 (82%) of the women were treated at the department where they had undergone the primary synthetic MUS.

A total of 731 women were registered in the DugaBase from 2007 through 2011 (Study III). Cure was achieved in 75/252 (29.8%) women and no leakage at all in 23/252 (9.1%) at three months follow-up. The mean total ICIQ-SF decreased from 16 (SD 3.8) to 10.6 (SD 6.2) ($p < 0.001$). UIT was performed at 16 departments, of which four high volume departments did 547 of 814 UITs (67.2%). Women with severe UI had decreased chance of cure (all ICIQ-SF scores) and

similarly, women with a usage of antimuscarinic drugs (adjusted OR 0.14; 95%, CI 0.04-0.41 "frequency") and (adjusted OR 0.33; 95%, CI 0.13-0.82, "amount"). Women treated by a high volume surgeon had a higher chance of cure (OR 4.51; 95% CI, 1.21-16.82, "frequency") and a lower risk of 30-day hospital contacts (OR 0.27; 95% CI 0.09-0.76). Women with severe UI had less likelihood of cure in all ICIQ-SF scores (Data not shown). A preoperative use of antimuscarinic drugs lowered the chance of cure on the frequency (adjusted OR 0.14; 95%, CI 0.04-0.41) and the amount score (adjusted OR 0.33; 95%, CI 0.13-0.82).

Conclusion The observation that TOT was associated with a significantly higher risk of reoperation than TVT is novel in the literature and has important implications for both surgeons and patients when they consider surgical options for UI. It seems appropriate in the absence of evidence for the best treatment after failed synthetic MUSs, that women are referred to highly specialized departments for diagnosing and treatment. The study represented cure among women with UIT in an everyday life setting. A learning curve for UIT indicated that the treatment should be restricted to fewer hands to improve the surgical education and consequently cure for women with UIT.

Publications

Hansen MF, Lose G, Kesmodel US, Gradel KO (20 15) Reoperation for urinary incontinence: A nationwide cohort study, 1998-2007.

Am J Obstet Gynecol. 2016 Feb;214(2):263.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.069. Hansen MF, Lose G, Kesmodel US, Gradel KO. Repeat surgery after failed midurethral slings: a nationwide cohort study, 1998-2007.

Int Urogynecol J. 2016 Jul;27(7):1013-9. doi: 10.1007/s00192-015-2925-0. Epub 2015 Dec 28.

Hansen MF, Lose G, Kesmodel US, Gradel KO. A national population-based cohort study of urethral injection therapy for female stress and mixed urinary incontinence- the Danish urogynaecological Database, 2007-2011. (submitted).

¹Center for Clinical Epidemiology, Odense University Hospital and University of Southern Denmark, Odense, Denmark

²Herlev Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Herlev, and Institute for Clinical Medicine, University of Copenhagen, Denmark

Vaginal vault suspension during hysterectomy on benign indication – A prospective register review of agreement on terminology and surgical procedure.

Introduction Several suspension methods are used to try to prevent pelvic organ prolapse (POP) after hysterectomy. We aimed to evaluate agreement on terminology and surgical procedure of these methods.

Material and methods Medical records (N=532) describing hysterectomy from women in the Danish Hysterectomy and Hysteroscopy Database(DHHD) and videos of hysterectomies (N=36) were randomly collected and categorized according to predefined suspension methods.

Agreement compared suspension codes in DHHD to medical records and to videos, respectively. Analysis was performed as to whether the vaginal vault was suspended (pooled suspension) or not (no suspension method + not described) as well as of each suspension method.

Results Agreement on terminology was good among pooled suspension in cases of hysterectomy by abdominal- and vaginal route (78.7%, 92.3%).

Agreement on surgical procedure was good among pooled suspension in cases of hysterectomy by abdominal-, laparoscopic-, and vaginal route (88.9%, 97.8%, 100%).

Agreement on individual suspension methods differed (Medical records, 0% - 90.1%. Videos 0% - 100%).

Conclusion Agreement on terminology and surgical procedure regarding suspension method was good with respect to pooled suspension. However, disagreement exists when individual suspension methods are scrutinized. Better consensus is warranted to enable further research to prevent POP among women undergoing hysterectomy.

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Nykøbing Falster Hospital, Nykøbing Falster, Denmark,

²University of Southern Denmark, Odense, Denmark,

³Department of Gynecology, Juliane Marie Centre, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark,

⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Zealand University Hospital, Denmark

* Corresponding author. Lisbeth Bonde, M.D. Telephone: (+45) 35457256 Email: lisbeth.bonde@dadlnet.dk

De novo postoperative urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery

Aim To investigate the incidence and types of de novo urinary incontinence (UI) following prolapse surgery in preoperatively continent women and to investigate any difference between operations in different compartments.

Methods Retrospective study of 678 women with prolapse surgery during a 3-year period. Patients completed three prolapse questions from the International Consultation on Incontinence-Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) and the International Consultation on Incontinence Questionnaire- Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) before undergoing surgery and 3 months postoperatively. Continent patients who scored 0 on ICIQ-UI SF before surgery were included in the study (N=299). The patients developing new onset UI on ICIQ-UI SF postoperatively were interviewed by telephone for a long-time follow up.

Results A total of 33 patients (11%) developed subjective de novo UI at 3 months follow-up. The majority of patients reported stress UI (48.5%), 36.4 % urge UI, 9.1% mixed UI and 6.1% undefined UI. We found no difference between operations in different compartments. At long-term follow-up (median 30 months) 12 patients became continent without incontinence surgery or medical treatment leaving only 21 patients (7%) incontinent.

Conclusion The risk of developing de novo UI after prolapse surgery with native tissue repair is low and decreasing over time.

Department of Obstetrics and Gynaecology, Aalborg University Hospital

Manchesteroperation versus vaginal hysterektomi i behandlingen af uterusprolaps: Et systematisk review

Formål At undersøge om vaginal hysterektomi (VH) og Manchesteroperation (M) er ligeværdige behandlinger af prolaps i midterste kompartment ift. reoperation for recidiv, komplikationer, operative parametre og QoL-score.

Metode Litteratursøgning i Embase, Pubmed og Cochranedatabasen med MeSh termerne "uterine prolapse", "pelvic organ prolapse", "Manchester procedure" og "vaginal hysterectomy". Desuden manuel søgning. Reviewet følger MOOSE guidelinen, og er uden restriktioner ift. sprog og metode. Alle studier som sammenlignede VH og M i behandling af prolaps i midterste kompartment var inkluderet. Undersøgte outcomes var operationskrævende recidiv i ethvert kompartment, per- og postoperative komplikationer, operationstid, blodtab, indlæggelsestid, QoL-score og ændringer i urininkontinens.

Resultater Ni publikationer fra 1966-2014 (6345 patienter) ud af i alt 65 blev inkluderet. Pga. heterogenitet var metaanalyse ikke mulig. Der var flere reoperationer pga. recidiv i ethvert kompartment efter VH (9-13,3 % vs. 4-9,5 %). Vaginaltopsprolaps fandtes hos 4-7 % efter VH, mens der ingen recidiver var i midterste kompartment efter M. Ved VH var operationstiden længere med tendens til et højere blodtab, og længere indlæggelsestid samt flere reoperationer pga. komplikationer (6 % vs. 3 %). QoL-scoren blev forbedret efter begge operationer.

Diskussion Evidensen er sparsom, og der er intet som underbygger VHs status som foretrukne behandling af prolaps på verdensplan.

A five year follow-up of women with obstetric anal sphincter rupture at their first delivery.

Objectives Obstetric anal sphincter rupture (OASR) is considered a risk factor for subsequent fecal incontinence and suspected to be a risk factor for urinary incontinence and sexual dysfunction. Aims of this study were to assess risk factors for different grades of OASR and evaluate clinical outcome five years after birth.

Methods A 5 year follow-up study on 82 women with OASR during first delivery. Case records were reviewed for known risk factors for OASR. Three questionnaires were mailed to the women: St. Marks fecal incontinence score, Danish anal sphincter rupture questionnaire and a short supplemental questionnaire

Results Fifty percent had OASR 3a, 32% OASR 3b, and 18% OASR 4. None of the investigated risk factors showed statistically significant difference according to the degree of rupture. Seventy-four percent had fecal incontinence with a significantly higher frequency of fecal incontinence in rupture group 4 than in 3a. Forty-four percent had urinary incontinence and 50% sexual dysfunction with no significant differences between groups.

Conclusion None of the investigated risk factors increased the incidence of more severe grades of rupture. Ninety-one percent of women with OASR at their first delivery had some degree of fecal or urinary incontinence or sexual dysfunction five years after.

Reoperationsrate for kvinder opereret for prolaps – dansk registerstudie med 20 års follow-up

Formål:

At undersøge den kumulerede incidens for kvinder reopereret for "pelvic organ prolaps" (POP) med primær operation 1996-2000 og med 20 års follow-up.

Metode:

Registerstudie baseret på udtræk fra Landspatientregisteret og cpr-registeret. Alle kvinder som fik en urogynækologisk operation og/eller blev hysterektomeret på indikation prolaps i periode 01.01.1996 til 31.12.2000, blev inkluderet. Kvinderne blev fulgt mht. reoperation i samme kompartment indtil 2016. Den kumulerede incidens for reoperation for hhv. forreste, midterste og bagerste kompartment blev estimeret vha. Kaplan Meyer kurve.

Resultat:

Vi fandt en kumuleret incidens for reoperation efter 20 år på hhv. 12,4%, 7,9% og 12,1% for forreste, midterste og bagerste kompartment. Risikoen for reoperation var størst inden for det første år efter primær operation. Ens for alle tre kompartments, var at kun 0,7 - 1,1 % af kvinderne blev reopereret mere end én gang for POP og kun 0,1% blev reopereret tre eller flere gange.

Diskussion:

I tråd med to nyere studier, fandt vi en relativt lav kumuleret incidens for reoperation samt at risikoen var størst inden for det første år efter primær operation. Dog er det svært at sammenligne vores resultater med litteraturen, da der internationalt ikke er enighed om definition af reoperation og fordeling af operationer på kompartments.

Urethral pressure reflectometry predicts stress urinary incontinence after anterior colporrhaphy

Objective:

To investigate if urethral pressure reflectometry (UPR) can provide a prognostic parameter for postoperative stress urinary incontinence (SUI) in women undergoing anterior colporrhaphy.

Methods:

A prospective, observational study. Women with anterior vaginal wall prolapse were examined before and after anterior colporrhaphy. Both visits included POP-Q staging, UPR measurements, standardized stress tests and ICIQ-UI short forms. UPR measurements during straining were evaluated by assessing the opening pressure at a standardized abdominal pressure of 50 cmH₂O, PO-Abd 50. The women were diagnosed with postoperative SUI if they had a positive stresstest and if their ICIQ-UI short form stated clear symptoms of SUI along with a bother score >1.

Results:

28 women with POP-Q grade ≥ 2 were included. 6 had postoperative SUI; their preoperative PO-Abd 50 was significantly lower than the group with no SUI (median 57 cmH₂O versus median 81 cmH₂O, $p>0.01$).

The table displays how the women with postoperative SUI were distributed in the study population.

Groups	Preoperative PO-Abd 50, cmH ₂ O	Postoperative SUI
1, n=7	>85	0%
2, n=13	65-85	15%
3, n=8	<65	50%

Conclusion:

Our study shows that the preoperative value of PO-Abd 50 can predict the presence of postoperative SUI with fair certainty.

Patient mål med tensionsfri vaginal tape operation

Formål:

At undersøge patient relaterede mål i forbindelse med en tensionsfri vaginal tape (TVT) operation og korrelationen mellem opnåelse af målene og postoperative kontinensstatus.

Metode:

Prospektivt studie involverende 70 kvinder. Preoperativt udfyldte patienterne International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) og anførte 3 mål med operationen. Postoperativt vurderede en Visual Analogue Scale (VAS) fra nul til ti i hvilken grad målet var opnået.

Resultater:

Målene blev inddelt i 5 grupper: 1 symptomer; 2 livskvalitet (fysisk); 3 livskvalitet (følelsesmæssigt), 4 seksuelle funktion og 5 undgåelse. ICIQ-UI SF faldt fra 14.9 til 1.5 ($p < 0.05$). 210 mål blev anført. Hovedparten af målene (38 %) var i gruppe 2 angående fysisk livskvalitet. Gennemsnitlige VAS score for alle mål var 9.1 (SD 2). 37 patienter (53 %) havde alle mål opfyldt. Patienter med fuld VAS score var helt tætte. 21 patienter (30 %) havde ikke total VAS score på 10 trods ICIQ-UI score på 0. Enkelte benyttede stadigvæk bind for en sikkerheds skyld ($n=10$), mentale fokus var fortsat på inkontinens ($n=10$) eller nogle af de fysiske mål var endnu ikke afprøvede ($n=7$).

Konklusion:

Patient mål efter TVT operation opnås i meget høj grad. Fleste mål er inden for den fysiske livskvalitet.

Native tissue repair of isolated primary rectocele compared to non-absorbable mesh; patient reported outcomes.

Aim:

We evaluated patient reported outcomes and complications after treatment of isolated primary rectocele using native tissue repair or non-absorbable mesh.

Methods:

Using prospective data from the Swedish National Register for Gynaecological Surgery and included 3988 women with a primary operation for rectocele in 2006-2014. 3908 women had a native tissue repair, 80 were operated with a non-absorbable mesh. Pre-, and perioperative data were collected from doctors and patients. Patient reported outcomes were evaluated two and 12 months after the operation. Validated questionnaires were used.

Results:

One year after native tissue repair 77.8% (76.4-79.6) felt cured defined as never or hardly ever feeling genital protrusion, 74.0% (72.2 – 75.7) were very satisfied or satisfied, and 84% (82.8 – 85.9) reported improvement of symptoms. No significant differences compared to the mesh-group. Organ damage was found in 16 (0.4%) patients in the native tissue repair group compared to 1 (1.3%) patient in the mesh-group (OR 3.08 95% CI: 0.07-20.30). The rate of de-novo dyspareunia after native tissue repair was 33.1% (30.4-35.8) comparable to that after mesh-repair. The re-operation rate was 1.1% (0.8 – 1.5) in both groups.

Discussion:

Most patients were cured after native tissue repair, and the patient reported outcomes were comparable to the results after mesh-repair. The risk of serious complications and reoperation were comparable between groups.

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Aarhus University Hospital, Palle Juul-Jensens Boulevard 99, DK-8200 Aarhus N.

²Department of Clinical Science, Obstetrics, and Gynecology, Umeå University, 901 87 Umeå, Sweden

³Department of Obstetrics and Gynecology, Herlev University Hospital, Herlev Ringvej 75, DK-2730 Herlev

Translation and Validation of International Consultation on Incontinence Questionnaire – Vaginal Symptoms (ICIQ-VS) into Danish

Aim:

To translate and validate the questionnaire ICIQ-VS into Danish. The questionnaire consists of 14 questions regarding vaginal symptoms, sexual matters and quality of life.

Methods:

The English version of the questionnaire was translated into Danish according to international guidelines. Women with and without genital prolapse completed the questionnaire and underwent a Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) examination. A re-test was performed 2-3 weeks after the initial test. Women undergoing prolapse surgery also completed the questionnaire 3 months postoperatively.

Results:

192 women (94 with and 98 without prolapse) were included in the study, 52 underwent prolapse surgery. Test-retest reliability was good to excellent (ICC 0.63-0.90) and internal consistency was acceptable (Cronbach's alfa 0.785-0.842). Missing data ranged between 0 and 1%. The questionnaire was perfect in order to distinguish between women with and without prolapse (construct validity) ($p < 0.001$) Criterion validity (correlation between POP-Q stage and the questionnaire) was perfect ($p < 0.001$). Sensitivity to change (before and after surgery) was excellent for vaginal symptom score and quality of life ($p < 0.001$) but not for sexual matters ($p = 0.059$).

Conclusion:

The Danish version of ICIQ-VS was successfully translated and validated and can be a valuable tool in Danish prolapse research.

¹Center for Clinical Research, Department of Gynecology and Obstetrics, Northern Denmark Regional Hospital

²Department of Gynecology and Obstetrics, Aarhus University Hospital, Skejby

³Department of Health Science and Technology, Aalborg University

⁴Department of Gynecology and Obstetrics, Aalborg University Hospital

Prevalence and severity of urinary incontinence among women in Denmark and Germany: a cross national survey.

Purpose:

To determine the prevalence of urinary incontinence (UI) in Germany and Denmark in relation to risk factors.

Methods:

Postal cross national survey conducted in the Fehmarnbelt region, including 8000 women aged 18+ years. UI was defined as any complaint of involuntary loss of urine. The questionnaire contained socio-demographic questions and the ICIQ-UI short form.

Results:

The response rate in Germany and Denmark was 46.2% and 66.6% and prevalence of UI in 48.4% and 46.4%, respectively. Stress urinary incontinence (SUI) dominated among women younger than 80 years, whereas in the age group 80+, urge urinary incontinence (UUI) dominated in Germany and mixed urinary incontinence (MUI) dominated in Denmark. Elderly (80+) women experienced the most severe UI, whereas MUI was the most severe subtype. The prevalence of UI increased with enhancing BMI reaching a peak of 67.3% of women with BMI>35. SUI was the most prevalent subtype of UI in BMI<35, and MUI in the group of women with BMI>35. UI was significantly associated with age as with BMI, vaginal deliveries, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and at least one co-morbidity.

Discussion:

Our study reported a high prevalence of UI in Germany and Denmark compared to previous observations but still within the range of earlier studies.

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

DUGS 12. Årsmøde

6. Januar 2017

Trinity Kursuscenter

Fredericia

www.dugs.dk

Nordic Urogynecological Association (NUGA)

30th Bi-annual meeting

27.-29. April 2017

Reykjavik, Island

www.nuga.info.org

International Urogynecological association (IUGA)

42nd Annual Meeting

20.-24. Juni 2017

Vancouver, Canada

www.iuga.org

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

**Deadline for indsendelse af indlæg samt
annoncer til næste DUGSNyt er:**

10. MAJ 2017

**til Lene Paulsen på
I.b.paulsen@dadlnet.dk**

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Overlæge, dr.med

Niels Klarskov

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital

niels.klarskov@regionh.dk

NÆSTFORMAND

Afdelingslæge, Ph.d.

Rikke Guldberg Sørensen

Kvindesygdomme og fødsler
Aarhus Universitetshospital

rigsoe@rm.dk

KASSERER

Afdelingslæge, ph.d.

Charlotte Graugaard-Jensen

Urologisk afdeling K
Aarhus Universitetshospital, Skejby
8200 Aarhus N

graugaard@ki.au.dk

SEKRETÆR

Afdelingslæge, Ph.d. studerende

Louise Arenholt

Klinik Kvinde/Barn, Center for
Klinisk Forskning
Regionshospitalet Nordjylland

ltsa@rn.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

Berit Sejersen Larsen

Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling
Herlev-Gentofte Hospital

berit.sejersen.larsen@regionh.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Hillerød Hospital

l.b.paulsen@dadlnet.dk

WEBREDAKTØR AF DUGS HJEMMESIDE

Reservelæge **Lea Laird Andersen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital

lealairdandersen@gmail.com

SELSKABETS HJEMMESIDE

www.dugs.dk





POST

B

PP

DANMARK

DER ER FORSKEL PÅ BETMIGA OG ANTI- MUSKARINE LÆGEMIDLER¹⁻⁶

Betmiga er den første β_3 -agonist, som ved at stimulere β_3 -receptorerne i urinblæren relaxerer detrusormusklen og reducerer dermed OAB-symptomerne. Betmiga har effekt på alle grundlæggende OAB-symptomer – inkontinens, miktionsfrekvens, vandladningstrang og nikturi.¹ Derimod er den antikolinerge bivirkning mundtørhed på placeboniveau.^{7,8}

Mundtørhed
på placebo-
niveau^{7,8}



Betmiga™
mirabegron

Referencer: 1. Betmiga produktresumé. 2. Vesicare (solifenacin) produktresumé. 3. Detrusitol SR (tolterodin) produktresumé. 4. Emselex (darifenacin) produktresumé. 5. Oxybutynin produktresumé. 6. Toviaz (fesoterodin) produktresumé. 7. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 8. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger.

Betmiga (Mirabegron) 25 mg og 50 mg depottabletter. Lægemiddelform: Depottablet. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af imperies vandladning, øget vandladningshyppighed og/eller urgeinkontinens, som kan forekomme hos voksne patienter med overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom). ***Dosering og administration:** Voksne, inklusiv ældre: 50 mg én gang dagligt med eller uden mad. **Administration:** Tabletten skal tages én gang dagligt med væske, synkes hel og må ikke tygges, deles eller knuses. **Ved nedsat nyre- eller leverfunktion:** Dosis bør reduceres til 25 mg dgl. hos patienter med nyreinsufficiens (GFR 15-29 ml/min) eller moderat leverinsufficiens (Child-Pugh-klasse B). Erfaring savnes vedr. patienter med svær nyreinsufficiens (GFR <15 ml/min) eller svær leverinsufficiens (Child-Pugh-klasse C). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Svær ukontrolleret hypertension defineret som systolisk blodtryk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtryk ≥ 110 mm Hg. *** Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Nedsat nyre- eller leverfunktion. Hypertension (systolisk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg), da mirabegron kan øge blodtrykket. Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse. Patienter med blæreudgangsobstruktion og patienter i behandling med antimuskarinale lægemidler af OAB. *** Graviditet og amning:** Graviditet: Betmiga bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender kontrception. Amning: Betmiga må ikke anvendes under amning. *** Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger indberettet for patienter behandlet med mirabegron 50 mg er takykardi, kvalme, obstipation, diarré, hovedpine, svimmelhed 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 atriefibrillen (0,2 %). **ATC-kode:** G04BD12, Urologica, urologiske antispasmodica. **Udlevering:** B. **Tilskud:** Tilskudsberettiget (pr. 18. februar 2013). **Pakninger og priser:** Se dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **Indehaver af markedsføringstilladelse:** Stellas Pharma Europe B.V., Holland.

*Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktresumé dateret 03-2016.

Fuldt produktresumé kan rekvireres hos den lokale repræsentant: Stellas Pharma a/s, Kajakvej 2, 2770 Kastrup.

Materiale revideret 03.05.2016

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

Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/Louise Arenholt, Klinik Kvinde/Barn, Center for Klinisk Forskning, Regionshospitalet Nordjylland