

DUGSNyt

3. årgang nr. 1. 2009



DUGS OG NUGA AFHOLDER FÆLLESMØDE DEN 22.-23. JANUAR 2010 PÅ HOTEL SCANDIC COPENHAGEN

SE ANNONCEN SIDE 25



Leder	3
Dugs årsmøde 2009	4
Kommende møder og Kongresser	9
Kontinenssygeplejen	11
Generalforsamling	13
Nuga's Årsmøde	14
Prolapsmøde	18
EAUN	20
Gunnar Lose	21
På vej	22
DUGS info	24
Nuga	25
Frederic Eugene Basil Foley	26

DUGSNyt

3. årgang, nr. 1 – 2009

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ 1. reservelæge, ph.d. Mette Hornum Bing
Gynækologisk/obstetrisk afdeling
Næstved sygehus
4700 Næstved

mbing@dadlnet.dk
mhbi@regionsjaelland.dk

Ansvarshavende redaktør

Torsten Sørensen
torsten.soerensen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

200

ISSN 1903-3168



Guidelines er et vigtigt redskab for klinikere

I gynækologi og obstetrik har vi to fora, hvor guidelines bliver til: Hindsgavl (gynækologi) og Sandbjerg (obstetrik). I urologi laves guidelines af Dansk Urologisk Selskab. Herudover findes guidelines i praktiserende læge regi (DSAM), hvor en opdateret guideline i inkontinensudredning og -behandling udkommer om kort tid.

Der er stigende kvalitetskrav i den kliniske verden om, at al udredning og behandling er baseret på evidens. Med den konstante strøm af ny litteratur kan man ikke som kliniker sætte sig ind i relevant forskning, hver gang man støder på et nyt problem. Med patienters, myndigheders og faglige organisationers krav om nyeste, kvalitetsmæssigt bedste og omkostningsbevidste behandling, må klinikeren have et sted at hente sine informationer.

Det nyligt overståede, vellykkede prolaps møde i Odense var et godt eksempel på et forum, hvor deltagerne blev opdateret på den nyeste evidens – denne gang omhandlende prolaps. Det må således være oplagt, at foredragsholderne lægger denne opdaterede viden ind i urogynækologiske guidelines. Der er eksisterende Hindsgavl guidelines i prolaps, som trænger til at blive opdateret.

De eksisterende guidelines indenfor urininkontinens er i gang med en opdatering. Der er i øjeblikket tre guidelines grupper, som arbejder indenfor følgende undergruppering:

- Konservativ behandling af urininkontinens med Karin Glavind, Ålborg som tovholder.
- Udredning af urininkontinens med Gunnar Lose som tovholder.
- Medicinsk behandling af urininkontinens med

Søren Brostrøm som tovholder (præsenteres på Hindsgavl 11. + 12. september 2009).

Vedrørende området urininkontinens mangler vi en opdatering indenfor den kirurgiske behandling.

DSOG guidelines konceptet har været baseret på tilmelding til et emne, hvor der i forvejen er udpeget en tovholder med fremlægning af produktet det følgende år. Konceptet har betydet, at medlemmerne kunne vælge sig ind på emner, der interesserer, og unge i faget har kunnet komme med i en arbejdsgruppe. Problemet i urogynækologien (og andre områder) har hidtil været mangel på deltagere i arbejdsgrupperne og stor arbejdsomængde til tovholder. Dette er selvfølgelig uacceptabelt, idet tovholder jo netop skal samle trådene og ikke udfærdige guidelines uden input fra gruppens medlemmer. Det har desværre betydet endnu færre medlemmer, der har meldt sig til arbejdsgrupperne af frygt for arbejdsomængden og tovholderne ønsker kun én gang at være tovholder.

DUGS er et videnskabeligt selskab og kan kun være interesseret i, at guidelines indenfor urogynækologi er anvendelige og opdaterede.

Bestyrelsen vil hermed opfordre DUGS' medlemmer til at komme med forslag til emner for nye guidelines. Bestyrelsen vil også opfordre alle DUGS' medlemmer til at deltage aktivt i opdatering af eksisterende guidelines og tildannelse af nye i DUGS regi. Skabelonen for guidelines er givet i DSOG regi, hvor de eksisterende guidelines også ligger klar til opdatering.

Fra Århus til Herlev og retur.....

I januar 2009 blev det årlige møde i Dansk Uro-gynækologisk Selskab som bekendt afholdt på Herlev Sygehus. Vanen tro er årsmødet dragende og resulterede i et rigtig flot fremmøde af engagerede medlemmer. De tværfaglige segmenter i selskabet var stærkt repræsenteret ved fysioterapeuterne og relativt mange kontinenssygeplejersker. Uro-gynækologerne var stærkt repræsenteret, også geografisk, men desværre få urologer. Herudover var både specialafdelinger og praksis repræsenteret.

De forgangne år har DUGS årsmøde absolut været et tilløbsstykke og et fagligt indspark for de tværgående faggrupper i uro-gynækologien. Den faglige interesse udmøntede sig særligt i år ved en usædvanlig positiv grad af spørgelyst i forhold til de enkelte foredragsholdere, men også ved en stigende interesse for erfaringsudveksling og networking på tværs af regionerne og faggrupper.

Uro-gynækologien henvender sig til en større befolkningsgruppe og kan vel med rette hævde at bidrage til 'Public Health' indsatsen. Antallet af borgere med vandladningsproblemer langt overgår andre store kendte folkesygdomme. På trods heraf er inkontinens og vandladningsdysfunktioner ikke prioriteret som indsatsområder i den nuværende regerings strategi for folkesundhed frem til år 2010 i programmet 'Sund hele livet'.

Af samme årsag er det af væsentlig betydning, at DUGS favner bredt, men samtidig prioriterer indlæg af høj kvalitet ved sammensætningen af årsmødet, hvor årets fremmeste aktører i uro-gynækologien præsenterer et udvalg af deres arbejder.

Årsmødet kunne præsentere 13 podiepræsentationer, heriblandt flere ph.d. afhandlinger.

Primer sektor, som i DUGS er repræsenteret ved en hel del kontinenssygeplejersker samt fysioterapeuter

og praksislæger, var involveret i flere præsentationer med forskellige perspektiver. I det følgende vil udvalgte præsentationer blive refereret.

Charlotte Englund er sygeplejerske og udviklings- sygeplejerske på urologisk afdeling på Odense Universitetshospital. Hun har i samarbejde med 'Center for anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering', Syddansk Universitet udarbejdet en medicinsk teknologi vurdering vedrørende 'Shared Care' ved skift af permanente blærekatetre. Charlotte delagtiggjorde os i processen ved udarbejdelsen af anbefalingerne (jf. kilde). Målgruppen for denne MTV-rapport er særligt sundhedsprofessionelle, som arbejder med skift af permanente blærekatetre på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet. Det gælder særligt medarbejdere på urologiske afdelinger, praktiserende læger samt ansatte i hjemmeplejen. Rapportens anbefalinger er et fagligt redskab til brug for beslutningstagere i sundhedsvæsenet.

Rapporten inkluderer ikke-systematisk gennemgang af litteraturen, men har derimod taget udgangspunkt i udvalgte retningslinjer og standarder på området. Disse blev præsenteret under indlægget på årsmødet suppleret med dybdegående beskrivelser af brugernes erfaringer og perspektiver. Dette arbejde har dannet grundlag for udarbejdelse af en 'shared care model', som beskriver rammerne for et forbedret samarbejde mellem aktørerne på området og belyser konsekvenserne af, at kateterskiftet i så vidt mulig omfang flyttes fra højt til mindre specialiseret niveau. Det skal blive interessant at høre, hvorvidt implementeringen af modellen er fuldført til næste år. Det skal nævnes, at Charlotte Englunds præsentation vandt en 1. plads ved poster konkurrencen ved de Europæiske Urologiske Sygeplejerskers kongres i Milano 2008.

*To glade deltagere i årsmødet:
Charlotte Graugaard og Bente Thoft.*

Med Charlotte Englands opfordring til øget at samarbejde mellem sektorerne til gavn for patienterne og sundhedsøkonomien, præsenterede Søren McNair, Speciallæge i Almen Medicin, DSAM's udkast til kommende klinisk vejledning i udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder i almen praksis.

Søren gennemgik problemerne ved udarbejdelse af fælles anbefalinger. F.eks. har mænds vandladningsproblemer efterhånden monitoreret i en del år via det anerkendte DAN-PSS skema, hvorimod kvinderne pr. tradition er udredt efter traditionelle minimal-care principper. Skulle dette fortsætte eller var det tid til at udarbejde fælles anbefalinger? Dette har været grundlaget for udkastet til fælles anbefalinger for udredning i almen praksis. Generelt er anbefalingerne på evidensniveau B og er netop nu i høring hos parterne.

Ved udarbejdelse af fælles redskab redegjorde Søren McNair for flere problemstillinger i praksis. Der er ikke to patienthistorier, som er identiske, og praksislægen, eller sygeplejersken, skal være klædt godt på idet henviselse hos lægen 'ofte er en anden årsag', og vandladningsproblemet er som oftest pakket ind i andre lidelser. Kernen i mange konsultationer er frygt, forestillinger og uafklarede forventninger, som skal afstemmes.

Det er svært på begrænset tid, at finde ud af hvor patienten er henne, men det er betingelserne i daglig praksis. Der har derfor været et ønske om udarbejdelse af et fælles redskab for at forenkle og sikre en bedre evaluering af vandladningsproblematikker. Redskabet vil formentlig blive lanceret efter sommeren 2009. (I skrivende stund er det ikke tilgængeligt på nettet).



Fysioterapeut Sigrید Tibæk, Ph.d. Glostrup Hospital præsenterede sin afhandling "Lower Urinary Tract Symptoms in Stroke Patients". Hun har skabt et meget omfattende værk og havde den utaknemmelige opgave på relativt kort tid, at delagtiggøre os i 4 delstudier af det samlede Ph.d. forløb.

Det overordnede formål med afhandlingen var at undersøge prevalensen, graden af lidelsen og gener relateret til lower urinary tract symptoms (LUTS) i en stikprøve af patienter udsat for "stroke" (slagtilfælde). Dertil, at evaluere effekten af bækkenbunds-træning (PFMT) hos kvinder med urininkontinens efter slagtilfælde. Det danske spørgeskema, DAN-PSS, er oprindelig udviklet og valideret til mænd med LUTS. Sigrید Tibæk viste i sit første delstudie, via en prospektiv test-retest undersøgelse af 71 patienter med slagtilfælde, at spørgeskemaet ligeledes kan anvendes til denne gruppe af patienter og give et validt resultat. Det åbner op for fremtidige evalueringer og tidlig indsats over for de kendte urin-inkontinensproblemer i denne patientgruppe, som er fremhævet ved tidligere årsmøder af blandt andet kontinenssygeplejerske Anette Særmark fra Holstebro.

Sigrید fremhævede ligeledes i et tværsnitsstudie omfanget af inkontinensproblemet. I en kohorte på

482 patienter med slagtilfælde (responsrate på 84 %) rapporterede 94 % mindst et symptom på LUTS, og det hyppigste symptom var nocturia (76 %), hvorimod det mest generende symptom ikke overraskende var urgency. Symptomernes indflydelse på selvrapporteret livskvalitet i samme studiegruppe varierede fra 17 % til 34 %, og havde sammenhæng med graden af gener. Effekten af et 12 ugers bækkenbundstræning i en gruppe på 26 kvinder blev evalueret i et enkelt blindet randomiseret studie. Der blev fundet effekt af træningsprogrammet på henholdsvis frekvensen af antal vandladninger i dagtimerne, på en 24 timers blevejnngstest og udholdenheden af bækkenbunden i træningsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Tendensen til vedvarende effekt efter 6 måneder er klar.

Alt i alt kan det således i klinisk praksis betale sig at have fokus på LUTS hos kvinder, der har været udsat for et slagtilfælde. Det er muligt at monitorere symptomerne validt og alvorligheden af disse via DAN-PSS skemaet, og i særdeleshed gør det en forskel at træne med disse kvinder.

Ved ønske om øget information kan der rettes henvendelse til forfatteren på

Sidst men ikke mindst blev årets vinder af DUGS-prisen Charlotte Gravgaard, Urologisk afdeling Århus Universitetshospital. Charlotte har ligeledes begået et omfattende værk med titlen: "Kønsforskelle i reguleringen af urinproduktionen" (Originaltitel: Regulation of urine production with special reference to estrogen levels and to gender difference)

Gennem de seneste 20 år er der forsket intenst i urinproduktionens døgnrytme mhp. at komme de fysiologiske og patofysiologiske mekanismer bag både enuresis nocturna og nykturi nærmere. Denne these tager udgangspunkt i hvordan endogent og ekso- gent østrogen påvirker urinproduktionen med specielt fokus på arginin vasopressin (AVP) og oxytocin. Endvidere sættes der fokus på, hvor i reguleringen af

urinproduktionen, der forekommer kønsforskelle. 70 døgnundersøgelser af raske unge mennesker ligger til grund for thesens resultater.

Vi finder at den circadiane rytme i udskillelsen af AVP er uafhængig af koncentrationen af såvel endogent som exogent østrogen. Højt østrogen nedsætter derimod p-osmolalitet og p-Na, hvilket støtter hypotesen om, at østrogen nedsætter osmoreceptorernes tærskel for AVP frisætning. På trods af denne modulering er både diuresen og urin-osmolaliteten uændret.

Der er samme AVP rytme hos mænd og kvinder, dog med en tendens til at p-AVP er højere hos mænd end hos kvinder. Desuden synes den renale sensitivitet for AVP at være øget hos mænd, hvilket dog ikke medfører en ændring i hverken diurese eller urin-osmolalitet. Urinudskillelse af prostaglandin-2 (PGE-2) er øget hos mænd, hvorimod natriumudskillelsen ikke fandtes tilsvarende forhøjet. Dette kunne skyldes at mænd besidder en helt specifik renal natrium-håndtering.

Der er kønsforskelle i reguleringen af urinproduktionen, men det er stadig ikke fuldt afklaret. Der er en stærk tendens til, at kønshormoner er involveret, men flere studier for at belyse dette er nødvendige.

Desværre var der ikke så høj en responsrate på evalueringen af årsmødet. Som repræsentant for de tværgående grupper i Dansk Uro-gynækologisk Selskab vil jeg gerne afstemme forventninger og ønsker for næste årsmøde i 2010. Allerede først i maj vil rammerne til næste årsmøde blive fastlagt og hermed en opfordring til medlemmerne om at indgive forslag til programmet næste år da dine input eller ideer er væsentlige, og vi hører gerne hvilke interesse områder du ønsker belyst. Har du desuden en god ide til kreative events du mener, kunne have dine kollegaers interesse, hører vi også gerne fra dig på følgende adresse: thoft@c.dk

Til
overaktiv
blære⁽¹⁾

 **Toviaz®**
Fesoterodin

LEV LIVET

Pfizer

Se produktinformation på side 8

Forkortet produktinformation for Toviaz® (fesoterodin)

Depottabletter 4 mg og 8 mg.

Indikationer: Behandling af de symptomer (hyppig vandladning og/eller imperies vandladningstrang og/eller urgeinkontinens), som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. **Dosering*:** Den anbefalede startdosis er 4 mg 1 gang dagligt. På basis af individuelt respons kan dosis øges til 8 mg 1 gang dagligt. Fuld behandlingseffekt ses efter 2 til 8 uger. Virkning bør derfor reevalueres efter 8 ugers behandling. Dosis bør nedsættes hos patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion både med og uden samtidig behandling med potente CYP3A4. Bør ikke anvendes til børn og unge under 18 år. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for det aktive stof, over for et eller flere af hjælpestofferne eller over for jordnødder eller soja. Urin- eller ventrikelretention, ukontrolleret snævervinklet glaukom, myasthenia gravis, svært nedsat leverfunktion (Child Pugh C), samtidig brug af potente CYP3A4-hæmmere hos patienter med svært nedsat lever- eller nyrefunktion, svær colitis ulcerosa, toksisk megacolon. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*:** Organiske årsager skal udelukkes, ligesom andre årsager til hyppig vandladning bør udelukkes før en behandling med antimuskarine lægemidler overvejes. Toviaz bør anvendes med forsigtighed hos patienter med klinisk signifikant blæreobstruktion, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for QT-forlængelse samt relevante forudbestående hjertekarsygdomme, gastro-oesofagal refluks og/eller samtidig indtagelse lægemidler, der kan forårsage eller forværre oesophagitis, reduceret gastro-intestinal motilitet, autonom neuropati, velbehandlet snævervinklet glaukom. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af eller optitrering af dosis til patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion eller patienter, der samtidig behandles med potente CYP3A4- eller CYP2D6-hæmmere. Indeholder lactose. Bør ikke anvendes til patienter der ikke tåler visse sukkerarter. **Interaktioner*:** Farmakologiske interaktioner: Forsigtighed ved samtidig administration af fesoterodin og andre lægemidler, som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaber. Fesoterodin kan nedsætte virkningen af lægemidler, der stimulerer motiliteten af mavetarmkanalen. Farmakokinetiske interaktioner: Potente, og til dels moderate, CYP3A4-hæmmere øger koncentrationen af fesoterodin. Derfor bør maksimaldosis ved samtidig behandling være 4 mg dagligt.

Samtidig brug af CYP3A4-induktorer frarådes. Dosisreduktion til 4 mg kan være nødvendig ved samtidig brug af CYP2D6-hæmmere. Der er ikke set ændringer i fesoterodins farmakokinetik ved samtidig behandling med p-piller. **Graviditet og amning*:** Toviaz bør ikke bruges under graviditet eller amning pga. utilstrækkelige data. **Bivirkninger*:** Typisk ses antimuskarine virkninger som mundtørhed, tørre øjne, dyspepsi og forstoppelse. Mundtørhed ses hyppigst med en frekvens på 28,8%. Meget almindelige bivirkninger (>10%): Mundtørhed. Almindelige bivirkninger (≥1% og ≤10%): Svimmelhed, hovedpine, øjentørhed, tørhed i svelget, abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme, dysuri, søvnløshed. Ikke almindelige bivirkninger (≥0,1% og ≤1%): Takykardi, dysgeusi, søvnighed, vertigo, smerter i hals og svelg, hoste, tørhed i næsen, ubehag i maven, oppustethed, urinretention, igangsættelsesbesvær ved vandladning, udslet, tør hud, urinvejsinfektion, træthed, øget ALAT og GGT. **Overdosering*:** Overdosering kan resultere i svære antikolinerge virkninger. Behandlingen bør være symptomatisk og understøttende, og der bør iværksættes EKG-monitorering med fokus på håndtering af eventuel QT forlængelse. Fesoterodin er i kliniske undersøgelser administreret sikkert ved doser på op til 28 mg/dag.

Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 4. maj 2009

Vnr.	Lægemiddelform og styrke	Paknings størrelse	Pris i kr.
116705	Depottabletter 4 mg	28 stk	502,15
116694	Depottabletter 4 mg	84 stk	1.506,70
116716	Depottabletter 8 mg	28 stk	502,15
116727	Depottabletter 8 mg	84 stk	1.506,70

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk

Udlevering: B

Tilskud: Ja.

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret 27. februar 2009. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. (TOVI 015 ASmPC V3.1 06Mar2009.doc) Tov-08-01-24, maj 2009
1. Toviaz® (fesoterodin) SmPC.

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

International Urogynecological Association (IUGA)

Lago di Como, Italien

17.-19. juni 2009

www.iuga.org

Workshops in Pelvic Surgery

London, UK

22.-26. juni 2009

www.wips-inti.com

International Continence Society (ICS)

San Francisco, USA

30. september – 4. oktober 2009

www.icsoffice.org

Society of Urologic Nurses and Associated

2.-5. oktober 2009

Chicago, USA

www.suna.org

British Association of Urologic Nurses

2.-4. november 2009

Torquay, UK

www.baun.org

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) & Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

22.-23. januar 2010

København

www.nuga-info.org

25th Annual EAU Congress

Barecelona, Spanien

16.-20. april 2010

www.eaubarcelona2010.org

International Continence Society (ICS) & International Urogynecological Association (IUGA)

Toronto, Canada

23.-27. august 2010

www.icsoffice.org & www.iuga.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Lisabon, Portugal

28. juni – 2. juli 2011

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Glasgow, UK

29. august – 2. September 2011

www.icsoffice.org

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
primo december

Manuskripter indsendes til:

torsten.soerensen@dadlnet.dk

senest 10. november 2009

Forskellig alder – samme princip!

Natlig polyuri er den hyppigste årsag til nykturi¹. Hvis 20–33% af døgnurinen – inklusiv morgenurinen – lades om natten er der tale om natlig polyuri².

Natlig polyuri er den samme mekanisme du behandler når du bruger MINIRIN® til børn med ufrivillig natlig vandladning.



Desmopressin er det eneste stof der er godkendt med indikationen nykturi.



MINIRIN® er veltolereret¹. Startdosis til voksne er 60 mikgr. som kan øges op til 240 mikgr.

¹ Kerrebroeck et al, European Urology 2007;52:221-229

² Kerrebroeck et al, Neurourol Urodyn 2002;21(2):179-83



Kort gennemgang fra mødet vedrørende kontinenssygeplejen anno 2009

Mødet var den 27. februar i Ørestaden. Der var ca. 70 deltagere, mest sygeplejersker både fra primær- og sekundær sektoren, men også fysioterapeuter og enkelte læger, der var fra DUGS kursus udvalg.

Elin Nygaard fra Odense: mandlige patienter: der er ca. 100.000, ca. 50 % søger ikke læge. Hun gennemgik udredning af forskellige patientgrupper, specielt efter diverse operationer f.eks. TUR-P, blære-operationer osv. Det er meget det samme som vi gør ved kvinder: VVS, symptom-score, blevejningstest i 3 døgn, flow, residualurin, evt. blodprøve/ urin prøve, UL af prostata, UL/ røntgenundersøgelse af urinveje, cystoskopi.

behandling af både urge- og stress inkontinens, og hjælpe midler. Specielt botox injektioner var vellykket, de injiceres 10 steder og holder fra 6-8 mdr. De indsætter også sacral nervestimulationer, der er ca. 70 på venteliste. Hvis der skal lægges KAD er top kat at foretrække.

Kirsten Kaysen fra Skejby: gruppekonsultationer: de har en meget positiv oplevelse af dette, det samme har pt. Gruppen består af læger, fysioterapeut, sygeplejerske og diætist. Patienterne er udvalgt efter alder og har stress inkontinens, de er 5-6 stykker og det tager ca. 1½ time. Patienterne har alle væske-vandladningsskema med fra egen læge. De er derefter godt forberedt når de skal til læge, jeg husker ikke intervallet fra gruppen til læge besøg.

De har også prolaps grupper med 32 patienter, der først får fælles information, derefter opdeles de i 4 grupper, bliver også undersøgt af læge samme dag, det er stordrift.

Jonna Bjørk fra Ålborg gennemgik tal fra deres inkontinens klinik der har bestået i 10 år, der er urolog, gynækolog og sygeplejerske tilknyttet. Deres mål er hjælp til selvhjælp, de får individuel vejledning, som indeholder bl.a. Vægt, rygning, evt. hoste problemer, og vandladnings råd. 17 % blev afsluttet uden yderligere, 26 % blev bedre, 7,2 % blev op.

Ulla Due: Bækkenbundstræning: det er blevet et stort problem, med organiseringen af bækkenbundstræning efter regionsdannelsen, da kommunen har ansvaret, men ikke var/er rigtig forberedt på den store opgave! Det er lykkedes nogle afd. at beholde træningen på hospitalet, men ikke for andre.

Der skelnes jo mellem almen og speciel behandling. Det er ikke rigtig defineret hvad der er hvad. Kommunerne og hospitalerne tolker det forskelligt Der er virkelig mulighed for udvikling.

Der blev stillet følg. spørgsmål: hvordan bevarer vi det tværfaglige samarbejde? Kontinens sygeplejerskerne? Behandling og udvikling? Faglig udvikling? Hun fortalte også om diplomuddannelsen, som 40 har gennemgået.

Helle Nygaard fra Rødovre: Hjemmeplejen: Hun fortalte om hjælpemidler i hendes kommune, hvor behovet stiger, da der bliver flere og flere ældre. Det er alt fra bleer, analprop, katetre osv. Problemet er, at patienterne ofte bliver præsenteret for de sidste nye smarte katetre eller andre hjælpemidler på hospitalet, som har fået dem udleveret gratis, når de så bliver udskrevet og får ret til § 112 som er gratis hjælpemidler, kan kommunen kun udlevere nogle andre, som

måske ikke er så smarte og handige, da de laver en handelsaftale med diverse firmaer for at få dem så billigt som muligt. Der var en del diskussion om, hvem der skal betale hjælpemidler når patienten er under udredning - patient eller hospital? Det bliver løst forskelligt på de forskellige hospitaler.

Jonna Bjørk fra Ålborg: Rådgivningslinjen: fortalte om kontinensforeningens telefonrådgivning, som mange patienter benytter sig af. Det kan både være urin- og afførings inkontinens. Der er nu ansat 12 kontinenssygeplejersker, de har to vagter pr mdr. Telefon nr. er 70 20 08 70 er åbent mandag-torsdag kl. 17.00-19.00, hun gav flere eksempler fra disse samtaler, de kan være ganske lette men også meget tunge.

Hun pointerede, at det er meget vigtigt for patienten at have en kontakt person på hospitalet, som patienten kan kontakte hvis noget ikke går som det skal!

Berit Larsen fra Glostrup: Forskningssygeplejerske: fortalte hvordan det var at arbejde som projektsygeplejerske: hvordan blev hun det, ansættelsesforhold, uddannelse, arbejdsopgaver osv.

Hun er til dels selvlært, men har taget UCSF der er en et-årig uddannelse på RH, GCP: både introduktion og for erfarne, det er oplæring i god klinisk praksis. Hun har dels egne projekter, evt. med et medicinalselskab, men også sammen med diverse læger og andre afdelinger. Underviser også.

Søren Brostrøm fra Glostrup: Medicinsk behandling: Gik igennem de forskellige antimuskariner præparater for urge inkontinens, hvor der stort set ikke er forskel på virkning, da de ifølge flere undersøgelser ikke virker, men bivirkningerne er forskellige! Fortalte om Botox injektioner i blæren som virker godt, der skal

stikkes ca. 10 forskellige steder i blæren, det holder ca. 6-9 mdr. Til sidst lokal østrogen, hvor flere undersøgelser har vist god effekt på urge, men der skal ofte behandles i lang tid. Det forbygger også infektioner.

Eva Kleberg fra Viborg: Prolapskirurgi: Der opereres ca. 3.500 kvinder pr. år, fra enkle prolaps operationer til meget avanceret, hvor der indlægges store mecher. Fortalte lidt om de forskellige operationer, og nye måder til billeddiagnostik, MR og UL, dette er dog fortsat meget på forsker plan, og ikke i daglig dagen.

Fordelingen af de forskellige typer operationer, i hoved, region og specialfunktion foregår i disse dage. Sundhedsstyrelsen beslutter i sidste ende hvilke afdelinger der må udfører visse operationer, det gælder også inkontinens kirurgi.

Inkontinenskirurgi: Der opereres ca. 1.100 kvinder pr. år. stadigvæk fordelt på mange afdelinger Hun gennemgik de forskellige operationstyper fra Burch til de nye slyng-operationer. Fortalte også om Bulking, hvor det ofte er ældre kvinder eller unge, der ikke er færdige med at få børn..

Alt i alt et godt møde, hvor der også var fine evalueringer bagefter. Man efterlyste dog lidt færre, men længere indlæg og mere tid til diskussion. Alle var meget begejstret for at møde hinanden fra primær - og sekundær sektoren.

Der kom også ideer til evt. nyt møde til næste år. Det ville DUGS kursus udvalg skrive sig bag øret.

GENERALFORSAMLING

Selskabet holdt sin ordinære generalforsamling den 9. januar 2009 i forlængelse af årsmødet på Herlev Hospital. Referatet fra generalforsamlingen kan ses på selskabets hjemmeside: www.dugs.dk/arkiv.

Ved generalforsamlingen blev der af forskellige grunde ikke fremlagt regnskab til godkendelse. I stedet blev det aftalt, at regnskabet skulle offentliggøres i DUGSNyt:

REGNSKAB OG STATUS 2008

Status og saldo 31.12.2007	383.434,92 kr.
Status og saldo 31.12.2008	<u>337.314,50 kr.</u>
Underskud	<u>46.120,42 kr.</u>
<i>Indtægter:</i>	
Kontingenter og mødeafgifter	58.698,63 kr.
Årsmøde 2008 udstilling	114.651,75 kr.
Tilskud fra DSOG	4.998,00 kr.
Renter	<u>15.290,15 kr.</u>
I alt	<u>193.638,53 kr.</u>
<i>Udgifter:</i>	
Møder og rejser i bestyrelsen	23.265,10 kr.
Arbejdsgrupper	5.846,00 kr.
EAUN (pris)	7.999,00 kr.
IUGA (pris)	15.000,00 kr.
DUGSNyt	46.170,55 kr.
Årsmødet	104.685,40 kr.
Kurser	9.189,40 kr.
Vejviser	396,00 kr.
Gaver	5.846,00 kr.
Moms	<u>23.222,50 kr.</u>
I alt	<u>239.758,95 kr.</u>
23. maj 2009	

Morten Thyge Madsen
Revisor

Steen Walter
Kasserer

NUGA's årsmøde 2009



NUGA's 25. årsmøde blev afholdt på Hotel Hilton, Reykjavik, Island, 14.-16. maj 2009. Der var omkring 115 deltagere, hvilket er noget mindre end sædvanlig. Uheldigvis faldt mødet sammen med 17. maj, som er nordmændenes nationaldag, og der var også kun fem deltagende læger fra Norge. Andre faktorer har muligvis også spillet ind såsom den økonomiske krise og det forhold, at NFOG-mødet i 2008 også blev afholdt i Reykjavik.

Mødefaciliteterne på Hilton var gode, og det faglige program var som sædvanlig af høj international standard. Gallamiddagen og underholdningen var fremragende.

NUGA-programmet og abstracts findes på NUGA's hjemmeside:

https://www.ics-online.com/El/cm.esp?id=387&pageid=_2IY0V7USO

Konrad Ludviksson fra Reykjavik indledte mødet og gav en kort baggrund for NUGA's etablering i 1984 samt nogle historiske facts. I den forbindelse nævnede han det store antal urogynækologiske afhandlinger fra de nordiske lande gennem årene.

Torkel Rud fra Oslo skulle have forelæst om NUGA's historie, men var desværre forhindret pga. sygdom i familien. In absentia fik han ved Gallamiddagen tildelt NUGA's første æresmed-

lemskab, hvilket giver rettighed til frit at deltage i NUGA-møderne fremover.

Fra programmet fredag den 15. maj kan fremhæves sessionen om *"Inter-disciplinary approach to the patient with multiple pelvic floor dysfunction (urinary, vaginal and anal)"*. Diskussionen mellem Susanne Axelsen (urogynækolog), Marianne Starck (proctolog) og Ulla Due (fysioterapeut) belyste mange væsentlige problemstillinger. Det fremgik klart, at der er mange spørgsmål, som vi ikke kender svaret på, når det drejer sig om patienter med kombineret urin- og analinkontinens, og der er ingen tvivl om, at det ville være et fremskridt for patienterne, hvis disse patientforløb kunne foregå i et inter-disciplinært miljø.

Et andet højdepunkt var diskussionen *"Retropubic or transobturator – which sling is best?"* Der deltog en urogynækolog fra hvert af deltagerlandene, og Pia Sander summerede evidensen op baseret på de foreliggende randomiserede kontrollerede studier. Den foreliggende evidens viser, at korttids-cure rate er den samme for TVT og transobturator-slynger (TOS), medens komplikationsprofilerne er noget forskellige. Således har TVT en signifikant højere frekvens af blæreperforation, medens TOS i højere grad giver lyskensmerter. Der er stigende evidens for, at recidivraten er højere efter TOS. Den norske urogynækologiske database viser klart bedre cure rate efter konventionel TVT.

Spørgsmålet er således, om pendulet er ved at svinge tilbage til fordel for TVT? Hvis det er tilfældet, rejser det naturligvis en række etiske spørgsmål: hvordan er TOS blevet så udbredte, før effektivitet og sikkerhed har været tilstrækkelig belyst? I den forbindelse må man tænke på, at mange patienter har fået udført deres procedure, medens kirurgen har befundet sig

på en learning-kurve, og hvad skal vi tilbyde patienter med recidiv?

Lektien at lære er, at man skal være tilbageholden med at implementere nye teknikker, indtil effektivitet og sikkerhed er dokumenteret i relation til guldstandard (for tiden TVT). Det er i øvrigt helt i overensstemmelse med Helsinki-deklarationen. Spørgsmålet om industriens rolle blev rejst på mødet, og det er klart, at industrien har spillet en rolle via aggressiv promovning af nye produkter, men det er også klart, at lægerne har et ansvar for at holde sig til gældende etiske regler, herunder at nye metoder skal indgå og testes i en protokol, og data skal fremlægges.

Sidst på eftermiddagen gennemgik Søren Brostrøm emnet *"The future of NUGA – what do the members want?"* I den forbindelse blev NUGA's økonomiske forhold fremlagt. Mødet i Reykjavik kommer formentlig til at balancere, men da der uddeles diverse awards, vil NUGA for første gang få et underskud. Formuen er for tiden 1.4 mio. NOK. Der er stor fortrøstning til, at der vil komme flere deltagere i forbindelse med mødet i København i 2010, og der var enighed om fortsat at uddele diverse priser og støtte til forskning.

Derefter diskuterede man, om NUGA fortsat skal holde et møde årligt, eller overgå til et møde hvert andet år, om man skal ændre sproget helt til engelsk og om der bør oprettes et egentlig formelt medlemskab. Medlemmerne diskuterede disse emner, og der var udtalt stemning for, at NUGA skal fortsætte på denne uformelle måde som tidligere.

Lørdag den 6. maj 2009

Her indledtes mødet med et indlæg *"Pelvic ultrasound – what's in it for you?"* med Hans Peter Dietz fra Sydney. Peter er en af pionererne

hvad angår bækkenbunds ultralyd og en meget entusiastisk forelæser. Der var mange spændende synspunkter, og det er naturligvis fascinerende, at man nu kan se store defekter i levator ani. Hvad disse defekter betyder, og om man kan gøre noget ved dem, er dog fortsat et åbent spørgsmål. Der er næppe tvivl om, at Ultralyd vil blive mere integreret i den kliniske vurdering af patienter med bækkenbunds dysfunktioner.

Formiddagen var i øvrigt præget af gennemgang af disputatser og Ph.d.'er fra 2008. Desværre var disse indlæg meget omfattende (nærmest som Ph.d.-forsvar). Det er naturligvis ikke formålet, at deltagerne skal høre alt om disse afhandlinger fra A-Z, men der bør fremover fokuseres mere på, hvad afhandlingen har vist, og hvad det betyder i relation til vores nuværende kliniske og forskningsmæssige situation. Det vil NUGA-styrelsen forsøge at rette op på til næste år, så resultaterne bliver lettere fordøjelige for deltagerne.

Lørdag eftermiddag var der "Hands-on workshop med "live" pelvic floor ultrasound" superviseret af Hans Peter Dietz.

Der blev ved mødet uddelt følgende priser:

- *Bedste poster* tilfaldt den finske gruppe under ledelse af K. Palva "A randomized trial comparing TVT with TVT-O: 36 months results".
- *Ulf Ulmsten-prisen*, som gives til en ung forsker, der har bragt nordisk urogynækologi fremad i det forgangne år tilfaldt Charlotte Graugaard-Jensen, Skejby med afhandlingen "Regulation of urine production with special reference to estrogen levels and to gender difference".
- *NUGA's research grant* på 15.000 EUR tilfaldt Marie-Louise Saaby med projektet: "Ændringer i urethras lukkemekanisme hos stress inkontinente efter behandling med TVT og urethral injektion, målt med Urethral Pressure Reflectometry, UPR".

Ud over Torkel Rud modtog Konrad Ludviksson og Carl Gustav Nilsson et æresmedlemskab af NUGA for mange års tro tjeneste i NUGA-Styrelsen.

NUGA-mødet holdes næste gang i København 22.-23. januar 2010. Mødet vil blive afholdt som et fælles møde med Dansk Urogynækologisk Selskab

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
primo december

Manuskripter indsendes til:

torsten.soerensen@dadlnet.dk

senest 10. november 2009



Ikke kun til børn

Få mere at vide på www.natligpolyuri.dk



PRODUKTINFORMATION: MINIRIN (DESMOPRESSIN)

MINIRIN (desmopressin) er en syntetisk fremstillet analog til vasopressin (ADH), hvor den antidiuretiske effekt er flere gange større, og hvor pressoreffekten stort set er elimineret.

INDIKATIONER: Smeltetabletter: Nocturi hos voksne. Enuresis nocturna hos børn over 5 år. Diabetes insipidus.

Næsespray og Næsedråber: Diabetes insipidus samt undersøgelse af nyrenes koncentrationsevne.

DOSERING: Nocturi hos voksne: Smeltetabletter: Anbefalet startdosis er 60 mikrog sublingualt. Ved utilstrækkelig effekt øges dosis ugentligt til 120 mikrog og herefter 240 mikrog. **Bemærk:** MINIRIN smeltetabletter indtages umiddelbart før sengetid, f.eks. i forbindelse med tandbørstningen. Væskeindtagelse bør begrænses til mindst muligt ca. 1 time før til næste morgen (mindst 8 timer) efter indtaget dosis. Det anbefales ikke at påbegynde behandling af ældre.

Enuresis nocturna hos børn over 5 år: Smeltetabletter: Anbefalet startdosis er 120 mikrog sublingualt. Ved utilstrækkelig effekt kan dosis øges til 240 mikrog sublingualt. Ved længere tids behandling bør der indskydes en behandlingsfri uge hver 3. måned for at vurdere, om spontan helbredelse er indtruffet. **Bemærk:** MINIRIN indtages umiddelbart før sengetid. Væskeindtagelse bør begrænses til mindst muligt fra ca. 1 time før til næste morgen (mindst 8 timer) efter indtaget dosis.

Diabetes insipidus: Spray eller dråber: Individuelt, sædvanlig begyndelsesdosis 0,1 mg 3 gange daglig. Smeltetabletter: Individuelt, sædvanlig begyndelsesdosis er 60 mikrog 3 gange daglig sublingualt.

Undersøgelse af nyrenes koncentrationsevne (Spray eller dråber): Voksne: 40 µg. Børn over 1 år: 20 µg. Børn under 1 år: 10 µg. Udskilles urin indenfor den første time bortkastes det. Indenfor de næste otte timer opsamles 2 portioner urin til måling af osmolalitet. **Bemærk:** Væskeindtag skal begrænses.

KONTRAINDIKATIONER: Habituel og psykogen polydipsi. Hjer-teinsufficiens eller andre tilstande, der kræver behandling med diuretika. Moderat eller alvorlig renal insufficiens. Kendt hyponatriæmi. SIADH. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

FORSIGTIGHEDSREGLER: Behandling uden samtidig begrænset væskeindtag kan føre til væskeretention og/eller hyponatriæmi med eller uden samtidig advarselstegn eller symptomer (hovedpine, kvalme/opkastning, vægtøgning og, i alvorlige tilfælde kræmper).

Ældre og patienter med lav serumnatrium kan have en øget risiko for hyponatriæmi.

Ved sygdomme karakteriseret ved væske- og/eller elektrolytubalance bør behandling med desmopressin seponeres (f.eks. ved systemiske infektioner, feber eller gastroenteritis).

Hvis der samtidig indtages lægemidler der kan inducere SIADH, f.eks. tricykliske antidepressiva, selektive serotoninopptags-hæmmere, chlorpromazin, carbamazepin eller NSAID'er bør der tages forholdsregler for at undgå hyponatriæmi. Det kan f.eks. være restriktioner af væskeindtag og måling af serumnatrium.

Alvorlig dysfunktion af blære og afløbshindring skal tages i be-tragtnng for igangsættelse af behandling.

INTERAKTIONER: Tricykliske antidepressiva, selektive serotoninopptags-hæmmere, chlorpromazin og carbamazepin kan øge risikoen for væskeretention. NSAID'er og loperamid kan inducere væskeretention/hyponatriæmi.

BIVIRKNINGER: Hovedpine, abdominalsmerter, kvalme, svimmelhed, mundtørhed, hyppig vandladning (langtidsbehandling), væskeretention, vægtstigning (langtidsbehandling), perifert ødem (langtidsbehandling), hyponatriæmi. I meget sjældne tilfælde kan der forekomme humørsvingninger. Meget sjældent er der set allergiske hudreaktioner og mere generelle allergiske reaktioner. For næsespray og næsedråber er set tilfælde af nasal forstoppelse og næseblod.

GRAVIDITET OG AMNING: Studier udført på et begrænset antal gravide kvinder med diabetes insipidus viste ingen bivirkninger på graviditeten eller fostrets/det nyfødte barns helbred. Studier på dyr viser ingen direkte eller indirekte skadelige virkninger på graviditet, fosterdannelse og udvikling, fødsel eller postnatal udvikling. Resultater fra analyser udført på mælk fra ammende mødre behandlet med høj dosis desmopressin (300 µg intranasal) viser, at mængden af desmopressin, der kan overføres til barnet er væsentlig mindre end den mængde, der skal til for at påvirke diuresen. Kan anvendes i ammeperioden.

Der bør udvises forsigtighed ved ordination til gravide kvinder. **OPBEVARING:** Smeltetabletter og Næsespray 10 µg/dosis opbe-vares ved stuetemperatur. Næsespray 2,5 µg/dosis og Næsedråber skal opbevares ved 2-8°C (i køleskab).

PAKNINGER OG PRISER pr. uge 36-37 2008 (ekspeditionspris):

Smeltetabletter: Vnr. 021593 30 stk. à 60 mikrog kr. 343,90. Vnr. 021604 100 stk. à 60 mikrog kr. 1.055,60. Vnr. 021614 30 stk. à 120 mikrog kr. 646,70. Vnr. 021641 100 stk. à 120 mikrog kr. 2.092,80.

Næsespray, 5 ml, 10 mikrogram/dosis: (Flasken indeholder 50 pust à 10 mikrogram): Vnr. 104489 kr. 405,05. **Næsespray, 3 x 5 ml, 10 mikrogram/dosis:** Vnr. 380162 kr. 1.140,40. **Næsespray, 5 ml, 2,5 mikrogram/dosis (Lavdosisspray):** Vnr. 440925 kr. 250,05.

Næsedråber 0,1 mg/ml (1 flaske à 2,5 ml + rhinyleslange): Vnr. 104471 kr. 226,50.

De dagsaktuelle priser kan findes på www.medicinpriser.dk

UDLV.: B TILSKUDSBERETTIGET

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:

Ferring Lægemidler A/S, Kay Fiskers Plads 11, 2300 København S. *Produktinformationen er forkortet. Lægemiddelstyrelsens fuldstæn-dige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos:*

Ferring Lægemidler A/S, Kay Fiskers Plads 11, 2300 København S. Tlf.: 8816 8817, fax: 8816 8819 sept 2008



MEDICINE ON THE BODY'S OWN TERMS



Ferring Lægemidler A/S, Kay Fiskers Plads 11, 2300 København S, tlf: 88 16 88 17, fax: 88 16 88 19

Fra prolapsmødet i Odense den 24. april 2009

Mødet var fint besøgt med 76 tilmeldte, men flere mødte op. Der var dårligt plads! Der var mange fine oplæg, som er lagt ud på DUGS hjemmeside: www.dugs.dk/slides. Alle oplægs holdere havde undersøgt alt nyt litteratur vedrørende deres emner, så det var spændende.

Konklusionen på mødet var dog groft sagt, at der ikke er meget evidens for, det vi går og gør! Så det var fint med diskussionen og meget at arbejde videre med.

Lars Alling Møller: Forekomst og risikofaktorer ved POP: Konklusion: 2 % i befolkningen, uselekeret for POP (grad 3 eller mere), der er mange risikofaktorer: parietet, efter vaginal hysterektomi, større risiko hvis det var pga. prolaps 11,6 %.

Christina Sørensen: Billeddiagnostik ved POP: gik igennem anatomien, UL og MR scanning, Konklusion: der vil blive mere billeddiagnostik i fremtiden, muligvis kan man risiko vurderer patienterne før operation, mhp. på evt. recidiv risiko. Det var meget spændende at se de forskellige muskel defekter man kan se.

Gunner Lose: Hvem skal vi operere?: Konklusion: man skal sammenholde anatomien med patientens symptomer, da det eneste signifikante symptom, der relaterer sig til patientens symptomer, er en "bule" mellem benene. Og det er som regel grad 3 prolaps eller mere. Han mener vi måske kun skal opererer færre end 5% .

Karin Glavin: Konservativ behandling og POP anno 2009: Konklusion; Livsstilsændringer og bækkenbundstræning er teoretiske behandlingsmuligheder ved prolaps. Prolapsringe kan benyttes i udvalgte tilfælde. Omkring dette var der diskussion om hvem der skal opsætte/ skifte

ring, nogen steder er det kontinenssygeplejersker, andre steder læger, og det kan jo også ske i primær sektoren.

Karl Møller Bek: Forvægsplastik anno 2009: hvad er der evidens for, og hvad gør jeg: Han gik igennem litteraturen og viste en video med en cystocele operation. Der var derefter livlig diskussion om hvornår man skal opererer, f.eks. grad 2? Han havde en fin opgørelse fra Skejbs egne tal: efter 1 år med 85 patienter, 2,4 klinisk recidiv, 95 % tilfreds med op i lokalanæstesi.

Ved litteratursøgning fandt han at marlex-mecher og pelvicol nedsætter recidiv frekvensen.

Gunner Lose: Bagvægsplastik anno 2009: hvad er der evidens for, og hvad gør jeg: Gennemgik de forskellige op typer og sammenligninger i litteraturen; 1) transvaginal repair 2) defekt-specifik repair 3) transrectalt approach 4) repair med implantater.

Det er bedst med vaginal adgang end rektalt! Ingen forskel på, om det med eller uden meche.

Karl Møller Bek: Perineoplastik anno 2009: hvad er der evidens for, og hvad gør jeg: evt indikationer: ekstern dyspareuni, åbentstående introitus, luftindtag i skeden, "for stor" der var en del diskussion omkring dette punkt, for luft indtag, "helbredte" Gunnar Lose med en contrelle, og han mente ikke, at den indikation var god. Skejby metoden blev gennemgået; dette forgår i lokalanæstesi og måske anæstesi-rus, og der blev vist videofilm.

Pia Sander: Suspension ved vag. hys. anno 2009, hvad er der evidens for og hvad gør jeg: Gik igennem litteraturen og undersøgelserne omkring typen af vaginal hysterektomi og suspensionsmetoder: 1) vaginal hysterektomi med

suspension: MaCall/ Bob Shull 2) adominal sacro-colpopexy3) sacrospinoshysteropexy 4) manchester 5) implantat- pos. TVS 6) kolpokleise. Sammenligning mellem : moschocowitz, Mc Call og simpel samling af de kardinale ligamenter, 3 år efter var MaCall bedst.

I praksis foregår op metoden efter: kirurgens færdighed, tradition og mulighed, og patientens prolaps, ønske og helbred.

Lone Mouritsen: Vaginaltopsprolaps anno 2009, hvad er der evidens for og hvad gør jeg: Gennemgik igen litteraturen og viste alle de komplikationer der kan komme, specielt ureter læsioner, dette skal samles på få steder og hænder, Konklusion: Vaginal colposacropexi: minder morbiditet, adgang til alle kompartments, funktionelt/ anatomisk acceptabelt resultat , få svære komplikationer, cystoskopi, rutine/ team.

Søren Brostrøm: laparoskopisk prolapskirurgi anno 2009, hvad er der evidens for, og hvad gør jeg? Han fortalte om laparoskopisk sakrohysteropexi og gennemgik metoden, der forholdsvis skal bruges til: unge, evt. konverterin, uterus bevarende.

Susanne Axelsen: POP -kirurgi i DKE, hvordan optimeres patientforløb? Fortalte om hvordan det foregår på Skejby, hvor de ser mange patienter på samme dag, som "stordrift", hvordan de udvælger pt, næsten alle, fremgangsmåde ved op, lokalanæstesi og rus, vigtigheden af samarbejde mellem uro-gynækologisk - og DKE personale, fælles information og forventninger, patient evalueringer og opgørelse af resultater.

Helga Gimbel: Seksualfunktion og POP, er der noget vi overser? ved vi nok? Hvordan bliver vi bedre? Fortalte om det meget komplicerede samspil mellem pt, partner og prolaps og symptomer, gik igennem diverse undersøgelser og konklusionen: Fremtiden: flere kvalitative/

kvantitative undersøgelser, undersøgelsesernes størrelse, operationsteknik, materialer, bedøveformer.

Søren Bostrøm: Implantater i POP kirurgien: hvad er evidensen: Gik igennem de forskellige meche typer og de få undersøgelser der er lavet. Konklusionen: tilgængelig evidens er ikke overbevisende, problem at finde sikkert "stof", nødvendigt: lange follow-up, livskvalitets undersøgelser, såsom tilfredshed, QOL og seksuel funktion.

Lone Mouritsen: Patienternes forventninger og de barske realiteter, hvordan sikre vi sammenhæng: Lægers forventninger og patienternes er ikke altid de samme, hvilket Lone viste, Konklusionen: Patienttilfredshed: afhænger af forventning/mål, forventning ikke relateret til diagnose/sværhedsgrad, afhænger af komplikationer frem for resultat: Forventning ændres efter konsultation, formulerer forventning, måle PGI-I.

Efter mødet så Kursusudvalget evalueringerne igennem, og de var meget positive med mange ideer om, hvad der kunne gøres anderledes og også ideer til andre møder. Kursusudvalget vil fortsætte med den slags møder ca. én gang pr år.

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
primo december

Manuskripter indsendes til:

torsten.soerensen@dadlnet.dk

senest 10. november 2009

Fra den internationale kongres for urologiske sygeplejersker (EAUN) i Stockholm i marts 2009

Den 10. International EAUN Annual Meeting (European Association of Urology Nurses) blev afholdt i Stockholm i marts 2009 i sammenhæng med den årlige EAU (European Association of Urology) kongres. Der deltog ca. 250 urologiske sygeplejersker fra hele verden, og Afdeling K fra Skejby sygehus var flot repræsenteret med deltagelse af en halv snes sygeplejersker fra de urologiske afdelinger, som alle havde bidraget med abstracts, poster eller foredrag.

Indlæggene fra Skejby Sygehus satte et afgørende præg på kongressen men især Anna Munk og Vibeke Damm fra Urologisk-ambulatorium leverede en flot præsentation med: *Pilot study of patients' perception of pain at ultrasound-guided prostate biopsy (TRUS) examination in a urological outpatient clinic at a Danish University Hospital* udarbejdet af en forskergruppe K-ambulatoriet (¹).

Med dette indlæg vandt de første prisen for bedste foredrag og satte dermed for alvor urologisk sygepleje på Skejby Sygehus i fokus på den internationale scene.

Baggrunden for studiet var, at der foretages et markant stigende antal prostatabiopsier i Danmark. I forbindelse med udførelse af denne procedure, er der diskrepans i regionale såvel som nationale guidelines for anvendelse af smertestillende medicin forud for denne procedure. Personalet ønskede at undersøge patientens oplevelse af smerter i forbindelse med undersøgelsen, og hvorvidt der er et behov for fremtidig præ-medicinering af denne gruppe af patienter samt overensstemmelse af smerteop-

levelsen og patientinformationen forud for undersøgelsen.

Resultaterne viste, at andelen af patienter, der oplevede "ingen eller milde smerter" var 83 % (CI; 67:93). Forskellen mellem grupperne med ingen eller milde smerter (VAS $\leq$ 5) og stærke smerter, var signifikant ($p < 0.05$). Overensstemmelse mellem smerteoplevelsen og information givet forud for undersøgelsen var 73 % (CI; 56:85).

Andelen af patienter, der foretrak smertestillende forud for en ny undersøgelsen var 20 % (CI; 9:36), hvilket var signifikant sammenlignet med den store gruppe, som ikke fandt det nødvendigt. Andelen var dog højere end forud estimeret. Der blev ikke fundet sammenhæng mellem smerteoplevelsen, alder og antallet af biopsier.

Konklusion på undersøgelsen viste, at flere patienter end forventet ville fortrække smertestillende forud for en eventuel gentagelse af undersøgelsen. Overordnet scorede patienterne graden af smerter i forbindelse med undersøgelsen, som relativ lav (mean VAS score = 2.2). Der er høj overensstemmelse mellem den information og patienternes oplevelse af undersøgelsen.

Resultaterne af dette studie har ikke givet anledning til ændring af proceduren, men flere studier er nødvendige hvad angår informationen, som gives forud for undersøgelsen hvad angår ubehaget under undersøgelsen.

Men også andre kræfter bidrog til at sætte Skejby Sygehus på den internationale scene. Hy-

Æresmedlem af DUGS – Gunnar Lose

Generalforsamlingen den 9. januar 2009 besluttede at udnævne professor, overlæge, dr. med. Gunnar Lose til æresmedlem af selskabet. Alle, der har fulgt med i udviklingen af dansk urogynækologi ved, at Gunnars betydning har været kolossal. Takket være ham, er faget bragt op på dets nuværende høje stade, som også udlandet respekterer.

Ved generalforsamlingen ønskede Gunnar Lose ikke genvalg som formand for Dansk Urogynækologisk selskab. Men han har lovet redaktøren af dette blad, at han fra og med næste nummer vil redigere en klumme, hvor der bringes fagligt nyt fra den store verden. Derfor vil selskabets medlemmer og øvrige abonnenter fortsat få glæde af Gunnars store ekspertise og evne til at skelne mellem godt og skidt blandt den store mængde videnskabelige artikler inden for urogynækologien, der hele tiden udkommer.



fortsat

giejne Sygeplejerske, Elisabeth Lund fra Mikrobiologisk afdeling var specielt inviteret af European School of Urology til at holde et indlæg om præventive strategier i forhold til overvågning og håndtering af urinvejsinfektioner (UTI).

Kurset var særdeles inspirerende for vores europæiske kollegaer, og demonstrerede den igangværende debat om især den urologiske sygeplejerskes rolle i en fremtidig forebyggel-

sesstrategi i håndteringen af UTI. Foredraget var især et godt eksempel på at basale kliniske problemstillinger har store implikationer på praksis, og de afledte kliniske og økonomiske konsekvenser kan være høje.

- ^{1.} (Damm V, RN, Munk A, RN, Jensen BT. Research Nurse-MPH Department of Urology, Pedersen KV Aarhus University Hospital, Skejby, Denmark)

På vej ind i urogynækologien

"Der sad jeg så med blussende kinder og hurtig puls. Det var første gang, at jeg var med på en kongres. Om få minutter var det min tur til at betrede podiet for at præsentere det abstract, som vi havde med. Heldigvis havde jeg i løbet af dagen fået et godt indtryk af tilhørerskaren, og jeg havde hilst på mange sympatiske mennesker.

Fremlæggelsen gik godt, og der var efterfølgende flere interesserede spørgsmål. Jeg satte mig tilbage på stolen. Min vejleder smilede, klappede mig på ryggen og forærede mig en boggave med en lykønskning! I pausen var der flere danske kollegaer, der gav skulderklap, og jeg var stolt og glad.

Da vi dagen efter drog tilbage mod Danmark, var jeg fuld af energi og virkelyst. Jeg havde i 2 døgn været sammen med en flok venlige og stimulerende mennesker, der fra morgen til sen nat havde haft gang i den faglige diskussion og udvekslet erfaringer. Det var fantastisk at opleve den entusiasme og nysgerrighed, og jeg følte mig velkommen i "deres klub". Det gav lyst til at lave og opleve mere!" - Det blev siden til mange flere abstracts, posters og præsentationer!

Og hvorfor fortæller vi så denne historie? Kollegaerne i urogynækologien har rekrutteret solide kræfter gennem årene, og det er et arbejde, vi skal fortsætte. Udbuddet bliver mindre, og vi vil selvfølgelig have de bedste! Men det kræver en vedvarende indsats, og vi kan alle i den forbindelse gøre en forskel. Baseret på egne erfaringer, handler det om at blive engageret og få lov.

Vi blev prikket på ryggen af Torsten Sørensen, og det blev alt afgørende for vores videre karriere. Der kom en erfaren kollega, der kunne inspirere, vejlede og åbne døre. Som ung læge kan det være uoverskueligt selv at sætte noget i gang. Man har brug for støtte og vejledning. Muligheden for at komme med til faglige møder og kongresser er begrænset, og den unge læge har brug for hjælp. Møder og kongresser stimulerer og pirrer den faglig nysgerrighed, hvilket kan lede til nye projekter samtidig med at det giver lyst til at udvikle de faglige kompetencer.

Derudover er det en stor betydning, at vi som selskab og enkeltpersoner byder de unge velkommen i "klubben". Den sociale accept er af afgørende for om man føler sig som en del af fællesskabet.

Som vordende urogynækolog venter nye udfordringer, når kursusstillingen er i hus. Som det er i dag skal man uddannes bredt, hvilket har fordele men bestemt også ulemper. Problematisk er det mht. de operative færdigheder, idet der er en begrænset pulje af operative indgreb, og dem skal vi dele. Alle uddannes til at være "halvgode", i stedet for at optimere uddannelsen for dem, der satser på en operativ karriere. Det er typisk sidst i hoveduddannelsen, at de urogynækologiske færdigheder skal erhverves. Har man således inden hoveduddannelsen bestemt sig for en løbebane indenfor det urogynækologiske område, og evt. allerede har erhvervet sig nogle operative kompetencer – ja, så kan der sagtens gå år inden man udvikler disse evner. Det er frustrerende!

Vi vil gerne opfordre til, at vi som enkelt-

personer hjælper og gør en indsats i afdelingen for, at kursister med speciel interesse for urogynækologi får mulighed for at være en del af den urogynækologiske enhed, og at vi som fagfæller sætter på hinanden.

På længere sigt bliver det nok en nødvendighed med en subspecialisering under uddannelsen, da der bliver endnu flere kursister til at

dele færre indgreb, men den diskussion er slet ikke taget endnu.

Vi ser frem til, at vi sammen med jer fortsat kan inspirere, rekruttere og uddanne nye kollegaer og dermed sikre udviklingen af det urogynækologiske speciale.

Vesicare® solifenacin succinat 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 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, gastrointestinal obstruktive lidelse, risiko for nedsat gastrointestinal motilitet, svært nedsat nyrefunktion, moderat nedsat leverfunktion, samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer, hiatus hernie/gastro-øsofageal refluks 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 neurogen årsag til detrusor overaktivitet. Patienter med sjældne arvelige tilstande som galactose intolens, 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 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. Incidenten 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-øsofageal refluks, 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). Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr): 5 mg, 30 stk: 438,00 kr. 5 mg, 90 stk: 1253,85 kr. 10 mg, 30 stk: 542,70 kr. 10 mg, 90 stk: 1562,50 kr. (PR. D. 17.03.2009). Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. *Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Basert på produktresumé dateret d. 05.08.2008. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark eller via www.laegemiddelsstyrelsen.dk

Astellas Pharma a/s, Naverland 4, DK-2600 Glostrup.
Tlf.: 43 43 03 55. Fax: 43 43 22 24.
E-mail: kontakt@dk.astellas.com www.astellas.dk

 **Vesicare**
(solifenacin)

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

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

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d. **Søren Brostrøm**
Gynækologisk/obstetrisk afd. G
Glostrup Hospital
Ndr. Ringvej
2600 Glostrup
soren@brostrom.dk

KASSERER

Professor, overlæge dr. med.
Steen Walter
Urologisk afdeling L
Odense Universitetshospital
5000 Odense C
steenwalter@dadlnet.dk

SEKRETÆR

1. reservelæge, ph.d.
Mette Hornum Bing
Gynækologisk/obstetrisk afd.
Næstved Sygehus
Ringstedgade
4700 Næstved
mbing@dadlnet.dk
mhbi@regionsjaelland.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske **Bente Thoft**
Fortevej 100
8240 Risskov
thoft@c.dk

REDAKTØR AF DUGS NYT

Overlæge **Torsten Sørensen**
Vangen 24, Tved
6000 Kolding
torsten.soerensen@dadlnet.dk





**Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) – 5. Videnskabelige Møde
Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA) – 26th Annual Meeting
22 – 23 January 2010
Hotel Scandic, Copenhagen**



MARK YOUR CALENDAR!

- Invited key-note lectures
- Multi-disciplinary interactive sessions
- Free communications
- Nordic theses
- Hands-on workshops

DUGS-mødet afholdes på dansk.

The NUGA-meeting will be held in Scandinavian and English.

Programme and registration details will be available at

www.nuga-info.org and www.dugs.dk

Deadline for submission of abstracts and for low-fee registrations is 20 November 2009.

A NUGA-sponsored Research Grant of a sum up to 15.000 will be awarded at the meeting.

Please check www.nuga-info.org for information and deadlines.

Navnet bag et berømt kateter - Frederic Eugene Basil Foley

Det såkaldte Foley-kateter kendes af de fleste, der har med patienter med vandladningsproblemer at gøre. For i dag er dette kateter et af de hyppigst anvendte, når der skal lægges kateter à demeure. Dette er ikke uden grund, for kateteret meget velegnet til at være indlagt i blæren i flere dage. Det er nemlig forsynet med en ballon ved spidsen. Når det er anbragt i blæren, fyldes ballonen med vand, og derved forhindres kateteret i at glide ud.

Frederic Eugene Basil Foley og mange andre urologer havde allerede i 1930-erne arbejdet på at udvikle et kateter, som på en eller anden måde kunne lægges à demeure og samtidig være forhindret i at glide ud, når det først var blevet placeret i blæren. Det lykkedes at udvikle et sådant kateter i 1936, men patentet gik ikke til Foley, men til en konkurrent efter adskillige retssager. Ikke desto mindre har kateteret navn efter Foley!

Han blev født i 1891 i St. Cloud i Minnesota i USA, hvor han underviste i engelsk, inden han tog sin bachelor grad fra Yale Universitet i 1914. Efter nogle år, hvor han arbejdede på almen - og neurokirurgiske

afdelinger, fik han interesse for det urologiske speciale, som han syntes, havde gode muligheder for forbedringer. Og selv om han ikke havde nogen uddannelse inden for specialet, fik han alligevel ansættelse som urolog ved Ancker Hospital i St. Paul i Minnesota. Efter sigende skyldtes det, at administrator var lidt døv og ikke helt havde styr på forskellen mellem neurolog og urolog. I hvert fald medførte ansættelsen, at Frederic Foley blev anerkendt som urolog af American Board of Urology i 1937, selv om han



faktisk ikke havde den formelle uddannelse i specialet.

Frederic Foley var både nysgerrig og en innovator; han tænkte som en ingeniør og interesserede sig brændende for katetre. Hans spisestue var fyldt med tegninger, bøger og halvt færdige instrumenter. På komfuret stod en stor gryde med Latex, som blev brugt til at lave katetre af.

På mange områder var Foley forud for sin tid. Allerede før 1949 havde han konstrueret en artificiel sphinchter til brug for mandlige inkontinente patienter. Han lavede en model, der var meget realistisk, og demonstrerede entusiastisk sin nye sphinchter under en flyvetur på vej til et møde, ind til stewardessen venligt, men bestemt bad ham lade være.

Under et gæstebud havde Foley placeret en gine i smoking - Mr. Freely - i en afslappet stil-ling lænende sig mod et stort flygel. Ginen var udstyret med en penis med Foley's artificielle sphinchter. Og når man trykkede på en knap, kvitterede Mr. Freely halvanden ounce whisky

af god kvalitet. Efter sigende var Mr. Freely meget populær, og regningen for spiritus ved den lejlighed var større end sædvanligt, når Foley havde gæster.

Ud over at interessere sig for skotsk whisky var andejagt en anden af Foley's fritidsinteresser. Og det blev sagt, at alle hans reservelæger skulle være gode svømmere, så han ikke behøvede at anskaffe sig en jagthund.

Foley var i besiddelse af megen humor. Han døde af lungecancer i 1966; en af hans venner skrev i en nekrolog, at det var et stort privilegium at arbejde med Foley - der var aldrig et kedeligt øjeblik.

Kilder:

1. Torsten Sørensen. Personen bag navnet - Frederic Eugene Basil Foley. www.dsog.dk/arkiv.
2. William P. Mulvaney. Some memories of Frederic Eugene Basil Foley. Urology 1986;27(2):191-4.

Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

Som medlem af selskabet modtager man to årlige medlemsblade. Desuden inkluderer kontingentet deltagelse i årsmødet og tilbud om 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 interesse for selskabet og dets formål.

Henvendelse om medlemskab rettes til selskabets sekretær, 1. reservelæge Mette Hornum Bing på e-post-adressen:

mbing@dadlnet.dk

Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank

Reg. nr. 6771

Konto nr. 61 54 413



YES-0550 WWW.RELEVANS.NET



POST

B

PP

DANMARK

Til patienter med urge.

Vesicare® (solifenacin) mindsker antallet af urge episoder og giver patienterne længere tid til at nå toilettet.¹ Vesicare® kan hjælpe dem, der hele tiden er bange for at havne i en pinlig situation.



Vesicare®
(solifenacin)

REFERENCE: 1. KARAM ET AL. UROLOGY, VOLUME 73, NUMBER 1, JANUARY 2009, P. 14-18.
ASTELLAS PHARMA A/S, NAVERLAND 4, DK-2600 GLOSTRUP. TLF.: 43 43 03 55.
FAX: 43 43 22 24. E-MAIL: KONTAKT@DK.ASTELLAS.COM, WWW.ASTELLAS.DK

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