

DUGSNyt

4. årgang nr. 1. 2010



ICS OG IUGA HOLDER FÆLLES KONGRES I TORONTO 23.-27. AUGUST 2010

SE UNDER MØDER OG KONGRESSER

Leder	3
DUGS og NUGA møderne 2010.....	5
Referat fra generalforsamling.....	8
Kvalitet i urogynækologi.....	13
Gruppetræning.....	18
Betragtninger fra mødet for konti- nenssygeplejersker i DUGS-regi	20
Nyt fra Verdenslitteraturen.....	21
Nonner og jomfruer	23
DUGS info.....	28
Kommende møder og Kongresser....	29

DUGSNyt

4. årgang, nr. 1 – 2010

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ 1. reservelæge, ph.d. Mette Hornum Bing
Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Hvidovre Hospital
2650 Hvidovre

mbing@dadlnet.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Torsten Sørensen
torsten.soerensen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

500

ISSN 1903-3168



Specialeplanen 2010

Operation for urininkontinens er sparket til hjørne!

Sådan lød det efter høringsrunden i regionerne. Bedst som vi alle troede, at nu kom afgørelsen på flere års arbejde på hospitalerne, i specialerådene og i specialeselskaberne. Men nej, beslutningen vedrørende inkontinenskirurgi, som er et af de områder, der har været diskuteret allermest, blev udskudt.

Sammenligner man specialeplanen for urologi, og for gynækologi og obstetrik hedder det under beskrivelsen af hovedfunktioner hos urologerne: "Urininkontinens hos kvinder varetages overvejende i specialet gynækologi og obstetrik, men i samarbejde med urologi."

Der er ikke sammenfald af funktioner mellem de to specialer i urologernes regionsfunktioner. Når det gælder højt specialiseret funktion og urogynækologi i urologernes specialeplan er kun området fistler beskrevet og anbefalet behandlet tre steder i Danmark: "Fistler (50 pt.). Varetages i tæt samarbejde med gynækologi og obstetrik." *Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Skejby*"

I specialeplanen for gynækologi og obstetrik hedder det under hovedfunktioner for urogynækologi: "Dysfunktion af bækkenbund, skede, blære, urinrør og endetarm."

Regionsfunktionerne indeholder under urogynækologi et krav om samarbejde med specialet urologi.

Herefter listes de funktioner, der foreslås henlagt under regionsfunktioner med begrundelse i antallet af indgreb per år i Danmark:

Behandling af urininkontinens med TVT, TVT-O operationer samt bulking (1000 pt.):

Afventer yderligere vurdering.

Diagnostik og behandling af recider af uterovaginal prolaps (<300 pt.): *Herlev Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, AUH Skejby, AUH Aalborg Sygehus, Gråbrødre Klinikken*

Kolpopeksi, abdominalt eller vaginalt (< 200 pt.): *Herlev Hospital, Roskilde Sygehus, Odense Universitetshospital, AUH Skejby, AUH Aalborg Sygehus, Gråbrødre Klinikken*

Under højt specialiseret funktion anføres følgende områder samt steder, hvor funktionen tænkes varetaget: Analinkontinens i samarbejde med kirurger, gynækologer og uroterapeuter (<300 pt.):

Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Skejby, AUH Aalborg Sygehus (formaliseret samarbejde), Gråbrødre Klinikken (formaliseret samarbejde).

Fistler (ikke fysiologiske forbindelser) mellem blære og skede, tarm og skede eller blære, tarm og skede i samarbejde med kirurger og uroterapeuter (<100 pt.): *Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Skejby.*

Neurogene blæredysfunktioner (<500 pt.): *Herlev Hospital, Roskilde Sygehus (formaliseret samarbejde), Odense Universitetshospital, AUH Skejby, AUH Aalborg Sygehus (formaliseret samarbejde), Gråbrødre Klinikken.*

Smerter og irritative tilstande i skede, blære og tarm (<500 pt.): *Herlev Hospital, Roskilde Sygehus (formaliseret samarbejde), Odense Universitetshospital, AUH Skejby, AUH Aalborg Sygehus (formaliseret samarbejde), Gråbrødre Klinikken.*

Der er således taget stilling til at kvindelig

inkontinens overvejende varetages af gynækologer. Formentlig også grunden til at urologerne slet ikke har nævnt operativ behandling af kvindelig inkontinens i deres specialeplan.

At afgørelsen af om operation for inkontinens hos gynækologerne skal være hovedfunktion eller regionsfunktion **afventer yderligere** vurdering betyder for os, at stillingtagen kan have lange udsigter. I Region Midt havde man valgt den pragmatiske løsning, at tildele Skejby regionsfunktion på alle områder og indenfor inkontinenskirurgi var der efter fælles overenskomst udfærdiget samarbejdsaftaler med regionshospitalerne. I aftalerne hed det bl.a., man kun kunne oppebære sin funktion, hvis der var mindst 2 operatører, og hver operatør udførte minimum 25 indgreb per år. Disse aftaler havde flere andre regioner bedt om indblik i. Ifølge SST er kadencen nu, at de fagkyndige skal høres igen, før man vil tage stilling til, hvor inkontinenskirurgi skal ligge.

Det ligner en proces, der startes om igen.

DUGS' bestyrelse har gjort indsigelse til Sundhedsstyrelsen mod punkter i Specialeplanen. Vi har kommenteret de tiltag, der er lagt ud til privatklinikker, og specielt påpeget det uhensigtsmæssige i at nogle klinikker ikke har to speciallæger tilknyttet og ikke har formaliseret samarbejde med urologisk ekspertise.

Mange privatklinikker inkl. enkelte i offentligt regi indberetter ikke deres aktivitet til DUGA-Basen som foreskrevet. Det er problematisk i en tid, hvor man tildeler funktioner ud fra aktivitet. Den ultimative konsekvens kan være manglende tildeling af funktioner til disse klinikker.

Går alt efter tidsplanerne, SST har opstillet, vil der komme endelig stillingtagen til specialeplanen primo juni. Men der har allerede været flere udsættelser. Inkontinenskirurgi processen kan tage lang tid, inden alle er hørt – igen.

Uden at være pessimister tror DUGS ikke på specialeplanen 2010. Det bliver formentlig specialeplanen 2011, der kommer til at gælde for urogynækologi i Danmark.



Vi har ikke eneret på livskvalitet.

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

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

Johnson & Johnson
Nordic

eklund@jwilk

DUGS OG NUGA-møderne 2010 - en pakkedløsning

DUGS og NUGA møderne var i 2010 slået sammen til "en pakke" i København på Hotel Scandic d. 22.- 23. januar med ca. 250 deltagere. Mødet afholdtes startende med DUGS mødet fredag formiddag og fortsatte efter frokost til næste dags frokost med NUGA mødet.

Først om DUGS mødets program, som i år var meget kortere og mere spartansk end vanligt.

Da kommunerne pr. 1.1 2007 med kommunalreformen overtog ansvaret for finansieringen af træning og genoptræning både den almene såvel som den specialiserede del, var de vist ikke helt klar over, hvad de hermed skulle kæmpe med. Et indlæg om udflytning af ambulant genoptræning til kommunerne af fysioterapeut Ulla Due fra Hvidovre og sygeplejerske Annette Vestermark fra Hjørring belyste problematikken. En spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets 98 kommuner viste nemlig store forskelle i tilbud på hospitalerne før og efter reformen, store forskelle på kommunernes tilbud og en mangel på samarbejde tværfagligt og tværsektorielt omkring træning / genoptræning.

Der blev opfordret til yderligere diskussion i feltet om emnet samt anlæggelse af en visionsstrategi, der skulle gå ud på tværfaglig udvikling på området, mere uddannelse og kompetenceudvikling samt øget samarbejde.

Herefter var key-note speaker Dudley Robinson fra London meget konkret i sit indlæg om "Cosmetic Vaginal Surgery". Han talte om en "designer vagina", og var ikke helt sikker på, at han kunne se forskellen mellem lemlæstelse af kønsorganerne i Afrika (ved f.eks. omskæring) og "lemlæstelse" i de vestlige lande, hvor man godt

nok opererer af andre årsager, men måske med samme udkomme for patienten (følelenssættelse og infektioner o.lign.). En væsentlig forskel må dog siges at være patientens samtykke til det, der foretages. Han konkluderede derfor, at der i fremtiden må undersøges mere omkring patientens ønsker og motivering for at få foretaget sådanne ændringer, som hymenreparation og den "rigtige" vagina.

Ulrik Kesmodel fra Skejby gennemgik status og fremtid for DUGA basen på en klar og konkret måde i sit indlæg om denne. Dækningsgraden for databasen er kun 50 % og for få hospitaler indberetter til databasen. Samtidig er datakompletheden lidt for lav. Hvis ikke dækningsgraden bliver højere er " Danske Regioner " ikke tilbøjelige til at fortsætte finansieringen af databasen i 2010. De kræver en dækningsgrad på 90 %. Derfor har DUGA-basen nu iværksat nye tiltag for at gøre den mere let tilgængelig og interessant. Der vil blive lavet mangellister, justeringer af indikatorerne og nye mere spændende tilgængelige spørgeskemaer samt opstart af mulighed for at kunne trække egne data ud af databasen, hvis nogen skulle have lyst til det. Et godt indlæg om noget, som for mange er en forholdsvis tidskrævende faktor i dagligdagen. Opstramningen og de nye tiltag for DUGAbasen er dog vigtige for, at den kan blive en valid kilde til viden om vore operationer i fremtiden.

Til gengæld fra DUGSmødet var indholdet af NUGA mødet mere bredt og varieret.

Interessant og bemærkelsesværdigt var 3 områder. Daniel Altman fra Karolinska belærte os om hvordan man ved tvillingestudier kan belyse arvelighed contra miljøets indvirkning på sygdomme/

symptomer. Det handler om at sammenligne prevalensen for sygdomsforekomst hos enæggede (monocygote) tvillinger med prevalensen hos de tveæggede tvillinger (dicygote). På denne måde kan man sandsynliggøre at stressinkontinens har en arvelig komponent. Miljøkomponenten er dog større, og derfor er det fortsat vigtigt at gøre noget ved patienternes miljø, når man vil forebygge stressinkontinens. OAB kunne derimod slet ikke påvises, som arvelighedsbetinget i studierne. Interessant og brændende til mit bål om at behandlingen til denne meget uhomogene gruppe nødvendigvis må bestå af adfærdsændrende interventioner. Det var også tvillingestudierne fra Karolinska, der kunne fortælle os at kaffe og the i sig selv ikke påvirker urininkontinens i negativ retning, men snarere at det er mængden af kaffe og theen i stedet.

Jordemoder Sara Kindbergs Ph.D. afhandling fra Århus Universitet, som gennemgik perianale lacerationer set i forhold til suturteknik og

smerter hos patienterne, var et af de spændende indlæg ved NUGAmødet. Afhandlingen består af flere randomiserede kontrollerede studier bl.a. om øreakupunktur som smertelindring, og blev flot og tydeligt præsenteret. Flere suturteknikker var blevet testet og fundet ligeværdige. Overraskende nok viste et af studierne, at de fødende kvinder trods smertebehandling faktisk havde ondt ved suturering. Tankevækkende og udgangspunkt for yderligere forskning.

Peter Dwyer fra Melbourne havde en spændende key-note lecture, hvor han slog et slag for cystoskopi intra operativt. På denne måde mente han, at man skulle forebygge urinvejs- og blære perforation eller i hvert fald opdage dem intra-operativt.

Et andet, knap så empirisk, men meget fængende lille indlæg kom fra Bjørn Linstrøm fra Uppsala Universitet, der talte om "Behandling av icke bakteriell uretrit med grupp IV steroid". En lille gruppe kvinder var blevet behandlet for smerter v.h.a. af en lille nem indsprøjtning af steroider og lidokain i urinrøret med en "sprutte", og så var den hjemme. En nem lille behandling, som kvinderne endda vil kunne gøre selv på sigt. Det kunne være interessant at kigge mere på det. Lige et projekt til en af vore danske kontinenssygeplejersker?

Der blev ved møderne uddelt en del priser. Sara Kindberg fra Århus Universitet modtog IUGA-prisen for sin Ph.D. afhandling med titlen "Perineal lacerations after childbirth. Studies within midwifery practice on suturing and pain relief".



Ulla Darling til venstre og Annettemette Lykkebo ved årsmødet

Ulf Ulmsten-prisen, der gives til en ung forsker, tilfaldt i år Daniel Altman fra Karolinska for hans interessante tvillingestudier, der skulle belyse "Ärftlighetens betydelse för utvecklande av bäckenbottensjukdom".

Posterprisen fik Marion Ek, også fra Karolinska Institut i Stockholm, for en poster om studiet: "Effects of anterior trocar guided transvaginal mesh surgery on lower urinary tract symptoms".

Så vidt om indholdet af pakken. Tilbage nu kun at nævne noget om indpakningen.

Hotel Scandic var vel OK (men i hvert fald ikke noget særligt). Det kunne jo godt være, at man som kursUSDeltager ved en konference af den størrelse kunne forvente, at hotellet ofrede en lille blok papir til deres kunder, så man med en af reklamekuglepennene fra de 40 udstillere kunne have taget en smule noter, hvis man havde lyst. Og hvis der var skiftende dårlig belysning eller problemer med strømhovedkablet, der på flere tidspunkter resulterede i afbrydelse af strømmen til foredragsholderens powerpoints, kunne man så ikke forvente, at der var en ansvarlig handyman/kvinde tilstede under foredragene til at hjælpe? Heldigvis var deltagerne selv hurtige og effektive til at arrangere sig eller løbe efter hjælp.

Om gallamiddagen skulle betegnes som indpakning eller indhold ved jeg ikke, men ihvertfald ved jeg, at det var rigtig sjovt og en forholdsvis succes. Maden var fin, og tjenerne kan man ikke klandre for at være kedelige. Overtjener Francois og hans 3 tjenerelever, der lavede fis, var sjove og lige tilpas. Musikken var super, så her ihvertfald flere roser fra mig til arrangørerne af denne aften end til hotellet.



Formand for DUGS Susanne Axelsen ved årsmødet

Overordnet synes jeg, at jeg som sædvanlig ikke ville have undværet møderne. Om ikke andet kan man altid tage den net-working, diskussionen og inspirationen, der opstår ved møderne, med sig hjem.

Næste år foregår NUGA mødet i Bergen og DUGS mødet som sædvanlig her i Danmark et sted, og det kan man kun glæde sig til!

Referat fra ordinær generalforsamling i Dansk Urogynækologisk Selskab. Fredag den 22. januar 2010 kl. 17.00, Hotel Scandic, København

Der refereres til dagsorden i henhold til vedtægterne:

Valg af dirigent

Torsten Sørensen (TS) blev enstemmigt valgt til dirigent af generalforsamlingen. TS erklærede generalforsamlingen for lovlig og rettidig indkaldt i henhold til vedtægterne.

1. Formandens beretning

Susanne Axelsen (SA) formand for DUGS bød velkommen til generalforsamlingen. Og indledte med at gratulere DUGS med den første halv-runde fødselsdag-5 år! "DUGS er på relativ kort tid vokset til et solidt tværfagligt selskab med en bred palet af aktiviteter såvel videnskabelige som uddannelsesmæssige"

NUGA mødet var i år berammet til at blive afholdt i København og DUGS bestyrelse fandt det fordelagtigt, at forene disse to begivenheder, som ofte har sammenfald hvad angår postere, foredrag og deltagere. DUGS mødet blev således integreret med NUGA og denne fælles nordiske begivenhed formåede i år at tiltrække 129 DUGS medlemmer samt 40 udstillere.

Bestyrelsen 2009-2010

Der har i år været afholdt 4 møder i Odense, hvor der arbejdes intensivt. Der efterspørges dog fortsat en øget interesse fra urologernes side! DUGS vil i det kommende år søge optagelse i Dansk Medicinsk Selskab (DMS), idet vi efter 3 år med

fast afholdelse af årsmøde med videnskabeligt indhold således opfylder kriterierne for optagelse. DUGS vil gennem DMS kunne opkræve medlemskontingent samt modtage bidrag til f. eks udenlandske foredragsholdere.

Arbejdsgrupper under DUGS

Spørgeskemagruppen v. Martin Rudnicki (MR) har på arbejdsgruppens vegne udtalt, at der fortsat resterer opgaver, som bør løses hvorfor bestyrelsen gør opmærksom på, gruppen konverteres til et stående udvalg i henhold til vedtægterne.

Kursusudvalget under DUGS

Kursusudvalget har i det forgangne år med stor succes afholdt temadage for henholdsvis kontinenssygeplejersker og "state-of-the-art anno 2009" for medlemmer, som interesserer sig for prolaps kirurgi. Der er allerede nu planlagt titler på en kursusrække i foråret. Kontinenssygeplejerskerne inviteres på ny til temadag den 26 februar. Urogynækologerne indbydes i april til temadag vedr. kvalitet i "urogynækologi".

DRG-kodning og SST

Bestyrelsen er blevet opmærksom på, at DRG taksterne for inkontinenskirurgi er ændret pr. 01.01.2009. DUGS har overfor SST påpeget det u hensigtsmæssige i at indgrebene er grupperet som mindre gynækologiske indgreb uden mulighed for tillæg af bi-diagnoser. SST har på baggrund af denne henvendelse åbnet mulighed

Spasmo-lyt® Depot Trospiumchlorid



Gør hverdagen lettere...

Nyt præparat til behandling af
patienter med overaktiv blære

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

Vil du vide mere?

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

MEDA

SPASMO-LYT DEPOT

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

af prokinetiske stoffer (f.eks. metoclopramid). Da trospiumchlorid kan påvirke den gastrointestinale motilitet og secerneret, kan det ikke udelukkes at absorptionen af andre samtidigt administrerede lægemidler kan ændres. En hæmning af absorptionen af trospiumchlorid med aktive stoffer som guar, cholestyramin og colestipol kan ikke udelukkes. Derfor anbefales samtidig administration af lægemidler indeholdende disse aktive stoffer med trospiumchlorid ikke. **Bivirkninger:** Meget almindelige: Mundtørhed. Almindelige: Tørre øjne, dyspepsi, forstoppelse, forværring af forstoppelse, mavesmerter, udspilet mave, kvalme, tørhed i næsen. Ikke almindelig: Flatulens. Sjældent: Asteni, miktionsforstyrrelser, urinretention, udslet. Meget sjældent: urinvejsinfektion, hovedpine.

Udlevering: B – alment tilskud. Priser og pakninger: 60 mg depotkapsler, 28 stk. kr. 308,30. Ekskl. recepturgebyr. Priserne er gældende per 3. maj 2010. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Madaus GmbH, 51067 Köln, Tyskland

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

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

for ændringer og ønsker et fremtidigt samarbejde om kvalificering af kodningen generelt. SA opfordrede medlemmerne til at melde sig til en arbejdsgruppe, som hun selv tilbød at være tovholder på.

Hindsgavl grupperne

Arbejdsgruppernes indsats og status anno 2010 blev resumeret.

DUGS-Nyt

TS har fortsat ansvaret for DUGS-Nyt, hvilket bestyrelsen er glad for. Produktionen blev sidste år flyttet til Kolding, som absolut er et konkurrencedygtigt alternativ.

DUGA

Duga-databasen udvikler sig og vi må lære at elske den, som den er....Den bestyres fortsat af Ulrik Kesmodel (UK), Gynækologisk/ Obstetrisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby. UK arbejder ihærdigt på relevante ændringer af databasen i forhold til givne krav. Men der er fortsat plads til forbedringer bl.a. med diskussion og afstemning af indikatorerne for standarderne.

IUGA / ICS

Freden består fortsat over ICS. Søren Brostrøm er af IUGA valgt til Treasure Secretary-elected for 5 år. Vi er således flot repræsenteret og meget stolte af Søren! SA afsluttede med at sige tak for et godt år i DUGS!

IUGA Prisen 2010

Prisen blev tildelt Jordemoder Sara Kindberg, Århus Universitetshospital, Skejby med baggrund i

en enestående afhandling omkring fødselslæsioner: "Perineal lacerations after childbirth". Prisen blev overrakt af Formanden og Kasseren. Stort tillykke til Sara!

2. Beretning fra arbejdsgrupper og udvalg

Spørgeskemagruppen v/Martin Rudnicki(MR)

MR redegjorde for spørgeskema- gruppens arbejde samt processen og én artikel er på vej i ACTA på arbejdsgruppens vegne. Der refter fortsat opgaver, som bør løses, hvorfor MR erklærede sig enig i gruppen bør konverteres til et stående udvalg i henhold til vedtægterne.

Kursusudvalget v/Marianne Glavind (formand) (MG)

MG orienterede om årets aktiviteter samt titler på kommende kurser, som allerede er planlagt for det kommende år. De afholdte kurser trak fulde huse, 60 kontinenssygeplejersker deltog i forårets temadag og hele 80 urgynækologer var tilmeldt prolaps kurset i April.

Kursusudvalget består af Lars A. Møller, Heidi Christensen, Eva Kleberg Andersen og Berit Larsen (på valg se nedenstående). Kursusudvalget fremsatte ønsker om øget kapacitet.

Dugs-Nyt

TS, Produktionsleder for DUGS-NYT, berettede DUGS-NYT nu er et respektabelt tidsskrift, og vi er nu registreret i internationale databaser med eget ISSN-nr. Herudover har TS oplevet, annoncerne tager DUGS mere seriøst end tidligere. Endelig opfordrede TS medlemmerne til at bidrage med indlæg i det kommende år.

3. Kassereren fremlægger det reviderede regnskab til godkendelse

Kasserer Steen Walter fremlagde års-regnskabet, som netto præsenterede sig med et minimalt underskud på 24.000 kr. med saldo pr 31.12.2009 på plus 313.000 kr. Regnskabet blev godkendt af generalforsamlingen.

4. Kassereren fremlægger forslag til budget og kontingent for det følgende år

DUGS har haft indtægter fra 110 medlemmer, som hver har betalt 100 kr. Taksten for firmaer er sat til 1500 kr. Det blev forslået at forsætte med samme takst for de respektive. Opkrævningerne vil fremover gå via DMS.

5. Valg til bestyrelsen

To bestyrelsesmedlemmer var på valg; henholdsvis Bente Thoft Jensen og Mette Bing. Kun Mette Bing ønskede genvalg. Bestyrelsen foreslog kontinenssygeplejerske Annette Vestermark som repræsentant for MVU'erne i bestyrelsen. Dirigenten konstaterede, der var 2 kandidater til to poster, som blev erklæret for henholdsvis genvalgt og valgt. Kandidaterne modtog valget. Bestyrelsen vil konstituere sig på først kommende bestyrelsesmøde. Bestyrelsen anno 2010 består således af:

Formand

Ledende Overlæge Ph.d. Susanne Axelsen. Gynækologisk/ Obstetrisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby

Medlemmer

Professor Dr. Med Steen Walter, Urologisk afdeling Odense Universitetshospital

Overlæge Ph.d. Søren Brostrøm (SB), Gynækologisk/ Obstetrisk afdeling, Herlev Hospital.

1. reservelæge Ph.d. Mette Bing, Gynækologisk/ Obstetrisk afdeling, Hvidovre Hospital
Kontinenssygeplejerske Annette Vestermark Urologisk afdeling, Sygehus Vendsyssel

(6. Valg af formand (Udgår SA valgt 2009))

7. Valg til udvalg

Kursusudvalget ønsker at ekspandere og Thomas Larsen blev forslået som nyt medlem. Det øvrige kursusudvalg blev genvalgt.

Spørgeskema-gruppen som består af MR, Karl Møller Bek, Karin Glavind, Lars Alling Møller og Lone Mouritsen blev af generalforsamlingen godkendt til et stående udvalg. SB opfordrede udvalget ligeledes at ekspandere med endnu et medlem. SB foreslog Fysioterapeut Ulla Due.

8. Valg og revisor og revisorsuppleant

Ingen ændringer i forhold til tidligere år. Revisor Morten Thyge Madsen samt revisor suppleant Ole Nielsen blev genvalgt

9. Indkomne forslag

Ingen

10. Eventuelt

Dirigenten takkede for god ro og orden og gav herefter ordet til SA, der konkluderede det var et nemt selskab at lede og takkede for det gode samarbejde i bestyrelsen.

Fredag d. 9. april 2010 afholdte DUGS kurset "Kvalitet i urogynækologi". Der mødte i alt 34 deltagere op. Det er færre end de tidligere år, men DUGS havde i samråd med sponsorerne besluttet at afholde kursudagen alligevel til glæde for os tilstedeværende.

Marianne Glavind bød velkommen på kursusledelsens vegne samt indførte os i praktisk fif til brug ved indtastning i DUGAbasen. Målet i DUGAbasen er en dækningsgrad på 90 % og datakomplethed på 80 %. Hun gjorde os opmærksom på, at det er vigtigt at lukke et forløb – både af hensyn til registreringen og fordi andre afdelinger ellers ikke kan åbne nye forløb. Derudover anbefalede hun at læse afsnittet på DUGAbasens hjemmeside om "Dugabase: kom godt i gang". Som nogen nyt kan man udarbejde rapporter fra de enkelte afdelinger som en lokal kvalitetsopgørelse.

Første oplægsholder Mette Juhl fra Institut for Folkesundhed havde desværre måtte melde afbud med kort varsel. Hendes indlæg om "Hvad er evidens" overtog Ulrik Kesmodel fra Skejby Sygehus. Han gennemgik de grundlæggende 4 studiedesign:

1. Kohortestudier
2. Case-kontrol studier
3. Randomiserede forsøg
4. Tværsnitsstudier

Herefter fulgte en grundig gennemgang af mulige fejlkilder:

Systematiske fejl - confounding, Selektionsbias, Informationsbias.

Tilfældige fejl – type 1 og 2 fejl

Projekter ud fra data i DUGAbasen vil være kohortestudier med Evidensgrad 2b.

Der er aktuelt planlagt to forskningsprojekter med udgangspunkt i DUGAbasen. Begge projekter blev præsenteret. Lasse Råberg præsenterede sit studie udgående fra den udvidede version af DUGAbasen med data fra årene 2006 og 2007. Formålet med studiet er at sammenligne sammenhængen mellem henvisning og fund samt måle behandlingseffekten. Data er ikke endeligt gjort op, men de præliminære data viser, at der er ringe sammenhæng mellem henvisninger og fund, og at der ved visse typer af "celer" er en høj forekomst af anal inkontinens.

Det andet projekt, som blev præsenteret, er et ph.d. projekt med afsæt i DUGAbasen med fokus på symptomer før og efter operation for inkontinens og prolaps. Derudover en analyse af medicinforbrug og sygefravær ligeledes før og efter disse operationer. Projektet udføres af Rikke Guldberg med bl.a. Ulrik Kesmodel og Søren Brostrøm som vejledere.

Efter en kaffepause med besøg på sponsoernes stande, var Ulrik Kesmodel på igen. Denne gang med status fra DUGA-basen. Ulrik oplyste om, hvad DUGAbasen kan bruges til: kobling med andre databaser på baggrund af CPR-numre samt deskriptive og analytiske studier. Den udvidede version af DUGAbasen indeholder bl.a. omlysninger om menopause, brug af lokal østrogen og seksualliv.

Ved ønske om adgang til data skal man sende en ansøgning på ca. 1 A4-side til styregruppen. Ansøgningen skal omfatte en variabeliste, tabeller der ønskes udført, tidsperiode og geografisk område. Jesper Kjær Hansen fra Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser, Odense Universitetshospital, Sdr.

Boulevard 29, indgang 101, 4. sal, 5000 Odense C kan kontaktes ved behov for yderligere information/hjælp.

Ulrik Kesmodel understregede vigtigheden af at rapportere til databasen. Hvis ikke dækningsgraden og datakompletheden når målet med hhv. 90 og 80 % dækningsgrad for indikatorerne, kan vi risikere, at det økonomiske grundlag fra Regionerne fjernes. De vigtige indikatorer for patienter som er opereret er: ventetid, patientens vurdering af succes, obstruktion efter operation, prolapsgrad efter operation (kan gøres som telefoninterview, hvis der ikke rutinemæssigt foretages ambulant kontrol) samt vurdering af, om der fortsat er et behandlingsbehov efter operationen. Han oplyste desuden, at der arbejdes på fremadrettede indikatorer bl.a. recidiv registrering samt direkte udtræk af data fra egen afdeling.

Susanne Axelsen gennemgik Sundhedsstyrelsens rapport om "Inkontinensbehandling i Danmark" som omfatter forløb hos egen læge og forløb på hospitaler. Færre afdelinger end tidligere (42 imod 77) foretager inkontinenskirurgi. Der foretages aktuelt ca. 1500 operationer for inkontinens om året. Hospitalerne følger de nationale retningslinjer fra DSOG men primærsektoren lever ikke op til Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledninger, knap 50 % havde udført Væske-Vandladnings Skema forud for henvisning til sygehus. Rapporten anbefaler, at der stilles større krav til udredning inden henvisning, samt at kvinder med urininkontinens henvises til gynækologer. Desuden anbefales en samlet kirurgisk aktivitet på færre afdelinger.

Astrid Ammendrup gennemgik sit netop forsvarede ph.d. projekt om kvaliteten af inkon-

tinenskirurgi i Danmark. Hun havde bl.a. set på effekten mellem høj og lav volumen af inkontinensoperationer og fandt, at der findes en forskel i forhold til afdelinger med færre end 10 indgreb om året. Hun så også på korttids komplikationer: 11 % havde mindst én komplikation, overvejende urinretention og cystitis. 6 % fik foretaget re-operation, oftest løsning af slynger eller rømning af hæmatom. Og vigtigt: så var der ingen dødsfald efter operationerne. 81 % af kvinderne ville anbefale operation til andre. Desuden havde hun gennemført en spørgeskemaundersøgelse rettet til de hospitals afdelinger, som udfører inkontinenskirurgi. Kun hver 4. operatør udførte mere end 25 indgreb om året og der anvendtes 6 forskellige TVT-slynger og 4 forskellige TVT-O.

Gunnar Lose indførte os i hvordan nye produkter – medical devices – håndteres med CE mærkning, som foretages af Dansk Standard (DS) som er et bemyndiget organ under Lægemiddelstyrelsen. Medicinsk udstyr klassificeres i henhold til risiko (I-III). Implantaterne som bruges indenfor urogynækologi ligger i gruppe IIb. Han gjorde opmærksom på, at erosioner ikke indberettes af hverken læger eller fabrikanten, hvilket er et reelt problem, da Lægemiddelstyrelsen ikke selvstændigt udfører tilsyn.

Han opfordrer alle urogynækologer til at ændre attitude og kræve dokumentation for et nyt produkt og afvise at bruge det, hvis der ikke foreligger studier eller at indgå i et studie, så det bliver belyst. Så husk at rapportere komplikationer! Gunnar Lose lovede at udarbejde et skriftt omhandlende netop etik og indførelse af nye devices. Det vil blive bragt i DUGSNyt ved en senere lejlighed.

Til
overaktiv
blære⁽¹⁾

 **Toviaz[®]**
Fesoterodin

LEV LIVET

Pfizer

Se produktinformation på side 16

Forkortet produktinformation for Toviaz® (fesoterodin). Depottabletter 4 mg og 8 mg.

Indikationer: Behandling af de symptomer (hyppig vandladning og/eller imperiøs 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 snærvinklet 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 forud bestående hjertekarsygdomme, gastro-oesofagal reflux og/eller samtidig indtagelse af lægemidler, der kan forårsage eller forværre oesophagitis, reduceret gastrointestinal motilitet, autonom neuropati, velbehandlet snærvinklet 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, diarré, 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, udslæt, 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.

nen 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, diarré, 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, udslæt, 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. 3. maj 2010:

Vnr	Lægemiddelform og styrke	Paknings- størrelse	Pris
11 67 05	Depottabletter 4 mg	28 stk	515,95
11 66 94	Depottabletter 4 mg	84 stk	1.543,40
11 67 16	Depottabletter 8 mg	28 stk	515,95
11 67 27	Depottabletter 8 mg	84 stk	1.543,40

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 29. juli 2009. Produktresumét kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Laurupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. (TOVI 016 ASmPC V4.0 9Sep2009.doc)

Ref. 1. Toviaz® (fesoterodin) SmPC.

Lars Alling Møller talte om livskvalitet i almindelighed og urogynækologisk sygdom i særdeleshed. Livskvalitet er et kompleks begreb omfattende abstrakte aspekter såsom well-being, lykke og "meaning". I opfattelsen af urogynækologisk sygdom er det vigtigt at sonde mellem forekomsten af symptomer og negativ påvirkning af livskvaliteten. Livskvaliteten måles ofte i det fysiske domæne (hyppighed, sværhedsgrad, begrænsninger, motion, social relationer) resp. psykiske domæner (selvværd, velvære, selvopfattelse, energi).

For at kunne bruge livskvalitet som videnskabeligt værktøj er det vigtigt at foretage både en validering og en angivelse af metodens præcision. Eftersom dette er meget omstændeligt, kan man anbefale at benytte allerede validerede og testede spørgeskemaer.

Karin Glavind gennemgik udvalgte spørgeskemaer om symptomer og livskvalitet: *ICIQ*, *Pelvic floor distress inventory* og *Pelvic floor impact questionnaire*. Ved anvendelse af validerede spørgeskemaer sikres en standardiseret samling af data og mere sammenlignelige studier. Karin rundede af med at indlede en spændende debat om efterkontrol. Der praktiseres forskellige regimer rundt om i landet på de forskellige afdelinger: nogle har ingen kontrol, nogle har klinisk kontrol og andre har telefonkontrol opfulgt af klinisk kontrol ved komplikationer.

Til slut skal der lyde en stor tak til sponso-
rerne. Uden jeres støtte var sådan en dag ikke mulig.

Næste kursus afholdes 1. april 2011 med emnet Uro-obstetrik. Vel mødt!

GUIDELINES VED URININKONTINENS

Guideline-gruppen "Avanceret udredning af urininkontinens" under Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) kommer snart med udkast til guideline.

Gruppen består af Gunnar Lose, Lene Paulsen, Helga Gimbel, Christina Sørensen, Susanne Greisen og Mette Hornum Bing.

Udkastet kan ses på DUGS's hjemmeside (www.dugs.dk) fra ca. 7. juni og fremtil 30. juni – og er åbent for kommentarer i denne periode.

- af overaktiv blære hos voksne

Hvordan hjælper vi i kontinenssygeplejen
patienter med OAB?

Overaktiv blære syndrom i form af hyppig uop-sættelig vandladningstrang og urininkontinens udgør et sundhedsproblem for mange kvinder, som kommer i urogynækologien idag. I en rundspørge blandt 69 kontinenssygeplejersker svarer 100 %, at der i dag ikke tilbydes blæretræning efter kliniske retningslinier til patienter med overaktiv blære syndrom. Patienterne tilbydes ofte en farmakologisk behandling samt en sporadisk træning nogen gange uden follow up (DUGS Sygeplejekonf., Ørestaden, 2009). I kontinenssygeplejen er der ofte ikke tid/ressourcer til at undervise patienterne tilstrækkeligt, og støtte dem flere gange i form af fremmøde og gennemgang af blæretræning¹.

Det vil være betydende for den urogynækologiske klinik at kunne tilbyde en formaliseret blæretræning til kvinder med overaktiv blære syndrom, fordi det vil være omkostningsbevidst og måske endda givende for livskvaliteten og rehabiliteringen at kunne tilbyde denne som gruppetræning i stedet for som individuel træning.

Kontinenssygeplejen har dog ikke empirisk viden nok til at kunne tilbyde gruppeundervisning i stedet for den idag konventionelle individuelle blæretræning. Derfor er det af betydning at afprøve om gruppeundervisning giver samme udbytte som individuel undervisning hos disse patienter.

Har gruppeundervisning af overaktiv blære syndrom endda bedre effekt end individuel træning og hvilken form for indhold skal der være i træningen?

Kan patienterne lægge kortene på bordet om det tabubelagte emne og få udbytte af træningen selvom der er andre patienter i gruppen? Måske støtter gruppen bedre hinanden i træningen?

Dette har mundet ud i et forskningsprojekt, der muligvis kan kaste lys over dette spørgsmål, med titlen: *Et klinisk, randomiseret, komparativt, ikke blindet studie til afprøvning af effekten af blæretræning i grupper hos kvindelige patienter med overaktiv blære syndrom mod effekten af blæretræning individuelt hos kvindelige patienter med overaktiv blære syndrom.*

90 kvindelige patienter med OAB skal undervises på klinikkerne efter blæretræningskonceptet af 3 omgange udover selvtræning derhjemme i ialt 2 måneder. Halvdelen bliver tilfældigt tildelt undervisning sammen med kontinenssygeplejersken alene, og den anden halvdel sammen i en gruppe af 4 patienter med kontinenssygeplejersken. Der undervises med powerpoints og interaktiv undervisningsform omkring patienternes egenopfattelse, livsstil og hvad de selv kan gøre for at afhjælpe symptomerne samt med et dagligt blæretræningsskema. End points er urgency frekvens, urgeinkontinensfrekvens og livskvalitet ud fra validerede skemaer taget fra DUGS' hjemmeside, som spørgeskemagruppen i DUGS anbefaler.

Der deltager fem urogynækologiske klinikker fra Skejby, Viborg, Glostrup, Sønderborg og Kolding hospitaler med ialt 10 kontinenssygeplejersker som undervisere.

På Skejby Urogynækologiske Klinik er det kontinenssygeplejerskerne Kirsten Kaysen, Hanne Gravgård og Sus Rasmussen der arbejder med projektet. I Viborg kontinensklinik styrer kontinenssygeplejerske Klaus Rasmussen og Else Jakobsen arbejdet. På Glostrup, Gynækologisk ambulatorium, arbejder Marianne Iversen og Karin Poulsen med studiet.

I Kolding er Urogynækologisk Klinik med kontinenssygeplejerskerne Lise Bentien og Heidi Thomsen drivkraften bag studiet og i Sønderborg Gynækologisk Klinik er kontinenssygeplejerske Lisbeth Freiberg drivkraften bag studiet støttet ikke mindst af kvalitets- og udviklingssygeplejerske Annie H. Mathiesen, som endda har sørget for en bevilling på 10.000,- kr. til støtte internt til projektet i Sønderborg.

Protokollen er en del af et masterprojekt fra Århus Universitet og startede i nov. 2009. Det er støttet af Novo Nordisk Fonden med 76.900,- kr. og godkendt af Videnskabs Etisk Komite. Studiet forventes færdigt i slutningen af 2010 og resultatet kan danne grundlag for en klinisk retningslinje i blæretræning af OAB patienter.



Den lille "blæretræner" er projektets logo og er tegnet af Gitte Skovgård Jensen fra Skejby Informationsafdeling og præger både blæretræningsskemaerne og al infomateriale i studiet.

Spørgsmål ang. projektet kan rettes til projektleder, kontinenssygeplejerske og masterstuderende Mette Hulbæk, e-post: mh@klifo.dk / tlf. 22 14 59 89

¹Blæretræningen består af de 3 indgående elementer (Wallace et al. 2004).

- Patientuddannelse- dette indebærer ofte information om blærens anatomi/ fysiologi og om hvordan kontinens bevares eller genskabes(livsførelse)
 - Skemalagte vandladninger – et skema for hvornår patienten bør tisse. Dette kan være fastlagt eller fleksibelt for at imødekomme patientens behov for at mindske vandladningsfrekvensen. Formålet er ofte at der skal være 3-4 timer mellem vandladningerne
 - Positiv opmuntring- fysisk support og opmuntring som oftest bliver givet af sundhedspersonale
- Wallace Sheila, A., Roe, B., Williams, K. & Palmer, M. 2004, **Bladder training for urinary incontinence in adults**, Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.

Nogle betragtninger fra mødet for kontinenssygeplejersker i DUGS-regi den 26/2-2010

Der var ca. 60 deltagere og et spændende program, der omhandlede kateterpleje og inkontinens i primær sektoren om formiddagen og seksualitet om eftermiddagen.

Foredragsholderne var: Kontinenssygeplejerske Margrete Abiltz (fra det forebyggende team i Rudersdal) og Sus Rasmussen (fra urogynækologisk klinik, Skejby). Sygeplejerske og sexolog Gitte Vittrup (gyn.afd. Vendsyssel og Jysk sexologisk klinik, Randers).

Desværre kom jeg for sent til kateterbehandling pga. tog-forsinkelse, så jeg hørte ikke indlægget, men evalueringerne er meget blandede. Nogle synes det var lærerigt og spændende, andre synes det var for basalt, men det er jo altid svært at dække alles behov; mødet skulle jo gerne være et forum til inspiration og erfaringsudveksling.

Emnet om inkontinens behandling i hjemmeplejen var meget interessant, man var gået ud i hjemmet hos patienter med ble-bevilling for at undersøge om man evt. kunne hjælpe dem til at undgå bleer, eller evt. få en mindre størrelse. Det viste sig, at mange patienter aldrig var blevet udredt eller undersøgt, så mange patienter kom af med deres ble, og andre kunne gå flere størrelser ned. Dette betød meget for disse patienters livskvalitet. Nogle kunne også lære at Rikke. Der var også forskellige evalueringer, men de fleste synes det var et relevant emne.

Indlægget omkring seksualitet var meget spændende og relevant, da netop dette emne tit forbigås. Den "seksuelle trekant" blev gennemgået: dvs. give patienten "tilladelse" til at tale om sin seksualitet, evt. give små råd, evt. give mere avanceret råd, evt. henvise til nogle,

der ved noget mere om emnet. Men det vigtigste budskab var: TAL MED PATIENTEN OM SEX, da de fleste patienter har brug for dette! Det gælder både læger og sygeplejerske. Der blev brugt mange fine plancer, og vi så diverse hjælpemidler; der var dialog med salen.

Forskningen omkring seksualitet og prolaps og inkontinens blev også gennemgået, der foreligger ikke meget forskning omkring dette emne, men Helga redegjorde meget fint om det. Ofte er det mest smerter der er blevet spurgt om, ikke meget med lyst eller orgasme eller andre ting. Evalueringen omkring seksualitet var meget positive, folk synes de fik noget med hjem. Ville dog gerne have flere kliniske eksempler.

Generelt er alle positive og ønsker gerne at fortsætte med disse møder, nogle nævner at man kan veksle med stedet, da det for nogle er langt væk, der er lidt dårlige spise faciliteter, man må stå op.

Alt det deltagere har kommenteret på, vil kursusledelsen tage med i deres overvejelser vedr. et evt. næste møde.

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
udkommer primo december 2010

Manuskripter indsendes til:
torsten.soerensen@dadlnet.dk
senest 10. november 2010

I januarnummeret af Journal of Urology blev det hidtil største materiale (n=77) publiceret vedrørende kirurgisk behandling af patienter med recidiv efter kirurgisk behandling med midt-urethral slynge (1).

Det første arbejde vedrørende kirurgisk recidivbehandling efter TVT blev publiceret i 2002 (2 cases). Siden er der offentliggjort en række mindre serier med relativ få cases. Ud over det aktuelle arbejde fra Journal of Urology har Acta Obstet & Gyn netop publiceret en undersøgelse vedr. kirurgisk behandling af 60 kvinder med recidiv efter TVT (2). Selv om det naturligvis er problematisk at sammenligne primær operation med recidiv operation, da populationerne er forskellige mht. alder, symptomatologi, tidligere antal gynækologiske operationer, urodynamiske parametre som urethral tryk osv., synes der dog at kunne drages nogle forsigtige konklusioner.

1. Helbredelsesprocenten efter midt-urethral slynge nr. 2 er reduceret (i det australske arbejde til 62% versus 86% efter primær operation).
2. Retropubisk approach synes at være mere effektiv sammenlignet med transobturator-teknikken (71% versus 48% i det australske arbejde).
3. Hyppigheden af de novo urgency er signifikant øget efter 2. operation (15-30%).
4. Nogle undersøgelser viser, at den peroperative komplikationsrate er højere f.eks. i form af perforation af urinvejene.

Vi må forvente et øget antal recidiver efter TVT og TVT-O fremover, og i den forbindelse rejser en række spørgsmål: 1) i hvilken udstrækning får disse patienter behov for reoperation? og 2) hvilken type slynge bør anvendes?

Patienterne bør naturligvis gennemgå et nøje udredningsprogram for at afsløre den til grundliggende årsag, idet recidiv kan skyldes urgency inkontinens og detrusor overaktivitet. Man kan heller ikke udelukke, at nogle patienter har recidiv pga. overløbsinkontinens. Det er veldokumenteret, at midurethral slynger har en vis obstruktiv effekt (nedsætter max. flow). Det er derfor vigtigt, at disse patienter bliver nøje udredt inklusiv invasiv urodynamik. Det vil være relevant at overveje simple tiltag som livsstilsændringer, bækkenbundstræning og/eller farmakologisk behandling før evt. re-operation.

På basis af den foreliggende litteratur synes TVT at være den mest effektive metode, hvis man vælger at udføre en ny midt-urethral slynge. I den forbindelse må man stille spørgsmålet, hvor mange slynger kan man anlægge?

Et nyt studie har undersøgt de histologiske fund efter brug af knyttet monofilamentær polypropylen (3). Dette studie viser, at polypropylene ikke er så inaktiv som tidligere antaget. Ca. 14 % der fik indopereret polypropylen udviklede udtalt fibrose (sclerose) omkring implantatet. Der er derfor ingen tvivl om, at såfremt man indopererer en ny slynge, vil man øge risikoen for komplikationer pga. den "store" mængde polypropylen.

På basis af den foreliggende litteratur er det vanskeligt at vurdere, hvor besværlig de novo ur-

gency og urge inkontinens er at behandle hos patienter, der får anlagt en ny midurethral slynge. Der er dog næppe tvivl om, at det vil blive en betydelig udfordring at hjælpe disse patienter, og det er vigtigt at notere sig, at patienterne bør informeres om den betydelige risiko, hvis reoperation kommer på tale.

Et andet spørgsmål er, hvor recidivpatienterne skal udredes og behandles? Specialeud-

meldingen er endnu ikke klar vedr., hvor TVT og TVT-O skal udføres, og recidiv af inkontinens omtales ikke, hvad Sundhedsstyrelsen er blevet gjort opmærksom på. Forhåbentlig kommer der snart en klar udmelding, vedr. disse patienter, ligesom det er sket for recidiv prolaps.

Litteratur:

1. Stav K, Dwyer PL et al. Repeat Synthetic Mid Urethral Sling Procedure for Women With Recurrent Stress Urinary Incontinence. J Urol 2010; 183: 241-6.
2. Ala-Nissilä S et al. Tension-free vaginal tape - a suitable procedure for patients with recurrent stress urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol 2010; 89: 210-6.
3. Arnaud et al. Polypropylene as a reinforcement in pelvic surgery is not inert: comparative analysis of 100 explants. Int Urogyn J 2010; 21: 261-70.

Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

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

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

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

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

Bankkonto:

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

Nonner og jomfruer i anatomiens tjeneste

Den kvindelige krop har en særlig plads i anatomiens historie. Samtidig med, at italienske læger og kirurger i den sene middelalder og tidlige renaissance begyndte at åbne menneskekroppe for at undersøge deres funktioner og de sygdomme, der påvirkede kroppen, steg interessen for "kvinders hemmeligheder" – den kvindelige seksualitet og evnen til at føde børn.

Disse hemmeligheder blev forsøgt afdækket gennem dissektioner af hellige kvinder – abbedisser og nonner – i forsøget på at fremlægge fysiske beviser på deres hellighed, og var samtidig af afgørende betydning for vores forståelse af de kvindelige køn.

På jagt efter det hellige

Hen over sommeren 1308 var abbedisse Chiara af Montefalco's helbred blevet stadig forværret. Hun var kendt som en streng asket og synsk kvinde, der kun nødtvunget havde påtaget sig hvervet som leder af augustinerklosteret Montefalco.

Få timer før hendes død berettes det, at hun genvandt sin appetit og energi. Og hun døde fredeligt, siddende oprejst på sit leje.

Nonnerne i klosteret besluttede efterfølgende at balsamere hendes lig, eftersom Chiaras krop allerede blev betragtet som et helligt reliquie.

Som en del af balsameringsprocessen fjernede de indvoldene fra kroppen gennem et snit i ryggen og begravede dem i kapellet samme aften. Hendes hjerte lagde de forsigtigt i en kasse.

Efter vesper fandt fire af nonnerne hjertet frem igen. Og søster Francesca af Foligno, der var datter af en kirurg, skar det åbent med en skarp

kniv. I hjertet fik de alle hurtigt øje på afbildningen af den korsfæstede Jesus.

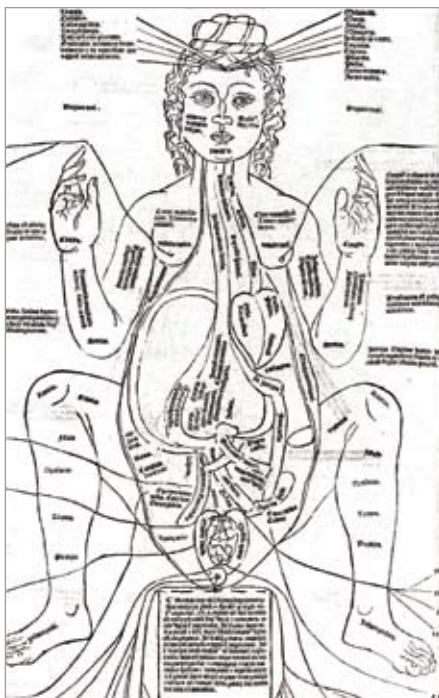
Opildnede af deres fund gravede de abbedissens indvolde op igen og fandt i galdeblæren tre runde sten, som klosterets læge forsikrede dem om ikke kunne have nogen naturlig forklaring. Derfor blev de anset som et tegn på den hellige treenighed.

Undervejs i den pavelige undersøgelse, der efterfølgende havde til hensigt at helgenkære Chiara af Montefalco, blev søster Francesca indkaldt som vidne. Hun forklarede,, at nonnerne havde haft to grunde til at åbne Chiaras krop og undersøge organerne; den ene var præserveringen af kroppen gennem balsamering, og den anden var, fordi de mente, at de ville finde noget "vidunderligt" inden i.

Chiara var netop kendt for at have oplevet en vision, hvori Jesus viste sig for hende og placerede sit kors i hendes hjerte for, at hun kunne hjælpe med at bære hans byrde. Efter visionen have Chiara ofte og helt frem til sin død lidt af kraftige smerter i brystet.

Omkring 200 år senere i 1520 afgik Elena Duglioli ved døden i Bolagna. Elena var kendt for sin afholdenhed og berømt for at have levet sit ægteskab i cölibat.

I 1507 havde hun i sin vision mødt Jesus, der, ifølge hende selv, havde taget hendes hjerte til sig og proklameret, at "mælken i hendes jomfruelige bryster ville flyde evigt"! Derfor koncentrerede undersøgelserne efter hendes død sig også omkring brysterne, hvorfra det var muligt at udpresse en hvidlig væske i op til tre dage. Undersøgelserne blev foretaget af Elenas skriftefader, Pietro Ritta.



Da Ritta dagen efter huskede på visionen om Jesus, der fjernede Elenas hjerte, bad han to kirurger fra Bologna om hjælp til endnu en undersøgelse. De to blev overvåget af en professor i medicin, Girolamo fra Firenze, der samtidig havde været en af Elenas mest hengivne tilhængere.

Undersøgelsen af Elenas indvolde kom med et usædvanligt resultat, idet, at der i stedet for et hjerte blev fundet et blegt, fladt organ, der mest af alt mindede om et stykke lever.

I de følgende tre måneder blev Elenas lig opgravet yderligere to gange for at gennemgå undersøgelsen af ikke færre end otte medicinske

og naturfilosofiske eksperter, der skulle vurdere om brysterne var uforgængelige og stadig producerede mælk. Begge gange var det umuligt at opnå enighed blandt eksperterne.

Fra lægmand til professionel

Der er flere markante forskelle mellem undersøgelserne af de to kvinder, der har betydning for vores forståelse af kvindekroppens plads i den tidlige anatomi. Forskellene fortæller noget om den udvikling, medicinen gennemgik, og gør op med myten om, hvordan religiøs påbud umuliggjorde dissektioner Middelalderen og Renæssancen.

Det pavelige dekret *Detestande feritatis* fra 1399, der påbød at partere og koge kroppe for at kunne fjerne kødet fra knoglerne, og som også ramte dissektionerne, blev hurtigt korigeret således, at dissektioner igen blev tilladt inden for bestemte måneder af året. Dermed fik dekretet langt fra den store indflydelse på den medicinske praksis, som man ofte hører.

I undersøgelsen af Chiara blev dissektionen foretaget af nonner, der først efterfølgende søgte råd hos en lægekyndig. De tegn på hellighed, som nonnerne fandt, var fysisk anderledes end de indre organer – et kors, hellige sten – og var åbenlyse for lægmænd uden medicinsk uddannelse.

Undersøgelsen af Elena derimod blev foretaget af eksperter, og de tegn på hellighed, som her blev fundet, krævede en fortolkning foretaget af medicinske lærde for at kunne fastslå, om de var mirakuløse eller naturligvis.

Denne ændring havde flere årsager. På den ene side var kirken i løbet af perioden blevet

mere mistænkelig over for de synske kvinder og havde derfor brug for virkelig gode beviser, når mirakler skulle stadfæstes. Den mest effektive måde at føre bevis for det mirakuløse var, hvis de medicinske eksperter ikke kunne finde en naturlig forklaring på kroppenes tegn.

Samtidig var medicinen blevet konsolideret som en universitetsdisciplin, der gav udøverne en forøget autoritet som eksperter i forståelsen af kroppen og derfor naturligt placerede spørgsmål om kvindekroppen hos dem.

Med de få dissektioner, der fandt sted – universiteterne havde typisk én årlig – var kvindekroppen frustrerende lukket. De mandlige kønsorganer var anderledes lettere tilgængelige, hvilket medførte, at undersøgelser af livmoderen og reproduktionen fik en langt større opmærksomhed. Denne forøgede opmærksomhed peger på et vigtigt skidt i medicinens historie, hvor menneskets indre organer ikke længere blev forsøgt forstået gennem dynamiske processer af varme og væsker, eller hvor hvert organ blev forstået som arnested for kvaliteter som selve hjertet og modigheden i maven.

I stedet blev de spørgsmål, som kvindernes tillukkethed stillede, brugt til at udvikle en ny for-



ståelse af kroppen – en forståelse, der var anatomisk funderet, og som i sidste ende var med til at give en ny forståelse af, hvad det overhovedet vil sige at være menneske.

Yderligere læsning:

Katharina Park. *Secrets of women: Gender, Generation and the Origins of Human Dissection*. London: The MIT Press 2006.

- bag bækkenbundsøvelser: Arnold Henry Kegel



Arnold Henry Kegel

Ved Kegel-øvelser forstår man optræning af bækkenbundens muskler ved hjælp af de såkaldte bækkenbundsøvelser. De kan udføres på forskellige måder, som alle går ud på at få musklerne til at fungere optimalt både som en effektiv bund i bughulen og som en sufficient lukkemuskel for blæren.

I dag er instruktion i bækkenbundsøvelser rutine på de fleste fødeafdelinger for at optræne bækkenbunden efter en fødsel. Og mange afdelinger, der beskæftiger sig med vandladningsproblemer hos kvinder, har bækkenbundsøvelser på programmet som et alternativ til invasive behandlinger af urininkontinens.

Arnold Henry Kegel blev født i Lansing i Iowa i USA i 1894. Han læste medicin ved universitetet i Illinois og blev læge herfra i 1916. Herefter var han ansat ved Mayo klinikken som kirurg fra 1917, indtil han i 1921 vendte tilbage til Chicago, hvor han etablerede en travl praksis. Her foretog han bl.a. thyroidektomi i lokalanæstesi, så han kunne sikre sig mod læsioner af n. recurrens ved at lade patienterne tale under operationen.

I 1935 flyttede Kegel til Los Angeles, hvor han blev klinisk professor i obstetrik og gynækologi ved Hollywood Presbyterian Hospital og lægeskolen ved University of Southern California.

Selv om Arnold Kegel først og fremmest blev kendt for sine thyroideaoperationer, tilbragte han også en stor del af sit professionelle liv med at forske i genetableringen af bækkenbundens funktion efter fødsler. Efter hans opfattelse var der to typer af fødselsskader i bækkenbunden. Der kunne være egentlige læsioner af musklerne med adskillelse af muskel og fascia. Og der kunne være adskillelse af de enkelte muskelceller fra de motoriske nerver, der innoverede dem. Derfor var det efter hans mening ikke tilstrækkeligt blot at suturere de læderede muskler. "In some way, re-innervation of muscle cells must be accomplished and the injured muscle cells must again be educated to function".

På et tidspunkt var Kegel i kontakt med en sydafrikansk læge, der havde bemærket, at kvinderne i en indfødt stamme havde en usædvanlig "firm perinea". Det skyldtes angiveligt, at jordemødrene i den pågældende stamme instruerede barselskvinderne i bækkenbundsøvelser. "Exercise by contraction of the vaginal muscles on distended fingers, was begun several days after birth and was continued periodically for several weeks, until the desired result was obtained".

På den baggrund lavede Kegel et program med bækkenbundsøvelser i sin praksis. Men han blev hurtigt klar over, at mange kvinder havde svært ved at "finde" bækkenbunden. Derfor konstruerede han - formentlig som den første - et såkaldt perineometer, som kvinderne kunne anvende, så de selv kunne bedømme styrken af kontraktionen af bækkenbundsmusklerne og følge forbedringen af funktionen over tid.

I 1948 publicerede Kegel et arbejde i American Journal of Obstetrics and Gynecology med

titlen: "Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles". Og efter den tid bredte bækkenbundsøvelser sig over hele verden; det betød, at Kegels navn blev indskrevet i medicinhistorien. Faktisk er hans navn flere steder blev en del af sproget, idet optræning af bækkenbunden af nogle er blevet kaldt "kegeling".

Arnold Kegel døde den 1. marts 1972 af et aorta aneurysme.

Kilder:

1. Torsten Sørensen. Personen bag navnet - Arnold Henry Kegel. www.dsog.dk/arkiv
2. Thomas F. Baskett. On the Shoulders of Giants. 2. Ed. London: RCOG Press 2008

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer
udkommer primo december 2010

Manuskripter indsendes til:
torsten.soerensen@dadlnet.dk
senest 10. november 2010

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.
Hvidovre Hospital
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre
mbing@dadlnet.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske **Annette Vestermark**
Medicinsk Center Hjørring
Sygehus Vensyssel
Bispensgade 37
9800 Hjørring

REDAKTØR AF DUGSNYT

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

SELSKABETS HJEMMESIDE
www.dugs.dk



KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

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

Annual Meetings
Toronto, Canada
23.-27. august 2010
www.icsoffice.org
www.iuga.org

Dansk Urologisk Selskab (DUS) Kursus i urologi (Danehoffet)

Nyborg
23.-25. august 2010
www.urologi.dk

The XIth Practical Course in laparoscopic Urology

Aarhus Universitetshospital Skejby
1.-3. september 2010
www.urologi.dk

Danske Urogynækologisk Selskab

Årsmøde,
Aarhus Universitetshospital Skejby
7. januar 2011
www.dugs.dk

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

Annual Meeting
Bergen, Norge
21.-22. januar 2011
www.nuga-info.org

25th Annual EAU Congress

Wien, Østrig
18.-22. marts 2011
www.eauvienna.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting
Lisabon, Portugal
28. juni - 2. juli 2011
www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Glasgow, UK
29. august - 2. september 2011
www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting
Brisbane, Australien
2012
www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Beijing, Kina
15.-19. oktober 2012
www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Dublin, Irland
2013
www.icsoffice.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting
Barcelona, Spanien
26.-30. august 2013
www.iuga.org

Kære DUGSNyt-modtager

I forbindelse med DUGS Årsmødet i januar var der mange, der tilkendegav deres ønske om medlemskab. Medlemsgebyret for 2010 blev besluttet på generalforsamlingen i forbindelse med Årsmødet: 100 kr. for personligt medlemskab.

Der er fortsat mange, der ikke har betalt, og hvis du skulle være iblandt, vil vi gerne bede dig om at indbetale kontingentet på 100 kr. på

DUGS konto i Lægernes Pensionsbank: Reg. nr. 6771 konto 0006154413 snarest muligt.

Rigtig god sommer og på gensyn!

På vegne af DUGS bestyrelse
Mette Hornum Bing
sekretær for DUGS



**Dansk Urogynækologisk Selskab
holder årsmøde**

den 7. januar 2011 på

Aarhus Universitetshospital Skejby

Abstracts, der ønskes publiceret i

DUGSNyt nr. 2 - 2010, sendes senest
den 10. november 2010 til

torsten.soerensen@dadlnet.dk

Vesicare® solifenacinsuccinat 5 mg eller 10 mg, svarende til hhv. 3,8 mg og 7,5 mg solifenacin. *Lægemiddelform: tabletter, fillovertrukne. Indikationer: symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning og med imperios vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. *Dosering: voksne, inklusive ældre: 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Doseringen kan øges til 10 mg én gang daglig, ved behov. Børn og unge: bør ikke anvendes, da erfaring savnes. Patienter med nedsat nyrefunktion: patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR < 30 ml/ min) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. Patienter med nedsat leverfunktion: patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7–9) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. Administration: tabletterne kan tages med eller uden mad og skal synkes hele med vand. Kontraindikationer: urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megacolon), myastenia gravis eller snærvinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Hæmodialysebehandling. Svært nedsat leverfunktion. Samtidig behandling med Vesicare og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol, ved svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion. *Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges, før behandling med Vesicare påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes. Anvendes med forsigtighed til patienter med: klinisk signifikant blæreobstruktion med risiko for urinretention, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for nedsat gastrointestinal motilitet, svært nedsat nyrefunktion, moderat nedsat leverfunktion, samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer, hiatus hernie/gastro-øsofageal reflux og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med en neurogen årsag til detrusor overaktivitet. Patienter med sjældne arvelige tilstande som galactose intolerans, Lapp lactase mangel eller glucose-galactose malabsorption bør ikke tage Vesicare. *Interaktion med andre lægemidler: samtidig behandling med andre lægemidler, der har anticholinerge egenskaber, kan resultere i mere udtalte terapeutiske virkninger og bivirkninger. Der skal gå ca. en

uge efter ophør af Vesicare behandling, inden en anden anticholinerg behandling påbegyndes. Den terapeutiske virkning af solifenacin kan nedsættes ved samtidig administration af cholinerge receptoragonister. Solifenacin kan reducere virkningen af midler, der stimulerer den gastrointestinale motilitet, f.eks. metoclopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres af CYP3A4. Dosis skal begrænses til 5 mg ved samtidig behandling med ketoconazol eller terapeutiske doser af andre stærke CYP3A4 hæmmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir og itraconazol). Administration af Vesicare har ikke vist farmakokinetisk interaktion af solifenacin med orale kombinationskontraceptiva (ethinylestradiol/levonorgestrel). Administration af Vesicare ændrede ikke på R-warfarins eller S-warfarins farmakokinetik eller deres virkning på protrombintiden. Administration af Vesicare viste ikke nogen virkning på digoxins farmakokinetik. *Graviditet og amning: bør kun anvendes med forsigtighed til gravide, da erfaring savnes. Bør undgås ved amning, da erfaring savnes. Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner: ingen mærkning. Da solifenacin, som øvrige anticholinergika, kan forårsage akkomodationsforstyrrelser og i sjældne tilfælde somnolens og træthed, kan evnen til at køre bil og betjene maskiner påvirkes negativt. *Bivirkninger: klassespecifikke, anticholinerge bivirkninger, generelt af mild eller moderat grad. Incidensen er dosisrelateret. Mundtørhed forekom hos 11 % behandlet med 5 mg, hos 22 % behandlet med 10 mg og 4 % behandlet med placebo. Almindelige (> 1/100, < 1/10): akkomodationsforstyrrelser, konstipation, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Ikke almindelige (> 1/1000, < 1/100): urinvejsinfektion, blærebetændelse, somnolens, ændret smagsopfattelse, tørre øjne, nasal tørhed, gastro-øsofageal reflux, tør hals, tør hud, vandladningsbesvær, træthed, perifer 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: 450,05 kr. 5 mg, 90 stk: 1284,55 kr. 10 mg, 30 stk: 557,20 kr. 10 mg, 90 stk: 1600,25 kr. (pris pr. d. 03.05.2010 inkl. recepturgebyr). Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. *Afsnittet er forkortet/omskrevet. Baseret på produktresumé dateret d. 31.03.2009. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Glostrup, Danmark eller via www.laegemiddelstyrelsen.dk. Revideret 10. juni 2009



Kontroller urgency – kontroller overaktiv blære

Det er ubehageligt konstant at være nervøs for at tisse i bukserne. Hvad ville du gøre, hvis det var dig? Vesicare® (solifenacin) reducerer antallet af urgency-episoder (akut trang til at tømme blæren, med eller uden inkontinens) og bevirker, at patienten kan holde sig længere, når trangen opstår!

 **Vesicare®**
(solifenacin)
Lægemiddel mod urgency

Referens: 1. Karam et al. urology,
volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.
Astellas Pharma a/s, Naverland 4, DK-2600 Glostrup.
Tlf: +45 4343 0355. Fax: +45 4343 2224.
kontakt@dk.astellas.com. www.astellas.dk.



POST

B

PP

DANMARK

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

