



**DUGS AFHOLDER ÅRSMØDE
PÅ AARHUS UNIVERSITETS-
HOSPITAL, SKEJBY
D. 6. JANUAR 2012.**

SE S. 15 INDE I BLADET

Leder	3
Nyt fra Verdenslitteraturen	6
Highlights fra IUGA 36. kongres 2011, Lissabon	8
Highlights fra ICS 41. årsmøde i Glasgow	11
Nordisk Uroterapeut Konference	13
DUGS afholder Årsmøde d. 6. januar 2012	15
Doktordisputats	19
PH.D.forsvar	20
William Francis Victor Bonney	21
Abstracts	24
Kommende møder og Kongresser	33

DUGSNyt

5. årgang, nr. 2 – 2011

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ Afdelingslæge Mette Hornum Bing
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital
mbing@dadlnet.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen
l.b.paulsen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

400

ISSN 1903-3168

*Forsidebilledet forestiller
nordlys over Danmark 6.august 2011*



“To mesh or not to mesh”

I de seneste år har brugen af vævede implantater ved operation for urininkontinens og prolaps været en af de mest omdiskuterede emner i urogynækologisk fagkredse, både i Danmark og internationalt. Disse implantater omtales ofte som ‘meshes’, og kan være enten biologisk eller syntetiske, hvoraf de biologiske kan være fra patienten selv, fra et andet menneske (kadaver), eller fra en anden dyrerace (f.eks. tyndtarm fra et svin). De syntetiske kan enten være absorberbare (lavet af materiale svarende til de absorberbare suturer vi anvender i det daglige, f.eks. Vicryl), eller ikke-absorberbare, lavet af f.eks. polypropylen, ligesom Prolene-suturer. De største kontroverser har været omkring anvendelsen af syntetiske ikke-absorberbare meshes til vaginalkirurgi.

I Danmark har vi været meget konservative i vores anvendelse af mesh i forhold til en lang række andre lande. I andre europæiske lande som f.eks. Frankrig er det ikke ualmindeligt, at urogynækologer rutinemæssigt bruger syntetisk mesh til førstegangsprolaps. Og i andre lande, som vi sædvanligvis sammenligner os med, som fx Sverige, Finland eller Holland, er det ikke ualmindeligt, at urogynækologer bruger syntetisk ikke-absorberbar mesh til recidivprolaps uden, at konventionel kirurgi er prøvet først. I Danmark har syntetiske ikke-absorberbare meshes været anvendt i meget begrænset omfang, og hovedsagligt som led i kliniske studier.

Har vi haft ret i vores konservative og meget forsigtige tilgang? Noget tyder på det,

når man ser på den seneste tids udvikling i bl.a. USA.

I juli måned i år udsendte den amerikanske lægemiddelstyrelse, Food and Drug Administration (FDA), en advarsel om brugen af syntetiske ikke-absorberbare meshes ved vaginal kirurgi for prolaps (1). Advarslen fra FDA var en opdatering af en tidligere bulletin fra 2008. FDA opsummerer den nye, og omfattende, mængde af videnskabelig evidens, der er udkommet siden 2008, og kommer med en række stærke konklusioner og anbefalinger, bl.a.:

- anvendelsen af meshes ved vaginal prolapskirurgi medfører nye og betydelige risici, som ikke kendes fra traditionel prolapskirurgi
- anvendelsen af meshes ved abdominal prolapskirurgi (dvs. sakrokolpopeksi) medfører ikke de samme risici
- der er ingen evidens for, at anvendelsen af meshes til at suspendere bagvæg eller vaginaltop giver nogen gevinst i.f.t. traditionel kirurgi
- anvendelsen af meshes ved suspension af forvæg kan give bedre anatomiske resultater, men det er ikke sikkert, at dette også betyder bedre symptomlindring for patienten

Den nye FDA advarsel har medført betydelig presseomtale og ophedede diskussioner i fagkredse. Der er da heller ingen tvivl om, at en sådan advarsel vil betyde en væsentlig indskrænkning i anvendelsen af meshes i USA, da både læger og hospitaler risikerer store

erstatningskrav til patienter, der får komplikationer, hvis de fortsætter med anvendelsen trods advarsler fra FDA. Medikoindustrien risikerer også bekostelige sagsanlæg, og er begyndt at trække sig fra bl.a. det amerikanske marked, for at søge nye og mindre regulerede markeder i Asien, Østeuropa og Sydamerika. I Danmark vil vi forhåbentlig vægte data og videnskabelige evidens højere end frykten for erstatningskrav, når vi skal beslutte os for den rigtige tilgang til anvendelsen af meshes.

I FDA rapporten fra juli 2011 hedder det, at sammenlignet med den guideline om emnet, som udkom i 2008, er komplikationer til kirurgisk mesh behandling langt hyppigere og mere alvorlige end tidligere antaget. Den amerikanske lægemiddelstyrelse har i perioden januar 2008 til december 2010 modtaget 1503 rapporter om komplikationer til operation for prolaps med mesh, herunder 3 dødsfald, som kan relateres direkte til mesh anlæggelse. FDA har i første omgang kun set på vaginal prolaps kirurgi med mesh, selvom at der også anvendes mesh til inkontinenskirurgi. Inkontinenskirurgi området vil blive behandlet i en senere rapport.

I 2010 blev der ifølge FDA udført ca. 300.000 prolapsoperationer i USA og heraf fik ca. 75.000 kvinder isat mesh vaginalt. De hyppigst indrapporterede komplikationer er mesh erosion til vagina, skrumpning af mesh med ardannelse og forkortning af vagina, smerter, infektion, blødning, dyspareuni og hispareuni (smertefuldt samleje hos manden), perforation af hulorgan og problemer med urinvejene.

Fremadrettet anbefaler FDA bl.a. følgende:

- at læger er opmærksomme på, at prolaps i langt de fleste tilfælde kan behandles med succes ved anvendelse af konventionel kirurgi
- at lægerne har fokus på risici og komplikationer
- at lægerne grundigt informerer deres patienter før brug af mesh, herunder gør opmærksom på, at prolaps kan behandles med succes uden mesh og, at der ved brug af mesh kan ses alvorlige komplikationer som smertefuldt samleje, arvævsvæddelse og forsnævring af skeden, som ikke med sikkerhed kan udbedres ved ny kirurgi
- at lægerne ved valg af mesh, overvejer abdominal sakrokolpopeksi da komplikationsraten er meget lavere

FDA anbefaler desuden, at man ved brug af mesh får specifik oplæring i de anvendte teknikker, og at alle amerikanske urogynækologer indrapporterer alle komplikationer.

Det er positivt at erfare, at FDA også overvejer at opgradere syntetiske mesh til "class III devices", hvilket i praksis betyder, at fabrikkerne fremover vil være nødt til at dokumentere både effekt og sikkerhed ved data fra kliniske studier, før de kan markedsføre et nyt produkt. Det har DUGS argumenteret for siden selskabets grundlæggelse, og vi kan kun ønske, at de Europæiske og Danske myndigheder snarest gør sig tilsvarende overvejelser, så vi ikke tilbagesår som et uland i denne henseende. At vi i Danmark ikke har haft de samme problemer som andre lande

skyldes ikke myndighedernes indsats, men derimod, at vi de faglige miljøer har holdt fanen højt.

Det har været svært at forstå, at introduktion af ny medicin, som trods alt forlader kroppen igen efter en tid, er underlagt alle de krav, der som et minimum burde gælde for mesh. Mesh forbliver permanent i kroppen medmindre det skal fjernes pga. komplikationer - en procedure, der i øvrigt kan være vanskelig.

Vi vil fra DUGS' side opfordre alle til at nærlæse og følge FDA's anbefalinger. Vi mener at syntetiske meshes kun bør bruges i meget begrænset omfang, altid efter nøje overvejelse og grundig information af patienten, og at deres anvendelse bør begrænses til den håndfuld centre i Danmark der har fået tildelt regionsfunktion til varetagelse af recidivprolaps.

DUGS tager for givet, at al brug af meshes i Danmark, indberettes til DUGA basen vedr. både anvendelse og evt. komplikationer og reoperationer. Vi vil desuden opfordre til, at alle komplikationer indberettes til Lægemiddelstyrelsen jfr. gældende regler (2) og at anvendelsen af mesh i Danmark så vidt mu-

ligt kun sker som led i regelrette kliniske studier. Kliniske data skal foreligge før vi tager nye behandlinger i brug – det gælder også mesh!

*Med venlig hilsen,
DUGS Bestyrelse*

*Susanne Axelsen, Søren Brostrøm, Mette Hornum
Bing, Charlotte Graugaard og Anette Vestermark*

Referencer:

(1) FDA Safety Communication:

UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse. July 13, 2011.

link: <http://www.fda.gov/medicaldevices/safety/alertsand-notices/ucm262435.htm>

(2) link: www.medicinskudstyr.dk

Kan urininkontinens i forbindelse med svangerskab og fødsel forebygges?

Den 26.10.11 forsvarede Stian Langeland Wesnes sin ph.d.-afhandling "*Urinary incontinence in pregnancy and post partum*" i Bergen. I forbindelse med norsk "disputation" holdes dagen før en prøveforelæsning, der i det aktuelle tilfælde havde titlen "*Hvordan kan urininkontinens i forbindelse med svangerskab og fødsel forebygges?*".

Ph.d. afhandlingen var baseret på data fra MoBa (mor/barn) populationen, som har inkluderet gravide siden 1999. Det første arbejde (1) var baseret på 43.279 kvinder og viste, at 26% var urininkontinente før graviditet. Under graviditeten var 58% af kvinderne urininkontinente (30. uge). Den kumulative incidens af urininkontinens (blandt kvinder som var kontinente før graviditeten) var 46%. Det andet studie (2) baseret på 12.679 primigravida, der var kontinente før graviditeten viste, at 31% af disse var urininkontinente 6 måneder efter fødslen.

De 2 studier rejser på ny spørgsmålet, hvad kan der gøres for at forebygge, at kvinder udvikler urininkontinens i forbindelse med graviditet og fødsel?

Stian Langeland Wesnes' 3. studie (3) påpegede en mulighed, idet han viste, at vægttabet efter fødsel, reducerer risikoen for post partum urininkontinens. Studiet viste, at for hvert kg, der tabes post partum, reduceres den relative risiko for urininkontinens med 2.1%. Studiet viste endvidere, at vægtøgning under graviditet ikke var en risikofaktor for urininkontinens efter fødslen.

I prøveforelæsningen påpegede han, at rygning er en risikofaktor for urininkontinens

efter fødslen. Det samme var tilfældet for obstipation. Han fremhævede ligeledes, at bækkenbundstræning under graviditeten har en dokumenteret effekt. Det er i god overensstemmelse med et flot studie fra Norge, der blev rapporteret i forbindelse med ICS-mødet i Glasgow. Her påviste Stafne et al. (4), at et 12-ugers træningsprogram fra omkring 20. uge signifikant reducerede hyppigheden af urininkontinens i slutningen af svangerskabet. Desværre havde forfatterne endnu ikke post partum-follow-up, men der er grund til at tro, at risikoen for urininkontinens efter fødslen også var reduceret. Det har andre studier som anført vist. Endelig påpegede han, at perineal massage under fødslen synes at have en effekt. Det er i god overensstemmelse med, at ganske mange studier har vist, at "hands-on perineum" under fødslen er vigtig for at beskytte bækkenbunden og dermed også bækkenbundsdysfunktioner post partum (5). I den forbindelse blev der rapporteret 2 interesserede RCTs (6,7) ved IUGA's årsmøde i Lissabon, som viser, at hvis kvinderne i uddrivningsfasen foretager positions-skift mellem veerne og forsøger at udsætte presseperioden, kan antallet af instrumentale indgreb herunder frekvensen af sectio reduceres signifikant. Der er grund til at tro, at sådanne positionsændringer i uddrivningsfasen også vil kunne have en effekt på hyppigheden af urin-, analinkontinens post partum og måske også på udviklingen af prolaps.

På baggrund af disse seneste studier kan man opstille nogen simple anbefalinger baseret på den evidens, som foreligger.

Livsstilsændringer (grad II evidens)

- Kvinder bør ikke ryge før og under svangerskabet.
- Kvinder bør tilstræbe normal vægt før svangerskabet og tilstræbe vægtreduktion efter fødslen.
- Forstoppelse bør undgås under og efter svangerskabet.

Bækkenbundstræning (grad I evidens)

- Kvinder bør gøre bækkenbundstræning i svangerskabet og efter fødslen.

Forløsning (grad I evidens)

- Det er vigtigt med "hands on perineum" under fødslen.

(Muligvis kan positionsændring i uddrivningsfasen medvirke til at forebygge post partum bækkenbundsdisfunktioner)

Litteratur

1. Wesnes SL et al. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007; 109: 922-8.
2. Wesnes SL et al. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence post partum. *BJOG.* 2009; 116: 700-7.
3. Wesnes SL et al. urinary incontinence and weight change during pregnancy and post partum. *Am J Epidem.* 2010; 172: 1034-44.
4. Stafne SN et al. Does a regular exercise program including pelvic floor muscle exercise prevent urinary incontinence in pregnancy? *Neurourology Urodyn.* 2011; 3: 941-42.
5. Trochez R et al. Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *Int Urogyn J.* 2011; 22: 1279-85.
6. Simarro M et al. Effects of postural changes during the second state of labor among women with epidural analgesia. *Int Urogyn J.* 2011; Supp 1: 13-14.
7. Waker C et al. Second stage of labor with postural change and lateral position in women with epidural analgesia: A randomized controlled trial. *Int Urogyn J.* 2011; Supp 1: 11-12.

Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

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

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

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

Henvendelse om medlemskab rettes til selskabets sekretær, afdelingslæge Mette Hornum Bing på e-post-adressen:
mbing@dadlnet.dk.

Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank
Reg. nr. 6771
Konto nr. 61 54 413

Highlights fra IUGA 36. kongres 2011, Lissabon

Hør mere om nyt fra IUGAmødet i Lissabon juni 2011 til DUGS årsmøde i Aarhus d. 6. juni 2012

Et 5 km løb var en af de planlagte social events og Danmark var fint repræsenteret. Oven i købet kan vi være meget stolte af vinderen!



Susanne Axelsen tager guld til IUGA's 5K run i Lissabon i fantastisk stil.

Spasmo-lyt® Depot Trospiumchlorid



Gør hverdagen lettere...

Nyt præparat til behandling af
patienter med overaktiv blære

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

Vil du vide mere?

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

MEDA

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

Spasmo-lytDepot (Tropiumchlorid), hård depotkapsel

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

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

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

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

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Meda GmbH, 51067 Köln, Tyskland

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

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

Highlights fra ICS 41. årsmøde i Glasgow, 29. august – 2. september 2011

Man kunne ikke være i tvivl om, at dette års ICS møde blev afholdt i Skotland. Vi blev mødt med sækkepibemusik og mænd i kilt ved adskillige lejligheder: en moderne udgave med elektrisk guitar ved åbningsceremonien, samt mere traditionelt ved velkomstreceptionen og gallamiddagen. Desuden var der mulighed for at få instruktion i skotsk folkedans i sessionen "Ceilidh dance lessons". Denne session var velbesøgt og meget underholdende, og gav desuden sved på panden efter en lang stillestående dag til foredragene.

Selve mødet blev som tidligere forudgået af 2 hele dage med workshops og educational courses, hvor der var god mulighed for at gå i dybden med et emne. Jeg deltog blandt andet i "Pelvic Floor Ultrasound" ledet af Hans Peter Dietz, hvor der blev vist live undersøgelser med perineal UL med visualisering af bl.a. prolaps og analsphincter. Dette var også et emne, som blev fremført i mange præsentationer på selve mødet, og der er ingen tvivl om, at UL vil blive brugt mere i urogynækologien i fremtiden.

En del af sessionerne er efterfølgende lagt på ICS' hjemmeside som webcast, så man kan høre eller genhøre foredrag, som man har særlig interesse for. Alle 3 "State of the Art" foredrag er tilgængelige som web cast, ligesom 6 andre "podium sessions", 1 videosession (kirurgisk teknik), 1 workshop (Fysioterapi ved urininkontinens) og 2 educational courses (basal neurourologi og basal urodynamik).

Som helhed havde mødet me-

get fokus på stressinkontinens, både operationer, men også konservativ behandling i form af bækkenbundstræning. Den finske randomiserede undersøgelse af TVT vs. TVT-O (Laurikainen et al) havde resultater fra 5 års follow up, hvor de fandt, at metoderne er lige-værdige i cure rate og komplikationsrate. Abdel-Fattah et al havde foretaget en metaanalyse af minislynger versus TVT og TVT-O/TOT og fandt både subjektivt og objektivt dårligere effekt af minislyngerne. Anvendelse af profylaktisk TVT ved prolapsoperation var også et emne for flere foredrag. En amerikansk randomiseret multicenterundersøgelse (Wei) inkluderede 337 kvinder med mindst grad 2 cystocoele og ingen præoperativ stressinkontinens. Patienterne fik foretaget forskellige prolapsoperationer og blev randomiseret til TVT eller "sham" operation. 12 måneder postoperativt var 27% i TVT-gruppen og 43% i sham-gruppen inkontinente. TVT-gruppen havde flere komplikationer (blærelæsion, blødning, tømningsproblemer) og det krævede således



Mette Bing, Ulla Hviid og Monica Wedell Topp til ICS mødet

6 slynger for at gøre 1 patient kontinent. Man kan undre sig over, hvorfor profylaktiske slynger er så populære i bl.a. USA.

Til gengæld var prolapskirurgi ikke meget præsenteret på mødet, specielt ikke meshkirurgi. Dog var der en interessant workshop omkring laparoskopisk abdominal sacrocolpopexi, hvor forskellige metoder blev vist inklusiv robotkirurgi, som vi nok vil høre mere om fremover.

Den ene af de 3 "state of the art" sessions omhandlede "Conflict of Interest". Linda Brubaker gav et tankevækkende foredrag omkring samarbejdet mellem industri, klinikere og forskning, som hun fandt uomgængeligt i praksis. Samarbejdet giver desværre anledning til "sekundære interesser" hos forskerne, oftest af økonomisk art, men også forskningsmæssig prestige og anseelse er en faktor. Linda Brubaker fandt det af stor vigtighed med åbenhed om forskernes relationer til industrien, hvad der også var krav om ved alle foredragene til mødet. Brubaker mente desuden, at man også måtte evaluere om en evt. relation gav risiko for bias. Brubaker anførte endvidere, at bias allerede foregik i publikationsfasen idét visse tidsskrifter giver fortrin til industristøttede manuskripter.

Endelig vil jeg nævne de danske indlæg på et udbytterigt møde:

Marie Louise Saaby et al: Simultaneous cystometry and urethral pressure reflectometry (UPR)- a new method.

Marie Bønnelycke et al: Fresh muscle fiber fragments on a scaffold: A potentially new concept for pelvic floor reconstruction? (po-

ster)

Niels Klarskov et al: A randomized study to assess the action of fesoterodine on urethral function in women with stress urinary incontinence using urethral pressure reflectometry. Ben Hornung et al: Anal acoustic reflectometry – a novel method for predicting outcome of sacral nerve stimulation for faecal incontinence. (poster)

Mikael Aagaard et al: Urethral pressure reflectometry; experience in men without bothersome LUTS.

Louise Klarskov et al: Voiding parameters and prostate size in prostate cancer patients undergoing long term endocrine manipulation.

Jakob Duelund-Jakobsen: Functional results and patient satisfaction with sacral nerve stimulation for idiopathic faecal incontinence.



Marie Louise Saaby fænger publikum med sin fine præsentation

Nordisk Uroterapeut Konference - i København maj 2011

Danske uroterapeuter havde fornøjelsen af at byde ca. 100 af vore nordiske kollegaer velkomne til en 3 dages konference i København i maj 2011. Tre dage, hvor hovedformålet var præsentation og diskussion af faglige emner, men hvor der også var plads til socialt samvær og erfaringsudvekslinger.

Uroterapeuter er forskellige faggrupper, herunder sygeplejersker, fysioterapeuter, læger eller jordmødre, som har taget en urologisk overbygning enten på Göteborg Universitet eller på Højskolen i Bergen.

Konferencen blev indledt med en paneldiskussion om overaktiv blære. I panelet var uroterapeut Märtha Lauritzen, gynækolog Pia Teleman og urolog Lars Malmberg. Disse fremlagde også forskellige patient cases, som blev diskuteret.

Efter dette havde fysioterapeut Ulla Due en præsentation af et videnskabelig review om effekten af bækkenbundstræning. Er bækkenbunden trænet op, er træning to gange om ugen nok til at vedligeholde funktionen.

På anden dagen var der parallelle sessioner. Den ene omhandlede børn og det sidste nye indenfor enuresis og afføringsinkontinens. Her var der mulighed for at lære at ultralydsskane abdomen mhp at måle rectums diameter. Et blandt flere parametre til vurdering af om et barn er obstiperet eller ej. Dette ved læge Phd Iben Jönsson.

Den anden session omhandlede voksne. Det første oplæg var af Christina Damsted Petersen, læge Phd og omhandlede vulvodyni og botox og det andet var af fysioterapeut og uroterapeut Birthe Bonde og omhandlede "Mænd med underlivssmerter". Her blev sat fokus på, hvad

en hypertont bækkenbund kan give af symptomer herunder hæshed, smerter ved miktions + defækation (tynde strimler), residualurin samt behandlingen af denne hypertone bækkenbund. Jens Sønksen, overlæge havde et oplæg om vibrationsbehandling, dels til mænd med rygmarvsskade, som ønskede at blive fædre og dels som behandling til forbedring af kvindens bækkenbundsfunction. Ligeledes tyder det på at frequency kan nedsættes væsentligt med daglig vibration.

På eftermiddagens program var Wendy Bowler professor i Hong Kong, samt gæsteforelæser ved Århus Universitet, hvor emnet var LUTS og bækkenbunden.

Herefter var der oplæg fra flere uroterapeuter om resultaterne af deres projekter/studier. Disse omhandlede bl.a. urinvejsinfektioner hos kvinder med diabetes, hvordan kvinders urininkontinens påvirker deres seksuelle liv og partnerens samt, hvor ofte urinvejsinfektioner optræder efter urodynamiske undersøgelser. I forhold til risikoen for UVI efter urodynamisk undersøgelse konkluderes det, at det er normalt med lette symptomer efter undersøgelse og at disse klinger af indenfor en uge uden nogen behandling. Risikoen for UVI findes, men den er lille.

Fredagens program indeholdt bl.a. et oplæg fra Søren Gräs om stamcellebehandling og urininkontinens. Her blev man ført ind en spændende, ny og dyr teknologi om, hvordan man kan fremstille en "muskelsmoothie" af pt. egen muskelmasse og sprøjte denne ind i externe sfinkter og herved behandle stress inkontinens hos kvinder.

Charlotte Bjørnes, som er sygeplejerske, fremlagde sit Phd studie om online patientbog

specielt udviklet til gruppen af mænd med prostatacancer, der får lavet radikal prostatectomi på Aalborg Sygehus Nord. Online patientbog er et internetbaseret dialogværktøj, som sikrer pt. mulighed for at stille spørgsmål og få svar af en sundhedsprofessionel indenfor 24 timer. Ligeledes kan pt. søge viden om alt omhandlende udredning og behandling af sin cancersygdom samt se resumer af samtaler mm.

Afslutningsvis fortalte Gerd Johnsen om den normale tarmfunktion og den gode siddestilling ved defækation.

Under hele konferencen var der mulighed for at besøge firma standene og opdatere sin viden inden for behandlingsredskaber og hjælpemidler samt danne netværk uroterapeuterne imellem. Vil du vide mere om uroterapi og uroterapeuter se: www.utfnordic.org

På vegne af arrangørerne



Uroterapeut - en vigtig resurs i vården



Jubileumskonferens Göteborg den 23-25 maj 2012



Deadline for Abstract till konferensen (engelsk eller svensk) er 2012-02-01.

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder Årsmøde d. 6. januar 2012 Aarhus Universitetshospital, Skejby, Auditorium A

Program

08.30-09.30 Ankomst, morgenkaffe

Mødeleder: Anette Vestermark

09.30-09.35 Velkomst:
Overlæge Susanne Axelsen

09.35-10.05 DUGA-basen.

Overlæge Ulrik Kesmodel

10.05-10.15 Diskussion

10.15-10.30 Blæretræningsprojek. Sygepl.
Mette Hulbæk, Sønderborg

10.30-10.35 Diskussion

10.35-11.05 Kaffepause

Mødeleder: Mette Hornum Bing

11.05-11.45 The prolapsed uterus: when to
remove? how to suspend the
vault?
Dr. Barry O'Reilly, MD FRCOG
FRANZCOG, Consultant Obstetrics
& Gynaecology. Cork, Ireland

11.45-11.50 Diskussion

11.50-12.05 Ph.d afhandling: Regenerative
medicine in urogynecology.
Læge, ph.d. Marie Bønnelycke

12.05-12.10 Diskussion

12.10-13.10 Frokost

Mødeleder: Charlotte Graugaard-Jensen

13.10-13.40 Botox og blæren. Per Bagi,
Klinikchef, Urologisk Klinik,
Rigshospitalet.

13.40-13.45 Diskussion

13.45-13.55 Highlights fra IUGA v.

Læge, ph.d. Astrid Ammendrup

13.55-14.35 Frie foredrag:

Saaby ML, Lose G: Repeterbarhe-
den af residualurin (RU) $\geq$ 100 ml

Saaby ML, Klarskov N, Lose G:
Urethral tryk reflektometri (UPR)
før og efter "Tension free Vaginal
Tape" (TVT)

Prien-Larsen J, Hemmingsen L,
Forman A: Polyuria and stress
urinary incontinence: impact on
bladder function and outcomes
after surgery.

Bennich G, Bing MH, Weincke MO
Retrospektiv opgørelse af urin-
inkontinens efter kolporafia
posterior, eller kolporafia poste-
rior + perineorafafi.

14.35-15.00 Kaffepause

Mødeleder: **Susanne Axelsen**

15.00-15.30 Frie foredrag:

Cvetanovska E, Westergaard HB:

Fokuseret lærings indflydelse på jordemødres viden om og egen vurdering af diagnostik og suturering af obstetriske bristninger

Stenz C: Hvad ved unge piger om bækkenbunden generelt og i forhold til smerter ved samleje?

Due U, Brostrøm S, Lose G:

Oversættelse til dansk og validering af "the Pelvic Floor Distress Inventory-20" (PFDI-20) og "the Pelvic Floor Impact Questionnaire-7" (PFIQ-7).

15.30 -15.45 Disputats: Urethral Pressure Reflectometry
A method for simultaneous measurements of pressure and cross-sectional area in the female urethra.

Læge, dr.med. Niels Klarskov

15.45-15.50 Diskussion

15.50-15.55 Uddeling af DUGS pris

15.55-16.00 Afslutning v.

Overlæge Susanne Axelsen

16.15-

Generalforsamling

Dagsorden sendes pr. mail til alle DUGS medlemmer og kan ses på www.DUGS.dk senest 6. december

TILMELDING OG INDBETALING AF MØDEAFGIFT TIL DUGS ÅRSMØDE

Deltagergebyr for medlemmer af DUGS: 400 kr

Personligt medlemskab af DUGS: 100 kr.

Deltagergebyr for ikke medlemmer af DUGS: 550 kr.

Betaling af DUGS Årsmøde

1. Ved **tilmeldingen til årsmødet** oplyses udover eget navn også arbejdssted/adresse og EAN nr. og der vil blive sendt en faktura til arbejdspladsen (hvis arbejdspladsen betaler).
2. Du kan også vælge at betale direkte til Lægernes Pensionsbank konto nr. 6771 – 0006154413

Husk at sende mail til a.vestermark@rn.dk senest **23. december 2011**.

Betaling af DUGS medlemskab

Ved oprettelse og fornyelse af personligt medlemskab oplyses navn, egen adresse og e-mail adresse.

For læger opkræves dette i fremtiden via Lægeforeningen (med betaling i maj 2012). For **ikke** læger betales 100 kr til Lægernes Pensionsbank konto nr. 6771 - 0006154413, med tydelig angivelse af navn.

Alle tilmeldinger til årsmøde samt ønsket fornyelse af medlemskab 2012 mailes til: a.vestermark@rn.dk senest 23. december 2011.

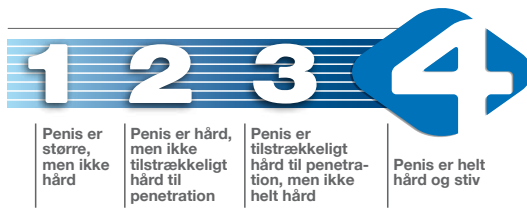


Erektionens hårdhed er en vigtig faktor, der fører til seksuel selvtilid^{1,2}

- ✓ To tredjedele af patienterne gav spontant udtryk for ønsket om en hårdere erektion^{3*}
- ✓ Ved valg mellem flere muligheder angav 93 % af patienterne hårdhed som vigtigere end rejsningens varighed^{3*}

Vurdering af erektionens hårdhed

- ✓ EHS (Erection Hardness Score) måler erektionernes hårdhed fra **EHS 1** hvor penis er større men ikke hård, til **EHS 4**, der er den optimale score, hvor penis er helt hård og stiv^{1,2}



- ✓ Korrelerer fint med andre målinger af erektionskvalitet, såsom spørgeskemaet IIEF* erectile function domain score og spørgeskemaet Quality of Erection Questionnaire (QEQ)^{1,2}

Mænd med erektil dysfunktion, der behandles med Viagra® (sildenafil), opnår i 58% af tilfældene en helt hård erektion (EHS 4) uanset deres opnåede score ved baseline⁴.



Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup
Telefon 44 20 11 00, Fax 44 20 11 01

Se venligst det forkortede produktresumé på side xx

Viagra®
(sildenafil)

*I et observationsstudie af næsten 1500 mænd med ED.

**International Index of Erectile Function.

VIA-11-01-06

Forkortet produktinformation for VIAGRA® (SILDENAFIL)

Filmovertrukne tabletter 25 mg, 50 mg og 100 mg

Indikation: Behandling af mænd med erektil dysfunction, hvilket er manglende evne til at opnå eller vedligeholde en erektion af penis, som er tilstrækkelig til tilfredsstillende seksuel aktivitet. Seksuel stimulation er nødvendig, for at VIAGRA kan virke. **Dosering:** **Anvendelse hos voksne:** Den anbefalede dosis er 50 mg, som tages efter behov cirka 1 time før seksuel aktivitet. På basis af effekt og tolerance kan dosis øges til 100 mg eller sænkes til 25 mg. Den anbefalede maksimale dosis er 100 mg. Den anbefalede maksimale dosisfrekvens er én gang i døgnet. Hvis VIAGRA indtages sammen med føde, kan virkningens indtræden forsinkes i forhold til indtagelse under fastende forhold. **Anvendelse hos ældre:** Dosistjustering er ikke nødvendig. **Anvendelse hos patienter med nedsat nyrefunktion:** Dosisanbefalingerne under "Anvendelse hos voksne" gælder for patienter med let til moderat nyreinsufficiens (kreatininclearance = 30-80 ml/min). Da clearance af sildenafil er nedsat hos patienter med alvorlig nyreinsufficiens (kreatininclearance <30 ml/min), kan en 25 mg dosis overvejes. Vurderet ud fra effekt og tolerance kan dosis øges til 50 mg og 100 mg. **Anvendelse hos patienter med nedsat leverfunktion:** Da clearance af sildenafil er nedsat hos patienter med leverinsufficiens (f.eks. cirrhose), kan en 25 mg dosis overvejes. Vurderet ud fra effekt og tolerance kan dosis øges til 50 mg og 100 mg. **Anvendelse hos børn og unge:** VIAGRA er ikke beregnet til personer under 18 år. **Anvendelse hos patienter, som får anden medicin:** Patienter bør være stabile på alfa-blokkere, før VIAGRA behandling initieres. En dosis på 25 mg bør overvejes. Kontraindikationer: Sildenafil potentserer nitraters hypotensive effekt, hvorfor indgift sammen med nitrogennitratdonorer (som amylnitrit) eller enhver form for nitrater er kontraindiceret. Desuden er sildenafil kontraindiceret hos mænd, som får disse seksuelle aktiviteter (f.eks. patienter med alvorlige kardiovaskulære lidelser som ustabil angina pectoris eller alvorligt hjertesvigt), alvorlig leverinsufficiens, hypotension (blodtryk under 90/50 mmHg), nyligt overstået stroke eller hjerteinfarkt og kendte arvelige degenerative sygdomme i retina som retinitis pigmentosa. Kontraindiceret hos patienter, som på grund af non-arteritis anterior iskemisk opticusneuropati (NAION) har nedsættelse af synet på det ene øje. Kontraindikationen gælder, uanset om synsnedsettelsen opstod i forbindelse med brug af PDE5-hæmmere eller ej (se særlige advarsler og forsigtighedsregler). Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Sygdomshistorie bør gennemgås og en objektiv undersøgelse foretages for at stille diagnosen erektil dysfunction, og mulige underliggende årsager skal fastslås, før farmakologisk behandling overvejes. Lægen bør undersøge patientens kardiovaskulære tilstand, da der er en vis kardial risiko forbundet med seksuel aktivitet. Sildenafil har vasodilaterende egenskaber, som resulterer i lette og forbigående fald i blodtrykket. Før ordination af sildenafil af lægen omhyggeligt overveje, om patienter med visse underliggende tilstande vil kunne blive påvirket på uønsket måde af den vasodilaterende virkning, specielt i forbindelse med seksuel aktivitet. Patienter med øget følsomhed over for vasodilatorer omfatter patienter med obstruktion af venstresidigt ventrikulæruddøb (f.eks. aorta stenose, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati) eller patienter med det sjældne syndrom multipel systematrofi, som manifesterer sig som alvorligt nedsat autonom kontrol af blodtrykket. VIAGRA forstærker nitraters hypotensive effekt. I forbindelse med brugen af VIAGRA er der rapporteret alvorlige kardiovaskulære hændelser. På disse hændelser er rapporteret som opstået kort tid efter brugen af VIAGRA uden seksuel aktivitet. Det er ikke muligt at fastslå, om disse hændelser er relateret til brugen af VIAGRA. Der er rapporteret synsdefekter og tilfælde af non-arteritis anterior iskemisk opticusneuropati (NAION) i forbindelse med indtagelse af sildenafil og andre PDE5-hæmmere. Patienter skal informeres om, at han skal stoppe med at tage VIAGRA og omgående konsultere en læge, hvis der pludseligt opstår synsdefekt (se kontraindikationer). VIAGRA bør anvendes med forsigtighed hos patienter, der får alfa-blokkere, da samtidig administration hos nogle patienter kan føre til symptomatisk hypotension. Dette indtræder inden for 4 timer efter indtagelse af sildenafildosen. Patienterne bør være hæmodynamisk stabile på alfa-blokkerbehandling, før VIAGRA initieres (se dosering). Sildenafil bør anvendes med forsigtighed hos patienter med anatomisk deformitet af penis (f.eks. vinkling, kavermas fibrose eller Peyronie's sygdom) eller hos patienter med lidelser, som kan prædisponere til priapisme (f.eks. seglicoleænanæmi, multipelt myelom eller leukæmi) samt hos patienter med blødningsforstyrrelser eller aktivt peptisk mavesår. Sildenafil bør ikke anvendes i kombination med andre præparater til erektil dysfunction. VIAGRA indeholder lactose. VIAGRA er ikke indiceret til kvinder. **Interaktioner:** Samtidig indgift af sildenafil og ritonavir anbefales ikke. Hvis sildenafil skal bruges til en patient i ritonavirbehandling, må den samlede dosis indertid ikke overstige 25 mg sildenafil inden for 48 timer. Alfa-blokkere, potente hæmmere af cytochrom P450, f.eks. cimetidin, samt stærkere CYP3A4 hæmmere, f.eks. ketoconazol, itraconazol og erythromycin. En startdosis på 25 mg sildenafil kan anbefales. Nicorandil har potentiale for alvorlig interaktion med sildenafil. **Graviditet og amning:** VIAGRA er ikke indiceret til anvendelse hos kvinder. I reproduktionsforsøg på rotter og kaniner ses ingen relevante virkninger efter oral indgift af sildenafil. **Trafikfarlighed:** Da der er rapporteret svimmelhed og ændret syn i produktionsforsøg med sildenafil, bør patienter være opmærksomme på, hvordan de reagerer på VIAGRA, inden de kører bil eller betjener maskiner. **Bivirkninger:** VIAGRA's sikkerhedsprofil er baseret på 8.691 patienter, der er behandlet med de anbefalede doser i 6 placebo-kontrollerede kliniske undersøgelser. De hyppigst rapporterede bivirkninger i kliniske undersøgelser hos sildenafilbehandlede patienter var hovedpine, rødmen, dyspepsi, synsforandringer, næsletilstopning, svimmelhed og synsforværring.

Ikke almindelige bivirkninger (0,1-1 %): Opkastning, hududslæt, sygdom i conjunctiva, øjenssygdomme, tåreflådforstyrrelser, andre øjenlidelser, palpitationer, takykardi, muskelsmerter, søvnighed, hypæstesi, svimmelhed, tinnitus, kvalme, mundtørhed, brystsmerte, træthed og øget hjertefrekvens. **Sjældne bivirkninger (0,01-0,1 %):** Overfølsomhedsreaktioner, cerebrovaskulære hændelser, synkope, hypertension, hypotension, myokardieinfarkt, atrefimilerner, epistaxis, pludselig døvhed, i et lille antal post-marketing forsøg og kliniske forsøg med alle PDE5-hæmmere, herunder sildenafil, er der set pludselig nedsættelse eller tab af hørelse. Yderligere bivirkninger, der er rapporteret efter markedsføring (hyppighed ikke kendt): Transitorisk cerebral iskemisk, krampetænd, tilbagevendende krampetænd, non-arteritis anterior iskemisk opticusneuropati (NAION), vaskulær okklusion i retina, synsteltdefekt, ventrikulær arytmi, ustabil angina, pludselig hjertedød, priapisme, forlænget erektion, Stevens-Johnsons syndrom, toksisk epidermal nekrolyse.

Pakninger og priser pr. 10. november 2011 (ekskl. recepturgebyr):

Varenummer	Styrke	Pakning	Pris (kr.)
520239	25 mg	4	485,10
520288	50 mg	4	485,10
520338	50 mg	12	1.427,35
520346	100 mg	4	485,10
520379	100 mg	12	1.427,35

Dagsaktuel pris findes på medicinpriser.dk

Udlevering B. Tilskud: Klausuleret enkelttilskud.

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret 13. juli 2010. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. VIAG 027 ASMPVC V6.0-w.doc Ref: VI 17_0

Referencer:

- Mulhall J, Althoff SE, Brock GB et al. Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice-recommendations of an international study panel. J Sex Med 2007;4:448-64.
- Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakin AG et al. Validation of the erection hardness score. J Sex Med 2007;4:1626-34.
- Claes H, Opsomer R-J, Andrianne R et al. Characteristics and expectations of patients with erectile dysfunction: results of the SCORED study. Int J Imp Res 2008;20:418-424.
- Kadioglu A, Grohmann W, Depko A et al. Quality of erections in men treated with flexible-dose sildenafil for erectile dysfunction: multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase. J Sex Med 2008;5:726-34.
- Buvat J, Hatzichristou D, Maggi M et al. Efficacy, tolerability and satisfaction with sildenafil citrate 100-mg titration compared with continued 50-mg dose treatment in men with erectile dysfunction. Br J Urol Int 2008;102:1645-50.



Viagra®
(sildenafil)

Abstract

Urethral Pressure Reflectometry

A method for simultaneous measurements of pressure and cross-sectional area in the female urethra

En ny metode til måling af samhørende værdier af tryk og tværsnit i det kvindelige urethra, betegnet Urethral Pressure Reflectometry (UPR) blev udviklet. En meget tynd og yderst fleksibel polyurethan-pose blev placeret i urinrøret. En pumpe kunne applicere stigende og aftagende tryk til posen og derved åbne og lukke urethra. Lydbølger blev sendt ind i polyurethan-posen og tværsnitsarealet af posen (urethra) kunne beregnes fra refleksionerne med akustisk reflektometri. Tværsnitsarealet blev målt for hver mm af posens længde 10 gange hvert sekund. Undersøgelsen blev lavet med kvinderne liggende med afslappet bækkenbund, liggende mens de kneb og mens de stod op og slappede af i bækkenbunden. Undersøgelsen gav følgende parametre: Et åbnings-tryk (det tryk, der lige netop skulle til for at åbne urethra), et lukke-tryk (det tryk, hvor urethra lukker igen efter en dilatation), en åbnings-elastans (urethras modstand mod at dilatere), en lukke-elastans (urethras evne til at lukke efter en dilatation) og en hysteres (den energi der forsvinder, når urethra dilateres).

Undersøgelsen var pålidelig både i in-vitro og in-vivo. Alle UPR parametrene med undtagelse af hysteresen var lavere hos kvinder med stress inkontinens i forhold til kontinente kvinder. Parametrene ser derfor ud til at være relevante for stress inkontinens. UPR målingen blev lavet både før og efter urethral bulking og baseret på disse målinger blev der foreslået en virkningsmekanisme for denne behandling. Et randomiseret, dobbelt blindt, placebo kontrolleret, cross-over studie viste at UPR er værdifuld til udvikling og monitorering af farmakologiske behandlinger af stress inkontinens. Kasusistikker viste, at UPR har potentiale til at underindele stress inkontinens efter patofysiologi samt, at målingen kan påvise patologiske forhold i urethra som f.eks. en striktur.

Abstract

Urethral Preassure Reflectometry

An experimental study in rats of MPEG-PLGA scaffolds, trophic factors, muscle-derived cells and muscle tissue

Formål

I. At undersøge og sammenligne biokompatibilitet og regeneration af væv for tre præparationer af det syntetiske, bionedbrydelige materiale methoxypolyethyleneglycol-poly(lactic-co-glycolic acid) (MPEG-PLGA): alene, beriget med extra-cellulær matrix eller østrogen.

II. At undersøge om MPEG-PLGA tilsat enten autologe dyrkede muskelceller (MDC) eller autologt friskt muskelvæv (MFF) potentielt kan anvendes indenfor regenerativ medicin.

Metode

Vævsreaktionen blev undersøgt 3 og 8 uger efter implantation af MPEG-PLGA i ovennævnte præparationer subcutant på abdomen i en rottemodel. Biokompatibilitet blev vurderet histologisk efter standardfarvninger. Vækstmønsteret for MDC og MFF blev vurderet ved immunhistokemi.

Resultater

Ad I: Alle tre præparationer af MPEG-PLGA var meget biokompatible. Efter 8 uger var der ingen spor efter de tre typer MPEG-PLGA.

Ad II: Efter 3 uger kunne både MPEG-PLGA med MDC og MFF genfindes. Efter 8 uger blev tværstribet muskelvæv dannet fra MFF, mens MPEG-PLGA og MDC var degraderet.

Konklusioner

- MPEG-PLGA er meget biokompatibelt og ikke efterlader spor i vævet
- MPEG-PLGA i sig selv, eller beriget med ECM eller østrogen, er næppe kandidat som implantat til forstærkning i forbindelse med rekonstruktiv prolaps kirurgi
- Muskel-derivede celler dyrket in vitro blev understøttet af MPEG-PLGA i 3 uger, men blev degraderet sammen med MPEG-PLGA indenfor 8 uger
- Tværstribet muskelvæv blev dannet efter implantation af MPEG-PLGA tilsat friske muskelfiber fragmenter

Tissue engineering med friske muskelfiber fragmenter kunne være et lovende nyt koncept indenfor regenerativ medicin til behandling af bækkenbundslidelser.

Manden bag håndgrebet

Man har vel til alle tider forsøgt at forudsige resultatet af en operation. En af dem, der prøvede på det, var Victor Bonney. Han ville gerne vide om en operation for stressinkontinens hos kvinder virkede, inden han udførte den.

Den metode, som Bonney udtænkte, og som har navn efter ham, går ud på at lade patienten hoste med en halvfuld blære. Man bemærker, hvor stor lækagen er. Herefter indfører man anden og tredje finger i vagina og presser forvæggen op mod symfyen uden at trykke på urethra. Herefter beder man påny patienten om at hoste, og hvis trykket fra undersøgerens fingre forhindrer kvittering af urin, vil en operation for stressinkontinens helbrede kvinden for urininkontinens. Vel at mærke, hvis manøvren udføres korrekt.

Desværre er det hele ikke så enkelt i virkeligheden. Ikke desto mindre er håndgrebet i årenes løb blevet udført mange gange - også af forfatteren - men Bonneys håndgreb er forlængst forældet.

William Francis Victor Bonney blev født den 17. december 1872 i Chelsea i England. Faderen var praktiserende læge, og moderen var datter af en fransk læge. Derfor var den unge Bonney ikke i tvivl om, at han ville læse til læge. Og i 1891 begyndte han sine medicinstudier ved St. Bartholomews Hospital Medical School. Men få måneder senere lod han sig overflytte til Middlesex Hospital; dette hospital var nemlig kendt for at

uddanne læger til hoffet, og desuden var mange præsidenter for den engelske lægeforening uddannet ved Middlesex Hospital.

Han blev læge i 1896 og fik stilling som reservelæge. Men han var ikke særligt vellidt hos sine overordnede - vistnok, fordi de var misundelige på ham. Bonney var nemlig meget populær hos studenterne som underviser. Og desuden var han god til at tage stilling til behandlingerne - ofte inden chefen. Det betød alt i alt, at Bonney havde svært ved at få en fast stilling som læge. Men det lykkedes til sidst, og dermed begyndte Bonney sin karriere som gynækolog.

I 1905 giftede han sig med Annie Appleyard, men to år efter giftermålet fik hans kone en svær blødning fra livmoderen med et livstruende blodtab. Hun fik fjernet livmoderen, og ved undersøgelse af den, fandt man kun et lille fibrom. Hele forløbet betød, at Bonney ikke kunne stifte familie, og at han blev en meget konservativ kirurg. Han gjorde alt for at bevare genitalia. Når godartede cyster blev fjernet fra æggestokkene, blev ovarierne omhyggeligt gendannede i et forsøg på at bevare deres hormonproduktion og ovulation.

Victor Bonney konstruerede adskillige kirurgiske instrumenter og var i øvrigt en formidabel kirurg. Hans teknik blev rost i høje vendinger. Hans konservative indstilling gjaldt kun benigne lidelser. Hvis der var tale om ondartede lidelser, fjernede han så meget væv som muligt.

Bonney og hans kone holdt på formerne. De klædte altid om til middagen - også når de var alene. Bonney selv gik altid klædt i mørkt tøj med en hvid nellylike i knaphullet hver dag året rundt. Derfor kan det undre, at han kaldte alle, han mødte, for Darling. F.eks. var en næste to meter høj australsk gynækolog noget forbavset, da han blev tiltalt på den måde, første gang, han mødte Victor Bonney.

Efter Anden Verdenskrig måtte Bonney erkende, at de operative evner ikke længere slog til. Han trak sig tilbage og holdt sit sidste foredrag i 1949.

I 1953 fik han en blodprop i hjertet og døde den 4. juli 1953.

Kilder:

1. Michael J. Odowd & Elliot E. Phil. *The History of Obstetrics and Gynaecology*. New York & London: The Parthenon Publishing Group 1994
2. Thomas F. Baskett. *On the Shoulders of Giants*. London: RCOG Press 2008



William Francis Victor Bonney



KÆRE DUGSNYT LÆSER

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

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

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

DUGS KURSUS

Dugs afholder kursus i

Kirurgisk behandling af stress inkontinens 27. April 2012

sted og program annonceres ved DUGS Årsmøde d.6.januar 2012



Vi har ikke eneret på livskvalitet.

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

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

Johnson & Johnson
Nordic

ekelund@svik

Repeterbarheden af residualurin (RU) ≥ 100 ml

Formål:

Residual urin (RU) er den tilbageværende mængde urin i blæren ved vandladningens afslutning. Forhøjet RU kan bl.a. føre til yderligere diagnostiske undersøgelser, behandling eller aflysning af planlagt operation. RU bliver ofte brugt til evaluering af ændringer i blærens tømmeffunktion efter behandling. Vi kender ikke repeterbarheden af forhøjet RU hos kvinder.

Formålet med studiet var derfor prospektivt at undersøge repeterbarheden af RU ≥ 100 ml hos kvinder.

Metode:

Ud af 396 patienter henvist til vores ambulatorium med urogynækologiske gener fik 297 målt RU efter en spontan

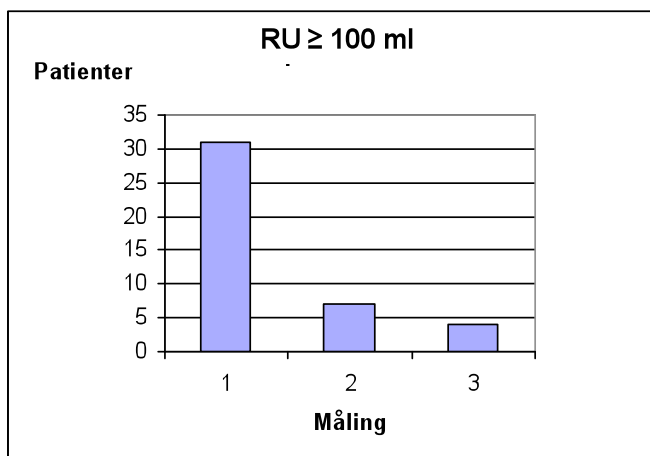
vandladning under private forhold. Patienter med RU ≥ 100 ml blev inkluderet og tilbudt at møde igen til en ny RU måling efter en ny spontan vandladning. De med gentagen forhøjet RU fik tilbudt en tredje måling. RU blev målt med en Verathon Bladder Scanner BV 9400 umiddelbart efter vandladningen.

Resultater:

Ved første måling var RU ≥ 100 ml hos 31 patienter. Ved anden og tredje måling var RU ≥ 100 ml hos hhv. 7 og 4 patienter (figur 1).

Konklusion:

En RU måling ≥ 100 ml er utilstrækkeligt og skal bekræftes ved en ny måling.



Patienter med RU ≥ 100 ml ved 1., 2. og 3. måling

Urethral tryk reflektometri (UPR) før og efter "Tension-free Vaginal Tape" (TVT)

Formål:

UPR er en ny metode til simultan måling af tryk og tværsnit i urinrøret.

Formålet med studiet var at undersøge om de nye UPR parametre kan bidrage til vores forståelse af, hvorledes TVT virker.

Metode:

Studiet inkluderede 22 stress urininkontinente kvinder. UPR teknik: En poly-uretan pose blev placeret i urinrøret og forbundet til en pumpe og en akustisk lydkilde. Trykket i posen blev øget for at udvide posen, mens tværsnitsarealet i posen og dermed urinrøret blev målt med akustisk reflektometri. Åbne- og lukketryk og elastans, samt hysteresis blev målt i hvile og under knib, i liggende og stående stilling, før og efter TVT operation.

Resultater:

Subjektiv og objektiv helbredelses rate var hhv. 82 % og 100 %. Maksimum urin flow faldt med 28 %. Liggende hvile åbne- og lukketryk var uændret efter TVT. Åbne- og lukkeelastans steg med 18 %.

Stående hvile åbne- og lukketryk og åbneelastans var uændret.

Konklusion:

UPR målinger i hvile viste uændret åbnetryk efter TVT. Modstanden mod udvidelse af urinrøret (elastans) steg, hvilket formentlig er medvirkende årsag til den forbedrede urethrale lukkefunktion efter TVT og forklarer det nedsatte urin flow.

Næste nummer

af DUGSNyt

udkommer primo juni 2012

Manuskripter sendes i

Word-format til

l.b.paulsen@dadlnet.dk

senest den 10. maj 2012

ABSTRACT

Polyuria and stress urinary incontinence: impact on bladder function and outcomes after surgery.

Introduction and hypothesis

Polyuria is described as excessive excretion of urine and defined by ICS/IUGA, as a production of more than 40 ml urine/kg body weight during 24 hours. The objective was to assess the consequences of polyuria on bladder function and outcomes after incontinence surgery.

Methods:

A total of 1003 women with stress incontinence (SUI) were enrolled and underwent tension-free vaginal tape operation (TVT); 199 with polyuria and 804 with normal urine production (NUP).

Results:

Prevalence of polyuria was 19.8% and among these, the bladder capacity and

the micturition frequency were significantly increased, 42% and 25%, respectively; there was no difference in residual urine (PVR). At 12 months follow-up subjective outcome (cure-improve) was for patients with polyuria 97% and for NUP 94%; objective cure rate was 93% and 89%, respectively (non-significant differences).

Conclusion:

Polyuria is present in 19.8% of women with SUI. The condition is characterized by reduced bladder sensation and increased bladder capacity, without apparent damage to the bladder neither before nor after incontinence surgery; outcomes after TVT operations are equal compared with NUP.



ABSTRACT

Retrospektiv opgørelse af urininkontinens efter kolporafia posterior, eller kolporafia posterior + perineorafi.

Baggrund

Incidensen af kolporafia posterior (bagvægsplastik) med samtidig behov for perineorafi (pga. defækationsgener, udtynnet perineum eller øget genital hiatus) er ukendt.

Formål:

I denne retrospektive opgørelse sammenlignede vi forekomsten af urininkontinens (UI) før og efter kolporafia posterior (KP), eller KP + perineorafi (P).

Metode:

Retrospektiv gennemgang af patienter opereret med hhv. KP og KP+P på Hvidovre Hospital i oktober 2007-sept 2010. Data blev indsamlet via Duga-basen, Onbase (elektronisk journal) samt papir journal. UI blev defineret som > 1 gang pr. uge iflg. DUGA-base skema. Anvendte statistiske test var Fishers Exact Test, t-test samt logistisk regressionsanalyse.

Resultater:

142 kvinder blev opereret i perioden (34 KP og 108 KP + P). Grupperne var sammenlignelige mht. BMI: 27 hhv. 26, UI før OP: (%) 48 hhv. 63, og lokal HRT efter operation (Vagifem): (%) 61 hhv. 73. Grupperne var signifikant forskellige mht. alder (63 hhv. 59, $p = 0,029$). Ved logistisk regressionsanalyse fandtes OR på 1,97 (95% CI 0,83; 4,85) for UI efter KP + P i forhold til kun KP. Fundet var dog ikke signifikant ($p = 0,13$).

Konklusion:

En tendens til øget risiko for UI ved KP+P i forhold til KP alene, dog var fundet ikke signifikant. Der blev ikke taget hensyn til typen af UI.

Fokuseret lærings indflydelse på jordemødres viden om og egen vurdering af diagnostik og suturering af obstetriske bristninger

Formål:

Ifølge litteraturen, har 20-41% af fødende kvinder en ikke diagnosticeret sfinkterlæsion. Formålet er at undersøge om fokuseret læring kan forbedre jordemødres objektive viden om og subjektive vurdering af egen viden om obstetriske bristninger, samt tryghed ved diagnostik og suturering af disse.

Metode:

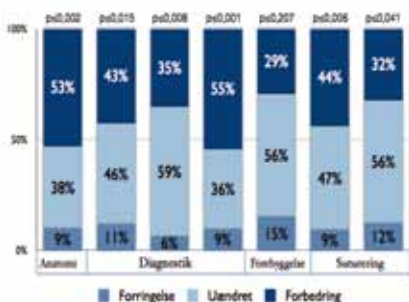
Spørgeskemaundersøgelse før og ½ år efter intensiv oplæring af jordemødre på Hillerød Hospital. Deltagerne modtog teoretisk og praktisk undervisning i diagnostik og behandling af ob-

stetriske bristninger, elektronisk læring via Gyn-zone.dk og "bedside" supervision. Data blev analyseret ved Wilcoxon og McNemar's test.

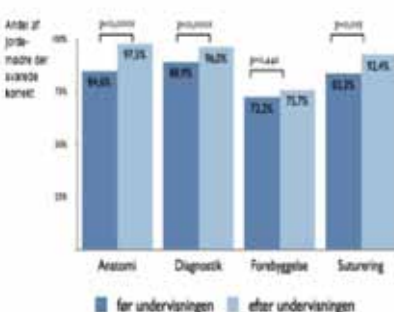
Resultater:

I alt 48 jordemødre deltog. Heraf svarede 27% ikke på skema nr. 2 og indgik ikke i analysen. Der var ingen forskel i jordemødrenes objektive viden om forebyggelse af obstetriske bristninger før og efter oplæring. Deres objektive viden om anatomi, diagnostik og suturering var signifikant forbedret posttræning. Det samme var gældende for selvevaluering (Figur 1 og 2).

Figur 1: Posttrænings resultater i selvevaluering i diagnostik og behandling af obstetriske bristninger, blandt jordemødre på Hillerød hospitalet



Figur 2: Objektiv viden om obstetriske bristninger blandt jordemødre på Hillerød hospitalet før og efter en intensiv undervisning



Konklusion:

Fokuseret læring af jordemødre øger den objektive viden og den subjektive tryghed i diagnostik og suturering af obstetriske bristninger. Viden om forebyggelse af bristninger var lavest og uændret efter oplæring. Man bør have øget

fokus på dette i fremtidige undersøgelser. Mere fokuseret undervisning på området kan måske ændre dette.

Hvad ved unge piger om bækkenbunden generelt og i forhold til smerter ved samleje?

Baggrund

Et stigende antal unge piger henvises til sexologisk behandling på grund af dyspareuni. Bækkebundens muskulatur er ofte en medvirkende årsag til dette og undersøgelser har vist at 21% af unge mener, de har hørt for lidt om kroppens funktion i seksualundervisningen i Danmark.

Formål:

Hovedformål: At afdække unger pigers viden om bækkebundens muskulatur generelt samt i forhold til dyspareuni. Delmål: At undersøge, hvilken information, der er tilgængelig for unge piger om bækkenbunden og hvilken information de får af undervisere/behandlere om emnet.

Materiale og metode:

Kvalitative interviews med 6 unge piger og 6 undervisere/behandlere samt kvantitativ undersøgelse af 50 bøger.

Resultater:

Unge piger har meget begrænset viden om bækkenbundens muskulatur generelt samt i forhold til dyspareuni. Underviserne/behandlerne italesætter i sparsom grad bækkenbunden generelt og i forhold til dyspareuni. Bækkenbunden er beskrevet i 9 ud af 50 bøger. I 6 bøger beskrives bækkenbunden som årsag til dyspareuni.

Konklusion:

Unge piger kender til ordet bækkenbunden, men har begrænset viden om bækkenbundens funktion og placering samt om bækkenbunden som medårsag til dyspareuni. Underviserne/behandlerne informerer i begrænset omfang om bækkenbundens muskulatur i forhold til dyspareuni. I den tilgængelige litteratur for unge findes meget lidt information om bækkenbundens anatomi og dens betydning for dyspareuni.

ABSTRACT

Oversættelse til dansk og validering af "the Pelvic Floor Distress Inventory–20" (PFDI-20) og "the Pelvic Floor Impact Questionnaire–7" (PFIQ-7)

Formål:

At oversætte og validere to spørgeskemaer om bækkenbundsproblemer på kvinder med genital prolaps (pelvic organ prolapse = POP)

Metode:

De første danske versioner af spørgeskemaerne blev udarbejdet på baggrund af tre uafhængige oversættelser. Overflade-, indholds- og begrebsvaliditet, samt sproglige misforståelser blev afklaret via patientinterviews og spørgeskemaafprøvninger. Intern konsistens af subskalaer blev vurderet med Cronbachs alfa, og reliabilitet (reproducerbarhed) med en to ugers test-retest. Responsiveness (følsomhed for ændringer) ved at sammenligne scorere før og efter POP-operation.

Resultater:

Interviews af 17 kvinder medførte to revideringer. De reviderede spørgeskemaer blev udleveret til 17 kvinder og udsendt til 27 kvinder (Svarprocent 70 %). Cronbachs alfa i subskalaer lå på 0.60-0.90. Test-retest blev udsendt til 50 kvinder (svarprocent 60 %) og viste en Intra Class Correlation på 0,705 - 0,906, $P < 0,001$. Der blev fundet svag til moderat korrelation mellem PFDI-20 og PFIQ-7. Foreløbige resultater på 17 ud af 49 kvinder har vist meget god responsiveness for POP-subskaler, men lavere for andre subskalaer.

Konklusion:

De danske versioner af PFDI-20 og PFIQ-7 er valide og reliable. Foreløbige resultater har vist god responsiveness for POP-subskalaer.



MARK YOUR CALENDAR!

The 28th Bi-Annual Meeting of the
Nordic Urogynecological Association (NUGA)
will be held
17 – 19 January 2013
in
Helsinki, Finland

MORE INFORMATION WILL FOLLOW

Organising Committee The Board of NUGA

Dr. Yngvild Skåtun Hannestad, (yngvild.hannestad@isf.uib.no),
Norway (President)
Dr. Søren Brostrøm (soren@brostrom.dk), Denmark
Dr. Kristín Jónsdóttir (kjonsd@landspitali.is), Iceland
Dr. Antti Valpas (Antti.Valpas@ekshp.fi), Finland
Dr. Christian Falconer (christian.falconer@ds.se), Sweden

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

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

NÆSTFORMAND

Enhedschef, Overlæge, ph.d.
Søren Brostrøm
Sygehusbehandling og Beredskab
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
soren@brostrom.dk

KASSERER

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

SEKRETÆR

Afdelingslæge, ph.d.
Mette Hornum Bing
Gynækologisk/obstetrisk afd.
Herlev Hospital
mbing@dadlnet.dk

BESTYRELSESMEDLEM

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

REDAKTØR AF DUGSNYT

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



SELSKABETS HJEMMESIDE
www.dugs.dk

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

Dansk Urologisk Selskab (DUS)

The 2nd Nordic Course on Urodynamics
and LUTD

København

24. januar 2012

www.urologi.dk

Dansk Urogynækologisk Selskab

Årsmøde

Aarhus Universitetshospital Skejby

6. januar 2012

www.dugs.dk

Dansk Selskab for Dagkirurgi (DSDK)

Årsmøde

Hindsgavl Slot

27.-28. april 2012

www.dsd.dk

Uroterapeut Foreningen (UTF)

Jubilæumskonference

Göteborg, Sverige

23.-25. maj 2012

www.utfnordic.org

NFOG

38. th Nordic Congress

Bergen, Norge

16.-19. juni 2012

www.nfog.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting

Brisbane, Australien

4.-8. september 2012

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting

Beijing, Kina

15.-19. oktober 2012

www.icsoffice.org

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

28. Bi-Annual meeting

17.-19. januar 2013

Helsinki, Finland

www.nuga-info.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting

Barcelona, Spanien

26.-30. august 2013

www.iuga.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Dublin, Irland

2013

www.icsoffice.org

NÆSTE NUMMER

af DUGSNyt
udkommer primo juni 2012
Manuskripter sendes i
Word-format til
l.b.paulsen@dadlnet.dk
senest den 10. maj 2012



DUGS kursus

Sæt X i kalenderen

27. april 2012

**Kirurgisk behandling
af stress inkontinens**

Sted og program

annonceres til

Årsmødet 6. januar 2012

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

***Lægemiddelform:** Tabletter, filmovertrukne. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning og imperiøs vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. ***Dosering:** Voksne, inklusive ældre: 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Doseringen kan øges til 10 mg én gang daglig, ved behov. **Børn og unge:** Bør ikke anvendes, da erfaring savnes. **Patienter med nedsat nyrefunktion:** Patienter med svært nedsat nyrefunktion ($GFR \leq 30$ ml/min) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Patienter med nedsat leverfunktion:** Patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7-9) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Administration:** Tabletterne kan tages med eller uden mad og skal synkes hele med vand. **Kontraindikationer:** Urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megacolon), myastenia gravis eller snærvinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Hæmodialysebehandling. Svært nedsat leverfunktion. Samtidig behandling med Vesicare og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol, ved svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion. ***Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges, før behandling med Vesicare påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes. Anvendes med forsigtighed til patienter med: Klinisk signifikant blæreobstruktion med risiko for urinretention, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for nedsat gastrointestinal motilitet, svært nedsat nyrefunktion, moderat nedsat leverfunktion, samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer, hiatus hernie/gastro-øsofageal reflux og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Angioødem med luftvejsobstruktion er rapporteret hos nogle patienter i behandling med solifenacin succinat. Så fremt angioødem opstår bør behandling med Vesicare seponeres og anden relevant behandling og/eller foranstaltninger igangsættes. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogen årsag til detrusor overaktivitet. Patienter med sjældne arvelige tilstande som galactose intolerans, Lapp lactase mangel eller glucose-galactose malabsorption bør ikke tage Vesicare. ***Interaktion med andre lægemidler:** Samtidig behandling med andre lægemidler, der har anticholinerge egenskaber, kan resultere i mere udtalte terapeutiske virkninger og bivirkninger. Der skal gå ca. en uge efter ophør af Vesicare behandling, inden en anden anticholinerg behandling påbegyndes. Den terapeutiske virkning af solifenacin kan nedsættes ved samtidig administration af cholinerge receptoragonister. Solifenacin kan reducere virkningen af midler, der stimulerer den gastrointestinale motilitet, f.eks. metoclopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres af CYP3A4. Dosis skal begrænses til 5 mg ved samtidig behandling med ketoconazol eller terapeutiske doser af andre stærke CYP3A4 hæmmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir og itraconazol). Administration af Vesicare har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraceptiva (ethinylestradiol/levonorgestrel). Administration af Vesicare ændrede ikke på R-warfarins eller S-warfarins farmakokinetik eller deres virkning på protrombintiden. Administration af Vesicare viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik. ***Graviditet og amning:** Bør kun anvendes med forsigtighed til gravide, da erfaring savnes. Bør undgås ved amning, da erfaring savnes. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Ingen mærkning. Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage akkomodationsforstyrrelser og i sjældne tilfælde sømnlens og træthed, kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt. ***Bivirkninger:** Klassespecifikke, anticholinerge bivirkninger, generelt af mild eller moderat grad. Incidensen er dosisrelateret. Mundtørhed forekom hos 11% behandlet med 5 mg, hos 22% behandlet med 10 mg og 4% behandlet med placebo. Meget almindelige (>1/10): Mundtørhed. Almindelige (>1/100, <1/10): Akkomodationsforstyrrelser, konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Ikke almindelige (>1/1000, <1/100): Urinvejsinfektion, blærebetændelse, sømnlens, ændret smagopfattelse, tørre øjne, nasal tørhed, gastro-øsofageal reflux, tør hals, tør hud, vandladningsbesvær, træthed, perifere ødemer. Sjældne (>1/10.000, <1/1000): Svimmelhed, hovedpine, colon obstruktion, påvirkning af afføring, opkastning, kløe, udslett, urinretention. Meget sjældne (<1/10000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data): Hallucinationer, erythema multiforme, nældefeber, angioødem. **Udlevering:** B. Tilskud: Tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr):** 5 mg, 30 stk: 451,50 kr. 5 mg, 90 stk: 1286,00 kr. 5 mg, 100 stk: 1427,25 kr. 10 mg, 30 stk: 558,60 kr. 10 mg, 90 stk: 1601,65 kr. 10 mg, 100 stk: 1778,00 kr. **(Pris pr. den 08.11.2011 inkl. recepturgebyr).** Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk

*Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktesumé dateret d. 23.09.2011

Fuldt produktesumé kan rekvireres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Kastrup, Danmark eller via www.laegemiddelstyrelsen.dk

Revideret 28.09.2011

Jeg er ved at miste kontakten til vennerne.

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



 **Vesicare®**
(solifenacin)

Lægemiddel mod overaktiv blære

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

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

Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/ Mette Hornum Bing, Gynækologisk/obstetrisk afd. Hvidovre hospital, Kettegaard Allé 30 2650 Hvidovre



POST

B

PP

DANMARK