

DUGSNyt

9. årgang nr. 1 - 2015



ICS 45TH ANNUAL MEETING

6.-9. OKTOBER 2015

Se side 9 inde i bladet

Leder	3
DUGS Årsmøde 2015	4
DUGS Generalforsamling	10
DUGS Årsregnskab	13
DUGS Guideline arbejdsgruppe	15
DUGS Kursus	18
NUGA 2015	20
Kommende møder og kongresser	26

www.dugs.dk

DUGSNyt

9. årgang, nr. 1 – 2015

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ Rikke Guldberg
Afdelingslæge, Ph.d.
Center for Klinisk Epidemiologi
Odense Universitetshospital
Mail: rikke.guldberg.soerensen@rsyd.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen
l.b.paulsen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

450

ISSN 1903-3168

Forsidebillede forestiller:

Palais des Congrès, Montreal, Canada



Højt niveau på alle poster?

Den nye specialeplan inden for gynækologien er netop blevet udarbejdet, og snart skal afdelingerne ansøge om tilladelse til at varetage de forskellige opgaver. Sundhedsstyrelsens specialeplaner er et forsøg på fra centralt hold at sikre et højt niveau i patientbehandlingen. For at få tildelt et område stilles der derfor en række krav til f.eks. patientantal, personalemæssig robusthed og adgang til samarbejdspartnere. Dette alt sammen for at sikre den højest mulige kvalitet for patienterne.

Med det samme sigte arbejdes der i øjeblikket på Nationale kliniske retningslinjer (NKR) indenfor vores felt, nemlig urininkontinens. NKR er tværfagligt funderet med deltagelse af gynækologer, urogynækologer, urologer, sygeplejersker og fysioterapeuter, hvilket sikrer at alle aspekter af behandlingen belyses.

Af samme grund arbejder vi for at opnå højest mulig grad af tværfaglighed i vores egne urogynækologiske guidelines.

Der skabes landet over i øjeblikket store akutmodtagelser, som er bemandede med speciallæger døgnet rundt. Igen har man sigte på høj faglighed til glæde for patienterne.

I modsætning til dette ses en anden trend, som trækker uddannede specialsygeplejersker ud af specialambu-

latorier for at de kan blive en del af afdelingens vagtberedskab og dermed skabe mere fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.

Dette har naturligvis en pris. Dels kan de specialiserede ambulatorie sygeplejersker føle, at de kan have svært ved at håndtere det akutte arbejde i afdelingen på det niveau de gerne ville, men mere udtalt bliver manglen på de specialiserede sygeplejersker i ambulatorierne.

Det synes at være modsat rettede strategier, at man dels satser på et meget højt niveau i den lægefaglige behandling, samtidig med at man udvander sygeplejerskernes ekspertise. Man glemmer her at tage højde for i hvor høj grad den samlede kvalitet i patientbehandlingen afhænger af at alle grupper involveret i patientens behandling befinder sig på det samme høje niveau. Det gælder læger, sygeplejersker og fysioterapeuter.

Bestyrelsen:

Susanne Greisen, Niels Klarskov, Rikke Guldberg, Anette Vestermark og Charlotte Graugaard-Jensen

Næste DUGS Årsmøde
8. januar 2016

se mødekalendar bagerst i bladet

Highlights fra DUGS Årsmøde 9. januar 2015

Severin Kursuscenter, Middelfart

Årsmødet blev i år som noget nyt og i anledning af 10 års jubilæet afholdt på Severin Kursuscenter i Middelfart med 130 tilmeldte deltagere, en god blanding af læger sygeplejersker og fysioterapeuter fra hele landet. Temaet for mødet var Tværfaglighed indenfor uro-gynækologien.

Ovl Susanne Greisen bød velkommen og introducerede morgenens første tema, det smertefulde bækken. Vulvodyni er kronisk ubehag med svien og brændende smerter i vulva uden objektive fund. Der er ingen endegyldig årsag til tilstanden og derfor også flere behandlingsforslag. Overlæge Mette Meinert (MM) holdt et oplæg "Vulvodyni – skal det snakkes væk?, eller – Vulvodyni – er der overhovedet noget der virker?". Oplægget blev indledt med en kort gennemgang af hvordan man udreder for vulvodyni med fokus på vigtige punkter i forhold til anamnese og anatomi. Herefter gennemgik MM nogle enkelte studier omkring behandlingseffekt af:

kognitiv terapi, fysioterapi, medicinsk behandling (Gabapentin, Saroten, Lyrica), botox og kirurgisk behandling (vestibulektomi). Vulvodyni er en udelukkelses diagnose. Definition: VAS 5 eller derover og smerterne skal have været til stede i mere end 6 måneder. Vatpindtesten er en god test for at kunne stille diagnosen vulvodyni. Undersøgelsesmetoden er en fugtet vatpind til vurdering 4 punkter: ved batholin kirtel udmunding og på begge sider af uretra. Der skal være normal anatomi, gennem en grundig anamnese skal anden årsag være udelukket og smerterne stået på i mere end 6 mdr. Debut kan fx. være provokeret af cykelsadlen. Der er mange behandlingsformer og placebo effekten er stor ca. 50 %. Desensibilisering, lokalbedøvende salve, Saroten, fysioterapi, Botox og vestibulektomi er mulige behandlinger. Der er vulvaklinikker i hele landet med specialister indenfor området. Se evt DSVL's hjemmeside.



Formand Susanne Greisen

Overlæge ph.d. Allan Ryhammer holdt et oplæg med overskriften "Smertefuld blæresyndrom"(BPS). BPS er defineret som en kronisk tilstand med trykken/ubehag ved blæren ledsaget af et eller flere vandladningssymptomer (urgency, pollakisuri, nykturi). Tilstanden forekommer hos begge køn.

Behandlingsalgoritmen på Aarhus Universitetshospital, Skejby består i information og almene råd, medicinsk behandling (Ranitidin), blæreskylning (Uracyst/Gepan/Cystistat). Ved manglende effekt suppleres med cystoskopi og biopsi (i GA), med henblik på at fastslå om der er tale om BPS med slimhindeforandringer forenelig med klassisk Interstiel Cystitis. Ved fund af

Hunners' læsioner (ved hydrodilata-tion) kan disse behandles med koagulation (cirka 3/4 hjælpes med denne behandling). Alternative behandlinger er EMDA (lidokain, solumedrol) instillationer i blæren (cirka 2/3 har god effekt af dette). Tilstanden kan også behandles med tbl Sandimmun (god behandlingseffekt i mindre studier, men også potentielt betydelende bivirkninger).

BPS ses ofte samtidig med anden autoimmun lidelse. Steen Walther påpegede at BPS også ses hos strålebehandlede patienter, hos personer der indtager store mængder af "Light produkter" og hos Ketamin-misbrugere.



Æresmedlemmerne Professor Gunnar Løse og Steen Walther holder tale.

Uroterapeut Birthe Bonde, "Den smertefulde bækkenbund":

Lige som al anden muskulatur kan også bækkenbunden spænde for meget.

Symptomerne kan være: Residual urin, pollakisuri og/eller hyppig cystit, dyspareuni, rifter ved tarmen/fissurer kl 6 eller 12 og/eller kronisk obstipation.

Bækkenbunden er halebensmuskel på os pattedyr. Den er konstrueret til at trække halen mellem benene, når vi er på flugt (f.eks. fra samlejet). Derved knækker og lukker den alle vores nedre åbninger, så vi ikke efterlader os noget duftspor eller tillader nogen indtrængning. Urinrør, skede og endetarm går igennem samme åbning i levatorspalten. Det er kun ude i huden, at der er afstand mellem urinrør, skede og endetarm. Den mest effektive bækkenbundsøvelse er at lukke tarmen. Der er vi mest følsomme og kan mærke mest. Slipper man spændingen omkring endetarmen og slapper man af i m. transversus abdominis f.eks. ved at puste navlen ud slapper bækkenbunden af. Derved bliver det også lettere at tillade passage/samleje/afføring. Øvelserne til strækning af bækkenbunden er hugsiddende stilling eller at ligge på knæ og albuer med enden i vejret ("Allahstilling"). Udspændingsøvelser, som hun ganske fermt demonstrerede på podiet, men som kan ses i slides fra præsentationen på hjemmesiden. Hyperton bækkenbund kan også give spændt mund og halsmuskulatur, så derfor er hendes motto: -afslappet hals og mund giver afslappet bækkenbund! Øvelserne til at afspænde og strække alle bækkenmusklerne ses på www.birthebonde.dk under pjecer og i pjecen: "Stræk smerterne væk" kan man klikke på videoer af strækøvelserne.

Eva Joelsson-Alm (EJA), som er sygeplejerske på Intensivafdelingen på Södersjukhuset i Stockholm, præsenterede resultater fra hendes Ph.D.-afhandling: "Postoperative urinary retention and bladder distension – aspects of a healthcare-related injury". Undersøgelsen omhandlede iatrogen blæreskade som følge af manglende opmærksomhed fra personalets side på, om patienterne fik tømt blæren efter operation. EJA definerede overdistenderet blære ved volumen > 500 ml. Blærens kontraktilitet er optimal ved 300-350 ml. Risikofaktorer for manglende vandladningstrang var sengeleje og smerter, herunder brug af morfica. Problemet var størst hos akutte ortopedkirurgiske patienter, startende i skadestuen. Yderligere medvirkende faktor var højt stressniveau som øgede urinproduktionen. En undersøgelse viste, at 24 % af skadestuepatienterne havde blærevolumen > 500 ml uden trang, og 82 % af disse kunne ikke lade vandet på opfordring. En randomiseret undersøgelse af rutinemæssig brug af blærescanner vs. kontrol hos patienter med fraktur viste, at blæredistension kunne reduceres fra 27 % til 17 %. Ved 3 mdr's follow-up havde patienter med urinretention signifikant hyppigere urinvejsinfektion og nedsat livskvalitet.

EJA foretog desuden en kvalitativ undersøgelse af 20 patienter med kroniske tømningproblemer efter kirurgi/

fødsel, identificeret via Patientforsikringen. Årsager til retention blev angivet som: manglende viden eller forståelse hos personalet, insufficiante rutiner og mistillid. Konsekvenserne var store praktiske problemer i patienternes hverdag, infektioner og sepsis, smerter og seksuelle problemer samt bekymring for fremtiden.



Tidl. Formand Susanne Axelsen

Fysioterapeut og ph.d.-studerende Ulla Due refererede fra arbejdsgruppe vedrørende Nationale kliniske retningslinjer for analinkontinens (AI). Der blev besvaret 9 fokuserede spørgsmål, og der blev givet svag anbefaling af: anvendelse af anal UL ved postpartum AI, HUSK og bækkenbundstræning. Rutinemæssig brug af klyx på plejehjem blev frarådet. Ulla opfordrede til mere forskning på området.

Efter en god frokost med livlig snak præsenterede Niels Klarskov dagens mest skræmmende indlæg ved Overlæge, dr. med. Niels Holmark Andersen fra kardiologisk afd Århus: "Tør du stole på medicinsk litteratur?" – Og det kunne vi så konstatere at man ikke kan, eller i hvert fald skal være ekstremt varsom med. I et humoristisk men rystende indlæg gennemgik Niels Holmark Andersen de økonomiske konstruktioner og incitamenter bag driften af de store internationale tidsskrifter. Han påpegede blandt andet hvordan industrien ved køb af særtryk af "videnskabelige" artikler kan få publiceret artikler der ellers burde være faldet for peer-review eller redaktionel kontrol. Dette sker simpelt hen ved at købe af særtryk af artiklerne, der derved fungerer som direkte økonomisk tilskud til forlag og tidsskrift, hvis editorer og chefredaktører ofte har direkte økonomiske interesser i selvsamme forlag!



Og så skal der spises og hygges.

Af the Big Five: JAMA, BMJ, Lancet, New England Journal of medicine og Annals of Internal Medicine, mente Niels Holmark Andersen således at det kun var BMJ der havde nogenlunde rent mel i posen. I sandhed skræmmende! I diskussionen efterfølgende blev forskelligt litteratur der omhandler disse problemer omtalt, blandt andet bogen Bad Science af den Britiske læge Ben Ben Goldacre

Som vanligt var der nyt fra DugaBasen: Der er givet en 3-årig bevilling til DugaBase, dvs der er økonomiske midler til drift af DugaBase frem til og med 2017.

Der er udviklet et nyt rapport-modul, så der kan laves udtræk på data fra egen afdeling til:

- 1) At få overblik over databasens datakomplethed og direkte adgang til forløb med mangelfuld indtastning
- 2) Lave et bruger-defineret dataudtræk til kvalitetsmonitorering

Der findes en brugervejledning på www.dugabase.dk. Vær opmærksom på at data udelukkende må bruges til kvalitetssikringsformål i egen afdeling. Hvis data skal bruges til forskning og publicering, så skal det anmeldes som et forskningsprojekt.

Rikke Guldberg fratræder som projektleder med udgangen af 2014 pga. jobskifte, tusinde tak for en stor indsats og engagement. Ovl. Ulla Darling, OUH er valgt som ny projektleder i styregruppen for DugaBase: Desuden fratræder Lisbeth Mørup og Ulla Hviid og her siges ligeledes en stor tak for deres indsats og engagement. Der er for region Nord valgt et nyt styregruppe medlem: Afd. læge , ph.d. Niels Kjærgaard.

Udsendelse af mangellister for DugaBase ophører i foråret 2015. Mangellister skal i stedet for hentes via de regionale ledelsesinformationssystemer.

Sidste nyt indenfor Kodevejledning blev præsenteret og udvalget, bestående af Lars Alling, Karl Møller Beck og Gunnar Lose, arbejder videre med om der er behov for yderligere koder. De vil ligeledes søge om at få koderne godkendt i Sundhedsstyrelsen. Kodevejledningen kan ses på hjemmesiden. Eftermiddagens program bød ligeledes som vanligt på frie foredrag, hvor der i år var 8 fremragende, men "fast track" præsentationer, og her henvises til abstract i forrige DUGS blad. Rune Lykke løb i år af med DUGSprisen for bedste præsentation og abstract med overskriften: "Pelvic organ prolapse surgery among Danish women hysterectomized for benign conditions". Mette Hornum Bing kom med nyt fra ICS 2014 i Rio de Janeiro, hvor hun blandt andet fandt et Best Clinical abstract fra Scotland interessant, som fandt at bæk-

kenbundstræning kunne forebygge prolaps hos 40 kvinder med mere end 2 fødsler. Et andet abstract fandt at kolpoklise er en sikker operation med lav fortrydelsesrate.

Gunnar Lose bragte nyt fra IUGA/AUGS scientific meeting i Washington DC, hvor han især fremhævede et par undersøgelser på manglen af læsbarhed og kvaliteten af patient informations foldere og webbaseret information. Det synes at være et generelt problem, at kvaliteten og læsbarheden af patient information er for dårlig og der er plads til forbedring.

Mødet blev afsluttet med maner i form af en fest middag med dejlige og fantasifulde taler og festlige indslag, hvor der blev mulighed for at få knyttet endnu flere tværfaglige bånd. Mange benyttede sig ligeledes muligheden for overnatning.

**6. - 9. OKTOBER 2015**

Referat fra DUGS generalforsamling 2015

Fredag d. 9. januar 2015, Middelfart

1. Valg af dirigent

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

2. Formandens beretning

v. Susanne Greisen

Det er 10 år siden den stiftende generalforsamling for DUGS d. 26. maj 2005. Ved den første ordinære generalforsamling året efter deltog 18 medlemmer og selskabet havde dengang 73 medlemmer. Nu 10 år efter er vi mange til generalforsamlingen. DUGS har i dag fordoblet sit medlems-tal til 156 medlemmer, heraf er ca. halvdelen læger, de ørige er sygeplejersker, fysioterapeuter og andre fag-grupper, så DUGS må siges at være en tværfaglig organisation, som er et af formålene.

Bestyrelsen har i 2014 afholdt 3 møder, hvoraf det ene var af længere varighed med deltagelse af webmaster Ulla Darling og DUGSNyt redaktør Lene Paulsen.

Et af de vigtigste punkter for 2014 var genetableringen af kursusudvalget med Mette Bing som formand. Der blev afholdt et spændende kursus i Odense i september 2014 med titlen "Urin Inkontinens hos kvinder". Mange medlemmer deltog i kurset, som var en succes med et fint tværfagligt indhold, og kurset fik fin evaluering. Mette Bing har indvilliget i at lede kursusudvalget endnu et år.

Desuden er kodeudvalget genetableret. Susanne Axelsen lukkede ved sidste generalforsamling udvalget ned, da hun på daværende tidspunkt var alene om arbejdet. Men vi har i bestyrelsen valgt at genetablere udvalget med Lars Alling Møller som formand.

Der er etableret en arbejdsgruppe som skal arbejde med subspecialisering. Et emne som også diskuteres i Ugeskrift for Læger. Lægeforeningens rundspørge til 2500 læger i juni 2014 viste at under 5% følger uddannelsesplan udarbejdet af et klinisk selskab. Der er planlagt møde i arbejdsgruppen i februar 2015 – og arbejdsgruppen forventer at have et produkt klar til næste års generalforsamling.

Ulla Darling fratræder som webmaster. Tak for den store indsats til Ulla Darling. Der er udvalgt en ny webmaster: Jimmi Ehlers, Herlev.

3. Stående udvalg

"Subspecialisering": arbejdet pågår, endnu ikke yderligere at berette.

"Deling af UL-billeder": Lene P desværre syg. Karl M. Bek og Carolin Corrinth har meldt sig, arbejdet endnu ikke påbegyndt.

Fra salen foreslås det, at der er en opgave med konsensus/"standardisering" af selve UL-undersøgelsen, og at behovet er vigtigt ifm. UL af analinkontinens. Så der er mulighed for at udveksle billeder til optimering af ud-

viklingen af brug/fælles uddannelse. Det kan være hensigtsmæssigt med standardisering og fx udvikling af en "Danmark-version". Der kom desuden et forslag om et DUGS kursus omkring UL.

Kursusudvalg: Beretning ved kursusudvalgets formand Mette Bing. Der blev afholdt et kursus september 2014 med 80 deltagere med hovedtema omkring urininkontinens. Der var gode evalueringer af kurset, som desuden har givet overskud. Kursusudvalget fortsætter og er i gang med planlægning af næste DUGS kursus, som forventes afholdt primo september 2015.

Arbejdsgruppe om kodning: Lars Aling Møller har været tovholder og sammen med Karl Møller Bek og Gunnar Lose udarbejdet en ny kodevejledning, som er blevet præsenteret til DUGS årsmødet, samt har været på både DUGS.dk og DSOG.dk.

Der arbejdes videre med optimering af denne kodevejledning ud fra indkomne forslag. Der arbejdes desuden på at få de nye koder indført i LPR.

Fra salen er der forslag om at der også kunne ses på den økonomiske afregning/DRG takst.

Der foreslås, at der evt. kan tages kontakt til Regionerne/Sundhedsstyrelsen mhp central medarbejde til at medvirke. Desuden gøres der opmærksom på, at DUGS kodeliste udover at blive anvendt i det daglige kliniske arbejde, også anvendes i forhold DugaBase.

4. Kasserer fremlægger regnskab

I 2014 har der været et overskud 81.178,02 kr.

Status på kontoen 359.465,34 kr.

Indtægter: 330.934,02 kr.

Samlet udgifter: 249.756,00 kr.

Der er i år indhentet tilskud på 5.000 kr. fra De lægevidenskabelige Selskaber til udenlandsk foredragsholder. Fra salen gøres der opmærksom på, at det også er muligt, at søge om midler fra NFOG.

5. Forslag til budget og kontingent

Der foreslås at fastholde kontingentet på 100 kr., hvilket godkendes af forsamlingen.

6. Valg af formand

Udgår da formanden blev valgt i 2014 for en 2-årig periode.

7. Valg til bestyrelsen

Læge Charlotte Graugaard-Jensen er på valg og vælges enstemmigt.

8. Valg til udvalg

Kode- og kursusudvalg fortsættes.

Desuden forsættes arbejdet med "Subspecialisering og "Deling af UL-billeder".

9. Valg af revisor

Udgår da revisor og suppleant blev valgt for 2-årig periode sidste i 2014.

10. Urogynækologiske guidelines

Formand Susanne Greisen indleder med information om at der i bestyrel-

sen har været diskussion om hvorledes der fremover skal udarbejdes urogynækologiske guidelines.

Der er indkommet to forslag:

1) At guideline udarbejdes i DUGS regi frem for i det nuværende form under DSOG.

2) At guideline fortsat udarbejdes under DSOG men med større indflydelse fra DUGS.

Der er efterfølgende en livlig diskussion af for og imod.

Det besluttet, at bestyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe, hvor interesserede DUGS-medlemmer uanset faggruppe kan melde sig til at være med i arbejdet om hvorledes urogynækologiske guidelines skal udarbejdes fremover. Hvis arbejdsgruppen ikke kan blive enige, så kan de fremsætte to

forslag til fremlæggelse på næste GF til afstemning.

Bestyrelsen udarbejder et kommissorium til brug for arbejdsgruppen og det vil blive udsendt til alle medlemmer samtidig med opfordring til at melde sig til opgaven.

11. Indkomne forslag

Ingen

12. Evt.

Birthe Bonde oplyser, at der er to fysioterapeuter uden for DUGS, som ikke følger de aktuelle guidelines og derudover har været i medierne med, at knibevelser er "farlige" og ineffektive.

Referent Rikke Guldberg

Referatet er godkendt af

Susanne Greisen og Steen Walter.

DANSK UROGYNÆKOLOGISK SELSKAB

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

Indmeldelsesgebyr på kr. 100,- 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

E-post: graugaard@ki.au.dk

SELEXID® PIVMECILLINAM



Selexid® (pivmecillinam) 400 mg x 3 dagligt

- Selexid® - et prodrug, påvirker normalfloraen minimalt!
- Selexid® er smalspektret
- Resistensen er fortsat lav; 6%²

Urinvejsinfektion (UVI)

Akut ukompliceret cystitis

	Doserings- forslag	Behandlings- varighed
UVI hos ikke-gravide kvinder i fertil alder	400 mg x 3	3 dage

Kompliceret UVI

UVI hos gravide	400 mg x 3	7 dage
UVI hos postmenopausale kvinder	400 mg x 3	7-10 dage
UVI hos mænd	400 mg x 3	7-10 dage
UVI hos ældre	400 mg x 3	7-10 dage
Recidiverende UVI	400 mg x 3	10-14 dage
Akut pyelonefrit	400 mg x 3	14 dage

LEO®

1: Sullivan Å, Edlund E et al.; J Chemother 2001;13(3):299-308.
2: DANMAP 2013, www.ssi.dk

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



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

Selexid®. Indikationer: Selexid® pivmecillinam, tabletter: Urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. Selexid® mecilinam, pulver til injektionsvæske, opløsning: Alvorlige urin-vejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. Dosering: Tabletter: Voksne: 200-400 mg 3 gange daglig. Børn: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Tabletterne skal indtages sammen med mindst et halvt glas vand. Selexid® kan tages sammen med mad. Injektionsvæske: Voksne: 200 mg-1 g 3-4 gange daglig i.m. eller i.v. (indtil 60 mg/kg/døgn). Børn: 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser i.m. eller i.v. Ældre: Dosisjustering er ikke nødvendig. Nedsat nyrefunktion: Der er ikke specifik klinisk erfaring i patienter med nedsat nyrefunktion, der giver anledning til at antage at ekstra forsigtighed eller dosisjustering er nødvendig. Nedsat leverfunktion: Dosisjustering er ikke nødvendig. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof, andre penicilliner eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Oesophagusstricture, da ulcerationer kan opstå ved forlænget kontakt med slimhinden. Patienter med genetiske metabolsmeanomier, som carnitintransporterdefekt eller af typen organiske acidurier som metylmalonsyreuri og propionsyreuri. Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Lokale retningslinier vedrørende korrekt brug af antibiotika bør følges. Krydsallergi mellem penicilliner og cefalosporiner forekommer. Bør ikke anvendes af patienter der lider af porfyri, da pivmecillinam er blevet sat i forbindelse med akutte anfald af porfyri. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin som frigør pivalinsyre bør undgås. Diaré/pseudomembranøs colitis forårsaget af Clostridium difficile forekommer. Hvis der udvikles diaré, bør muligheden for pseudomembranøs colitis overvejes og passende forholdsregler tages. Langvarig behandling øger risikoen for carnitinmangel. På grund af risiko for oesophagus ulceration bør tabletterne tages med mindst et halvt glas vand. Interaktioner: Samtidig indgift af probencid hæmmer den renale tubulære udskillelse og øger derved serumkoncentrationen af mecilinam. Methotrexat-clearance kan være nedsat ved samtidig behandling med penicilliner. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin, som frigør pivalinsyre, bør undgås pga. risiko for øget udskillelse af carnitin. Mecillinams baktericide virkning kan hæmmes ved samtidig indgift af bakteriostatisk virkende midler, f.eks. erythromycin og tetracykliner, men ikke sulfonamider. Mecillinam kan forstærke den baktericide virkning af samtidig indgift af andre beta-laktamantibiotika og aminoglykosider. Clearance af methotrexat fra kroppen kan reduceres ved samtidig brug af penicillin. Graviditet og amning: Graviditet: Kan anvendes. Amning: Kan anvendes. Som for andre penicilliner udskilles mecilinam kun i ringe grad i moder-mælken. I terapeutiske doser forventes ingen bivirkninger af mecilinam hos det ammede barn. Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner: Påvirker ikke eller kun i ringe grad. Bivirkninger: Baseret på data fra kliniske studier, der inkluderede 2.554 patienter, som modtog behandlingsforløb med Selexid® tabletter af 3-7-dages varighed, forekom der bivirkninger hos ca. 12 % af patienterne. De mest almindelige bivirkninger er gastrointestinale symptomer og forskellige blodreaktioner. Øvre gastrointestinale reaktioner forekom hos 5 %, diaré hos 2 % og udslæt hos 1 % af patienterne. Allergiske reaktioner, nedsat antal af blodplader, granulocytter og hvide blodlegemer, et øget antal eosinofile hvide blodlegemer og leverfunktionsnedsættelse er blevet rapporteret i enkeltstående tilfælde. Behandling blev i mindre end 1 % til-fælde seponeret på grund af bivirkninger. De hyppigst rapporterede bivirkninger var: Blod og lymfesystem: Ikke kendt: Trombocytopeni, granulocytopeni, leukopeni, eosinofili. Immunsystemet: Ikke kendt: Anafylaktisk reaktion. Nervesystemet: Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100): Hovedpine og svimmelhed, herunder vertigo. Mave-tarm-kanalen: Almindelig (≥1/100 til <1/10): Diaré, opkastning, maveproblemer, kvalme, mavesmerter. Ikke kendt: Oesophagus ulceration, oral ulceration, colitis forårsaget af antibiotika, oesophagitis. Lever- og galdeveje: Ikke kendt: Nedsat leverfunktion, let reversibel stigning i aspartat-aminotransferase (ASAT), alanin-aminotransferase (ALAT), alkalisk fosfatase og bilirubin. Hud og subkutane væv: Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100): Udslæt. Ikke kendt: Urticaria, angioneurotisk ødem, pruritus. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100): Træthed. Undersøgelser: Ikke kendt: Carnitinmangel. Overdosering: Der er ikke indberettet tilfælde af overdosering. Dog kan overdrevet brug af Selexid® inducere kvalme, opkastning og gastritis. Behandling: Symptomatisk behandling samt genoprettelse af væskebalance. Indehaver af markedsføringstilladelsen: LEO Pharma A/S, Industriparken 55, 2750 Ballerup. Generelt tilskud. Udløbering: B. Dagsaktuelle priser: se www.medicinpriser.dk SX-2014-01-32

Regnskab og status 2014

Dansk Urogynækologisk Selskab
CVR/SE-nr.: 30 42 21 47

Status og saldo 31.12.2014:	dkr. 359.465,34
Status og saldo 31.12.2013:	dkr. 278.287,32
Overskud:	dkr. 81.178,02

INDTÆGTER:

Kontingenter og mødeaftgifter betalt i 2014:	dkr. 59.400,00
Udstilling (Årsmøde):	dkr. 136.225,75
DUGS Kursus:	dkr. 76.803,90
 DUGSnyt (annoncer 2014):	 dkr. 48.000,00
Astellas:	dkr. 10.000,00
Renter:	dkr. 504,37

Indtægter i alt **dkr. 330.934,02**

UDGIFTER:

Årsmøde	dkr. 76.405,20
DUGS Kursus.	dkr. 32.096,02
Bestyrelsesmøder incl. befording	dkr. 23.380,44
DUGSnyt (2/2013 og 1/2014)	dkr. 67.828,10
Gaver:	dkr. 439,00
Porto:	dkr. 114,00
Kontorartikler:	dkr. 129,95
Legater (2014):	dkr. 16.000,00
Skat+moms:	dkr. 33.363,29

Udgifter i alt **dkr. 249.756,00**

D. 8. januar 2015

Annemette W. Lykkebo
Revisor

Charlotte Graugaard-Jensen
Kasserer

Guideline arbejdsgruppe

Der har i DUGS været debat om, hvordan arbejdet med urogynækologiske guidelines skal foregå i fremtiden. Derfor blev det på generalforsamlingen besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe som skal arbejde på et forslag til procedurerne ved fremtidige urogynækologiske guidelines.

Kommissorium for arbejdsgruppen:

Formål

At skabe en plan for fremtidig udarbejdelse af urogynækologiske guidelines.

Arbejdsgruppens sammensætning

Alle medlemmer af DUGS kan deltage i arbejdsgruppen

Kompetence

Resultatet af udvalgets arbejde præsenteres og godkendes på DUGS generalforsamlingen.

Forpligtigelser

Udvalget forpligter sig til at aflægge rapport om udvalgets arbejde på DUGS generalforsamlingen.

Følgende har meldt sig til arbejdsgruppen:

Ulla Due
Helga Gimbel
Gunnar Lose
Thomas Larsen
Lars Alling Møller
Marianne Glavind-Kristensen
Susanne Axelsen
Lene Paulsen
Mette Hulbæk
Niels Klarskov, repræsentant for bestyrelsen

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

10. NOVEMBER 2015

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

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...*



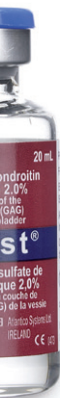
Dosering

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



Kære DUGS medlem

DUGS Kursusudvalg kan nu præsentere det endelige program for årets DUGS Kursus - det overordnede tema er Urogenital Prolaps. Kurset foregår på Severin Kursuscenter i Middelfart.

Programmet er tilgængeligt på vores hjemmeside www.dugs.dk, hvor du også snart finder link til tilmelding.

Formiddagen er fælles for alle deltagere, og om eftermiddagen vælger man session A eller B alt efter interesse.

Vi håber, at mange har lyst til at deltage og glæder os til en forhåbentlig udbytterig dag.

Tilmelding sker efter først til mølle princippet, og prisen for kurset inkl. frokost er 900 kr.

TILMELDINGSFRIST er d. 22. august 2015.

*På kursusudvalgets vegne,
Mette Hornum Bing
Overlæge, ph.d.
Gynækologisk-Obstetrisk afd.
Herlev Hospital*

NÆSTE DUGS KURSUS PÅ VEJ

TID: fredag d. 4. september 2015, kl. 9-16

STED: Severin Kursuscenter, Skovsvinget 25, 5000 Middelfart

TEMA: Urogenital prolaps.
Program under udarbejdelse, kan snart ses på www.dugs.dk

PRIS: 900 kr. Betaling og tilmelding foregår via link på www.dugs.dk

FRIST: Tilmelding senest d. 22. august 2015.
Tilmelding efter først-til-mølle-princippet

Vi glæder os til at se dig!



Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) Kursus: Urogenital Prolaps

D. 4. september 2015, Severin Kursuscenter, Middelfart

Program

Kl. 09.00 - 09.30 Ankomst, kaffe og morgenmad (sal Passionen)

Kl. 09.30 - 09.35 Velkomst v/ Kursusarrangører

Kl. 09.35 - 10.35 Pelvic Organ Prolapse (POP) (mødeleder: Mette Bing)

Kl. 09.35 - 09.50 *Epidemiology*. MD, ph.d. Susanne Axelsen, Skejby University Hospital

Kl. 09.50 - 10.35 *Surgical treatment - procedures and evidence*. Kaven Baessler, Germany

Kl. 10.35 - 11.20 Ultrasound in Urogynecology (mødeleder: Karin Glavind)

When is it relevant? Kirsten Kluivers, The Netherlands

Kl. 11.20 - 11.40 Strække ben pause.

Mødeleder: Maj-Britt Dahl

Kl. 11.40 - 12.10 *POP og Seksuallivet*. v/overlæge, Karin Glavind, Aalborg

Kl. 12.10 - 12.40 *POP og Bækkenbundstræning* v/fys., ph.d. stud., Ulla Due, Herlev

Kl. 12.40 - 13.00 *Nye materialer under udvikling til behandling af POP hos kvinder?*
v/ læge, ph.d. stud. Hanna Jangö, Herlev

Kl. 13.00 - 14.00 Frokost

SESSION A (MØDESAL PASSIONEN): ORGANISERINGSMODELLER

Mødeleder: Forskningssygeplejerske Mette Hulbæk, Sygehus Sønderjylland

Kl. 14.00 - 14.30 *Ph.D. projekt / tre forskellige typer af organisering af den ambulante opfølgning* v/ lektor, ph.d., sygeplejerske Jette Primdahl, IRS, SDU, Sygehus Sønderjylland og Kong Christian X's Gigthospital.

Kl. 14.30 - 14.45 *Gruppe undervisning inden for urogynækologien*
v/ kontinenssygeplejerske Hanne Gravgaard, Skejby
Ordet frit til diskussion.

Kl. 15.00 - 15.25 Kaffe – udstilling

Kl. 15.25 - 15.40 *Prolaps skolen* v. kontinenssygeplejerske Jonna Bjørk, Ålborg
Ordet frit til diskussion.

SESSION B: (SAL EVIGHEDEN) – mødeleder: Maj-Britt Dahl

Kl. 14.00 - 15.00 *Rapportdannelse i DugaBase: muligheder og faldgrupper – hvordan henter vi data fra egen afdeling, hvad skal vi være opmærksomme på når vi henter data.* v/ overlæge, Ulla Darling/Niels Kjærgaard (30 min) / datamanager KCEB-Syd
Gennemgang af metode og enkelte eksempler på hvordan rapporter kan eksporteres til og arbejdes med i regneark (Excel)

Kl. 15.00 - 15.25 Kaffe – udstilling

Kl. 15.25 - 15.45 *Rapportdannelse i DugaBase fortsat.. evt. orientering om mangellister via regionale Ledelses Informations Systemer*

FÆLLES SESSION (SAL PASSIONEN) - mødeleder Mette Bing:

Kl. 15.45 - 16.00 Opsamling og evaluering

Highlights fra NUGA 29 th Bi-Annual Møde 29.-31. Januar 2015 Stockholm, Sverige

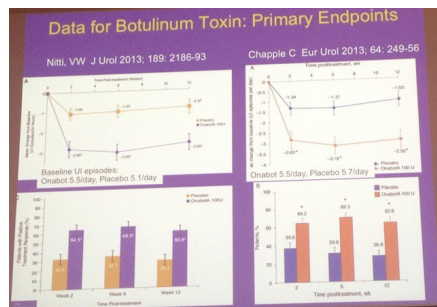
Professor Victor Nitte (VN) indledte med State-of-the-art præsentation om Botulinum Toxin (BT) i behandlingen af overaktiv blære (OAB). Indledte med en gennemgang af fase 2,3 og 4 testninger af BT. BT indtænkes i behandlingen OAB som 3.linie, forudgået af 1.linie: minimal care tiltag og 2. Linie: blæredæmpende medicinsk behandling og efterfulgt af 4. linie som f.eks urinafladende tiltag som Clam eller urostomi.

Vi fik en gennemgang af flere Allergan studier og to ikke-Allergan studier.

Ved valg af 100 UI BT som behandlingsdosis har $\leq 15\%$ ≤ 200 ml RESurin og $1,5\%$ har behov for SIK >12 uger efter 1. Behandling med BT. Ved

injektion af >150 IU ses ikke bedring på nogle af de målte outcomes overhovedet.

Behov for SIK og RES urin > 200 ml efter BT injektion bliver i de fleste studier betragtet som AE. Uanset patienterne oplever AE som ovenfor, er der ikke



normedi
NORDIC

Normedi is the new Nordic sales and marketing agent for
Johnson & Johnson – Gynecare products

GYNECARE TVT™ | GYNACARE THERMACHOICE™ | GYNACARE INTERCEED™
ETHICON INTERCOAT™ | GYNACARE VERSAPOINT™ | GYNACARE VERSASCOPE™
ARTISYN™

Visit us at www.normedi.com
and contact us at support@normedi.com

visible in gynecology

signifikant reduktion i QoL, der bliver så meget bedre af behandlingen at AE ikke har samme negative effekt på QoL som de OAB-symptomer pt. havde før behandlingen.

Der er sparsomt med RCT på OAB-dry patienter. Slutteligt gennemgik VN sit eget BT set-up:

- Patienterne pauserer ikke med hjertemagyl idet risiko for blødning er mindre end risiko for attack.
- Oplærer ingen i RIK inden indgreb, idet der sjældent (6%) er behov for det efterfølgende. Det er sjældent at det ikke kan læres bagefter eller at en hjemmesygeplejerske ikke kan komme og hjælpe med SIK x 2 dagl.
- Profylaktisk antibiotika (AB) 3 doser po. AB et under og 2 efter
- Pt. som har recidiverende bakteriuri eller UVI får AB et par dage inden indgreb således at de ikke har cystitis når de kommer – dette er i lyset af at mange pt. kommer langvejsfra og således ikke skal sendes hjem pga. UVI.

Opfordrede til sidst til fremtidige studier om blæredæmpende beh.i kombination med BT og SNS og BT.

Efterfølgende var vores egen NUGA-board medlem Mette H. Bing chair og der var spændende indlæg fra bl.a.

Monica Topp, som redegjorde for Urethral divertikler og periurethrale cyster. Data på 70 patienter opereret i Herlev i perioden jan.10-dec.13: 34 med divertikel og 36 med cyste opereret med enten marsupialisation eller resektion. To patienter i divertikulum urethra gruppen havde behov for en reoperation pga. recidiv og ingen i periurethralgruppen. Symptomer er oftest dysuri, urininkontinens, smerte, urethral flåd og vandladningsbesvær.



Monica Topp i topform

Af danske phd. foredrag var Rikke Guldborg inviteret. Hun har blandt andet undersøgt validiteten af DugaBasen og denne er høj og databasen rummer gode muligheder for fremtidig kontinuer kvalitetsopfølgning. Ud fra data fra DugaBase fandt hun at kvinder, der bliver opereret for UI eller POP oplever symptomlindring og øget livskvalitet efter operation.

Norges ph.d.foredrag kom fra Rune Svenningsen. Han fremlage enkelte highlights fra sine long-term outcome studier efter TVT. Hans data viste bl.a. at høj alder på operationstidspunktet og præoperativ tilstedeværelse af urgency inkontinens er risikofaktorer for "long-term failure". Tillige er okkult inkontinens en dårlig prædiktor for postoperativ SUI og TVT som profylaktisk procedure i forbindelse med POP-operation kan ikke anbefales. Imidlertid er konkomitant POP operation i forbindelse med TVT ikke en risikofaktor for "long-term failure".



Rikke Guldberg med en fin afslutning

En af de store udfordringer i vores hverdag er, hvad kan vi gøre for patienterne med recidiv af UI efter midtutethralslynge (MUS) og der var en meget interessant session som handlede om dette. Her fremlagde Margrethe

Foss Hansen resultater fra Danmark. Risikoen for reoperation indenfor 5 år efter MUS er 6,4 % og højere efter bulkingoperation for UI. MUS var den mest anvendte operation ved recidiv UI efter operation, men generelt er der tendens til at man vælger konservative behandlingstilbud ved residiv UI efter inkontinensoperation.

Yasmin Khayyami gjorde i sin præsentation op med post-void residual urine (PVR) ≥ 150 ml som mål til at skelne mellem patienter med kompliceret og ukompliceret SUI. I en retrospektiv opgørelse af alle urodynamiske undersøgelser med abnorm tryk-flow var billedet meget anderledes. Patienter med vandladningsdysfunktion havde ofte PVR <150 ml og hun konkluderede at alle patienter bør udover PVR have udført et repræsentativt frit spontant uroflow som bør vurderes sammen med PVR.

Karin Glavind havde analyseret data på alle TVT operationer ($n=715$) udført på Ålborg Universitets hospital i perioden jan. 06 - dec.13. 5,5% var tidligere opereret for UI. Postoperativ vandladningsbesvær medførte oplæring i RIK og patienten blev sat til ambulant kontrol mhp evaluering af behov for operativ løsning af slynge op til 3 uger efter primær operation. 2,4% ($n=17$) havde behov for operativ løsning af slyngen ved åbning af incision og træk på slyngen til den var tensionsfri. Gennemsnitlige tidspunkt for løsning var 11,6 dage. 94% ($n=16$) var efter løs-



Der var lige tid til en tur i Gamla Stan Monica Topp og Ulla Hviid



Kaffepause og ph.d smil. Fra ve. Ulla Due, Hanna Jangö, Yasmin Khayyami og Cæcilie Krogsgaard Tolstrup

ning kureret for deres vandladningsbesvær og var stadig kontinente – og 1 var blevet inkontinent.

Anden kongresdag rummede også flere spændende danske indlæg.

Hanna Jangö tog os over to præsentationer med en tur ud i basal forskningen, hvor flourocensmikroskopet er nødvendigt. Hun fremlagde forskergruppens resultater med udvikling af et syntetisk bionedbrydeligt gitter til fæstne af autologe muskelfiberfragmenter (MFF), som viser sig at have stor styrke og forankring af MFF i den opererede bugvægsdefekt hos rotter. Konceptet kan tænkes videreudviklet til anvendelse hos kvinder der opereres for POP.

Ulla Due tog kegler med sit flotte kliniske RCT "Pelvic floor muscle training and lifestyle advice to reduce pelvic organ prolapse, a RCT".



Hanna Jangö forklarer teknikken.

109 Kvinder med POP grad II-III blev randomiseret til enten a) 6 gruppekonsultationer med struktureret livsstilsprogram eller b) 6 af samme gruppekonsultationer kombineret med struktureret bækkenbundstræning (BBT). I gruppen som modtog BBT havde signifikant færre POP relaterede symptomer, men ingen forskel i QoL sammenlignet med gruppen som ikke modtog BBT.

For sit studie modtog Ulla Due det flotte NUGA grant og anerkendende ord med på vejen fra Antti Valpas om hvor krævende det er at lave kliniske RCT med mennesker.

Stort tillykke til Ulla Due.



Derudover bød mødet på mange spændende udenlandske foredrag om Biomekaniske modeller og belastningen af bækkenbundens ligamenter, fascier og muskler under fødsel, hvordan vi forebygger store fødselslæsioner som anal sphincterskade, lidt om seksualitet og selvfølgelig også en brush up om, hvor meshdebatten er nået til.

Tak til NUGA boarded for et fantastisk møde i gode rammer.

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Overlæge, ph.d.

Susanne Greisen

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
Aarhus Universitetshospital, Skejby
8200 Aarhus N
susagrei@rm.dk

NÆSTFORMAND

Afdelingslæge, dr.med

Niels Klarskov

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital
niels.klarskov@regionh.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.

Rikke Guldberg Sørensen

Center for Klinisk Epidemiologi
Odense Universitetshospital
Rikke.guldberg.soerensen@rsyd.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

Anette Vestermark

Medicinsk Center Hjørring
Sygehus Vensyssel
Bispensgade 37
9800 Hjørring
a.vestermark@rn.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital
Herlev Ringvej 57
2730 Herlev
l.b.paulsen@dadlnet.dk

WEBREDAKTØR AF DUGS HJEMMESIDE

Reservelæge **Jimmi Elers**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital
elers@dadlnet.dk

SELSKABETS HJEMMESIDE

www.dugs.dk



KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

International Urogynecological association (IUGA)

40th Annual Meeting
9.-13. Juni 2015
Nice, Frankrig
www.iuga.org

DUGSkursus

4.september 2015
Severin Kursuscenter
Middelfart
www.dugs.dk

International Continence Society (ICS)

45th Annual Meeting
6.-9. Oktober 2015
Montreal, Canada
www.ics.org

DUGS 11. Årsmøde

8. Januar 2016
Trinity Kursuscenter
Fredericia
www.dugs.dk

International Urogynecological association (IUGA)

41st Annual Meeting
5.-9. Juli 2016
Cape Town, Sydafrika
www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

46th Annual Meeting
12.-16. September 2016
Tokyo, Japan
www.ics.org

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

Sæt allerede nu X i kalenderen
så du kan være med til næste DUGS Årsmøde

Næste DUGS Årsmøde afholdes
fredag d. 8. januar 2016.

Bemærk desuden at deadline for indsendelse af abstrakt til frie foredrag d. 1. november 2015. Abstraktet skal være struktureret med: Formål, Metoder, Resultater, Diskussion. Max 200 ord. Der uddeles DUGS-pris på 1.000 kr. til bedste frie foredrag.

Sendes til sekretær Rikke Guldborg:
Rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk



▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger. **Betmiga® (Mirabegron) 50 mg og 25 mg depottabletter. Lægemiddelform:** Depottablet.

Indikationer: Symptomatisk behandling af imperiøs vandladning, øget vandladningshyppighed og/eller urge-inkontinens, som kan forekomme hos voksne patienter med overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom). ***Dosering og indgivelsesmåde:** *Voksne, inklusive ældre* 50 mg én gang dagligt med eller uden mad. *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 *** Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen :** Nedsat nyre- eller leverfunktion., Hypertension (systolisk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg), Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse, Patienter med blæreudgangsobstruktion og patienter i behandling med antimuskarine lægemidler af OAB. *** Graviditet og amning:** *Graviditet* Betmiga bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender sikker kontraception. *Amning* Mirabegron må ikke anvendes under amning. *** Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger indberettet for patienter behandlet med mirabegron 50 mg er takykardi, kvalme 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 atrieflimren (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:** Astellas Pharma Europe B.V., Holland.

*Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktresumé dateret 03-2015.

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

Revideret 20.04.2015





EN ANDEN MÅDE AT BEHANDLE OVERAKTIV BLÆRE

Den første β_3 -agonist mod overaktiv blære^{1,2}

Effekt på alle grundlæggende OAB-symptomer^{1,2}

Mundtørhed på placeboniveau^{1,2}



**Betmiga[®] 50 mg ▼
mirabegron**

Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/ Rikke Guldberg, Center for Klinisk Epidemiologi, Odense Universitetshospital



Referencer: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. 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.