

DUGSNyt

nr. 1, 2007



DUGS holder sit næste årsmøde på Skejby Sygehus i auditoriet 4. januar 2008.

Leder 2

TEMA: Spørgeskema
undersøgelser 4

DUGA Årsmøde 2008 5

DUGA Abstracts 7

Highlights
2007 årsmøder 11

Nyt fra DUGS 13

DUGSNyt

Årgang 1 -nr. 1– 2007

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab
v/ Overlæge Torsten Sørensen,
Gynækologisk afd., Kolding Sygehus,
6000 Kolding

Ansvarshavende redaktør

Klinikchef phd Lars Alling Møller

Layout og production

Punch Design Productions
www.punch.dk

Tryk

Kailow Graphic

Oplag

200

Bestyrelsen i DUGS

Formand

Professor, overlæge, dr. med. Gunnar Lose
Gynækologisk/obstetrisk afd. G
Amtssygehuset i Glostrup
2600 Glostrup
tlf. 43 23 28 43
gulo@glo.regionh.dk

Næstformand

Overlæge Susanne Axelsen
Gynækologisk/obstetrisk afd. Y
Skejby Sygehus
8200 Aarhus N
tlf. 89 49 55 66
susanne.axelsen@dadlnet.dk

Kasserer

Professor, overlæge, dr. med. Steen Walter
Urologisk afd. L
Odense Universitetshospital
5000 Odense C
tlf. 65 41 22 29 (arb.) 66 15 29 16 (priv.)
steenwalter@dadlnet.dk

Sekretær

Overlæge Torsten Sørensen
Gynækologisk/obstetrisk afd.
Kolding Sygehus
6000 Kolding
tlf. 76 36 24 72
torsor@fks.vejleamt.dk

Redaktør af DUGSNyt (ansvarsh.)

Klinikchef phd Lars Alling Møller
Gynækologisk/Obstetrisk Klinik G Frederiksberg
Frederiksberg Hospital Vej 2
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
tlf. 38163442
LarsAM@Dadlnet.k



Kære læser

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) og redaktionen er stolte over at kunne præsentere 1. nummer af *DUGSNyt*! Både bestyrelsen og medlemmer har fra forningens start ønsket et medlemsblad. Forhåbentlig føler du at vi med 1. nummer af *DUGSNyt* lever op til forventningerne?!

Vi planlægger at lade *DUGSNyt* udkomme 2 x årligt. Det ene nummer udkommer i december og vil bl.a. indeholde program og abstracts for årsmødet i januar, herunder referater fra årets IUGA og ICS kongresser. Det andet nummer udkommer i juni. Begge numre vil indeholde én eller flere temaartikler, oversigt over legatmuligheder, uddannelsesaktiviteter, debatsider, nyheder, inspiration til forskning mm.

Vi håber at bladet bliver et levende forum for medlemmerne af DUGS. Redaktionelt har vi lagt stor vægt på debatsiderne og håber at alle – medlemmer som ikke-medlemmer – vil bidrage aktivt. Forskningsprojekter er ofte resultatet af i starten vage og fantasifulde tanker om dette og hint. For at initiere god forskning er inspiration og støtte vigtig. Vi håber at *DUGSNyt* kan inspirere og støtte ideer til forskning og medvirke til samarbejde.

Intet medlemsblad uden økonomi. DUGS har for tiden 100 medlemmer; et antal vi håber og tror vil øges inden for de

følgende år. Flere medlemmer af DUGS betyder flere læsere af bladet og flere bidragsydere af stof til bladet. Flere medlemmer betyder også bedre økonomi for *DUGSNyt* og dermed et bedre grundlag for forbedring af bladet. Vi har rettet henvendelse til potentielle annoncører og har fået positiv tilbagemelding fra flere. Annoncører får gennem *DUGSNyt* adgang til opinionleader's indenfor urogynækologien. Tænk på det!

Dansk Urogynækologisk Selskab er en medlemsforening for alle professionelle aktører indenfor urogynækologiens arbejdsområde: læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, uroterapeuter, teknikere, industrien mm. Vi er gået sammen i DUGS af interesse for vores arbejde, men også i erkendelse af nødvendigheden sammen at forholde os til de store udfordringer indenfor vores område.

Velkommen til 1. nummer af *DUGSNyt* og god læselyst.



Gunnar Lose
*Formand for
DUGS*



Lars Alling Møller
*Ansvarshavende
redaktør*

Urogynækologiske spørgeskemaer? Status i Danmark

Af Martin Rudnicki, Overlæge dr. med, Gyn.Obs. Afdeling, Roskilde Amtssygehus

Ved enhver sygdom er det væsentligt for både patient og læge at få fastlagt sværhedsgraden af sygdommen. Fx er det indenfor cancer-kirurgien vigtigt at fastslå udbredelsen af tumor og involvering af naboorganer. Hertil bruges velkendte undersøgelser som MR- og CT-scanning som samlet kan føre til en optimal behandling.

Det samme gør sig gældende indenfor dysfunktion af bækkenbunden. Ligesom ved cancer er det vigtigt at få fastlagt omfanget af sygdommen, men her er det dog andre metoder, der anvendes til at vurdere sygdommens sværhedsgrad. Først og fremmest er det nødvendigt at få klarlagt hvilke begrænsninger sygdommen medfører i patientens dagligdag. En patient med kun let påvirkning af livskvalitet vil ofte kun have brug for konservativ eller mindre invasiv behandling, hvorimod en patient med udtalt påvirkning i langt højere grad vil acceptere invasiv behandling. På den baggrund er der derfor udviklet en lang række spørgeskemaer, som kan anvendes til at beskrive omfanget af tilstanden og indflydelse på patientens dagligdag.

Ud over at give mulighed for en differentieret behandling vil anvendelse af spørgeskemaer også være med til at give patienten en egen forståelse af tilstandens sværhedsgrad. Desuden kan spørgeskemaer kvalificere forskning indenfor

området på grund af den standardisering det indebærer. Vedr. forskning er det dog væsentligt at holde sig for øje, at der anvendes validerede spørgeskemaer. Ved validitet forstås, at spørgeskemaet måler det, det er beregnet til. Et andet væsentligt begreb er reliabilitet hvor der henvises til, hvorvidt spørgeskemaet er reproducerbart.

Et af de mest anvendte skemaer er væske-/vandladningsskemaet, som igennem en lang årrække har vist sin store anvendelighed indenfor vurdering af sværhedsgraden af urin-inkontinens. Ved evaluering af livskvalitet foreligger der en lang række spørgeskemaer, der dog ikke enkeltvis er specielt velegnede til at afdække alle aspekter af dysfunktion af bækkenbunden. Således er de fleste spørgeskemaer enten velegnet til at vurdere urin eller afføringsinkontinens.

På den baggrund har Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) etableret Dansk Urogynækologisk Database, hvor der bl.a. indgår et spørgeskema. Siden etablering af databasen er der imidlertid udviklet en lang række andre spørgeskemaer indenfor området. Der er derfor ingen konsensus aktuelt mhp. hvilke skemaer, der bør foretrækkes. Derfor har (DUGS) nedsat en arbejdsgruppe med det formål at beskrive og vurdere aktuelle spørgeskemaer indenfor urogynækologien.

DUGA Årsmøde 2008 - PROGRAM

Dansk Urogynækologisk Selskabs årsmøde: 4-1-2008, Auditoriet, Skejby Sygehus

Program		<u>Mødeleder</u>	<u>Steen Walter</u>
08.30-09.30	Ankomst, morgenkaffe	13.00-13.10	Udredning af vandladningsproblemer hos patienter med stroke. <i>Sygeplejerske Annette Vestermark (Projekt)</i>
<u>Mødeleder</u>	<u>Gunnar Lose</u>	13.10-13.15	Diskussion
09.30-09.35	Velkomst: Gunnar Lose	13.15-13.35	Urogynækologiske problemer efter radikal hysterectomi, subjektive og objektive fund
09.35-10.05	The pelvic floor disorders network and the urinary incontinence treatment network. <i>Professor Linda Brubaker, USA</i>		<i>Overlæge Susanne Axelsen (Ph.d.)</i>
10.05-10.15	Diskussion	13.35-13.40	Diskussion
10.15-10.35	Human detrusor muscle. Role of inflammatory mediators in interstitial cystitis	13.40-13.50	Frit foredrag: Evaluation of the sensitivity of urethral pressure reflectometry and urethral pressure profilometry to detect pharmacological augmentation of urethral pressure, using [S,S]-Reboxetine. <i>Læge Niels Klarskov</i>
	<i>Læge Kirsten Bouchelouche (Disputats)</i>		
10.35-10.40	Diskussion	13.50-14.20	Kaffepause
10.40-11.20	Kaffepause	<u>Mødeleder</u>	<u>Susanne Axelsen</u>
<u>Mødeleder</u>	<u>Torsten Sørensen</u>	14.20-14.50	Komplikationer efter mesh
11.20-11.40	Hysterectomytype og urininkontinens. <i>Overlæge Helga Gimbel (Disputats)</i>	14.50-14.55	Diskussion
11.40-11.50	Diskussion	14.55-15.10	Highlights fra IUGA
11.50-12.00	Frit foredrag: Er der en sammenhæng mellem lækagestørrelse og livskvalitet, Body Mass Index, alder, paritet og behandlingsresultat hos kvinder med urininkontinens? <i>Læge Rikke Guldberg</i>	15.10-15.25	Highlights fra ICS
		15.25-15.45	<i>Læge Niels Klarskov</i>
12.00-13.00	Frokost		DUGA-basen
		15.45-15.50	<i>Overlæge Lasse Raaberg</i>
		15.50-15.55	Diskussion
		15.55-16.00	Uddeling af priser
			Afslutning: Gunnar Lose

DUGA møder 2008 - INFORMATION

Tilmelding – Årsmøde

Elektronisk eller skriftlig tilmelding
senest 7. december 2007

til sekretæren:

Torsten Sørensen

Gyn./obst. afdeling

Kolding sygehus

6000 Kolding

E-post-adresse:

Torsten.Soerensen@dadlnet.dk.

På tilmeldingen skal anføres navn og
adresse på den tilmeldte aht.
registrering i medlemskartoteket og
fremtidige mødeindkaldelser.

Tilmeldingen er først gældende efter
indbetaling af kr. 500 pr. deltager
på selskabets bankkonto i
Lægernes Pensionsbank:
reg. nr. 6771
konto nr. 6 15 44 13
med angivelse af deltagerens navn.

Mødeafgiften på kr. 500 dækker
forplejning i løbet af mødet den
4. januar. Desuden dækker beløbet
kontingent for 2008 og fremsendelse
af de to nyhedsbreve, der forventes
udgivet af selskabet i løbet af næste år.

Ordinær generalforsamling i Dansk Urogynækologisk Selskab

4. januar 2008

kl. 16.15

i Auditoriet, Skejby sygehus

Dagsorden i henhold til vedtægterne

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg
4. Kassereren fremlægger det reviderede regnskab til godkendelse
5. Kassereren fremlægger forslag til budget og kontingent for det følgende år
6. Valg af formand (Punktet udgår, idet valg blev afholdt ved generalforsamlingen i januar 2007)
7. Valg til bestyrelsen (På valg er Bente Thoft, der er villig til genvalg, og Torsten Sørensen, der ikke ønsker genvalg)
8. Valg til udvalg
9. Valg af revisor og revisor suppleant
10. Indkomne forslag.
11. Eventuelt

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være formanden i hænde senest den 20. december 2007.

På bestyrelsens vegne
Torsten Sørensen
Sekretær

The American Clinical Trials Networks

Af: Linda Brubaker, Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, Dept of Obs & Gyn. Loyola University, Chicago, USA

There are many clinical trials networks, the two of particularly important to Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgeons: The Pelvic Floor Disorders Network and the Urinary Incontinence Treatment Network. These two networks are independent, but have many institutions in common. Both networks are funded with federal funds through the National Institutes of Health (NIH), but through separate institutes within the NIH. This presentation will discuss the pragmatic aspects of these networks and, more importantly, discuss the methodology used to select and conduct specific clinical trials. Important aspects of collaboration such as membership and authorship policies will be presented. Disclosure and management of conflict of interests will be discussed. Finally, the roles of the Advisory Boards and the Data Safety and Monitoring Committees will also be discussed. There will be ample time for exchange of ideas.
Sponseret af medicinfirmaet Astellas.

Human Detrusor Muscle. Role of Inflammatory Mediators in Interstitial Cystitis *Af: Kirsten Bouchelouche, Odense Universitetshospital*

The etiology of interstitial cystitis (IC) is

unknown and the disease remains an enigma in urology. Activated mast cells are often seen in the bladder wall of IC patients. Upon activation, mast cells release a broad variety of proinflammatory mediators. This includes histamine, Cysteinyl-leukotrienes (CysLTs) and cytokines. CysLTs released locally from activated mast cells have a profound effect on detrusor muscle. CysLTs induce increase in cytosolic free calcium in cultured human detrusor smooth muscle cells (HDSMC) and isometric force in human detrusor preparations. Furthermore, LTD₄ enhances histamine effects on HDSMC. Increased level of urinary excretion of leukotriene E₄ (LTE₄) in IC patients with detrusor mastocytosis supports a role of CysLTs. In a pilot study, oral treatment of IC patients with montelukast, a CysLT₁ receptor antagonist, reduced urinary frequency, nocturia and pain. The factors responsible for the proliferation and migration of mast cells in the detrusor in IC are unknown. Stem cell factor (SCF), cytokines including chemokines are possible candidates. Upon stimulation with proinflammatory mediators, HDSMC express and secrete several cytokines, chemokines and growth factors including MCP-1, RANTES, eotaxin, IL-8, IL-6 and SCF. HDSMC secretory function is likely to influence mast cell number and IC pathogenesis.

Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases?

Af: Helga Gimbel, overlæge dr med, Nordsjællands Hospital - Hillerød

Disputatsen bygger på arbejder om total og supravaginal hysterektomi på benign indikation. Den beskæftiger sig med hysterektomiratens udvikling i Danmark fra 1988 til 1998, med danske gynækologers holdning til behandling af disse lidelser og med en sammenligning af de to operationsmetoder i hhv en randomiseret og en observationel undersøgelse. Disputatsen er udarbejdet som en meta-analyse, hvor vores egen randomiserede og observationelle undersøgelse indgår.

I vores egen randomiserede undersøgelse fandtes der signifikant færre urininkontinente kvinder i gruppen af totalt hysterektomerede kvinder end i gruppen af supravaginalt hysterektomerede kvinder. 16% havde vaginalblødning efter supravaginal hysterektomi.

Metaanalysen er foretaget på 34 studier, der sammenligner total og supravaginal hysterektomi foretaget på benign indikation. I metaanalysen fandtes flere urininkontinente kvinder og flere kvinder med prolaps efter supravaginal hysterektomi end efter total hysterektomi. Derimod fandtes længere operationstid, større peroperativ blødning og flere komplikationer associeret til total hysterektomi. Mellem 5 og 22% havde vaginalblødning efter supravaginal hysterektomi.

Styrket indsats ved vandladningsforstyrrelser hos apopleksi patienter.

Af: Kontinenssygeplejerske Anette Vestermark, Sygehus Vendsyssel, Medicinsk Center.

Det er velkendt, at ca.. 50 % af alle apopleksipatienter er inkontinente på indlæggelsestidspunktet.. Urininkontinens har vist sig at være en væsentlig indikator for apopleksiens sværhedsgrad og apopleksipatientens fremtidige funktionsniveau og livsvilkår.

Over en to årig periode har vi derfor forsøgt at optimere screeningen af vandladningsforstyrrelser hos alle indlagte patienter med apopleksi i vores Rehabiliterings Center.

Til screeningen blev Minimal Care principperne anvendt i form af anamnese vedrørende tidligere vandladningsproblemer, urinstiks og væske/-vandladningsregistrering over 3 døgn. Ud fra det blev evt. vandladningsproblem fastlagt og behandlingsplan blev iværksat. Behandlingen blev evalueret ved udskrivelsen.

Vores mål var at alle apopleksipatienter, der havde vandladningsforstyrrelser, blev udredt og behandlet herfor ud fra følgende kriterier:

- at alle apopleksipatienter, som indlægges i Rehabiliterings Center, Sygehus Vendsyssel, Brønderslev, screenes systematisk for vandladningsforstyrrelser inden for de første 2 døgn.

DUGA Årsmøde 2008 - ABSTRACTS

- at alle apopleksipatienter med vandladningsforstyrrelser får registreret vandladnings-mønsteret i 3 døgn inden for de første 5 døgn.
- at alle apopleksipatienter med vandladningsforstyrrelser får fastlagt typen af forstyrrelse og lagt en individuel behandlingsplan inden for de første 5 døgn.
- at alle apopleksipatienter med vandladningsforstyrrelse får lavet slutstatus ved udskrivelsen.

I løbet af de 2 år projektet blev gennemført, blev 278 patienter screenet og 45 % havde vandladningsforstyrrelser og ved udskrivelsen 3 måneder senere oplevede 44 % af patienterne med vandladningsproblemer en bedring.



Urogynækologiske problemer efter radikal hysterektomi, subjektive og objektive fund

Af: Susanne Maigaard Axelsen, Overlæge phd, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling Y, Århus

Universitetshospital, Skejby

Livmoderhalskræft er den anden hyppigste kræftform i verden blandt kvinder. Urogynækologiske problemer er de hyppigste langtidskomplikationer efter operation (radikal hysterektomi) for livmoderhalskræft.

Hovedformålet med undersøgelserne var at karakterisere urogynækologiske dysfunktioner efter radikal hysterektomi. Dette formål blev belyst ved at kortlægge urogynækologiske dysfunktioner og identificere risikogrupper, at teste om subjektive tegn på urininkontinens objektivt kunne måles ved hjælp af urodynamisk undersøgelse og ultralyd, at illustrere størrelse af bækkenbundsmusklerne og bevægelighed af blærehalsen før og efter radikal hysterektomi ved hjælp af magnetisk resonans (MR) og ultralydsundersøgelse.

Hovedkonklusionen på denne afhandling var, at kvinder rapporterede langt flere urogynækologiske problemer efter radikal hysterektomi, når man anvendte et selv-administreret spørgeskema, sammenlignet med erfaringerne fra den kliniske kontrol.

Nogle af risikofaktorerne for urogynækologiske problemer efter operationen kunne defineres.

Urethraltrykket var lavere hos inkontinente sammenlignet med kontinente kvinder, hvilket kunne bidrage til karakteriseringen af inkontinens efter operationen. Fundet kunne indikere, at den urethrale sphincter mekanisme spillede en rolle i patofysiologien. I dette studie design spillede bevægeligheden af blærehalsen ikke nogen rolle.

Kvinderne havde forskellige udgangspunkter hvad angår bækkenbundsmuskel størrelse og bevægelighed af blærehalsen

før den radikale hysterektomi afhængig af alder og antallet af vaginale fødsler. Tre måneder efter operationen var muskelstørrelsen og bevægeligheden af blærehalsen reduceret, men 1 år efter operationen var både muskelstørrelse og bevægelighed vendt tilbage til udgangspunktet.

Complications after Mesh surgery - current knowledge

By: H. Koelbl, Dept. of Gynaecology, University of Mainz

Meshes are more and more in use for the surgical treatment of stress incontinence and pelvic floor disorders.

Experience with meshes revealed, that monofilament and macroporous materials ($>75 \mu$) are associated with less complications compared with multifilament and/or microporous meshes.

Whilst knowledge about efficacy and mid-term side-effects for the treatment of genuine stress incontinence exists for tension-free vaginal tape, other techniques are lacking sufficient data about treatment outcome, complications, safety, and costs.

Looking at prolapse surgery, the use of meshes is even more experimental, since data of prospective RCT's are lacking. Moreover, complications registries do not exist for the new techniques, especially not looking at complications which actually occur, since they have been

unknown so far.

Parallel to the overwhelming market offering new meshes, we are confronted with new complications (especially of the bony pelvis) and long term follow-up data does not (yet) exist. Moreover, we do not yet know how to avoid these complications. In a 2-year follow-up, we have collected data from more than 300 reinterventions due to complications related to mesh surgery.

Complications should be treated by those familiar with the issue. Management of complications should be carried out as early as possible due to the scarring effect induced by alloplastic materials and its increasing inability of removal. Topical hormone therapy plays an essential part in conservative treatment of erosions, whereas, in case of infections, partial or complete removal of the mesh is mandatory.

Along our experience with the management of complications we recommend:

"When you insert a mesh, think about how you can remove it in case of a complication!"

In spite of these observations and the current knowledge, the use of meshes in pelvic floor reconstructive surgery is still experimental. The complication profiles are incomplete and partially unknown, especially in the long term follow-up. Further studies are needed.

DUGA Årsmøde 2008 - blik på 2007



Highlights fra IUGA årsmødet 2007 i Cancun, Mexico

*Af: Mette Hornum Bing,
Kursusreservelæge, gyn.Obs. Afd.,
Hvidovre Hospital.*

Kongressen blev indledt med 25 workshops – mange meget velbesøgte – bl.a. vedr. forskning og uddannelse, prolaps-/urin-inkontinenskirurgi og ultralyd af bækkenbunden.

På kongressen blev 475 abstracts præsenteret, heraf 17 videopræsentationer af varierende kvalitet. Mange præsentationer omhandlede resultater fra TOT/TVT-O operationer, hvoraf enkelte sammenlignede med traditionel TVT operation.

Der blev afholdt 3 "State of the art lectures" – specielt bidraget fra Hannes Strasser (Østrig) omhandlende "Stem cells in Urogynecology: Potential Future Applications" gjorde et stort indtryk og introducerede os til en verden af spændende muligheder.

Highlights fra ICS årsmødet 2007 i Rotterdam, Holland.

*Af: Klinisk assistant Niels Klarskov,
Gyn.Obs. afdeling, Amtssygehuset i
Glostrup.*

Til ICS årsmødet var der i alt 553 abstrakts. Jeg har valgt at fokusere på 16 abstrakts der omhandlede behandling af overaktiv detrusor med injektion af Botulinum toxin.

To forskellige typer af botulinum toxinet var anvendt; Dysport® og Botox® som ikke er equipotente. Et randomiseret studie sammenlignede behandling af idiopatisk detrusor overaktivitet (IDO) med henholdsvis injektion af 100 IU og 150 IU Botox®, i begge grupper havde 73 % af patienterne god effekt. I gruppen der fik 150 IU blev 45% kontinente mens det tilsvarende tal var 27 % ved injektion af 100 IU. Der var ingen oplysninger om bivirkninger.

Et placebo kontrolleret studie med injektion af 200 IU Botox® var blevet stoppet da frekvensen af urinretention eller residualurin over 200 ml var på 42%. Der var signifikant flere i den aktive gruppe (65%) der havde effekt af behandlingen efter 2 mdr. i forhold til i placebo gruppen (20%).

Til neurogen overaktiv detrusor (NOD) var doseringen af Botox® 300-400 IU og Dysport® 500-1000 IU, effekten var fra 86-95%.

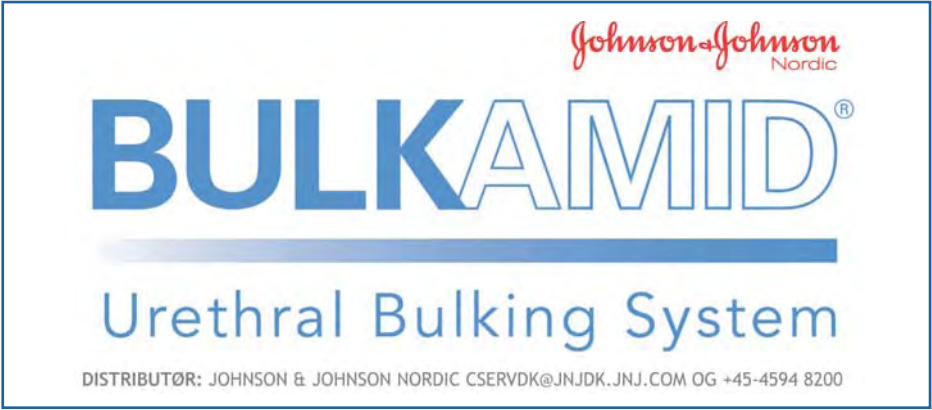
Forbigående hyposthenia opstod hos

DUGA Årsmøde 2008 - blik på 2007

nogle patienter efter injektion af 1000 IU Dysport®, ellers blev der beskrevet få bivirkninger.

To studier med henholdsvis 3 og 4 års followup beskrev konstant effekt efter gentagende behandlinger. I 3 studier blev der injiceret i trigonum og dette gav ikke vesico-urethral reflux eller stress inkontinens.

Konklusion: Injektion af Botulinum toxin er en effektiv behandling af overaktiv detrusor med konstant effekt ved gentagne behandlinger i mindst 3-4 år. Urin retention og stor residual urin er hyppige komplikationer. Ved neurogen overaktiv detrusor hvor patienterne ofte katerisere sig selv kan toxinet gives i relativt store doser. Ved høje doser er der dog risiko for hypostenia.



Johnson & Johnson
Nordic

BULKAMID®

Urethral Bulking System

DISTRIBUTØR: JOHNSON & JOHNSON NORDIC CSERVDK@JNJDK.JNJ.COM OG +45-4594 8200



IUGA The 33rd Annual Meeting of the
International Urogynecological Association

2008 Taipei IUGA

Debat

Ingen debatindlæg modtaget. Redaktionen opfordrer alle interesserede – medlemmer såvel som ikke-medlemmer – til at medvirke i de kommende numre.

Legater & Priser

DUGS-prisen er doneret af organisationsgruppen (Lone Mouritsen, Søren Brostrøm og Gunnar Lose) af overskuddet fra IUGA-mødet i 2005. Der er doneret 150.000 kr. og der udloddes 15.000 kr. pr. år m.h.p. deltagelse i IUGA-mødet det pågældende år. Samtidig med er der bundet den klausul, at man kommer med en tilbage-melding fra IUGA ved næste årsmøde. DUGS-prisen sidste år gik til Kursuslæge Mette Bing for Ph.d.-afhandlingen *"Nocturia in a Danish population of men and women aged 60-80 years. Aspects of epidemiology, associated factors, pathophysiology and obstructive sleep apnea"*.

Kongresser & Møder

NUGA

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppes årsmøde (NUGA-kongres)

d. 18.-19. januar 2008
i Stockholm.

Program og tilmelding fremgår af NUGA's hjemmeside:
www.nuga-info.org

IUGA

33rd Annual Meeting of the International Urogynecological Association (IUGA), Taiwan 2008.

Pre-Congress-September 13-14.
IUGA Congress-September 15-17. Program og tilmelding fremgår af kongressen's hjemmeside:
www.iuga2008.org

ICS

38th annual meeting of the International Continence Society (ICS), Cairo, Egypt from 20-24 October, 2008.

Program og tilmelding fremgår af ICS' hjemmeside:
www.icsoffice.org

Nordiskt forskningsstipendium i urogynækologi 2008

Nordisk Urogynækologiska Arbetsgruppen (NUGA) utlyser härmed ett forskningsstipendium för klinisk eller preklinisk forskning med urogynækologisk inriktning. Stipendiesumman uppgår till 15 000 och kan sökas av medborgare i de fem Nordiska länderna Sverige, Danmark, Finland, Norge eller Island. Stipendiet är personligt men kan delas mellan flera medsökande inom ett projekt, ansvarig forskare bör dock anges.

Ansökningshandlingarna bör omfatta ett kortfattat C.V. (en A4), vetenskaplig meritförteckning, forskningsplan i sin helhet samt ett sammandrag (högst en A4-sida), detaljerad projektbudget med uppgifter om övrig finansiering samt tidtabell över forskningsprogrammet. Ansökningen författas med font 12, dubbelt radavstånd med lämpliga rubriker.

Ansökningar skickas via e-mail till följande adress senast den 16:e november 2008: christian.falconer@ds.se

Stipendiaten presenteras i samband med NUGA:s årsmöte i Stockholm 18-19 februari 2008.

Närmare förfrågningar kan riktas till christian.falconer@ds.se eller tel nr +46-8-655 50 00.

Bliv medlem

af Dansk
Urogynækologisk
Selskab

Medlemsgebyr afgift
for 2008 er kr. 500,-

Dette inkluderer

- møde 4 januar 2008
i Skejby hospital
- 2 medlemsblade
- diverse arrangementer og aktiviteter i
DUGS.

Kontoen er
Lægernes Pensions Bank
Reg 6771
Konto 6154413

Adressen er
Torsten Sørensen,
Gyn afd. Kolding
Sygehus
6000 Kolding



Kurser

Kirurgisk behandling af stress urininkontinens (SUI) hos kvinder: state-of-the-art

Dato: fredag d. 4-4-2008

Tid: kl. 9-16

Sted: Odense Universitets-hospital

Målgruppe: Gynækologer og urologer, der varetager kirurgisk behandling af SUI hos kvinder.

Program: se www.DUGS.dk

Arrangør: DUGS' kursusudvalg

God urodynamisk praksis – basalkursus i urodynamisk undersøgelse af kvinder

Dato: fredag d. 28-3-2008

Tid: kl. 9-16.30

Sted: Amtssygehuset i Glostrup Auditorium B, indgang 7, 1. sal ved siden af kantinen.

Program: se www.DUGS.dk

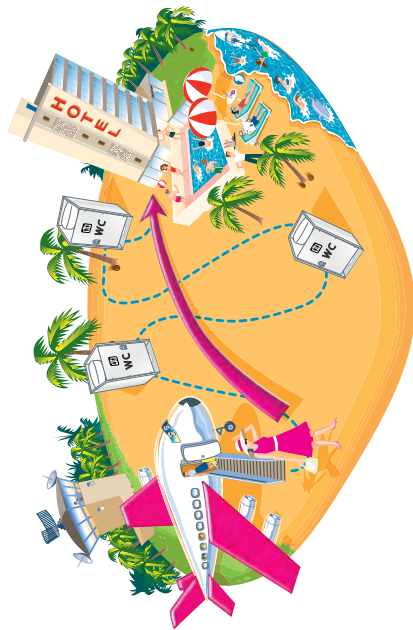
CME: Kurset er godkendt af DSOG's efteruddannelsesudvalg til 9 CME-point.

Deltager-gebyr: 1200 kr. incl. fortæring

Tilmelding: Snarest, og senest 11. februar pr. mail til: soren@brostrom.dk

Vesicare tabletter, filmovertrukne, solifenacin succinat 5 mg eller 10 mg, svarende til hhv. 3,8 mg og 7,5 mg solifenacin. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning forbundet med imperies vandladningstrang, som forekommer hos patienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne, inklusive ældre: 5 mg solifenacin succinat 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 < 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 nyrrelidelse) 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-oesophageal reflux og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogenisk 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, neflavinir 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 protrombin-tiden. Administration af Vesicare viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik. **Graviditet og amning:** Bør kun anvendes med forsigtighed til gravide, da erfaring savnes. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Ingen mærkning. Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage akkommodationsforstyrrelser og i sjældne tilfælde somnolens og træthed (se bivirkninger), kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt. **Bivirkninger:** Klassespecifikke, anticholinerge bivirkninger, generelt af mild eller moderat grad. Indensiden er dosisrelateret. Mundtørhed forekom hos 11% behandlet med 5 mg, hos 22% behandlet med 10 mg og 4% behandlet med placebo. Almindelige (>1/100, <1/10): Akkommodationsforstyrrelser, konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Ikke almindelige (>1/1000, <1/100): Urinvejsinfektion, blærebetændelse, somnolens, ændret smagsopfattelse, tørre øjne, nasal tørhed, gastro-oesophageal reflux, tør hals, tør hud, vandladningsbesvær, træthed, perifere ødemer. Sjældne (>1/10.000, <1/1000): Colon obstruktion, påvirkning af afføring, urinretention. **Udlevering:** B. Tilskud: Tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). ATC-kode: G04B D08, urin-antispasmodisk middel. **Pakninger og priser (AUP incl. receptagebyr):** 5 mg, 30 stk: 442,25 kr. 5 mg, 90 stk: 1.261,90 kr. 10 mg, 30 stk: 547,50 kr. 10 mg, 90 stk: 1.571,95 kr. (pr. d. 13.8.2007). Baseret på produktresumé dateret d. 24.10.2005. **Registreringsindehaver:** Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos Astellas Pharma a/s.

Vesicare® - forbedrer alle symptomer ved overaktiv blære¹



HØJER 05.11.2007

VESICARE® GIVER EFFEKT allerede inden for en uges behandling, og den stabiliseres i løbet af de følgende 12 uger. Et langtidsåbent studie viser, at effekten opretholdes i mindst 12 måneder.¹ Af de patienter, som led af inkontinens inden behandlingen, var **50%** helt kontinente efter 12 uger.¹

DOSERINGEN KAN TILPASSES efter patientens behov. Start- og behandlingsdosis er 5 mg/dag, ved utilstrækkelig effekt kan dosis øges til 10 mg/dag.¹



astellas

Naverland 4, 2600 Glostrup, Tlf. 43 43 03 55, Fax: 43 43 22 24, E-mail: info@dk.astellas.com, www.astellas.dk

Reference: 1. Produktresumé Vesicare.

Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab • v/ overlæge Torsten Sørensen, Gyn afd. Kolding Sygehus, 6000 Kolding



POST

PP

DANMARK

B