

DUGSNyt

6. årgang nr. 1. 2012



**IUGA AFHOLDER 37. KONGRES
I BRISBANE, AUSTRALIEN
SEPTEMBER 2012
ICS AFHOLDER 42. KONGRES I
BEIJING, KINA OKTOBER 2012**

SE S. 15 INDE I BLADET

Leder	3
Highlights fra DUGS årsmøde	4
Referat DUGS Generalforsamling	7
DUGS Årsregnskab	11
Nyt fra Verden	13
Rejseberetning fra Uganda	15
Good Urodynamic Practice	18
Dansk Selskab For Vulva	22
Afsked med Steen Walther	23
Om vesiko-vaginale fistler	24
Kommende møder og Kongresser	29

DUGSNyt

6. årgang, nr. 1 – 2012

Udgiver

v/ Rikke Guldberg Sørensen

læge, ph.d studerende

Kompetencecenter Syd for Landsdækkende Kliniske Databaser

Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV

Odense Universitetshospital

rikke.guldberg.soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen

l.b.paulsen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding

info@inprint.dk

Oplag

450

ISSN 1903-3168

*Forsidebilledet forestiller
Spisende gorilla fra Uganda*



Forretning eller uddannelse? - Uddannelse er (god) forretning.

Som speciallæge med fokus på urogynækologi vil vi gerne rekruttere engagerede kolleger, som har lyst til at arbejde med urogynækologien i fremtiden – vi må arbejde for at skabe tidlig interesse for vores felt, hos unge kolleger. Vi har brug for de unge, som er åbne for udvikling, og villige til at investere tid og engagement. Som urogynækologer bør vi derfor benytte enhver chance til at videregive færdigheder. Dette gælder både i ambulatoriet og på operationsgangen.

Sammedagskirurgi er et oplagt sted at opnå færdigheder vedrørende de enkle vaginalplastikker – og det er samtidig effektivt – vi må sørge for at udnytte dette relativt store operative volumen og få uddannelses-søgende med her.

Under speciallægeuddannelsen i gynækologi/obstetrik er der formelle krav til, hvad en kommende speciallæge skal kunne rent operativt inden for urogynækologien - det kræver et vist volumen af operationer - naturligtvis udført under kyndig supervision af speciallæge.

Herudover forventes det, at man som speciallæge kan vurdere og lægge et udredningsprogram for inkontinente og prolaps patienter.

Vi skal uddanne – både kommende praktiserende læger, kommende speciallæger, sygeplejersker og sosu-assistenter. De fleste steder fungerer ambulatorieaktivitet også så systematisk, at der er mulighed for supervision. Det er helt afgørende. En lignende systematik bør også foregå mhp. den operative

urogynækologi når det gælder kommende speciallæger – og det er en balance at leve op til hverdagens produktionskrav, og samtidig levere uddannelse på et kvalificeret niveau.

Efter at speciallægeautorisationen er opnået, kan det være vanskeligere at få udbygget sin basale uddannelse, selv om vi alle ved, at det er nødvendigt at opnå de mere specialiserede kompetencer. Det ville måske være ønskeligt, om der på de større afdelinger var mulighed for rotationsstillinger, hvor det var muligt at højne sit urogynækologiske kompetence niveau efter endt speciallægeuddannelse.

Vi har brug for unge engagerede kolleger, så derfor – del ud når du !!!

*Med venlig hilsen,
DUGS bestyrelse,
Mette Hornum Bing, Susanne Greisen, Rikke Guldberg Sørensen, Charlotte Graugaard-Jensen, Anette Vestermark*

Highlights fra DUGS årsmøde 6. januar 2012, Århus Universitetshospital, Skejby

Igen i år må vi sige tak til DUGS bestyrelse for et godt møde med et højt fagligt niveau og med indlæg fra jordemødre, sygeplejersker og læger. Indlæggene favnede bredt og vi kunne alle gå derfra med ny viden endnu engang.

Ulla Darling Hansen og Ulrik Schiøler Kesmodel fra DugaBase styregruppen kunne fortælle, at det går godt med DugaBase indberetningerne. Datakomplethed på ml. 86-88% samlet set og hvis man ser på offentlige opererende afdelinger og private klinikker/hospitaler, var datakompletheden på henholdsvis 93% og 22-23 %, og kunne konkludere, at de offentlige klinikker er gode til at indberette og at for mange private klinikker ikke indrapporterer tilstrækkeligt. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram har valgt at tildele DugaBasen midler ud fra en såkaldt "model 1" med baggrund i - meget højt patientvolumen, - stort behandlingsbehov, - variation i kvalitet mellem enheder og - patientforløbsmæssigt lav kompleksitet. Således har DugaBasen fået en 3-årig bevilling fra 2012-2014 med i første omgang kr. 454.000 i 2012. FLOT! De krav, der så skal leves op til, er: - datakomplethed og databasekomplethed på $\geq 90\%$ mod tidligere 80%, løbende afrapportering, Årsrapport, godkendelse fra SST og publicering af resultater på afdelingsniveau. Og publikationer

vil der komme! Der er igangværende projekter med udgangspunkt i informationer udhentet fra DugaBasen, heriblandt kan nævnes Rikke Guldbergs valideringsprojekt, hvorfra vi bl.a. fik præsenteret nogle fine tal for dataoverensstemmelse. Tillige kunne berettes, at styregruppen har defineret nogle nye indikatorer baseret på bl.a. patienttilfredshed og at indikator 4 om max. 50 ml. residualurin efter inkontinenskirurgi udgår. Der kommer nye indberetningskemaer både i papir og online,, desuden får vi få et opgraderet webværktøj at arbejde med, som vil give os bedre mulighed for at udhente egen rapport med flere informationer end de nutidige meget sparsomme muligheder. Alt i alt meget positiv udvikling for DugaBasen.

Webredaktør Ulla Darling Hansen og DUGSNyt redaktør Lene Paulsen



Mette Hulbæk tog os med ind i blæretøringens verden og havde belyst rammerne for blæretøring i Danmark. Hun kunne konkludere, at der er sparsomt med kliniske retningslinier på nationalt plan trods relativ god evidens for effekten af blæretøring. Hun resumerede fint op om patientuddannelse, skemalagte vandladninger og positiv opmuntring. Herefter gjorde hun flot rede for sit RCT projekt "Effekten af blæretøring i grupper" om blæretøring i grupper sammenlignet med konventionel blæretøring, og vi glæder os til at høre de endelige opgørelser og håber at se Mette på podiet igen.



Mette Hulbæk holder foredrag

Dr. Barry O'Reilly var kommet fra Irland for at fortælle os om, hvordan man der opererer patienter, der ønsker at bevare deres uterus og som har uterinprolaps, som man ellers ville tilbyde vaginal hysterectomi. Han fortalte og viste desuden, hvordan man ope-

rerer for prolaps af vaginaltoppen efter hysterectomi, både laparoskopisk og åbent.

Marie Bønnelycke resumerede på flot vis sin ph.d.-afhandling "Regenerativ medicin in urogynecology". Et område der er fjernet for mange om end usigeligt vigtig - basalforskning. Spændende resultater om høstning af skeletmuskelceller og skeletmuskelfragmenter og forskning i at finde et "gitter" til at fæstne cellerne på således, at de kan implanteres med nydannelse af skeletmuskelceller til følge. Hun lagde slutteligt op til fremtidig udvidet forskning på området som det hører sig – til inspiration af yngre kolleger og måske videre egen forskning som vi spændt venter på at høre mere om.

I pauserne blev udstillernes stande flittigt besøgt og der blev diskutteret og snakket flittigt på kryds og tværs af landet.

Hvorvidt Botox er et godt behandlingstilbud til patienter med OAB, som ikke lader sig behandle med minimal care og antimuskarinika, gav Per Bagi os en urologisk synsvinkel på. Der var en interessant diskussion efterfølgende og vi må erkende, at der stadig er meget om OAB, som vi ikke ved -.

Astrid Ammendrup, som sidste år modtog DUGS' IUGA pris, gav sit indtryk af highlights videre til salen. Og alle de frie foredrag var præsentationer af godt, grundigt og omfattende arbejde og vi kom meget rundt – fra dagligdags noninvasiv urodynamik som residualrinmåling og polyuri og TVT, over spørge-skema oversættelse og validering, samt unge pigers viden om bækkenbund og dyspareuni

til jordemødres viden og læring om diagnostisering og suturering af sfinkterruptur.

Sidst men ikke mindst sluttede Niels Klarskov dagens foredrag af med at give os et overblik over hans store arbejde med udviklingen af Urethral Tryk Reflektometri. Forskning som har bidraget til videnskaben med informationer, vi ikke tidligere har haft og med en målemetode, som indtil nu har haft videnskabelig anvendelse, men som vi med mere viden om utrethras fysiologi og biofysik måske i fremtiden kan applicere som en måleparameter på patienterne.

Hele mødet blev afsluttet med et par ord fra den afgående formand Susanne Axelsen samt med overrækkelse af DUGS' IUGA pris, som gik til Niels Klarskov og prisen for bedste frie foredrag, som gik til Marie Louise Saaby.

Tak for et godt møde endnu engang og HUSK at tilmelde dig næste DUGS årsmøde 4. januar 2013.



Susanne Axelsen lukker mødet efter kunstens regler.



Opmærksomme deltagere ved Årsmødet

Referat DUGS Generalforsamling (GF) , 6. januar 2012, Skejby Sygehus

1. Dirigent – Torsten Sørensen (TS) blev enstemmigt valgt. TS erklærede GF for lovlig og rettidigt indkaldt i henhold til vedtægterne.

2. DUGS formand, overlæge Susanne Axelsen (SA) kom med beretning. DUGS bestyrelse har afholdt 3 møder i årets løb, og arbejdet har været meget effektiv. DUGS er nu medlem af **LVS** (Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber), som umiddelbart får den følge, at medlemskontingent i fremtiden opkræves via Lægeforeningen (maj måned). Der har i årets løb været arbejdet med urogynækologiske **guidelines** som dels har været i Hindsgavl regi (avanceret udredning af urininkontinens, konservativ og medicinsk behandling af urininkontinens) dels i Sandbjerg regi (sphinkterruptur). **DUGS Nyt** er udkommet 2 gange i 2011 og ovl. Lene Paulsen har som redaktør fået produceret et rigtig flot blad, som man glæder sig til at åbne, når det kommer ind ad døren. Ovl. Ulla Darling er hurtig til at få ting på **DUGS hjemmeside**, når hun får opdateringer, der skal på. **DUGA basen** har udviklet sig, og vi glæder os til at tage de nye DUGA base skemaer i brug. **ICS** afholdes i 2012 i Beijing og **IUGA** i Brisbane. **Kursus udvalget** har ikke fungeret optimalt, hvorfor DUGS bestyrelse opfordrer alle medlemmer til at melde aktivt ind, alternativt kan være at nedlægge udvalget.

Afsluttende berettede SA, at hun var stolt af DUGS og glædede sig til at komme til møder i fremtiden.

3. Beretning fra udvalg.

Kodeudvalg v /Susanne Axelsen – effektivt udvalg. Har udarbejdet kodevejledning, som er sendt til afdelingerne og som kan downloades fra DUGS hjemmeside. Kodeudvalget arbejder fortsat aktivt på bl.a. en gråzone-takst og en takst for at registrere i DUGA basen. Sidstnævnte foregår i samarbejde med DSOG.

Kursusudvalg v/læge Astrid Ammendrup (Herlev). Det har været vanskeligt at inducere aktivitet i kursusudvalget, hvorfor der i år ikke er planlagt kurser. Efter opfordring har flere nye medlemmer meldt sig (se nedenfor).

4. Kasserer Charlotte Graugaard-Jensen har formået at få opgjort regnskabet inden GF, hvilket er ret flot.

Indestående ved udgangen af 2011 var 291.044,42 kr. Det reviderede regnskab trykkes i kommende DUGS Nyt forår 2012.

5. Kasserer fremlægger forslag til kontingent i 2012 – 100 kr. for et års individuelt medlemskab – opkræves for lægernes vedkommende via Lægeforeningen, hvilket er muligt, fordi vi nu er medlem af LVS. Øvrige medlemmer betaler fortsat individuelt medlemskab direkte via DUGS konto i Lægernes Pensionsbank. Kontingent beløbet accepteret af GF.

6. Valg af formand - SA fratræder som formand for DUGS og kan ikke genopstille jf. vedtægterne. Tusind tak til Susanne for et

flot arbejde og engagement i DUGS – det har været en fornøjelse at have dig som formand – lyttende og konstruktiv i din tilgang til forskellige emner, som vi har diskuteret i bestyrelsen. Vi glæder os til at se dig til møder i fremtiden og håber, at vi må trække på din viden inden for urogynækologien.

Dirigenten havde modtaget ét forslag til ny formand for DUGS og det var afd.læge Mette Hornum Bing (Herlev). MHB blev valgt, accepterede og takkede for valget.

7. Valg til bestyrelsen – Søren Brostrøm er på valg og ønsker ikke genvalg. Søren har været med i bestyrelsen igennem 3 år og har bidraget med mange inspirerende og konstruktive input. Tak for det Søren – det har været en fornøjelse at arbejde sammen med dig i bestyrelsen og vi håber, at du vil tænke på DUGS og dansk urogynækologi på din nye post i sundhedsvæsenet.

Medlem sygepl. Anette Vestermark ønskede genvalg og blev valgt.

Overlæge Susanne Greisen (Skejby) opstillede som nyt bestyrelsesmedlem og blev

valgt. Læge Rikke Guldberg Sørensen (Odense) opstillede som nyt bestyrelsesmedlem og blev valgt. Tillykke til jer begge. Vi glæder os til samarbejdet.

Mette Hornum Bing gik af som sekretær for DUGS gennem 4 år, tak for fin opbakning!

Jf. vedtægterne konstituerer bestyrelsen sig selv med næstformand, kasserer og sekretær.

8. Valg til udvalg:

Kursusudvalg - Mette Tobiassen, Gitte Bennich, Ulla Due, Mette Hulbæk, Berit S Larsen, Søren Østergård og Astrid Ammendrup (tovholder) er årets kursusudvalg.

Kodeudvalg - Karl Møller Beck, Søren Brostrøm, Ulla Darling Hansen, Marianne Ottesen Weincke, Gunnar Lose og Susanne Axelsen (tovholder) er årets kodeudvalg.

9. Valg af revisor

Morten Thyge Madsen er på valg og kan ikke genopstille. Ovl. Anne Mette Lykkebo (Kolding) stillede op og blev valgt.

Revisor suppleant Ole Nielsen er på valg og kan ikke genopstille. Afd.læge Leyla Atay (Esbjerg) stillede op og blev valgt.

Tillykke med valget til jer begge - vi glæder os til samarbejdet.

10. Indkomne forslag: ingen

11. Evt. Vin-gaver uddelt til afgående revisor og revisorsuppl.

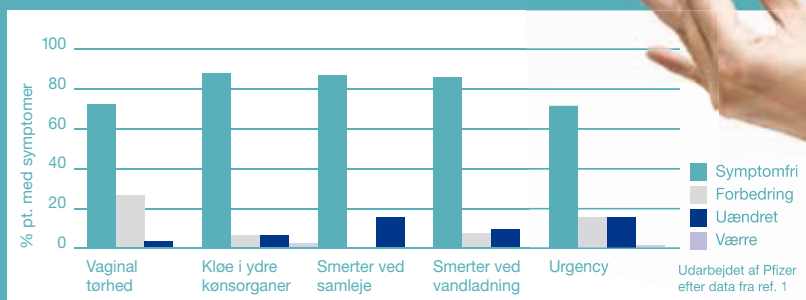
*Referent – Mette Hornum Bing (afgående sekr.)
Referat godkendt af Susanne Axelsen*



Pausestemning fra DUGS Årsmøde 2012

Vaginale gener i forbindelse med overgangsalderen

Mange kvinder oplever gener i skeden som følge af østrogenmangel, hvilket kan påvirke den generelle livskvalitet (1). Med Estring (Estradiol) kan du tilbyde en enkel og naturlig løsning. Estring er en blød og smidig ring, der indeholder det naturlige kønshormon estradiol. Estring placeres i skeden, hvor den afgiver en lille, konstant mængde østrogen. Estring skal kun skiftes 4 gange om året, hvilket betyder mere frihed og færre besøg. Hvis du ønsker at bestille en Estring placebo ring eller patient-brochurer. Ring til: (Øst) Anita Schebye, mobil 2920 3298, (Vest) Dorte K. Breth, mobil 2920 3417



Figuren er udarbejdet af Pfizer efter data fra ref. 1: Peter Smith et al. Maturitas 16 (1993) 145-154



Lokal østrogenbehandling,
enkelt og naturligt

Estring®
Estradiol

Forkortet produktinformation for Estring® (estradiol).

ID: Est-10-01-11. Okt. 2011

Vaginalindlæg 7,5 mikrogram/24 timer

Indikationer: Forandringer i vulva og vagina forårsaget af østrogenmangel. **Dosering:** Vaginalindlægget anbringes dybt i vagina og bæres kontinuerligt i 3 måneder. Herefter udskiftes det med et nyt. **Kontraindikationer:** Udiagnosticeret vaginal blødning. Ubehandlet endometrie hyperplasi. Manifest, tidligere eller mistanke om brystcancer. Østrogen-afhængig neoplas. Aktiv dyb venetrombose. Aktiv eller mulig overstået lungeemboli. Aktiv eller mulig overstået arterielle tromboemboliske lidelser (f.eks. slagtilfælde, myokardieinfarkt). Nedsat leverfunktion eller manifest/anden leversygdom. Graviditet eller mistanke om graviditet. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et af de øvrige indholdsstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen:** Vaginalindlægget kan falde ud eller ændre placering i forbindelse med afføring. Estring er muligvis ikke egnet til kvinder med vaginal stenose, kort eller meget snæver vagina. Kvinder med meget snæver vagina, vaginal stenose, prolaps og vaginal infektion har større risiko for irritation og sår-dannelse i vagina ved brug af estradiol. Kvinder med udtalt vaginal irritation bør kontakte lægen. Kvinder med symptomer på abnormt vaginalt udflåd, vaginalt ubehag eller blødning bør undersøges for sår-dannelse, infektioner eller atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandling. Mindre irritationer er ofte forbigående. Behandlingen bør afbrydes hos kvinder, der får vedvarende eller svært ubehag ved brug af vaginalindlægget, eller hvis vaginalindlægget kontinuerligt displaceres. Behandlingen bør afbrydes hos kvinder med tegn på sår-dannelse eller svær inflammation, der skyldes atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandlingen. Kvinder med vaginal infektion, der får systemisk behandling, kan fortsætte behandlingen uden afbrydelse. Ved brug af anden vaginalt administreret medicin bør vaginalindlægget fjernes. **Interaktioner:** Ingen kendte. Estring anvendes som lokalbehandling i lave doser, og der forventes derfor ingen klinisk relevante interaktioner. **Graviditet og amning:** Estring er ikke indiceret under graviditet. Hvis graviditet opstår under behandling med Estring, skal behandlingen straks ophøre. Resultater fra de fleste epidemiologiske studier, har til dato ikke indikeret, at der er teratogene eller fototoksiske virkninger. Estring er ikke indiceret under amning. **Bivirkninger:** Generelt er der få bivirkninger ved brug af Estring. Bivirkninger er for det meste milde og forbigående. Meget almindelige (< 1/10): Leukorrhea. Almindelige (>1/100 og <1/10): Urinvejsinfektion, øvre luftvejsinfektion, sinusitis, søvnløshed, hovedpine, hedesigtning, abdominal smerte, kvalme, pruritus, arthropati (inkl. artralgi, artrositis), rygsmerter, vaginal blødning, vaginal irritation/ubehag, vaginitis, moniliasis genitalis, urogenital pruritus, brystsymptomer (inkl. brystspænding, forstørrede bryster, mastalgi), influenza-lignende symptomer. **Overdosering:** Ikke relevant. **Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 28. Maj 2012:** Vnr. 559948. Vaginalindlæg 7,5 mikg/24 t, 1 stk. kr. 448,05. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskud: Ja. **Den forkortede produktinformation er baseret på det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produkt-resumé dateret den 10. august 2006. Produktresumét kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. (ESTR 015 ASmPC V2.0 01Okt2009)**



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, læge, ph.d. studerende Rikke Guldberg Sørensen

rikke.guldberg.soerensen@ouh.regi-onsyddanmark.dk

Bankkonto:

Lægernes Pensions Bank

Reg. nr. 6771

Konto nr. 61 54 413

Årsregnskab 2011

Regnskab og status 2011

Dansk Urogynækologisk Selskab
CVR/SE-nr.: 30 42 21 47

Status og saldo 31.12.2010:	dkr. 305.277,32
Status og saldo 31.12.2011:	dkr. 291.044,42
Underskud:	dkr. 14.232,90

INDTÆGTER:

Kontingenter og mødeaftgifter betalt i 2011:	dkr. 104.620,95
Udstilling (Årsmøde):	dkr. 113.906,30
Udstilling (Uroobstetrikmøde):	dkr. 87.500,00
DUGSNyt (annoncer, 1/2011):	dkr. 15.000,00
Astellas legat:	dkr. 10.000,00
Renter:	dkr. 2.280,78

Indtægter i alt dkr. 333.308,03

UDGIFTER:

Årsmøde	dkr. 65.531,05
Bestyrelsesmøder incl. befording	dkr. 42.257,13
Kursus (uroobstetrik):	dkr. 117.158,00
Kursus (anal-inkontinens):	dkr. 13.750,00
DUGSNyt (2/2010 og 1/2011)	dkr. 68.563,75
Skat+moms:	dkr. 40.281,00

Udgifter i alt dkr. 347.540,93

Skejby d. 6. Januar 2012



SELEXID® PIVMECILLINAM

Selexid® 400 mg

NY STYRKE

NU kun
1 tablet x 3 daglig
– helt enkelt



Forkortet produktresumé, det fuldstændige produktresumé (27. april 2011) kan rekvireres hos LEO Pharma.

Selexid®. Indikationer: Selexid® pivmecillinam, tabletter: Urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. **Selexid® mecilinam, pulver til injektionsvæske, opløsning:** Alvorlige urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. **Dosering:** Tabletter: *Voksne:* 200-400 mg 3 gange daglig. *Børn:* 20 mg/kg/dogn fordelt på 3 doser. Tabletterne skal indtages sammen med mindst et halvt glas væske. Selexid® kan tages sammen med mad. *Injektionsvæske: Voksne:* 200 mg-1 g 3-4 gange daglig i.m. eller i.v. (indtil 60 mg/kg/dogn). *Børn:* 20-40 mg/kg/dogn fordelt på 3-4 doser i.m. eller i.v. *Eldre:* Dosisjustering er ikke nødvendig. **Nedsat nyrefunktion:** Der er ikke specifik klinisk erfaring i patienter med nedsat nyrefunktion, der giver anledning til at antage at ekstra forsigtighed eller dosisjustering er nødvendig. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof, andre penicilliner eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Lokale retningslinier vedrørende korrekt brug af antibiotika bør følges. Krydsallergi mellem penicilliner og cefalosporiner forekommer. Bør ikke anvendes af patienter der lider af porfyri, da pivmecillinam er blevet sat i forbindelse med akutte anfald af porfyri. Patienter med genetiske metaboliske anomalier af typen organiske acidurier som metylmalonsyreacidemi og propionsyreacidemi. Samtidig behandling med valproat eller anden medicin som frigør pivalinsyre bør undgås pga. risiko for øget udskillelse af carnitin. Oesophagusstricture. Diaré/pseudomembranos colitis forårsaget af *Clostridium difficile* forekommer. Hvis der udvikles diaré, bør muligheden for pseudomembranos colitis overvejes og passende forholdsregler tages. **Interaktioner:** Samtidig indgift af probenecid hæmmer den renale tubulære udskillelse og øger derved serumkoncentrationen af mecilinam. Mecillinams baktericide virkning kan hæmmes ved samtidig indgift af bakteriostatisk virkende midler, f.eks. erythromycin og tetracykliner, men ikke sulfonamider. Mecillinam kan forstærke den baktericide virkning af samtidig indgift af andre beta-laktamantibiotika og aminoglykosider. Clearance af methotrexat fra kroppen kan reduceres ved samtidig brug af penicillin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Kan anvendes. **Amning:** Kan anvendes. **Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Påvirker ikke eller kun i ringe grad. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger er gastrointestinale symptomer og forskellige hudreaktioner. Ulceration i mund

og oesophagus kan opstå, hvis Selexid® tabletter ikke tages med tilstrækkelig væske. Allergiske reaktioner samt ændringer i blod- og leverfunktions-tal er blevet rapporteret i enkeltstående tilfælde. Baseret på data fra kliniske studier der inkluderer mere end 1000 patienter, som har modtaget en 3-dages behandling, opstod der bivirkninger hos mindre end 10 % af patienterne. Øvre gastrointestinale reaktioner forekom hos 4 %, diaré hos 1 % og udslæt hos 1 % af patienterne. Lidelser i blod og lymfe: *Frekvens ukendt:* Trombocytopeni, granulocytopeni, leukopeni, eosinofili. Lidelser i immunsystemet: Ikke almindelige (>1/1000 og <1/100): Hypersensibilitet. *Frekvens ukendt:* Anafylaktiske reaktioner inklusiv anafylaktisk shock. Metaboliske og ernæringsmæssige lidelser: *Frekvens ukendt:* Carnitinmangel. Gastrointestinale lidelser: *Almindelig-meget almindelig (>1/100):* Diaré, opkastning, kvalme, Ikke almindelige (>1/1000 og <1/100): Dysfagi, mavesmerter. *Frekvens ukendt:* Oesophagus ulceration, oral ulceration, colitis forårsaget af antibiotika, oesophagitis. Lever- og galdevejslidelser: *Frekvens ukendt:* Påvirket leverfunktion, let reversibel stigning i ASAT, ALAT, alkalisk fosfatase og bilirubin. Dermatologiske lidelser: Ikke almindelige (>1/1000 og <1/100): Udslæt. Sjælden-meget sjælden (<1/1000): Urticaria. *Frekvens ukendt:* Angioødem, pruritus. Muskuloskeletale-, bindevævs- og knogdelidelser. *Frekvens ukendt:* Artralgi. Generelle symptomer og forstyrrelser ved applikationssted: *Frekvens ukendt:* Feber. **Overdosering:** Der er ikke indberettet tilfælde af overdosering. Dog kan overdrevet brug af Selexid® inducere kvalme, opkastning og gastritis. Behandling: Symptomatisk behandling samt genoprettelse af væskebalance. **Indehaver af markedsføringstilladelse:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, 2750 Ballerup **Pakninger og priser:** Tabletter 200 mg, 20 stk. 107,75 kr., 30 stk. 154,85 kr., 40 stk. 214,60 kr., 100 stk. 464,60 kr. Tabletter 400 mg, 10 stk. 107,75 kr., 15 stk. 154,85 kr., 20 stk. 214,60 kr. **Generelt tilskud. Udlævering:** B. Dagsaktuelle priser: se www.medicinpriser.dk



LEO Pharma

Box 404 · SE-201 24 Malmø
Tel.: 70 22 49 11 · Fax: 70 22 49 15
info.dk@leo-pharma.com · www.leo-pharma.dk

LEO® 101210 DIX © LEO JAN JAN 2012 CVR. NO. 56759514 ALLE LEO VAREMÆRKER SØH ER NEVNT EJES AF LEO GROUP

Nyt fra Verden

AUA/SUFU Atlanta 19.05.2012

Det var med stor entusiasme, jeg modtog en invitation fra American Urological Association (AUA) om at medvirke med et foredrag "What we know and what we do not know about urethral function" ved årsmødet i Atlanta. Sessionen omfattede 3 indlæg, de 2 øvrige deltagere var Karl-Erik Andersson, der nu arbejder i Wake Forest, North Carolina og John DeLancey fra Ann Arbor, Michigan. Karl-Erik Andersson gennemgik urethras farmakologi, hvor der ikke er sket meget nyt siden Duloxitin blev introduceret som et middel mod stress inkontinens. Stoffet er fortsat ikke approberet af de amerikanske myndigheder på den indikation. John DeLancey gennemgik et tidligere studie, hvor stress inkontinente og kontrol kontinente blev sammenlignet. Det er hans synspunkt, at urethras lukkemekanisme består af en "sphincter enhed" og en "support enhed". Ifølge hans data er det sphincter enheden, der er mest defekt hos

patienter med stress inkontinens. Undertegnede kunne præsentere helt nye data (fra Marie-Louise Saabys igangværende Ph.d.), som modsat viser, at det først og fremmest er urethras understøtning (support enheden), der er problemet hos patienter med stress inkontinens. Det er i god overensstemmelse med, at symptomet så effektivt kureres med en midurethral slynge. Jeg havde i øvrigt mulighed for at fremlægge nogle interessante helt nye urethrale reflektometrimålinger, som Marie-Louise Saaby på et senere tidspunkt vil præsentere i forbindelse med hendes Ph.d.-afhandling.

Efter frokost holdt Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction (SUFU) årsmøde, hvor temaet var komplikationer i relation til kirurgisk mesh. Indledningsvis gennemgik J. Christian Winters fra Urologisk afdeling i New Orleans



"DID YOU KNOW..."

ETHICON GYNECARE
remains firmly committed to
finding solutions for women
suffering from Incontinence
and Pelvic Organ Prolapse



Your purpose. Our promise.

status vedr. situationen set med amerikanske urologers øjne. Konklusionen var, at POP-mesh ikke er totalt "out", men bør bruges med meget større omtanke og kun i specielle tilfælde. Han kunne i øvrigt meddele, at FDA var lige på trapperne med nye regler, som vil betyde: 1) POP-mesh hæves til klasse III-devices, hvilket betyder, at der skal foreligge kliniske data, før et produkt må markedsføres, og der vil efterfølgende være nøje overvågning af produktet.

2) Mht. konventionelle midurethral slynger med Polypropylen fastholder FDA de nuværende regler (device klasse II), mens nye generationer f.eks. mini slynger først må markedsføres på basis af kliniske data, og for disse vil der ligeledes ske overvågning efter markedsføring. Alt i alt må man sige, at det er en meget positiv udvikling mhp. patienternes sikkerhed.

Hvis nogen ønsker at få et indtryk af situationen i USA netop nu, kan man google "transvaginal mesh" for at konstatere, at der verserer talrige retssager, hvilket naturligvis er en uholdbar situation for vores speciale.

For at vi som læger overholder de etiske spilleregler; bør man afstå fra at implementere nye teknikker, hvis der ikke foreligger kliniske data. Ellers bør "evaluering" foregå efter almindelige videnskabelige principper med protokol og publikation af resultaterne (1).

1. Lose G et Gräs S. Editorial. While we wait for a new regulatory framework for surgical mesh. IUJO; 2012 (in press).

KÆRE DUGSNYT LÆSER

Er du endnu ikke medlem af DUGS, men ønsker du at blive det, kan du rette henvendelse til DUGS sekretær Rikke Guldborg Sørensen på rikke.guldborg.soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk

Medlemsgebyret er fortsat kr. 100,00 årligt og kan indbetales på DUGS konto i Lægernes Pensionsbank: Reg.nr. 6771 konto 0006154413. Alle medlemmer modtager 2 gange om året DUGSNyt. Desuden har du som DUGS medlem mulighed for at deltage i de kurser som DUGS arrangerer.

Rejseberetning fra Uganda

Bwindi Hospital; Uganda

I marts i år drog Lise Schleiss, Bjarke Sørensen og jeg af sted med kurs mod Bwindi Community Hospital i Uganda. Forinden var der lagt et stort arbejde i at planlægge turen, der som tiden gik udviklede sig mere og mere. Oprindeligt var meningen med turen at monitorere to projekter, som begge havde en OSVAL studerende tilknyttet, nemlig Natja og Emma. Vi havde i lang tid diskuteret deres opgaver, som skulle berøre nogle af de områder, som rammer unge kvinder i Uganda og er associeret med stor dødelighed eller er belastende for den enkelte kvinde i udtalt grad.

Natja blev hurtigt grebet af emnet om uønsket graviditet blandt unge kvinder og den store dødelighed, der ses i denne gruppe. Abort er ikke lovligt i Uganda, og det betyder, at mange kvinder henvender sig til lokale medicinfolk, hvor de sterile forhold langt fra er i top. Hvordan indgrebet udføres, hvilke urter og 'instrumenter' der benyttes, kan vi kun gisne om. Det betyder, at de kvinder, som henvender sig på hospitalet ofte er svært septiske og har stor risiko for død.

Med Emma diskuterede vi længere om emnet – forekomsten af inkontinens hos kvinder i et uudviklet område i Uganda – var bæredygtigt. Inkontinens i den 3.verden opstår ofte som følge efter fødselsskader, i mange tilfælde i form af fistler, som kræver rutineret operativ indsats. Bjarke Sørensen og jeg har tidligere stået for et behandlingsprojekt i Gimbi i Etiopien af disse kvinder, og vi ville

meget gerne se, om det var muligt at identificere kvinder i et område af Uganda, som måske ikke havde så store problemer, men alligevel havde et behandlingsbehov – ligesom kvinder i Danmark. Da denne gruppe er svær at identificere pga. tabuisering, blev enden på den diskussion dog, at Bjarke, Lise og jeg selv valgte at stå for opgaven, hvorimod Emma fik



til opgave at foretage en audit på fødselsforløbet for de kvinder, som fik foretaget sectio. Et indgreb som ligeledes er associeret med en høj forekomst af komplikationer og maternel dødelighed.

Så den 10 dage lange tur var planlagt ned til mindste detalje. At Bjarke så, som certificeret underviser i ALSO, også tilbød kurset til de tre læger, og 11 sygeplejersker/jordemødre, der var tilknyttet hospitalet, med os andre to som medundervisere, gjorde ikke programmet mindre.



Efter 10 timers flyvetur til Entebbe og efterfølgende 14 timers kørsel til langt ud på natten, ankom vi til målet. Vores chauffør, Steve, viste det sig, havde aldrig været uden for området omkring Entebbe. Han havde intet kort og kørte højst 80 km/t, så turen gik i et adstadigt tempo. Med god hjælp fra vores medbragte guidebøger, mobiltelefonens gps og velvillige folk langs vejen, lykkedes det os at finde vej.

Bwindi Community Hospital ligger ved siden af Bwindi Impenetrable National Park, som huser nogle af verdens få bjerggorillaer.

Dagene gik hurtigt med det kompakte program. Hver morgen var vi oppe kl. 6, hvorefter vi gik de 2,5 km ned til hospitalet og spiste morgenmad med de tre læger fra hospitalet, Natja og Emma. De dage, hvor vi havde mulighed for det, kørte vi ud i området til små landsbyer og talte med nogle af de kvinder, som oplevede inkontinensproblemer. Deres historier var gribende, og det er svært at forstå, at de pga af inkontinens, er blevet udstødt af familien, må leve alene og er socialt isolerede.

Sygehistorie:

En ca. 30-årig kvinde som i forbindelse med sin første og eneste fødsel to år tidligere havde et langvarigt forløb og blev forløst ved sectio. Efterfølgende fik hun at vide, at barnet var dødt. Siden fødslen havde hun været drivende inkontinent. Hun var ikke forsikret og brugte et halvt år til at spare, hvad der svarer til 300 kr., sammen til en operation, bl.a. ved at bære brænde. Operationen blev foretaget

af et schweizisk lægehold, som ca. en gang om året kommer til hospitalet og opererer inkontinente kvinder. Operationen havde desværre ikke den ønskede virkning, men havde blot forværret problemet. Nu var hun udelukket fra at tjene penge ved at bære brænde, kunne ikke længere grave i marken og måtte primært leve af økonomisk hjælp fra søsteren. Patientens mand havde på et tidligt tidspunkt forladt hende pga inkontinensproblemet.

Hun følte sig meget isoleret og havde stort set ingen social kontakt ud over til søsteren. Tidligere havde hun været glad for at komme i den lokale kirke, men havde også

måttet opgive dette. Hun ville ikke tale med andre om problemet, da hun var sikker på, at de ville grine ad hende og kendte ikke andre, som havde et lignende problem. For at undgå lækager forsøgte hun at begrænse sit væskeindtag.

På trods af disse triste skæbner herskede der, både hos læger og plejepersonale, et stort engagement og en ukuelig tro på at kunne hjælpe lokalbefolkningen til et bedre og sundere liv.

Samlet bestod 11 ud af 14 ALSO kurset – alle gik op i kurset med stor iver og interesse.

Vi kommer gerne igen ☺

Martin og mine to rejseledsagere, Bjarke og Lise



Good Urodynamic Practice - an ICS-certified course in urodynamic evaluation of female patients

Copenhagen

15 November 2012, 9:00-17:00, and 16 November, 8.30-13:00

This is the only such course in Scandinavia to be certified by the International Continence Society (ICS). This course will be held in English. This course is targeted at urologists, gynecologists, nurses, continence therapists and other professionals who use urodynamic evaluations in their daily practice, and multi-professional interaction is encouraged.

The program is consistent with the ICS recommended curriculum. Certificates will be issued to participants. Hands-on training in our urodynamic lab is available on request. Prominent speakers from the Nordic countries have been invited. The course will be interactive, with workshops and case demonstrations, including discussions of participants' own cases. English will be used, if non-Scandinavian speaking participants register.

Faculty:

Prof. Gunnar Lose, DMSc

Dr. Lone Mouritsen. Ph.d

Dr. Niels Klarskov, DMSc

Ms. Berit Larsen, RN

Dr. Svend Mortensen, DMSc, urologist

Registration fee incl. lunches and breaks is DKK 2000 = 270 EUR. The course will be held in Central Copenhagen, with very easy access by air or rail. Hotels in all price categories are within walking distance.

If you are interested in participating, please e-mail berit.sejersen.larsen@regionh.dk to receive you registration package. Please register no later than 1 September



TENTATIVE PROGRAMME

Anatomy, normal micturition physiology
CNS control of the lower urinary tract
ICS-terminology
ICI-classification of urodynamic evaluation:
non-invasive vs. invasive

Non-invasive urodynamic evaluation:

- Voiding diary
- Uroflow
- Residual urine

Introduction to invasive urodynamic evaluation

- Cystometry and pressure/flow voiding study
- Normal values

Pressure/flow studies

- Controversies
- How to distinguish obstruction and hypoactive detrusor

Urodynamic nursing:

- Practical set-up of the urodynamic lab
- Slide-show: urodynamics step-by-step
- Protecting patient integrity

Workshop:

- Equipment demonstration
- Catheters & transducers
- Balancing & calibration
- Safety

Workshop:

- Errors & artefacts

Evaluating urethral function

- Definitions
- Methods
- 'Low pressure urethra' discussed
- Novel techniques

Imaging the lower urinary tract

Neurogenic lower urinary tract dysfunction

Urodynamic investigations in men and children

WANTED

FLERE

TVÆRFAGLIGE INDLÆG!

HAR DU ET UROGYNÆKOLOGISK PROJEKT,

VI ALLE KUNNE LÆRE AF,

SÅ ER CHANCEN DER VED NÆSTE ÅRSMØDE!

SEND ET ABSTRAKT

Dansk Urogynækologisk Selskab holder Årsmøde den 4. januar 2013 på Herlev Hospital

Abstracts, der ønskes publiceret i DUGSNyt nr. 2 – 2012,
sendes senest d. 9. november 2012 til DUGS sekretær
Rikke Guldborg Sørensen

Rikke.Guldborg.Soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk

Abstractet skal bygges op med formål, metoder, resultater,
diskussion og må max. fylde 200 ord.

Desuden skal det tydeligt fremgå, hvad det pågældende abstract
bidrager med.

Dansk Selskab for Vulva lidelser, DSVL, stiftet.

Det første danske tværfaglige selskab i vulvalidelser, DSVL, stiftedes januar 2012. Selskabets hjemmeside, www.DSVL.dk, går i luften juni 2012 og kan bl.a. tilbyde patientvejledninger, kliniske retningslinjer til behandlere, kalender med kurser og kongresser i ind- og udland og et medlemsforum til diskussion af bl.a. vanskelige patient cases etc.

Selskabet har til formål:

1. *at udbrede kendskab til og udveksle erfaring indenfor området benigne vulvalidelser og vulvapræcancer, ved at samle alle faggrupper, der varetager vulvalidelser i én national forening.*
2. *at øge kundskaberne blandt medlemmerne, i sundhedsvæsenet og i samfundet som helhed om vulvalidelser. Herunder afholde kurser og opdatere og udvikle guidelines.*
3. *at fungere som kontaktorgan i faglige spørgsmål som vedrører vulvalidelser, herunder også kontakt til de nordiske, europæiske og internationale selskaber.*
4. *at arbejde for at der skal være adgang til specielt vulvainteresserede læger i alle områder af landet. Evt. oprette televulvologi. Arbejde på tværfaglig behandling af Vulvodyni patienter.*
5. *at fremme det videnskabelige arbejde indenfor vulvalidelser, evt. som multicenterstudier.*

Patienter står på ventelister til behandling på flere sygehuse overalt i Danmark, omend der findes kvalificeret personale til at varetage be-

handling på mange gynækologiske- og dermatologiske afdelinger eller hos visse praktiserende gynækologer og hudlæger. Ventetiden tvinger kvinderne ud på det private sundheds marked, som til høje takster tilbyder behandlinger, hvoraf nogle ikke er videnskabelig bevist at virke.

Det faktum at der nu eksisterer danske forskningsresultater på kvinder med vulvodyni, at der i stigende grad tilbydes kurser i vulvalidelser, herunder vulvodyni samt at der eksisterer vulvaklinikker i størstedelen af landet har medført en større fokusering på problemet, hvilket afspejler sig i et stigende antal henvendelser fra patienter og henvisninger til danske vulvaklinikker. Sexologisk klinik på Rigshospitalet og Jysk sexologisk Klinik behandler desuden en gruppe patienter med gynækologisk relaterede smerter herunder vulvodyni, med psykologisk behandling som er dokumenteret at have effekt hos nogle kvinder.

Medlemskab kan opnås gennem ansøgning på selskabets hjemmeside og kan søges af

1. Læger med interesse for vulvasygdomme.
2. Fysioterapeuter med interesse for vulvasygdomme.
3. Sundhedsfagligt personale på vulvaklinikker.
4. Sexologer autoriseret af NACS og psykologer med interesse for vulvasygdomme.
5. Firmaer kan ikke være medlemmer af selskabet.

Christina Damsted Petersen,
næstformand, DSVL, 1. Reservelæge, Gynækologisk-
Obstetrisk afdeling

Afsked med Steen Walther

D.2. maj holdt urinvejskirurgisk afdeling OUH afskedssymposium for Professor, dr. med., overlæge Steen Walther og dermed blev der sat et punktum for et langt og betydningsfuldt virke. Steens planer om at trække sig tilbage har været kendt længe og vi har alle forsøgt at vende os til tanken om, at sygehuset godt kan fungere uden ham. - Nu hvor han har været fraværende et stykke tid - kan vi konkludere, at det fungerer - men ikke som før. Steens karakteristiske trav mangler på gangene - en sygeplejerske beskrev lyden: Det er lyden af hjælp på vej. Afskedssymposiet var et dejligt arrangement med mange

inspirerende og underholdende indlæg. Fælles for talerne var, at alle kunne indlede med en lille anekdote om, hvordan Steen havde sendt et postkort, da de fik den første artikel i Ugeskriftet, og blomster da de blev gift o.s.v. Der var ingen, som var i tvivl om, at Steen ud over sit store faglige og organisatoriske virke også har betydet rigtig meget som ven og mentor for mange kollegaer. Specielt må vi urogynækologer jo se langt efter en urolog, som har betydet rigtig meget for samarbejdet mellem vore specialer. Vi sender alle gode ønsker til Steen og hans familie - og håber at se ham til fremtidige arrangementer.



Fra venstre; Gunnar Lose, Steen Walther og Torsten Sørensen

Om vesiko-vaginale fistler

En fistel er en patologisk forbindelse fra et hulrum af kroppen til en legemsoverflade. I urinvejene er de vesiko-vaginale fistler de hyppigste. De kan ses som komplikationer efter operationer i det lille bækken, f.eks. efter hysterektomi, mens de i udviklingslandene ofte ses efter langvarige, traumatiske fødsler.

Sivende, konstant urininkontinens er det helt karakteristiske symptom, som oftest debuterer 5-14 dage efter et operativt indgreb. I de fleste tilfælde kan det være vanskeligt at påvise en vesiko-vaginal fistel. Men hvis man har mistanke om, at en fistel er årsag vandladnings-symptomerne hos en kvinde, kan diagnosen sikres ved installation af methylenblåt i blæren med efterfølgende konstatering af blåtfarvet urin i vagina.

En af de første, der beskæftige sig med behandling af vesiko-vaginale fistler, var James Marion Sims. Han blev faktisk verdensberømt i midten af 1800-tallet for sine vellykkede operationer. Men vejen til berømmelsen var lang. Det begyndte i 1845, da han fik ideen til at operere kvinder med vesiko-fistler, mens de var placeret i knæ-albue-leje. Han havde nemlig konstateret, at hvis kvinderne var placeret i denne stilling, blev vagina fyldt med luft, når han pressede nedefter i vagina; derved kunne han se hele vaginas forvæg.

På det tidspunkt blev en ung slave henvist til Sims pga. en vesiko-vaginal fistel, der var fremkommet efter en kompliceret fødsel. Senere fik han henvist flere slaver med samme lidelse. Og i de næste fire år havde han en lille trio af slaver - Lucy, Betsey og Anarcha - som han ope-

rerede mange gange, fordi han ville finde den optimale operative behandling af fistlerne.

Nogen, bl.a. hans egen svigersøn, beskyldte ham for at eksperimentere med de stakkes slaver, mens selv var han besat af tanken om at finde en operationsmetode, der kunne helbrede kvinderne for deres fistler. Det lykkedes endelig til sidst, da han en sen natte-time fik ideen til en særlig knudeteknik. Og den 21. juni 1849 blev the long-suffering Anarcha som den første helbredt for sin fistel, da hun gennemgik en af de mange vellykkede operationer, som Sims siden udførte.

Marion Sims publicerede sine resultater i American Journal of Medical Science i 1852 og lagde dermed grunden til sin berømmelse.

På et tidspunkt købte han en bøjelig ske af tin. Hensigten var at anvende skeen for at få bedre overblik over vaginas bagvæg. Det var forløberen for det såkaldte Sims rendeformede spekulum til brug ved gynækologiske undersøgelser.

James Marion Sims blev født den 25. januar 1813 i Hanging Rock i South Carolina, hvor faderen var landmand. Han skyldte konstant penge til den lokale læge. Hos ham kom den unge Sims i lære og giftede sig siden med lægens datter, som han havde været barnekærester med.

Han tilbragte et år på lægeskolen i Charleston, inden han læste videre på Jefferson Medical College i Philadelphia, hvorfra han blev læge i 1835.

Sims nedsatte sig som praktiserende læge i Alabama, men da han blev syg af kronisk dy-

senteri, og i øvrigt fandt, at klimaet og vandet var bedre i New York, flyttede han dertil i 1853. To år senere grundlagde han det første hospital i USA for kvinder. Det lå på Madison Avenue og var forløberen for Womens Hospital of the State of New York; her blev Sims chef.

I 1861 rejste han rundt i Europa, hvor han besøgte Dublin, London, Edinburgh og Paris; overalt demonstrerede han sin operationsteknik. Han vendte hjem efter et års tid, men da han havnede midt i den amerikanske borgerkrig, rejste han tilbage til Europa, hvor han blev i fem år. Dem tilbragte han med at rejse rundt til de europæiske hospitaler, hvor han viste sine operative færdigheder, inden han besluttede at rejse hjem til USA igen.

Efter en uoverensstemmelse med ledelsen på Womens Hospital trak han sig tilbage i 1874. Han døde den 13. november 1883 og blev begravet på Greenwood kirkegården i New York. Sims modtog talrige æresbevisning i løbet sin karriere. En statue af ham blev rejst i Bryant Park i 1894, men i 1936 blev den flyttet til et hjørne af Central Park lige over for New York Academy of Medicine. Og her står den endnu!

Kilder:

1. Gunnar Lose & Søren Brostrøm. *Urogynækologi. I: Gynækologi*, 4. udg. København: Munksgaard Danmark 2011
2. Thomas F. Baskett. *On the Shoulders of Giants*. London: RCOG Press 1998
3. Edv. Gotfredsen. *Medicinens historie*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1964
4. Michael J. O'Dowd & Elliot E. Philipp. *The History of Obstetrics and Gynaecology*. New York & London: The Parthenon Publishing Group 1994

James Marion Simms





MARK YOUR CALENDAR!

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

MORE INFORMATION WILL FOLLOW

Organising Committee

The Board of NUGA

Dr. Yngvild Skåtun Hannestad, [yngvild.hannestad@isf.uib.no], Norway (President)

Dr. Søren Brostrøm [soren@brostrom.dk], Denmark

Dr. Kristín Jónsdóttir [kjonsd@landspitali.is], Iceland

Dr. Antti Valpas [Antti.Valpas@ekshp.fi], Finland

Dr. Christian Falconer [christian.falconer@ds.se], Sweden

Det årlige Sygeplejemøde i DUGS

Reserver allerede nu datoen for næste
Sygeplejemøde i DUGS 2013.

Tid: 1. marts 2013

Sted: Skejby Hospital

Spændende program følger
Hold øje med DUGS hjemmesiden
i fremtiden og se nærmere

Vel mødt

Med venlig hilsen

Kursusudvalget for Sygeplejemødet

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Afdelingslæge, ph.d.

Mette Hornum Bing

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Herlev Hospital

mbing@dadlnet.dk

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d.

Susanne Greisen

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y Aarhus Universitetshospital, Skejby 8200 Aarhus N

susagrei@rm.dk

KASSERER

Reservelæge

Charlotte Graugaard-Jensen

Urologisk afdeling K Aarhus Universitetshospital, Skejby 8200 Aarhus N

graugaard@ki.au.dk

SEKRETÆR

Læge, ph.d. studerende

Rikke Guldberg Sørensen

Kompetencecenter Syd for Landsdækkende

Kliniske Databaser Afdeling for Kvalitet og

Forskning/MTV Odense Universitetshospital

rikke.guldberg.soerensen@ouh.regionsyddanmark.dk

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

Annette Vestermark

Medicinsk Center Hjørring Sygehus Vensyssel Bispensgade 37 9800 Hjørring

a.vestermark@rn.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling

Hillerød Hospital

Dyrehavevej 29

3400 Hillerød

l.b.paulsen@dadlnet.dk

WEBREDAKTØR

Overlæge

Ulla Darling Hansen

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Odense

Univesitetshospital 5000 Odense C

udh@dadlnet.dk



SELSKABETS HJEMMESIDE

www.dugs.dk

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

NFOG

38. th Nordic Congress Bergen, Norge 16.-19. juni 2012

www.nfog.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Annual Meeting Brisbane, Australien 4.-8. september 2012

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting Beijing, Kina 15.-19. oktober 2012

www.icsoffice.org

DUGS Årsmøde

4. januar 2013 Herlev Hospital

www.dugs.dk

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

28. Bi-Annual meeting 17.-19. januar 2013 Helsinki, Finland

www.nuga-info.org

The 1st World Congress on Pelvic Pain

Amsterdam, Holland

30. maj- 1. Juni 2013

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting Barcelona, Spanien 26.-30. august 2013

www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Dublin, Irland

28. maj-1. juni 2013

www.iuga.org

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting Rio de Janeiro, Brasilien 20.-24. Oktober 2014

www.icsoffice.org

International Urogynecological Association (IUGA)

Washington D.C., USA 22.-27. juli 2014

www.iuga.org

Begivenheder som ønskes oplyst her kan meddeles til

l.b.paulsen@dadlnet.dk

NÆSTE NUMMER

af DUGSNyt

udkommer december 2012

Manuskripter sendes i
Word-format til

l.b.paulsen@dadlnet.dk

senest den 10. november 2012



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

***Lægemiddelform:** Tabletter, filmovertrukne. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af tranginkontinens og/eller hyppig vandladning og imperiøs vandladningstrang, som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. ***Dosering:** Voksne, inklusive ældre: 5 mg solifenacinsuccinat én gang daglig. Doseringen kan øges til 10 mg én gang daglig, ved behov. **Børn og unge:** Bør ikke anvendes, da erfaring savnes. **Patienter med nedsat nyrefunktion:** Patienter med svært nedsat nyrefunktion (GFR $\leq$ 30 ml/min) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Patienter med nedsat leverfunktion:** Patienter med moderat nedsat leverfunktion (Child-Pugh score 7-9) skal behandles med forsigtighed, max. 5 mg én gang daglig. **Administration:** Tabletterne kan tages med eller uden mad og skal synkes hele med vand. **Kontraindikationer:** Urinretention, svær gastrointestinal lidelse (inkl. toksisk megacolon), myastenia gravis eller snærvinkelglaukom og hos patienter med risiko for disse lidelser. Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Hæmodialysebehandling. Svært nedsat leverfunktion. Samtidig behandling med Vesicare og en stærk CYP3A4 hæmmer f.eks. ketoconazol, ved svær nyreinsufficiens eller moderat nedsat leverfunktion. ***Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Andre årsager til hyppig vandladning (hjertesvigt eller nyrelidelser) bør undersøges, før behandling med Vesicare påbegyndes. Ved samtidig urinvejsinfektion bør passende antibiotisk behandling igangsættes. Anvendes med forsigtighed til patienter med: Klinisk signifikant blæreobstruktion med risiko for urinretention, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for nedsat gastrointestinal motilitet, svært nedsat nyrefunktion, moderat nedsat leverfunktion, samtidig brug af en stærk CYP3A4 hæmmer, hiatus hernie/gastro-øsofageal reflux og/eller til patienter, som samtidig tager medicin, som kan forårsage eller forværre øsofagitis (såsom bisfosfonater), autonom neuropati. Angioødem med luftvejsobstruktion er rapporteret hos nogle patienter i behandling med solifenacin succinat. Så fremt angioødem opstår bør behandling med Vesicare seponeres og anden relevant behandling og/eller foranstaltninger igangsættes. Sikkerhed og effekt er endnu ikke blevet fastslået hos patienter med den 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 akkommodationsforstyrrelser 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. Meget almindelige ($>1/10$): Mundtørhed. Almindelige ($>1/100$, $<1/100$): Akkommodationsforstyrrelser, 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 ($>1/10.000$, $<1/1000$): Svimmelhed, hovedpine, colon obstruktion, påvirkning af afføring, opkastning, kløe, udslet, urinretention. Meget sjældne ($<1/10000$), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data): Hallucinationer, erythema multiforme, nældefeber, angioødem. **Udlevering:** B. Tilskud: Tilskudsberettiget (pr. 30.8.2004). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr):** 5 mg, 30 stk: 450,75 kr. 5 mg, 90 stk: 1286,75 kr. 5 mg, 100 stk: 1428,25 kr. 10 mg, 30 stk: 558,05 kr. 10 mg, 90 stk: 1603,00 kr. 10 mg, 100 stk: 1779,65 kr. (pris pr. d. 04.05.2012 inkl. recepturgebyr). Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. ***Afsnittet er forkortet/omskrevet.**

Baseret på produktresumé dateret d. 07.03.2012

Fuldt produktresumé kan rekvireres hos registreringsindehaveren: Astellas Pharma a/s, Kajakvej 2, 2770 Kastrup, tlf. 4343 0355 eller via www.laegemiddelstyrelsen.dk Revideret 19.04.2012

**POST****B****PP**

DANMARK



Glæden ved at lufte hunden er forsvundet.

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

**Vesicare®
(solifenacin)****Lægemiddel mod overaktiv blære**

ASTELLAS PHARMA A/S, KAJAKVEJ 2, 2770 KASTRUP.

TLF: +45 4343 0355. FAX: +45 4343 2224.

KONTAKT@DK.ASTELLAS.COM. WWW.ASTELLAS.DK.

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

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