



NUGA NORDIC UROGYNECOLOGICAL ASSOCIATION THE 30TH BI-ANNUAL MEETING 2017 ISLAND

Se side 12 inde i bladet

Leder	3
DUGS Årsmøde 2015	5
DUGS Generalforsamling	6
DUGS Ny hjemmeside.....	7
DUGS Guideline arbejdsgruppe.....	8
Kursus.....	10
NKR om om urininkontinens	11
NUGA.....	12
EAU og EAUN	13
Mindeord	16
Abstract	17
Kursus.....	24
Kommende møder og kongresser.....	26

DUGSNyt

9. årgang, nr. 2 – 2015

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ Rikke Guldberg
Afdelingslæge, Ph.d.
Center for Klinisk Epidemiologi
Odense Universitets hospital
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:

Harpa Concert Hall, Reykjavik Iceland



Politikernes garantier har en pris!

Christiansborg har talt. Patienterne skal have udrednings- og behandlingsgaranti og hvis det kan være kræft eller anden alvorlig sygdom, skal det gå rigtig stærkt. Umiddelbart lyder det som en forbedring af sundhedstilbuddet til befolkningen. Desværre har medaljen en bagside. Sådanne garantier er resursekrævende og når der ikke tilføres ekstra resurser, så fører det til forringelser andre steder i sundhedssystemet. Når garantierne nogle gange medfører spild af resurser, kan resultatet blive at det samlede sundhedstilbud forringes. Tag nu f.eks. mikroskopisk hæmaturi, som er ved at vælte de urologiske afdelinger. Kun i sjældne tilfælde finder vi cancer hos patienter under 60 år. Men de har fået en hurtig tid, fordi egen læge har konstateret mikroskopisk hæmaturi, og det udløser cancer pakken! Resurserne tages i dette tilfælde fra de benigne patienter, som på de urologiske afdelinger stort set er skubbet helt ud af hospitalsvæsenet. Det har den stærkt uheldige konsekvens, at kompetencerne omkring de benigne lidelser forsvinder fra hospitalsafdelingerne. Vi får et kæmpe problem med uddannelse og oplæring af fremtidens læger, sygeplejersker og terapeuter.

Da patienter med benigne lidelser også har udrednings- og behandlingsgaranti, har patienten ret til at søge andet sted hen, hvis hospitalsafdelin-

gen ikke kan overholde tidsfristen. Det bevirker ikke sjældent, at patienter, der korrekt er henvist til en afdeling med højt specialiseret funktion, søger privat tilbud, fordi ventetiden har været for lang. Patienten bliver så fra privathospitalet tilbagehenvist, da behandlingen kun kan udføres på den højt specialiserede afdeling. Denne manøvre er resursekrævende samtidig med, at den forlænger udrednings- og behandlingsperioden. Paradoksalt nok oplever afdelinger, der overholder de nævnte tidsgrænser, hyppige afbud og udeblivelser. Dette skal nok ses i lyset af, at mange urogynækologiske patienter har gået med deres gener i adskillige år og derfor ikke er indstillet på pludselig at sætte alt til side for at blive udredt.

Vores patienter bliver nemt nedprioriteret, da lidelserne ikke er livstruende. Men lidelserne har en betydelig påvirkning af patienternes livskvalitet. Således har et par store epidemiologiske studier vist, at moderat LUTS havde lige så stor betydning for mænds fysiske livskvalitet, som det at have diabetes eller cancer, hvorimod svære LUTS symptomer var på lige fod med at have haft blodprop i hjernen eller hjerte (BACH/UREPIK-studiet). Patienterne har derfor krav på og behov for behandling af fagpersoner med den rette ekspertise. Udrednings- og behandlingstilbuddet skal naturligvis

være inden for en anstændig tidshorison, men ikke nødvendigvis inden for 1 måned.

Fri os derfor fra politikernes rigide garantier og giv i stedet sundhedspersonalet rammer for en anstændig behandling af både de patienter, der lider af livstruende lidelser, men også dem med benigne lidelser.

Ref:

Robertson C et al: BJU Int 2007;99:347

Milsom I et al: Urology 2012;80:90

Coyne KS et al: BJU Int 2009;104:352

Bestyrelsen:

Susanne Greisen

Niels Klarskov

Rikke Guldberg

Anette Vestermark

Charlotte Graugaard-Jensen

HUSK
Næste DUGS Årsmøde
8. januar 2016

se i øvrigt mødekalendarer bagerst i bladet

normedi
NORDIC

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

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

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

visible in gynecology

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder Årsmøde d. 8. januar 2016 Hotel og Conference Center Tri- nity, Fredericia Tema: Screening

Af DUGS Bestyrelse

08:30 - 09.30	Ankomst og morgenkaffe
09.30 - 09.35	Velkomst v. overl. dr. Susanne Greisen
09.35 - 10.05	"Screening" v. læge, dr. med. Karsten Juhl Jørgensen, Det Nordisk Cochrane Center, Rigshospitalet
10.05 - 10.25	"Vaginal UL i urogyn - pro et contra" v. overl., ph.d. Marianne Glavind og overl. læge, dr. med. Niels Klarskov
10.25 - 10.35	Diskussion
10.35 - 11.00	Kaffepause
11.00 - 11.20	"Urin-stix. Er det en overflødig undersøgelse?" v. overl. Claus Østergaard
11.20 - 11.30	Diskussion
11.30 - 11.50	Urodynamik v. Prof, dr.med. Gunnar Lose og overl. læge, dr.med. Niels Klarskov
12.00 - 13.00	Frokost
13.00 - 13.30	Præst Preben Kok "Kan magtesløshed være kreativ?"
13.30 - 13.45	PhD-afhandling, fysioterapeut Ulla Due
13.45 - 14.00	PhD-afhandling, læge Lea Laird Andersen
14.00 - 14.15	DugaBase, overl. Ulla Darling
14.15 - 14.45	Kaffe
14.45 - 15.00	ICS / IUGA news
15.00 - 15.45	Frie foredrag
15.45 - 15.55	Uddeling af DUGS priser
15.55 - 16.00	Afslutning v. overl., ph.d. Susanne Greisen
16.30 - 18.00	Generalforsamling.

Dagsorden kan ses på www.DUGS.dk senest d. 8. december 2015 og udsendes desuden pr. mail til alle DUGS medlemmer.

DUGS generalforsamling 2016

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder ordinær generalforsamling fredag d. 8. januar 2016 kl. 16.30, Hotel og Conference Center Trinity, Fredericia Dagsorden i henhold til vedtægterne:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg: der er aktuelt ingen udvalg men der er i 2014 nedsat to arbejdsgrupper som aflægger beretning:
Arbejdsgruppe om kursus
Arbejdsgruppe om kodning
4. Kasserer fremlægger det reviderede regnskab til godkendelse
5. Kasserer fremlægger forslag til budget og kontingent for 2015
6. Valg af ny formand (Susanne Greisen afgår da hun blev valgt i 2014 for 2-årig periode)
Niels Klarskov opstiller
7. Valg til bestyrelsen
Niels Klarstov (genopstiller)
Rikke Guldborg (genopstiller)
Annette Vestermark (genopstiller ikke - har siddet i 6 år)
8. Valg/afrapportering til udvalg:
Stående udvalg om "Subspecialisering"
Stående udvalg om "Deling af UL-billeder"
9. Valg af revisor og revisorsuppleant
10. Arbejdsgruppe vedr. urogynækologiske guidelines. Bestyrelsen foreslår, at der nedsættes et fagudvalg.
11. IUGA prisen udløber-hvad gør vi så? Bestyrelsen foreslår, at der fremover kan søges op til 15.000kr. årligt til DUGS medlemmer til relevant urogynækologisk aktivitet fx møde/ophold/kongres
12. Indkomne forslag-skal være DUGS i hænde senest 1 uge før og skal sendes direkte til formanden
13. Eventuelt

Ny Hjemmeside

Hjemmesiden dugs.dk er nu kommet i nyt lækkert layout. Forslag til forbedringer og indhold kan sendes til webmasteren.

DUGS medlemmer vil i de kommende måneder modtage invitation per email til abonnement på et nyhedsbrev udgående fra hjemmesiden.

Via hjemmesiden kan du følge med i nyheder, tilmelde dig spændende kurser, finde nyttige links og følge med i, hvad der sker i DUGS.

Kontakt vedrørende hjemmesiden til webredaktør Jimmi Elers på elers@dadlnet.dk



Guideline arbejdsgruppe

Der har i DUGS været debat om, hvordan arbejdet med urogynækologiske guidelines skal foregå i fremtiden. Derfor blev det på generalforsamlingen januar 2015 besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, som skulle arbejde på et forslag til procedurerne ved fremtidige urogynækologiske guidelines. Følgende har deltaget i arbejdsgruppen:

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

Referat fra Guideline arbejdsgruppen under DUGS.

Onsdag d. 11/11-15

Tilstede: Marianne Glavind-Kristensen, Lars Alling Møller, Niels Klarskov, Susanne Axelsen, Ulla Due, Lene Paulsen, Helga Gimbel

Afbud: Gunnar Lose, Mette Hulbæk, Thomas Larsen

Guidelinearbejdsgruppen anbefaler følgende:

- At der i DUGS regi laves
 - a) Overblik over inden- og udenlandske guideline (bibliotek)
 - b) Retningsgivende dokumenter (kogebøger)
 - c) Patientvejledninger
 - d) Standardiserede operations-

beskrivelser

- At der oprettes et udvalg, som tager sig af at modtage forslag til retningsgivende dokumenter og nedsætte grupper, der skal udarbejde retningsgivende dokumenter
- At der nedsættes en redaktør, der tager sig af biblioteket.
- At der oprettes et debatforum, hvor man kan kommentere guidelines, retningsgivende dokumenter og vidensdele f.eks. ved at vedhæfte spændende artikler osv.

Guidelinearbejdsgruppen ser det ikke som DUGS formål at lave guidelines.

Guidelinearbejdsgruppen mener, at DUGS bør støtte de tiltag, der findes andre steder blandt andet i DSOG/Hindsgavl guidelinegruppe.

Guidelinearbejdsgruppen forventer en gensidig involvering DUGS og DSOG imellem.

Arbejdsgruppen forventer, at guidelines udarbejdet i DSOG/Hindsgavl regi også afrapporteres på DUGS' årsmøde.

Det udvalg, der skal 'bestyre' de retningsgivende dokumenter bør mindst bestå af en urolog, en urogynækolog, en sygeplejerske og en fysioterapeut.

Odense, 11/11-15
Helga Gimbel

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.sssi.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/pseudomembranos colitis forårsaget af Clostridium difficile forekommer. Hvis der udvikles diaré, bør muligheden for pseudomembranos 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

Foreningen af Yngre Gynækologer og Obstetrikere (FYGO) aftenkursus: Obstetrisk hands-on: Sphincter kursus

Vil du gerne lære at vurdere og sy sphincterlæsioner? Så er det kurset for dig!

Undervisere: Lene Paulsen, Astrid Ammendrup, Jimmy Elers og Hanne Brix Westergaard

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

Tid: 17:00-21:00 d. 9. februar 2016

Program (foreløbigt):

17.00-17.05 Velkommen

17.05-17.45 Bækkenbundens anatomi

17.45-18.45 Obstetriske sphincterlæsioner

18.45-19.30 Aftensmad

19.30-21.00 Hands on suturering af sphincter på grisemodeller

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

Målgruppe: Kursister eller introlæger

Tilmelding og indbetaling foregår via fygo.safeticket.dk.

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

Mad og forplejning er inkluderet i prisen.

Indtil 8 dage før kurset, er det muligt at få kursusgebyret retur. Herefter vil gebyret betragtes som tabt ved afbud.

Sidste tilmeldingsfrist: d. 26. januar 2016.

NKR om om urininkontinens

Ny national klinisk retningslinje om urininkontinens hos kvinder er sendt i høring

Urininkontinens er et almindeligt symptom, som rammer kvinder i alle aldersgrupper og kan påvirke livskvaliteten betydeligt hos den enkelte patient.

Det vurderes, at cirka 16 % af alle kvinder i alderen 40-60 år er urininkontinente, og at andelen stiger til cirka 50 % for kvinder over 75 år. Kun 25 % af disse kvinder henvender sig for at få behandling, og der er forskel i behandling kvinderne bliver tilbudt på tværs af landet. Derfor har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, som har udfærdiget en national klinisk retningslinje, som kan vejlede den tværfaglige gruppe af sundhedsprofessionelle, når de skal behandle kvinder med

urininkontinens.

Retningslinjen forholder sig blandt andet til:

1. Behovet for vejledning i forbindelse med bækkenbundstræning
2. Behandling gennem væggtabsprogram
3. Farmakologisk behandling m.m.

Retningslinjen beskriver den dokumenterede viden på området, og anbefalingerne bygger på denne viden samt arbejdsgruppens faglige erfaring på området. Retningslinjen kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige vejledninger, anbefalinger med videre på området.

Retningslinjen forventes publiceret i januar 2016.

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:

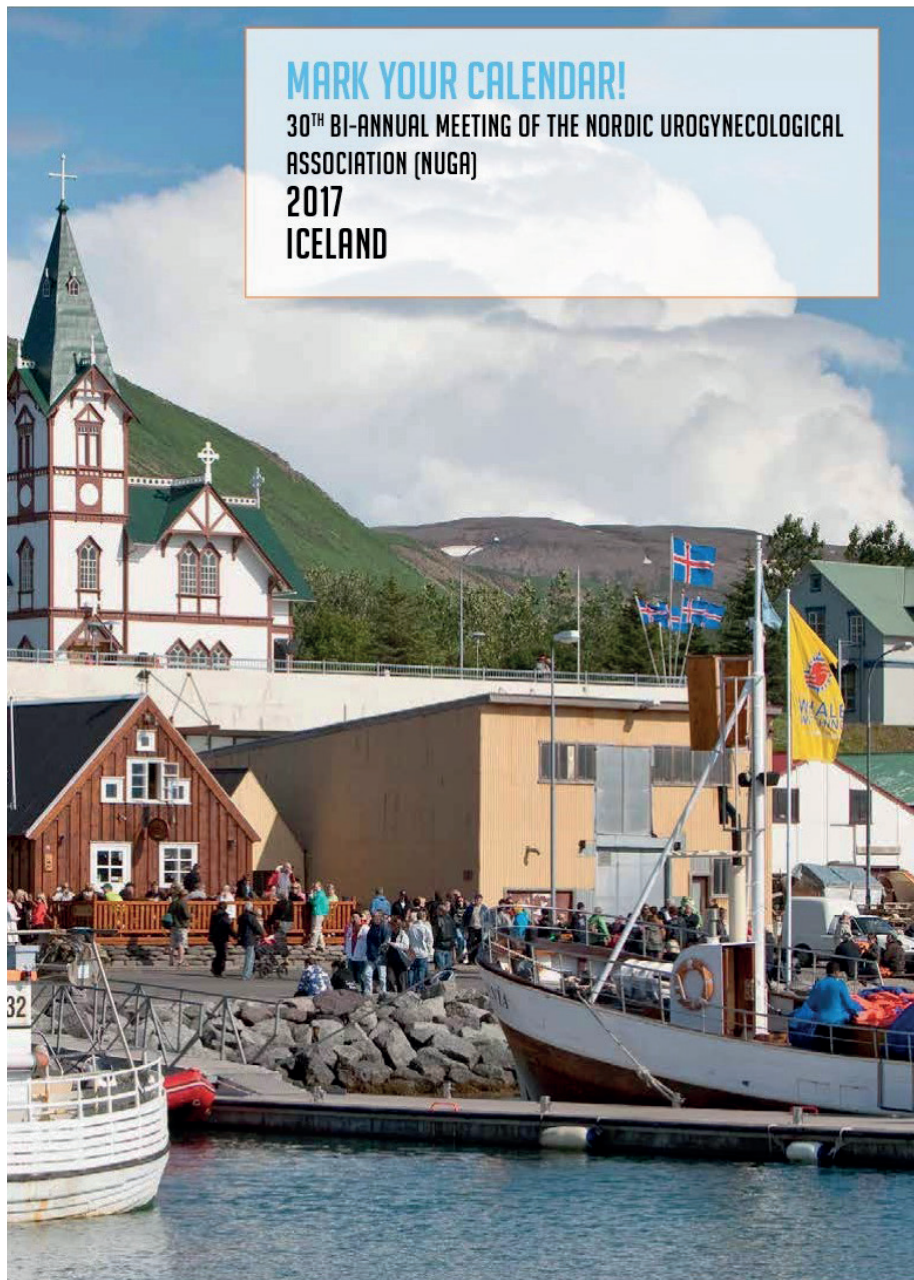
Charlotte Graugaard-Jensen MD PhD
graugaard@ki.au.dk

Ændring af adresse skal meddeles til DUGS sekretær

Rikke guldberg
rikke.guldberg.soerensen@rsyd.dk

MARK YOUR CALENDAR!

30TH BI-ANNUAL MEETING OF THE NORDIC UROGYNECOLOGICAL
ASSOCIATION (NUGA)
2017
ICELAND



EAU OG EAUN

**17th International
EAUN Meeting**

**12-14 March 2016
Munich, Germany**

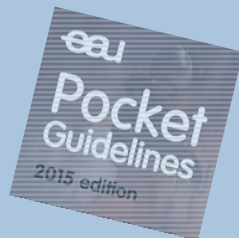


in conjunction with
EAU16

European Association of Urology
årmøde for sygeplejersker og læger

Kender du EAU guidelines?

- fås som pocketformat



- Find den på www.uroweb.org



EAU16 | MUNICH
11-15 March 2016

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...*



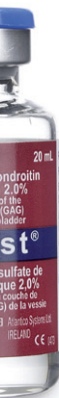
Dosering

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 min). 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



Mindeord



**Carl Gustaf Derrick
(Tutte) Nilsson**

*08.08.1944

†08.10.2015

Carl Gustaf Nilsson var først og fremmest kendt i det nordiske, urogynækologiske miljø for sit virke for Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA) samt sin forskningsindsats i forbindelse med introduktion og opfølgning af TVT-operationen for stressinkontinens.

Han virkede som professor ved universitetet i Helsinki fra 2001 indtil han lod sig pensionere i 2012.

Tutte var med til at etablere NUGA ved et møde i Oslo i 1984. Han var medlem af NUGAs styrelse indtil 2007. Han arbejdede hårdt for at eksponere nordisk urogynækologi, som han anså for at indtage en unik, international position. Via NUGA arbejdede han også for nordisk samhörighed. Han talte perfekt svensk og var fortaler for, at NUGAs årsmøde skulle foregå på landenes modersmål. Han havde dog forståelse for, at finner, som ikke talte svensk, kunne anvende engelsk.

Tutte Nilssons forskningsindsats var stor med mere end 100 peer review publikationer og han var vejleder for 6 doktorander. Hans forskningskarriere startede med steroidhormoner, og han var ankermand i forbindelse med udvikling af gestagenspiral (Mirena). De seneste

år var hans forskningsindsats helt og holdent helliget urogynækologi.

Tutte Nilsson var sej og udholdende og rummede sand finsk sisu. Han havde mange af stoikernes karaktertræk i form af selvbeherskelse, pligtfølelse, integritet, værdighed, sindsro og også vilje til at affinde sig med sig selv. Han havde humoristisk sans og satte pris på en god historie og et godt grin. Udover sit virke som læge havde han mange andre interesser, han var en fremragende cross country skiløber, hvilket jeg havde mulighed for at iagttage ved selvsyn, da jeg besøgte ham i hans vinterstue i Lapland for en del år siden. Hans helt store hobby var sejlsport, han virkede som coach for Finlands nationale team i forbindelse med de olympiske lege i 1976 og i 1980. Tutte sagde ofte "I'm a sailor whose hobby is medicine". Denne dybtfølte passion for sejlsport afspejler sig i familiens smukke afsked med Carl Gustaf Nilsson:

*"Nu kan du segla i fria vindar
med fyllda segel mot horisontens rand.
I våra hjärtan seglar vi alltid tillsammans
och minns dig som vår trygga hamn.
Vi ses på havet Pappa!"*

Vi vil komme til at savne hans varme og aktive personlighed først og fremmest ved NUGA-møderne. Æret være hans minde.

Reoperation for urinary incontinence – a nationwide cohort study, 1998-2007

Objective:

To describe the cumulative incidence of reoperation within a five year period after different types of surgical procedures for urinary incontinence based on a nationwide population.

Study design:

We used the Danish National Patient Registry to identify women who had surgery for urinary incontinence from 1998 through 2007, and outcome was a reoperation within five years. Kaplan Meier curves were used to estimate the rate of reoperation for six types of surgery for urinary incontinence. Cox proportional hazard models were used to estimate the hazard ratio (HR) with 95% confidence intervals (CIs).

Results:

A total of 8671 women (mean age 56.1, range 6.7-93.7 y) underwent surgical treatment for urinary incontinence. Among these women 5820 (67%) received a synthetic midurethral sling at baseline.

Transobturator tape carried adjusted for age, department volume, and calendar effect a 2-fold higher risk of reoperation (HR, 2.1; 95% CI 1.5-2.9) and urethral injection therapy carried a 12 fold-higher risk (HR, 11.5; 95% CI 9.3-14.3) compared to tension-free vaginal tape.

Conclusion:

This nationwide cohort study provides physicians with a representative evaluation of the rate of reoperations after surgical procedures for urinary incontinence. Women who were operated with transobturator tape had a significantly higher risk of reoperation compared to tension-free vaginal tape.

a Center for Clinical Epidemiology, South, Odense University Hospital, Denmark.

b Department of Obstetrics and Gynaecology, Herlev Hospital, Denmark.

Repeat surgery after failed midurethral sling- a nationwide cohort study, 1998-2007

Objective:

To describe choice of subsequent surgery after failure of synthetic midurethral slings (MUS) based on a nationwide background population.

Methods:

We used the Danish National Patient Registry to identify women who had first-time synthetic MUS from 1998 through 2007. Outcome was repeat surgery with any subsequent procedure code for urinary incontinence within a five-year period from the first procedure.

Results:

A total of 5.820 women (mean age 55.4 years, $\pm$ 12.1) were registered with a synthetic MUS, and 354 (6%) were reoperated. First choice treatment for reoperation was a synthetic MUS (45.5 %) followed by urethral injection therapy (36.7%) and miscellaneous operations (13.8%). Pubovaginal slings (2.8%) and Burch colposuspension (1.1%) were seldom used. At reoperation 289 (82%) women were treated at the department where they had their primary synthetic MUS, and 65 (18%) were treated at highly specialized departments. The number of treatment modalities used increased from four at low volume to six at middle and high volume departments.

Conclusion:

In this nationwide cohort study of synthetic MUS a repeat synthetic MUS was first choice and urethral injection therapy a frequent second choice. The majority of reoperations (82%) took place at the same department as the primary operation. More treatment modalities were used at high volume departments.

a Center for Clinical Epidemiology, South, Odense University Hospital, Denmark

b Department of Obstetrics and Gynaecology, Herlev Hospital, Denmark.

The effect of single oral doses of Duloxetine, Reboxetine and Midodrine on the urethral pressure in healthy female subjects, using urethral pressure reflectometry in a placebo-controlled, randomized, crossover study.

Objective:

To test if Urethral Pressure Reflectometry (UPR) can demonstrate the effect of drugs targeting smooth and/or striated muscles of the urethra using the following reference compounds: Duloxetine; Midodrine; Reboxetine.

Methods:

This placebo-controlled, randomized, crossover study was conducted in 25 healthy female volunteers. Each subject had 4 treatment periods separated by a washout period of 7 days where they received a single oral dose of 80 mg Duloxetine, 10 mg Midodrine, 12 mg Reboxetine, and matching placebo, respectively. At each treatment period UPR was performed pre-dose and 2, 5.5, and 9 hours after dosing. OUP was measured during resting and squeezing of the pelvic floor and with empty bladder and with 150 ml in the bladder, resulting in 4 test conditions. The primary endpoint was the OUP under resting condition at Tmax compared to placebo.

Results:

24 completed the study. All 3 drugs increased the mean OUP with resting/filled bladder compared to placebo at Tmax (Duloxetine 24 cmH₂O, $p < 0.001$, Midodrine 9 cmH₂O, $p = 0.005$, Reboxetine 46 cmH₂O, $p < 0.001$).

Conclusion:

UPR is a reproducible and sensitive measure of OUP which can be used to detect the effects of drugs acting on both the striated and the smooth muscles in the urethra.

1 Department of Obstetrics and Gynecology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

2 Astellas Pharma BV, Leiden, The Netherlands

Prophylactic antibiotic treatment for midurethral operations

Introduction:

Stress urinary incontinence is a common type of urinary incontinence. It is mainly treated surgically with midurethral sling (MUS) procedures. More than 1.5 million women worldwide have been treated with MUS-surgery. However, the need of prophylactic antibiotics in MUS-surgery is still controversial.

In this study we investigated the incidence of postoperative infections with and without a regime of prophylactic antibiotics in women undergoing MUS operations.

Methods:

Prospective, observational-multicenter study. All women undergoing MUS operations in the Central Region of Jutland from May 2013 -April 2015 were included. The control group (n=186) was routinely given prophylactic antibiotics whereas the intervention group (n= 156) had no prophylaxis.

Data were collected from the Danish Urogynaecological Database, the Danish National Database of Reimbursed Prescriptions, and the Electronic Medical Records.

Results:

Postoperative infections included urinary tract infection, wound infection and any finding of infection requiring antibiotic treatment by general practitioners or hospital doctors, and were found in 27.4% of Controls and in 17.3% in the intervention group, RR 1.27, (95 % CI, 1.04-156).

Conclusion:

We found a lower rate of postoperative infections in women undergoing MUS-surgery without prophylactic antibiotics. Thus, our study supports the national guideline recommendation that routine prophylactic antibiotics in MUS -surgery can be omitted.

Forfattere:

Sai Olivia Dumas-Johansen, medicinstuderende

Gynækologisk Obstetrik Afd., Regionshospitalet Randers

Marianne Glavind-Kristensen, overlæge, Ph.D, adjungeret klinisk lektor

Afdelingen for Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital

Pinar Bor, overlæge, Ph.D, klinisk lektor

Gynækologisk Obstetrik Afd., Regionshospitalet Randers

Group training for overactive bladder in female patients: a clinical, randomized, non-blinded study

Aim:

We hypothesised that a specified BT programme performed as group training would have the same effect as the identical programme for individual training.

Methods:

A randomized, controlled, non-blinded trial in six hospitalsituated clinics in Denmark. 91 women were randomized to either individual BT or group BT. In both settings BT was to be performed daily for a 2-month period supported by a diary and with 3 training sessions at the hospital coached by a continence nurse. All analyses were performed as intention-to-treat. Main outcome measures were urgency episodes, urgency incontinence episodes and VAS scores.

Results:

No significant differences in urgency episodes, urgency incontinence episodes, voiding frequency between the two settings were observed after treatment. Neither did scores from the VAS scale differ. Median values showed a daily 50 % reduction in urgency incontinence episodes. Daily voiding frequency of 8.5 -10 was reduced to 7.5 voidings. Women were equally satisfied with the programme in both settings. Compliance in training was equal, and no serious adverse events were reported in either setting.

Conclusion:

This particular BT programme for female OAB patients showed no difference between group training and individual training with respect to clinical end points, patient satisfaction or compliance.

Langtidsopfølgning af kvinders seksualliv efter en tensionsfri vaginal tape operation for urininkontinens

Formål:

Formålet med dette prospektive studie var at undersøge seksualfunktionen hos kvinder før og efter en tensionsfri vaginal tape (TVT) operation for urininkontinens og sammenligne korttids- og langtids effekten.

Metode og materiale:

44 kvinder blev i perioden november 2008 til juni 2010 opereret på gynækologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital med en TVT operation. Patienterne udfyldte 2 livsstils spørgeskemaer: "Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12" (PISQ-12) (maximum 48 points for bedste seksualliv) og "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form" (ICIQ-UI SF) (maximum 21 points for værste inkontinens) før operationen, 6 måneder postoperativt og efter gennemsnitligt 4 år og 9 måneder.

Resultater:

Præoperativt var gennemsnitlige PISQ-12: 33.8 (28.9-38.6) og ICIQ-SF: 15.2 (14.4-16.0). Postoperativt (6 måneder) steg PISQ-12 og faldt ICIQ-SF signifikant til 36.7 (31.5-41.99) og 2.5 (1.3-3.8) og ved langtidsopfølgningen var PISQ-12: 35.8 (33.6-38.1) og ICIQ-UI SF: 4.9 (3.4-6.3) indikerende forbedret seksualliv og forbedret inkontinens. Forbedringen var hovedsageligt inden for det fysiske område i PISQ-12. Kvinderne oplevede mindre smerte under samleje, mindre inkontinens under samleje og mindre frygt for inkontinens under samleje.

Diskussion:

Dette studie viser, at kvinder forbedrer deres seksualliv efter en TVT operation og at resultatet fastholdes over tid, selv om enkelte kvinder bliver lidt mere inkontinente over tid.

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
Hillerød Hospital
Dyrehavevej 29
3400 Hillerød
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



SAVE THE DATE

Velkommen til

MEET THE PROFESSOR

Urodynamic v/Paul Abrams

Professor of Urology, University of Bristol, UK



Onsdag, den 30. marts 2016, kl. 16.30

Odense Universitetshospital, J. B. Winsløws Vej 25, Odense C.

Torsdag, den 31. marts 2016, kl. 16.30

Region H – Afholdelsessted følger.

Mere information følger så snart programmet er fastlagt.

4th Nordic Course on Urodynamics and LUTD

Södersjukhuset, Stockholm
28-29 Jan 2016

**Basic and thorough". How
can urodynamics help in the
evaluation of the patient?**



Contacts: Elisabeth Farrelly, Stockholm: e.farrelly@telia.com/ Charlotte Graugaard Jensen, Aarhus: charlotte.graugaard-jensen@rm.dk/ Susanna Hirsimäki, Seinäjoki: susanna.hirsimaki@vshp.fi

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

10. MAJ 2016

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

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

DUGS 11. Årsmøde

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

European Association of Urology (EAU)

31th Annual Congress (EAU16)
11.15. marts 2016
Munchen, Tyskland
www.eau16.org

European Association af Urology Nursing (EAUN)

17th International EAUN meeting
12.-14. Marts 2016
Munchen, Tyskland
www.eaun16.org

International Urogynecological association (IUGA)

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

International Continence Society (ICS)

46th Annual Meeting
13.-16. september 2016
Tokyo, Japan
www.ics.org

Nordic Urogynecological Association (NUGA)

30th Bi-annual meeting
Island 2017
www.ics.org

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



▼ 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. Svær ukontrolleret hypertension defineret som systolisk blodtryk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtryk ≥ 110 mm Hg. *** Særlige advarsler**

og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Nedsat nyre- eller leverfunktion. Hypertension (systolisk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg), da mirabegron kan øge blodtrykket. Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse.

Patienter med blæreudgangsobstruktion og patienter i behandling med antimuskariske 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 atriefibrin (0,2 %). **ATC-kode:** G04BD12, Urologica, urologiske antispasmodica. **Udlevering:** B.

Tilskud: Tilskudsberettiget (pr. 18.02.2013). **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 09.2015.

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

Revideret 24.09.2015



Der er forskel på Betmiga og anti- muskarine lægemidler.¹⁻⁶

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

Mundtørhed på placeboniveau^{7,8}



Betmiga™ ▼
mirabegron

Den første β_3 -agonist mod overaktiv blære

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

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