

DUGSNyt

8. årgang nr. 1 - 2014



NUGA

**NORDIC UROGYNECO-
LOGICAL ASSOCIATION
THE 29TH BI-ANNUAL
MEETING, STOCKHOLM**

Se s. 23 inde i bladet

Leder	3
Highlights fra DUGS Årsmøde og generalforsamling.....	4
Referat fra generalforsamling	9
DUGS Arbejdsgrupper.....	14
Nationale Kliniske Retningslinier	16
DUGS Regnskab	19
Kurser	20
Torsten Sørensen mindeord	22
NUGA.....	23
Videnskab	24
Abstract	26
Bestyrelsen	27
Kommende møder og Kongresser....	28

www.dugs.dk

DUGSNyt

8. årgang, nr. 1 – 2014

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)

v/ Rikke Guldborg

1. Reservelæge

Gynækologisk/obstetrisk afd.

Kolding - Sygehus Lillebælt

Mail: Rikke.guldborg.soerensen@rsyd

Hjemmeside

www.dugs.dk

Ansvarshavende redaktør

Lene Paulsen

l.b.paulsen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding

info@inprint.dk

Oplag

450

ISSN 1903-3168

Forsidebillede forestiller:

Stockholm Gamla Stan



Forskningsnetværk i DUGS?

Trenden inden for udredning og behandling af patienter påvirkes ofte af store randomiserede studier. Det er imidlertid nærmest umuligt for enkelt personer eller afdelinger at udføre randomiserede studier af den rette størrelse. Som konsekvens af dette er der i USA oprettet offentligt finansieret "networks", hvor førende eksperter sammen udfører multicenterstudier.

Et studie fra "Urinary Incontinence Treatment Network" er for nyligt blevet publiceret (1). I studiet er patienter med stress inkontinens blevet randomiseret til enten klinisk undersøgelse alene eller til klinisk undersøgelse samt invasiv og non-invasiv urodynamik. Der var i studiet ikke nogen retningslinje for, hvilken indflydelse resultaterne af de urodynamiske undersøgelser skulle have for patienternes behandling. Forskergruppen har i en efterfølgende debat om studiet erkendt, at de ikke mente, at urodynamik havde nogen betydning for valg af behandling for denne gruppe patienter. Som følge heraf fik patienterne i de 2 grupper præcis den samme behandling og havde derfor også det samme "outcome". Dette studie fortæller naturligvis ikke noget om, hvad man kan bruge urodynamik til, men er blot en selvopfyldende profeti, hvor de involverede afdelinger bliver bekræftet i, at de ikke får noget ud

af urodynamik. Trods den åbenlyse svaghed i studiedesignet er artiklen blevet publiceret i New England Journal of Medicine, formentlig pga. studiet størrelse. Studiet har skabt debat om værdien af urodynamik ved genuin stress inkontinens, og resultaterne bliver ligefrem brugt som argument for, at både invasiv og noninvasiv urodynamik helt kan undlades, når patienterne primært klager over stress inkontinens.

De store amerikanske netværk får meget indflydelse på udviklingen inden for urogynækologien, da de er i stand til at udføre kvantitativt store studier. Hvis vi i Danmark vil øge vores indflydelse på den internationale trend, er vi nødt til at danne tilsvarende netværk. Et sådan netværk kunne dannes som en arbejdsgruppe under DUGS. Vi har allerede den store fordel, at vi har en enestående landsdækkende database med meget høj datakomplethed. Samarbejdet kunne måske med tiden udvides til at omfatte hele Norden.

DUGS bestyrelse:

Susanne Greisen, Niels Klarskov, Rikke Guldberg, Charlotte Graugaard-Jensen og Anette Vestermark

1. Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, Zyczynski HM, Varner RE, Amundsen C, et al. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N Engl J Med.* 2012 May 24; 366(21):1987–97.

Highlights fra DUGS Årsmøde 10. Januar 2014, Aarhus Universitets Hospital Skejby

Årsmødet blev som vanligt afholdt på Skejby Universitetshospital med 145 tilmeldte deltagere, en god blanding af læger sygeplejersker og fysioterapeuter fra hele landet.

Som fast punkt hørte vi nyt fra DugaBasen, hvor Ulla Darling, OUH er midlertidig projektleder efter Ulrik Kesmodel. Fremtidig projektleder bliver Rikke Guldborg. Hjemmesiden er blevet opdateret, og sekretariatet flyttet til OUH, kontaktoplysninger ses på hjemmesiden. Der vil blive oprettet en ny brugertype (regionsbruger), som kan lukke forløb på andre afdelinger i hele landet. Års- og kvartalsrapporter kommer i nyt forbedret format, og nye

indikatorer indføres i form af recidiv-operation inden for 2 og 5 år. Data viser god kompletthed på registrering for de offentlige sygehuse (> 90%), men mangelfuld for de private (30-40%) Mål for indikatorerne er stort set opfyldt, men komplettheden af data kan optimeres.

Susanne Axelsen, Skejby informerede om den nye "Prolaps guideline" som er udarbejdet som Hindsgavl guideline og er en revision af guideline fra 2003. Susanne er tovholder for 5 undergrupper, og der har været en del ændringer. Der er en opdeling i dels evidensbaserede rekommandationer, hvoraf kun få er grad A, og dels anbefalinger, som er baseret på "sund fornuft" og tradition på grund af manglende undersøgelser. Susanne fremhævede følgende rekommandationer: kun indikation for operation ved symptomgivende prolaps (B), bækkenbundstræning hjælper (A) og anvendelse af lokal hormon ved pessarbehandling (C). Guidelinen er lagt på DSOG's hjemmeside og alle er velkomne til at give feedback. Desuden var der en opfordring til sygeplejersker og fysioterapeuter om at deltage i fremtidige arbejdsgrupper.





Den 1. af sin slags – stolt præsenteret af Ulla Due

Mødets udenlandske foredragsholder var professor Anthony Smith fra Manchester, UK med et godt indlæg om "Native tissue repair in POP surgery". Anthony Smith fokuserede på forvægsplastik og indledte med et historisk tilbageblik til 1920-erne, hvor der var samme problematik som nu med stor recidivrisiko. Han diskuterede årsager (muskulær, fascier, sensorisk), mål med kirurgi (anatomisk korrektion, funktionel forbedring) og mente at behandling burde være en kombination af kirurgi og bækkenbundstræning. Han påpegede desuden, at der er en trend mod øget fokus på den apikale support, men manglende evidens for valg af operationsmetode. Anthony Smith konkluderede, at der er behov for mere forskning til at forstå årsager til prolaps og til evaluering af operationsmetoder.

Søren Gräs, Herlev gav en opdatering i forskning i "Stamceller i urogynækologien". Injektion af in vitro

expanderede muskulære stamceller i urethralsphincter har god effekt på stressinkontinens hos dyr. Effekten på mennesker er knap så lovende, undersøgelser indtil nu har vist god sikkerhed, en cure rate på 13-43 % , forbedring hos 50-89%. Søren Gräs anvender friske satellitceller i sine undersøgelser og har ved ukompliceret SUI (n=16) fundet cure rate 25% og forbedring hos 57%, dårligere effekt hos komplicerede patienter (n=14). Effekten var afhængig af biopsiens størrelse, kun få og lette bivirkninger.

Herefter gav Rikke Guldborg en



Professor Anthony Smith



Aktivt lyttende glade mødedeltagere.

kort oversigt over sin Ph.d. afhandling: "Clinical epidemiological studies in women undergoing surgery for urogynecological disorders". To af 4 studier er baseret på DugaBasen: dels et valideringsstudie, som viste god validitet og høj kompletthed med rum for forbedring for privathospitalerne; dels en undersøgelse af patientoplevelset effekt af operation for prolaps eller inkontinens, hvor Rikke fandt god effekt både på symptomer og livskvalitet.

Mette Meinert, Skejby holdt et indlæg om "Hudsygdomme i vulva". Mette gav en oversigt over undersøgelsesmetoder, symptomer og årsager, med focus på Lichen sclerosus, som er associeret med painful bladder og

har 5% risiko for cancerudvikling. Behandlingen fokuserede på fedtcreme og Dermovat. Mette gjorde opmærksom på et tværfagligt kursus i vulvalidelser den 21. marts 2014 i Århus.

Fysioterapeut og sexolog Catrine Stenz gav et indblik i "Sexologi og urogynækologi". Patienterne har ofte svært med at fremføre seksuelle problemer, men Catrine mener, at hvis behandleren spørger ind til disse, vil pt. gerne tale om det. Catrine beskrev 3 interessante cases med henholdsvis prolaps, urininkontinens og analinkontinens i relation til seksuelle problemer.

Fysioterapeut Ulla Due er medstifter af et nyt selskab "Dansk selskab for urologisk, gynækologisk og obstetrisk



Kvaliteten af de præsenterede posters var meget høj, her ses et udsnit.

fysioterapi", og har været med i udarbejdelse af kliniske retningslinier ved stressinkontinens. Der er et ønske om standardisering af behandlingen, således at alle behandles efter høj evidens og med samme gode kvalitet. Der er taget udgangspunkt i en hollandsk vejledning, som er oversat til engelsk og tilpasset kulturelt, man er i øjeblikket ved at implementere retningslinierne.

Der var i alt tilmeldt 15 abstracts. Otte blev præsenteret som posters, mens 7 var frie foredrag i den sidste session: **Martin Rudnicki** præsenterede en spørgeskemaopfølgning fra Roskilde 25-150 mdr. efter bagvægsplastik på 89 kvinder. 78% angav

forbedring, 74% havde ingen gener, 18% var blevet reopereret. **C. Buch**, Skejby havde foretaget follow-up undersøgelse 10 år efter forvægsplastik hos 72 kvinder. 15% var reopereret, 20% havde nedsynkningsgener, mens 65% var symptomfri. 72% angav forbedret livskvalitet. **Gustafsen**, Skejby viste resultater af 50 pt. opereret 2005-12 for recidiv cystocele med Pro-lift. Erosionsraten var 14% mens 2% var blevet reopereret.

Margrethe Foss Hansen, OUH beskrev forandringer i den kirurgiske behandling af urininkontinens fra 2001-3 til 2009-11, hvor der er sket en øget centralisering med færre indgreb/afdeling og flere af operationerne ud-

ført af rutineret kirurg (74% til 92%). **Lisbeth Drejer**, OUH præsenterede en undersøgelse fra DugaBasen 2010-11 vedrørende operationsmetoder for SUI. I alt 3048 operationer i DK, 49% retropubisk slynge, 37% transobturatorisk og 14% bulking (Bulkamid). Der blev anvendt 10 forskellige slynger (J&J TVT hyppigst), og flest transobturatorisk i region Syd og Midtjylland. **Lea Andersen** viste en ca. 15 års spørgeskema-opfølgning på 198 kvinder randomiseret til total vs. subtotal hysterektomi på benign indikation. Signifikant flere i subtotal gruppen (33%

vs. 20%, $p=0.034$) havde stressinkontinens. Årsagen til dette bliver undersøgt nærmere. **Allan Ryhammer**, Skejby urologisk afd. Præsenterede en case med en sjælden tilstand med anteriort deflekteret og spredt urinstråle (ADUS). PT. blev helbredt med plastik på meatus urethrae a.m. DeJong.

Til slut blev uddelt priser ved den afgående formand Mette Hornum Bing: IUGA prisen gik til Rikke Guldberg og prisen for bedste præsentation til Lea Andersen.

Glade prismodtagere: Lea Andersen og Rikke Guldberg



Referat fra DUGS generalforsamling 2014

fredag d. 10. januar 2014 kl. 16.30, Skejby Universitetshospital, Auditorium A

Dagsorden i henhold til vedtægterne:

1. Valg af dirigent: Steen Walter blev enstemmigt valgt. Han erklærede GF for lovlig og rettidig indkaldt til i henhold til vedtægterne.

2. Formandens beretning: Mette Hornum Bing fremlagde beretning for 2013. Der er et uændret medlemstal på 175 medlemmer af DUGS. Der har været afholdt i alt 4 møder i bestyrelsen i 2013. Da DUGS er medlem af **Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)** har DUGS indflydelse på faglige forhold og er blevet bedt om at komme med indstillinger til forskellige poster. Senest har DUGS bestyrelse udvalgt en repræsentant til en ny National Klinisk Retningslinie initieret af **Sundhedsstyrelsen (SST)** vedr. basal udredning og behandling (konservativ) af Analinkontinens hos voksne. Arbejdsgruppen er tværfaglig og tværsektoriel. Valget faldt på overlæge Lene Paulsen (nu Hillebrød, 1.3 Herlev). Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) har valgt overlæge Marianne Glavind (Skejby), og overlæge Susanne Axelsen (Skejby) er med i Referencegruppen som repræsentant for

Kontinensforeningen. Herudover er fysioterapeut Ulla Due (Herlev) faglig konsulent og udvalgt af SST.

Derudover så har LVS udpeget professor Gunnar Lose til et nyt udvalg (på tværs af specialer) under Sundhedsministeriet vedr. medicinsk udstyr "Udvalg for Medicinsk Udstyr", som har holdt de første 2 møder. Desuden er Statens Seruminstitut ved at etablere et landsdækkende implantatregister, hvor professor Gunnar Lose også er med.



Steen Walter dirigerede mødet og sikrede ro og orden.

DUGS har yderligere samarbejdet med SST. Mesh debatten i 2012 medførte, bl.a. efter anmodning fra DUGS, at Specialeplanen blev ændret således at både indsættelse og fjernelse af syntetisk mesh kun må foregå på Herlev og Skejby (skønsmæssigt 50-70 patienter om året). SST er i gang med at revidere vejledningen fra 1999 vedr. anvendelse af nye metoder/teknikker, den forventes at udkomme i foråret 2014. Desuden forventes det, at SST vil efterspørge en årsrapport fra de kliniske databaser (bl.a. også DugaBase) mhp. at kunne følge udviklingen inden for de forskellige områder.

På EU plan er der igangsat forskellige initiativer vedr. medicinsk udstyr - som formentlig først implementeres 2017.

På DSOGs guidelinemøde i september blev fremlagt en ny **urogynækologiske guideline vedr Prolaps**. Den er også præsenteret på årsmødet 10. januar 2014. Den kan ses i sin fulde længde på DSOGs hjemmeside.

Lægeforeningen har bedt DSOG være **"pilot-selskab"** vedr. en beskrivelse af de forskellige subspecialer inden for gyn/obs. Der har været opbakning til dette i urogynækologi, men også i de øvrige subspecialselskaber som gynækologisk onkologi, føtalmedicin og

fertilitet. På GF dagsorden fremlægges der et kommissorium vedr. dette.

Vedr. **DugaBase** er det bemærkelsesværdig at database komplementheden er over 90%. Så nu mangler data *kompletheden* også at komme op på 90%, så kan vi begynde at bruge databasen til bl.a. at vurdere kirurgisk kvalitet.

DUGS Nyt er udkommet 2 gange i 2013 og stor tak til redaktør overlæge Lene Paulsen for effektivt arbejde med at sammensætte bladet og indhente div. bidrag – et rigtig flot blad hver gang.

Også tak til DUGS' **webmaster** overlæge Ulla Darling for effektiv vej til hjemmesiden og hjælp til at få ting på der.

Kursusudvalget har i år været aktiv og afholdt et sygeplejerske kursus, som blev afholdt 1. marts 2013 – tak for det. **Kodeudvalget** har i indeværende år bestået af overlæge Susanne Axelsen.

DUGS har igangsat planlægning af et **kursus** for DUGS medlemmer d. 4. september 2014. Vi håber på, at det kan holdes i Odense. Hold øje med hjemmesiden vedr. program og tilmeldingsfrist.

Det kommende **NUGA møde** foregår i Stockholm d. 29-31. januar 2015 – program vil kunne findes via DUGS hjemmeside, når programmet er klart. Kommende

IUGA møde holdes i Washington DC i juli og kommende ICS møde holdes i Rio i oktober.

Det har været meget lærerige 6 år som medlem af DUGS bestyrelse og ikke mindst som formand de sidste 2 år. Jeg vil glæde mig til at komme tilbage og beundre den nye bestyrelses arbejde.

3. Beretning fra udvalg:

Kodeudvalget: Har i 2013 bestået af en person, overlæge Susanne Axelsen. Susanne har forslag til oprettelse af nye koder, som bestyrelsen arbejde videre med i det kommende år. Kodeudvalget nedlægges og arbejdet med justering af koder overgår til en del af bestyrelsesarbejdet.

Kursusudvalget: Sygeplejerske Berit Sejersen orienterer om det afholdte sygeplejerske kursus 1. marts 2013. I alt 51 deltagere og gode evalueringer af kurset. Der er ikke planlagt lignende kurser i 2014.

DUGS bestyrelse har taget et tiltag til **tværfaglig kursusdag** under DUGS, som planlægges afholdt den 4. september 2014. Der er nedsat et kursusudvalg bestående af afd.læge Mette Hornum Bing (Herlev), overl. Karin Glavind (Aalborg), sygepl. Mette Hulbæk (Sønderborg), sygepl. Hanne Graugaard (Skejby), og overl. Maj-

Britt Dahl (OUH). Der vil komme nærmere information på DUGS hjemmeside, så hold øje med siden.

4. Kasserer, læge Charlotte Graugaard-Jensen fremlægger det reviderede regnskab til godkendelse.

Et mindre underskud for 2013 på 9886,49 kr. Hvilket tilskrives lavere annonce indtægter (i alt ca. 21.000 kr. færre end det foregående år) og øget udgifter til bestyrelsesmødet på 10.000 kr., hvilket overvejende skyldes stigning i transportudgifter. Saldoen ved udgangen af 2013 er 278.287,32 kr. Regnskabet blev godkendt.

5. Kasserer fremlægger forslag til budget og kontingent for 2014:

Uændret kontingent foreslås og vedtages af GF. Der orienteres om at kontingentet således uændret er 100 kr pr. år (individuel medlemskab). Da DUGS er medlem af LVS og kontingentet opkræves via LVS, så skal alle medlemmer af DUGS desuden være medlem af LVS, hvilket årligt koster 75 kr. Forslaget blev godkendt.

6. Valg af formand. Afd. læge Mette H. Bing udtræder af bestyrelsen – har siddet i 6 år heraf 2 som formand. Mette H. Bing blev takket af bestyrelsen og generalforsamlin-



Afgående og kommende DUGS bestyrelse: Fra venstre Niels Klarskov, ny næstformand, Rikke Guldborg, Anette Vestermark, Charlotte Graugaard-Jensen, Mette Hornum Bing, afgående formand, Susanne Greisen, ny formand.

gen for sin store indsats både som formand og som medlem af DUGS bestyrelsen gennem de 6 år.

Overlæge Susanne Greisen vælges enstemmigt for en 2-årig periode.

7. Valg til bestyrelsen:

Læge Rikke Guldborg er på valg og genvælges.

Sygeplejerske Anette Vestermark på valg og genvælges.

Afd. læge Niels Klarskov stiller op til den ledige bestyrelsespost – og vælges enstemmigt.

Jf. vedtægterne konstituerer bestyrelsen sig på først kommende bestyrelsesmøde.

Bestyrelsen har forslag til Stående Udvalg vedr.:

1. Subspecialisering for alle faggrupper (tovholder Susanne Greisen)

2. Deling af UL-billeder i forbindelse med anal og perianal UL-undersøgelse (tovholder Lene Paulsen)

Begge stående udvalg diskuteres og besluttet af GF. Det kommende Stående Udvalgs arbejder bliver annonceret på DUGS hjem-

meside samt udsendt pr. mail til medlemmerne med nærmere specificering af opgaverne for udvalgene og en opfordring til, at interesserede medlemmer melder til sig til de Stående Udvalg.

8. Valg af revisor og revisorsuppleant

Overlæge Annemette Lykkebo er på valg – og genvælges.
Overlæge Leyla Atay er på valg – og genvælges.

9. Indkomne forslag – Udgår da der ingen indkomne forslag er.

10. Eventuelt – intet.

*Referent Rikke Guldberg
Referatet er godkendt af Mette Hornum Bing og
Steen Walter*

DANSK UROGYNÆKOLOGISK SELSKAB

Som ordinære medlemmer kan optages læger, sygeplejersker og fysioterapeuter med særlig interesse for urogynækologi, og som er bosiddende i Danmark. Som ekstraordinære medlemmer kan optages danske eller udenlandske firmaer og andre med interesse for selskabet og dets formål.

Medlemskab af DUGS sker som personligt medlemskab, og skal ske gennem DUGS kasserer, se adresse nedenfor.

Indmeldelsesgebyr på 100 kr. skal indbetales til konto i Lægernes Pensionsbank: konto nr. 6771 – 0006154413. Herefter opkræves medlemskontingent på 175 kr. via De lægevidenskabelige Selskaber hvert år i juni måned. Dette beløb dækker administrationsgebyr på 75 dkr og medlemskontingent på 100 dkr.

Ved indmeldelse skal der oplyses følgende: Mailadresse, arbejdssted og privatadresse (sidstnævnte såfremt du ønsker at medlemsbladet sendes til din privatadresse).

Anmodning om medlemskab sendes til kassereren:

Charlotte Graugaard-Jensen MD PhD
1. reservelæge Urologisk afdeling K
Aarhus Universitetshospital, Skejby

mobil +4541409574
E-post: graugaard@ph.au.dk

DUGS Arbejdsgrupper

Det blev på dette års generalforsamling besluttet at nedsætte to arbejdsgrupper under DUGS med følgende emner:

1) Subspecialisering:

Der skal arbejde med subspecialisering inden for urogynækologien med ønsket om at skabe klarere regler for subspecialisering samt sikre kvalitet og respekt om subspecialiet.

Der var interesse for at nedsætte grupper for sygeplejersker og en gruppe for læger, mens fysioterapeuterne allerede er i gang med et lignende arbejde.

Se nedenstående kommissorium for gruppens arbejde.

Flere interesserede har meldt sig.

2) Deling af UL-billeder

Der skal bl.a. arbejdes med at afdække behovet for deling, mulige programmer og det juridiske aspekt. Se yderligere i nedenstående forslag til kommissorium, som vil blive diskuteret på DUGS Generalforsamling januar 2015.

Interesserede kan melde sig til overlæge Lene Paulsen:

l.b.paulsen@dadlnet.dk

Subspecialiserings uddannelses program Kommissorium

DSOG er pilotselskab for Lægeforeningens satsning indenfor efteruddannelse.

Der blev på DSOG's efterårsmøde i 2010 sat fokus på subspecialisering. Konklusionen på debatten blev et ønske om øget subspecialisering. Det er dog ikke sær-

lig veldefineret, hvornår man er subspecialiseret - det er ikke nogen beskyttet titel.

DSOG har derfor opfordret subspecialselskaberne til at diskutere klarere regler for subspecialisering

Formål.

Med ønsket om at skabe klarere regler for subspecialisering samt sikre kvalitet og respekt om subspecialiet, ønsker DUGS's bestyrelse at nedsætte et subspecialiserings udvalg som skal se på:

Hvornår er man subspecialist?

Hvilke uddannelses krav må opfyldes og hvor lang tid mener vi det vil tage.

Hvor stor en del af denne uddannelse skal foregå på afdelinger med regions eller højt specialiseret funktion, og hvordan får vi skabt disse uddannelses stillinger.

Kan man være subspecialist på forskellige niveauer?

Bør vi stile efter EBCOG certificering i urogynækologien?

EBCOG har udarbejdet uddannelses program i urogynækologi- kan vi bruge hele eller dele af det?

Arbejdsgruppens sammensætning:
Læge, Sygepleje, Fysioterapeut

Kompetence: Resultatet af udvalgets arbejde præsenteres og godkendes på DUGS generalforsamlingen.

Forpligtigelser: Udvalget forpligter sig til at aflægge rapport om udvalgets arbejde på DUGS generalforsamlingen.

Forslag til Kommissorium for arbejdsgrup-

pe vedrørende "Deling af UL-billeder".

Arbejdsgruppens medlemmer kan være sygeplejersker, læger og fysioterapeuter, som er medlemmer af DUGS, med interesse for deling og af diskussion af 3D ultralydsbilleder.

Arbejdsgruppen refererer til DUGS bestyrelse.

Arbejdsgruppens redegørelse sendes til høring blandt DUGS medlemmer og skal vedtages på DUGS generalforsamling.

Arbejdsgruppens formål:

At afdække behovet for deling af 3D UL billeder, samt med hvilken baggrund deling af 3D UL-billeder sker (f.eks. interesse, konference)

At afdække hvilke allerede eksisterende

programmer der findes til deling af 3D billedfiler (fx PACS, ASTRIA).

At definere forslag til systematisk beskrivelse og gennemgang af 3D-UL-billeder.

At definere om der ved en sådan brugerflade er tale om deciderede ydelser udført af f.eks. afdelinger med specialviden samt at afklare, hvordan sådanne ydelser kategoriseres og honoreres.

At afdække hvilke juridiske bindinger der eventuelt kan være i tilfælde af kliniske konsekvenser af kollegers beskrivelse eller diskussion af billeder.

At definere hvem der redigerer og kontrollerer indholdet af en sådan brugerflade og de juridiske forhold der kan være ved disse funktioner.

The advertisement is enclosed in a thin black rectangular border. At the top and bottom of the border are thick, solid green horizontal bars. The word 'normedi' is written in a large, lowercase, green sans-serif font. Directly beneath it, the word 'NORDIC' is written in a smaller, all-caps, green sans-serif font. Below this, the text 'Normedi is the new Nordic sales and marketing agent for Johnson & Johnson – Gynecare products' is centered in a black sans-serif font. A light gray horizontal band follows, containing a list of product names in red sans-serif font: 'GYNECARE TVT™ | GYNECARE THERMACHOICE™ | GYNECARE INTERCEED™' on the first line, and 'ETHICON INTERCOAT™ | GYNECARE VERSAPOINT™ | GYNECARE VERSASCOPE™' on the second line. The third line of the band contains 'MORCELLEX Sigma™ | ARTISYN™'. Below the gray band, the text 'Visit us at www.normedi.com and contact us at support@normedi.com' is centered in a black sans-serif font. At the bottom of the advertisement, the phrase 'visible in gynecology' is written in a large, lowercase, green sans-serif font, matching the color of the top and bottom bars.

Nationale Kliniske Retningslinier NKR

Med Finansloven fra 2012 blev der afsat 20 mio. kr. årligt for 2012-2015 til at udarbejde nationale kliniske retningslinier. Målet er at der er udarbejdet 50 nationale kliniske retningslinier i 2016.

En national klinisk retningslinje er ikke en lærebog som dækker alle tænkelige dele af et patientforløb, men skal oftest ses som et supplement til allerede eksisterende retningslinier. Derimod udgør en retningslinje en række "punktnedslag", hvor vigtige dele af et udrednings- eller behandlingsforløb belyses mhp. at give de bedste evidensbaserede anbefalinger. De nationale retningslinier er tværfaglige og tværsektorielle, hvor dette er relevant, og den primære målgruppe er alle sundhedsprofessionelle. Retningslinjerne udarbejdes af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra relevante faggrupper og selskaber, og en referencegruppe med deltagere fra patientorganisationer, kommuner og regioner m.fl.

For DUGS medlemmer er der to kommende retningslinier som kan være af særlig interesse.

Den ene retningslinje omhandler konservativ behandling af anal inkontinens, og indeholder 10 specifikke

spørgsmål som arbejdsgruppen er i gang med at udarbejde anbefalinger for. Retningslinjen beskriver behandlingstiltag, som kan tilbydes både i primær- og sekundærsektoren, såsom tarmregulering og bækkenbunds træning, og den indeholder et enkelt spørgsmål om udredning af anal inkontinens. Retningslinjen er planlagt til at udkomme til efteråret og arbejdsgruppen er godt i gang med arbejdet.

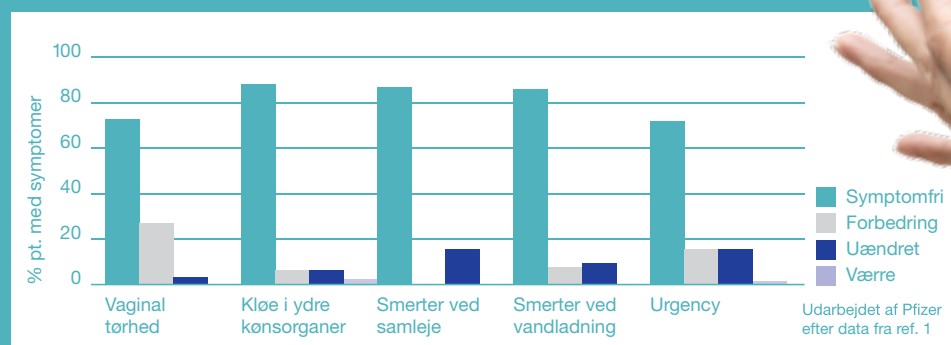
En af de kommende retningslinjer omhandler basal udredning og konservativ behandling af urininkontinens hos kvinder. Formålet med denne retningslinje er at ensarte og simplificere anbefalinger af "minimal care" på tværs af sektorer. Arbejdet med retningslinjen forventes opstartet i løbet af 2014.

Ønsker man at læse mere om nationale kliniske retningslinier, kan det anbefales at orientere sig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer>

Vaginale gener i forbindelse med overgangsalderen

Mange kvinder oplever gener i skeden som følge af østrogenmangel, hvilket kan påvirke den generelle livskvalitet¹. Med Estring (estradiol) kan du tilbyde en enkel og naturlig løsning. Estring (estradiol) er en blød og smidig ring, der indeholder det naturlige kønshormon estradiol. Estring (estradiol) placeres i skeden, hvor den afgiver en lille, konstant mængde østrogen. Estring (estradiol) skal kun skiftes 4 gange om året, hvilket betyder mere frihed og færre besøg. Hvis du ønsker at bestille en Estring (estradiol) placebo ring eller patientbrochurer kan du ringe til Pfizer på tlf. 44 20 11 00.



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)

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. Anvendes som lokalbehandling hos kvinder med eller uden intakt uterus. Tilskud af gestagen anbefales ikke. Regelmæssig kontrol anbefales. **Kontraindikationer:** Kendt tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendt/mistanke om østrogenafhængige maligne tumorer (f.eks. endometrie-cancer). Udiagnosticeret genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller aktuel venøs tromboembolisme (dyb venetrombose, lungeemboli). Kendte trombotiske lidelser (fx. Protein C, Protein S eller antithrombinmangel). Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom (fx. angina, myokardieinfarkt). Akut eller tidligere leversygdom, hvor levertallene endnu ikke er normaliseret. Graviditet eller mistanke herom. Porfyri. Overfølsomhed overfor estradiol eller indholdstofferne. **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 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 ved vedvarende eller svært ubehag ved brug af vaginalindlægget, eller ved kontinuerlig displacering. Behandlingen bør afbrydes ved sår dannelse eller svær inflammation, der skyldes atrofisk vaginitis, som ikke responderer på estradiol behandlingen. Ved systemisk antibiotikabehandling for vaginal infektion bør lægen vurdere om fremmedlegeme i vagina vil interferere med behandlingen. Ved brug af anden vaginalt administreret medicin bør vaginalindlægget fjernes. Estring kan være uegnet til patienter i langvarig kortikosteroid behandling eller patienter med lidelser der medfører dårlig hudintegritet. Før HRT initieres/genoptages optages en fuldstændig anamnese og fysisk undersøgelse foretages. **Tilstande der kræver overvågning:** leiomyoma, endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske sygdomme og østrogenafhængige tumorer, hypertension, leversygdomme, diabetes mellitus, galdesten, migræne eller kraftig hovedpine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Estrings farmakokinetiske profil viser, at der er meget lav systemisk østradiolabsorption. Derfor er tilbagefald/forværring af ovennævnte forhold mindre sandsynlig end ved systemisk østrogenbehandling. **Kræver øjeblikkelig seponering:** gulsot/svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtrykket, nyt anfald af migrænelignende hovedpine, graviditet. Da Estring udviser lav systemisk absorption og derfor resulterer i lav systemisk østradiolkoncentration, er risikoen ved nedenfor nævnte forhold teoretisk set mindre end ved systemisk østrogenbehandling: Endometriehyperplasi og karcinom: Sikkerheden ift endometriet er ukendt ved langtidsbrug (> 1 år) eller gentagen brug af lokal, vaginal østrogen. Langtidsbehandling med systemisk østrogen alene øger risikoen for endometriehyperplasi og karcinom hos kvinder med intakt uterus. Der kan forekomme gennembrudsblødning og pletblødning i de første behandlingsmåneder. Hvis blødning forekommer efter nogen tids behandling eller hvis den fortsætter efter behandlingen er seponeret, skal årsagen undersøges. **Brystcancer:** Undersøgelser antyder en øget risiko ved systemisk kombinationsbehandling og muligvis også med systemisk østrogen alene. **Ovariecancer:** Langvarig brug (mindst 5-10 år) af systemisk østrogen (HRT) er forbundet med en let øget risiko. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er forbundet med en 1,3-3 gange øget risiko for udvikling af VTE. VTE er mere sandsynligt i de første år end senere. Udvikles VTE efter påbegyndt behandling skal lægemidlet seponeres. Iskæmisk apopleksi: Kombinationsbehandling samt behandling med østrogen alene er forbundet med øget risiko på op til 1,5 gange. **Følgende tilstande skal overvåges nøje:** kardiell/renal dysfunktion (pga. væskeretention), tidligere hypertriglyceridæmi (pga. risiko for massiv forhøjelse). **Interaktioner*:** Estring anvendes som lokalbehandling i lave doser, og der forventes derfor ingen klinisk relevante interaktioner. Lægen bør dog være opmærksom på, at metaboliseringen af østrogen muligvis øges ved samtidig brug af stoffer kendt for at inducere lægemiddelmetaboliserende enzymer, især cytokrom P450-enzymen. **Graviditet og amning*:** Kontraindiceret. Hvis graviditet opstår under behandling, skal behandlingen straks ophøre. **Bivirkninger*:** Generelt er der få bivirkninger, og de er for det meste milde og forbigående. **Meget almindelige:** Leukorrhea. **Almindelige:** Urinvejsinfektion, øvre luftvejsinfektion, sinuitis, søvnløshed, hovedpine, hedsstigning, abdominal smerte/ubehag, anorektalt ubehag, kvalme, generel pruritus, hyperhidrose, artropati, rygsmerter, ubehag i blæren, vaginal blødning, vaginal irritation/ubehag, vaginitis, moniliasis genitalis, urogenital pruritus, brystsymptomer, influenza-lignende symptomer. Ikke almindelige: Overfølsomhed. For yderligere information om bivirkninger ved HRT behandling se det fulde produktresumé. **Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 12. maj 2014.** Vnr 559948. Vaginalindlæg 7,5 mikg/24 t. 1 stk. kr. 464,05. 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 Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé dateret den 29. april 2013. **Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.** (estring 028 ASmPC V3.329 april 2013)



Regnskab og status 2013

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

Status og saldo 31.12.2012:	dkr. 288.173,81
Status og saldo 31.12.2013:	dkr. 278.287,32
Underskud:	dkr. 9886,49

Indtægter:

Kontingenter og mødeafgifter betalt i 2013:	dkr. 73.450,00
Udstilling (Årsmøde):	dkr. 94.881,25
DUGSnyt (annoncer 2013):	dkr. 30.000,00
Astellas +LVS legat:	dkr. 20.000,00
Renter:	dkr. 437,17

Indtægter i alt	dkr. 218.768,42
-----------------	-----------------

Udgifter:

Årsmøde	dkr. 86.434,19
Kursus spl.	dkr. 12.397,00
Bestyrelsesmøder incl. befording	dkr. 34.905,12
DUGSnyt (2/2012 og 1/2013)	dkr. 61.429,65
Gaver:	dkr. 500,00
Porto:	dkr. 95,95
Legater (2013):	dkr. 16.000,00
Skat+moms:	dkr. 16.893,00

Udgifter i alt	dkr: 228.654,91
----------------	-----------------

Aarhus d. 10. Januar 2014

Annemette Lykkebo
Revisor

Charlotte Graugaard-Jensen
Kasserer

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)

Kursus: Urin inkontinens hos kvinder

D. 4. september 2014, First Hotel Grand, Odense

Program

- Kl. 9-9.30 Ankomst, kaffe og morgenmad
- Velkomst v/ Kursusarrangører
- Kl. 9.35-10.35 **Recidiv af urininkontinens efter kirurgisk behandling**
(mødeleder afd.læge, ph.d Mette Bing, Herlev)
Epidemiologi v/ Læge, ph.d. stud. Margrethe Foss Hansen
(15min+5min diskussion)
Udredning og behandling af recidiv urininkontinens
v/ Professor Gunnar Lose, Herlev (30min+10disk.)
- Kl. 10.35-11.05 **Status vedr. midurethral slynger** (mødeleder overl. Karin Glavind, Ålborg)
Korttids- og langtidseffekt, inkl. minislynger, komplikationer
v/Overlæge, ph.d. Susanne Greisen, Skejby (25min+5 disk.)
- Kl. 11.05 -11.25 Strække ben pause
- Kl. 11.25-11.55 *Seksuallivet efter TVT.* v/Overlæge, Karin Glavind (20min+10disk.)
- Kl. 11.55-12.20 *Nye materialer under udvikling til behandling af stress urin inkontinens?*
v/Overlæge, Søren Graes, Herlev (20min+5 disk.)
- Kl. 12.20 -13.00 **Vesico-vaginale fistler i Danmark. Ætiologi, udredning og operationsteknik.**
v/Overlæge, ph.d. Pia Sander, Herlev (35 min+10 disk)
- Kl. 13.00 -14.00 Frokost

Session A (lille mødesal, max 30):

Når valget ikke er operation eller medicin / mødeleder:
Kontinenssygeplejerske Mette Hulbæk, Sønderborg

- Kl. 14.00-14.25 *Evidens for TNS behandling i klinikken* v/ Overlæge Søren Østergård, OUH
- Kl. 14.25-14.35 *Evidens for Blæretræning - en status* v/ Kontinenssygepl. Mette Hulbæk, Sønderborg
- Kl. 14.35 -15.00 *Analinkontinens - eksempler på patientens vej gennem et ambulatorie*
v / sygeplejerskerne Britt Andersen/Karin Poulsen, Herlev, og Gitte Bøje, Analfysiologisk afd., Skejby. Oplæg til diskussion efter kaffepausen.
- Kl 15.00-15.25 Kaffe-udstilling

Patientens vej gennem systemet / mødeleder: Kontinenssygeplejerske Hanne Gravgaard, Skejby

- Kl 15.25-15.45 Plenum diskussion ud fra nedenstående:
- o Hvilket forløb tilbydes den inkontinente patient i dag i klinikken?
 - o Hvad er det optimale forløb for den inkontinente?
 - o Samarbejde med primærsektor

Session B: store mødesal - mødeleder Overlæge Mai Britt Dahl, PUH

- Kl 14.00-14.30 *Hæmaturi* v/1.reservelæge, ph.d., Charlotte Graugaard-Jensen, Urinvejskir. afdeling, Skejby (25min+5disk)
- Kl 14.30-15.00 *Recidiverende cystitis hos kvinder* v/ læge, ph.d., Sidsel Bøcher, Hillerød (25min+5disk)
- Kl. 15.00-15.25 Kaffe-udstilling
- Kl. 15.25-15.45 *Kontrol af urogynækologiske patienter?*
v/ Overlæge Karin Glavind, Aalborg (10min+10min disk)
Fælles session (store mødesal) - mødeleder Mette Bing:
- Kl. 15.45-16.00 Opsamling og evaluering



Sæt allerede nu **X** i kalenderen så du kan
være med til at fejre DUGS
10 års jubilæum!
Næste DUGS Årsmøde afholdes fredag
d. 9. januar 2015 i Odense med efterfølgende
jubilæumsmiddag.
Program følger senere.

Torsten Sørensen

(*28. 08.1943-†25.03.2014)

Vores gode ven og tidligere kollega, pensionerede overlæge Torsten Sørensen døde pludseligt d. 25. marts, 2014.

Torsten var i størstedelen af sin karriere ansat ved gynækologisk/obstetrisk afdeling på Kolding Sygehus, hvorfra han i 2008 gik på pension efter 28 års ansættelse – heraf de 7 som administrerende overlæge. Hans flid og menneskelige engagement har haft stor betydning for afdelingen og kollegaerne.

Torsten var med til at etablere Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) og var i flere år redaktør af medlemsbladet DUGS nyt. Han deltog aktivt i DUGS Årsmøder og dirigerede den årlige generalforsamlingen med kyndig hånd. Det var derfor oplagt, at han blev udpeget til Æresmedlem i 2012. Udover sit kliniske virke var Torsten en flittig skribent. Han skrev mange artikler og syv bøger bl.a. jubilæumsbøgerne "Dansk Medicinsk Selskab. At fremme dansk lægevidenskab" og "Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi 1898-1998". Medicinsk historie interesserede ham og førte til talrige "Personen bag navnet" og historiske quizzer for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi.

Torsten nød at deltage i internationale kongresser - gerne suppleret af yngre kollegaer med præsentation af forskningsprojekter. Torsten delte glædeligt ud af sin viden vedrørende indsamling af data og erfaring med at formidle.

Torsten involverede sig i mange ting med stort engagement. Herunder "Sygeforsikringen Danmark", hvor han var en del af repræsentantskabet og formand for Lokalbestyrelsen i Region Syddanmark gennem flere år. Selv efter at han gik på pension, bevarede han kontakten til det kliniske miljø – bl.a. som underviser på Jordemodderskolen i Esbjerg og som censor på medicinstudiet. Han har desuden været præsident for Kontinensforeningen og medlem af Det psykiatriske Patientklagenævn i Region Syddanmark.

Torsten var en yndet foredragsholder om bl.a. Polio og "Det gode liv". Torsten var humorist og elskede en god historie og et godt grin - og var medstifter af Dansk Selskab for Medicinsk Humor. Mange af os har nydt godt af hans og Innas store gæstfrihed, når der blev inviteret til middage i hjemmet.

Vi kommer til at savne hans vid og varme personlighed.

Torsten efterlader sig sin kære hustru Inna, to døtre og fem børnebørn.

Æret være hans minde.

*Rikke Guldberg, Anne Mette Lykkebo,
Gunnar Lose, Mette Hornum Bing,
Steen Walter, Susanne Axelsen,
Ulla Darling, Lene Paulsen*



The 29th Bi-Annual Meeting of the
Nordic Urogynecological Association (NUGA)
will be held
29– 31 January 2015
in
Stockholm, Sweden

IMPORTANT DATES

Deadline for submission of abstracts is 15 October 2014

Deadline for low-fee registrations is 15 November 2014

Deadline for applications for the NUGA-sponsored Research Grant is 15 October 2014

Organising Committee

The Board of NUGA

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

Dr. Mette Hornum Bing [mbing@dadlnet.dk], Denmark

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

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

Dr. Corinne Pedroletti [corinne.pedroletti@vgregion.se], Sweden

Bladder Underaktivitet. En overset tilstand. *Nye undersøgelses initiativer er nødvendige.*

I mange år har vi indenfor urogynækologi og urologi fokuseret på "Den Overaktive Blære". Tilstanden er defineret og diskuteret i International Continence Society (ICS) og andre selskaber. De fleste har deres egen definition om tilstanden, hvordan diagnosen bekræftes og behandlingen iværksættes. Vores kolleger i medicinalindustrien kommer med nye afslappende blærefarmaka. Der er udviklet apparater til at påvirke nerveforsyningen, specielt hvis den overaktive blære er en del af en neurologisk lidelse.

MEN i de sidste år er der kommet flere artikler, der påpeger en tilstand, der for den enkelte patient kan være meget pinefuld og nedsætte livskvaliteten, måske også være livsfarlig, Blære Underaktivitet(1). Der er arrangeret kongresser kun med dette emne.

Tidligere sagde vi dårlig blæretømning, kronisk urinretention, obstruktion, slap blære, Infrequent Voiders Syndrom, Fowler Syndrom etc.. Karl Erik Andersson har i 2010 påpeget at "New research initiatives needed" (2). Kan vi finde en definition? ICS definerer detrusor underaktivitet, som en detrusor kontraktion med nedsat kraft og varighed, der resulterer i dårlig blæretømning indenfor normal tid. En definition svarende til *detrusor overaktivitet, altså en urodynamisk definition (3)*. Kan vi finde en god behandling?

Blære Underaktivitet er en tilstand, hvor der er en manglende eller nedsat

evne til at tømme blæren. Det kan være forårsaget af neurologisk, metabolisk eller obstruktiv (infravesikal) lidelse, og ikke at forglemme farmakologiske årsager (se oversigt).

Patienten vil klage over besværet vandladning eller urininkontinens med små portioner (måske overløbs inkontinens). Nogle patienters hovedproblem er gentagne infektioner. Væske-vandladnings skemaet vil fange mange.

Man skal være opmærksom, hvis flow og residualurin måling giver mistanke om en dårlig detrusor funktion. Den endelige diagnose bekræftes ved urodynamik.

MEN behandlingen??? Sammen med kolleger skal man prøve at mindske den aktuelle lidelse. Blære underaktivitet som følge af polyneuropati er regenereret fuldstændig, når lidelsen går i ro. Det kræver en god blæretømning med ren intermitterende kateterisation i forløbet for at bevare detrusor muskulaturens funktion. Det samme er set ved myxødem og uræmi. Obstruktion skal naturligvis fjernes, hvis det er muligt. Medicin ændres eller seponeres.

Hvis Blære Underaktivitet ikke behandles, bliver blæren overdistenderet, og detrusormuskulaturen udspændt. Der vil opstå små blødninger og helingen sker i form af kollagen bindevæv. En struktur der er uelastisk og uden evne til kontraktion.

Blæren og urethra har mange receptorer. Alfa-1 receptorer i proximale urethra

kan hæmmes med alfa-blokkere. Derved nedsættes modstanden i urethra og den svage detrusorkontraktion kan måske tømme blæren.

Detrusor stimulation med muskarin receptor agonist (tidligere karbakolin nu afregistreret) eller cholinesterase hæmmere (neostigmin) hjælper sjældent. (4)

Fremtid og Forskning.

Find midler der kan aktivere detrusor muskulaturen uden bivirkninger! Der er kolleger, der arbejder med stamcelle problematik til detrusor regeneration (5).

Behandling i dag: Instruktion i ren Intermitterende kateterisation eventuel kombineret med alfa-blokker for at nedsætte den uretrale modstand. **Altså desværre behandling af Symptomet Blære Underaktivitet og ikke årsagen.**

Patienterne bør følges både med henblik på blæretømmningsevne og periodevis kontrol af nyrefunktionen f.eks. med renografi. Hvor mange ser vi??

Litteratur:

1. Miyazato M, Yoshimura N, Chancellor MB. The other bladder syndrome: underactive bladder. *Rev Urol* 2013;15;11-22.
2. Andersson KE. Detrusor underactivity/underactive bladder: new research initiatives. *J Urol* 2010;184;1829-30.
3. Osman NI, Capple CR, Abrams P, Dmochowski R et al. Detrusor underactivity and the underactive bladder: a new clinical entity? A review of current terminology, definitions, epidemiology, aetiology, and diagnosis. *Eur Urol* 2014;65;389-98.
4. Andersson KE. Bladder Underactivity. *Eur Urol* 2014;399-401.
5. Wood D. Reach for the sky – tissue engineering in urology. *BJUI* 2014;112;708.

6. Taylor JA, Kuchel GA. Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition. *J Am Geriatr Soc* 2006;54;1920-32.

steenwalter@dadlnet.dk

Oversigt

Neurologisk Lidelse (central)

Parkinsons Sygdom.

Multiple Sclerose.

Diskus Prolaps Sygdom

Medulla Spinalis Læsion eller Tumor

Neurologisk Lidelse (perifer)

Polyneuropati

Radikale operationer idet lille bækken

Stråleterapi på det lille bækkes organer

HIV

Metabolisk, Endokrin eller Hæmatologisk Lidelse

Diabetes Mellitus

Hypothyreose

Perniøs Anæmi

HIV

Obstruktiv Lidelse

Prostata Hypertrofi

Genital Prolaps

Svær obstruktion og/eller tarm dysfunktion

Kontinens operation

Alder (genrelt!) (6)

Farmakologisk Terapi

Antikolinergika

Antidepressiva

Beta-3 agonist

Indlæg til DUGSNyt

indsendes senest

10. Nov. 2014 til

i.b.paulsen@dadlnet.dk

Resultaterne efter operation af recidiv prolaps med indsættelse af Prolift-mesh

Indledning

Mesh-debatten i 2012 afstedkom stor bekymring blandt patienter tidligere opereret med indsættelse af syntetisk mesh. Alle patienter opereret med Prolift mesh på Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, AUH blev derfor indkaldt til klinisk kontrol.

Formål

At sikre diagnostik og behandling af komplikationer relateret til syntetisk mesh samt at evaluere patient-tilfredshed efter Prolift-operation.

Metode

55 kvinder er opereret med Prolift mesh (12 forreste, 4 bageste og 35 total prolift) i perioden 2005-2012. Heraf mødte 50 op til kontrol. 5 kvinder var døde eller havde sygdom, som forhindrede kontrol. Alle blev undersøgt klinisk ligesom de besvarede spørgeskemaer vedr. prolapsymptomer og livskvalitet (QoL). Resultater angivet som median (min;max).

Resultater

Alder på operationstidspunktet var 63 år (38;79). Forud for mesh-operationen var kvinderne gennemsnitligt prolaps-opereret 3 (0;7) gange. Follow-up tid var gennemsnitlig 23 mdr. (6; 88). Peroperativt var der ingen komplika-

tioner i form af læsion af ureter, blære eller tarm. Ingen havde behandlingskrævende blødning. På undersøgelsestidspunktet havde 6 asymptomatisk vaginal mesh erosion. Ingen havde infektion. To patienter var i follow-up perioden opereret for mesh-erosion.

Diskussion

Vaginal indsættelse af mesh til kvinder med fler-gangs recidiv af prolaps synes at være en sikker procedure. Specielt er der ikke fundet alvorlige mesh-relaterede komplikationer.

Sæt X i kalenderen
DUGS Årsmøde 2015
Afholdes 9. Januar 2015
Odense

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Overlæge, ph.d.

Susanne Greisen

Gynækologisk-obstetrisk afdeling Y
Aarhus Universitetshospital, Skejby
8200 Aarhus N
susagrei@rm.dk

NÆSTFORMAND

Afdelingslæge, dr.med

Niels Klarskov

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital
niels.klarskov@regionh.dk

KASSERER

1. Reservelæge

Charlotte Graugaard-Jensen

Urologisk afdeling K
Aarhus Universitetshospital, Skejby
8200 Aarhus N
graugaard@ph.au.dk

SEKRETÆR

1. Reservelæge

Rikke Guldberg Sørensen

Gynækologisk/obstetrisk afd.
Kolding - Sygehus Lillebælt
Rikke.guldberg.soerensen@rsyd

BESTYRELSESMEDLEM

Kontinenssygeplejerske

Anette Vestermark

Medicinsk Center
Sygehus Vensyssel, Frederikshavn
Barfredsvej 83
9900 Frederikshavn
a.vestermark@rn.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Lene Paulsen**

Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Herlev Hospital
l.b.paulsen@dadlnet.dk

WEBREDAKTØR

Overlæge Ulla Darling Hansen

Gynækologisk/obstetrisk afd.
Odense Universitetshospital
5000 Odense C
udh@dadlnet.dk

SELSKABETS HJEMMESIDE

www.dugs.dk



KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

International Urogynecological Association (IUGA)

Washington D.C., USA

22.-27. juli 2014

www.iuga.org

Fagligt Selskab for Urologiske Sygeplejersker

Landskursus "Urologien nu og i fremtiden"

Comwell Grand Park, Korsør

23.-24. September 2014

www.dsr.dk/fs/fs29

International Continence Society (ICS)

Annual Meeting

Rio de Janeiro, Brasilien

20.-24. Oktober 2014

www.icsoffice.org

Dansk Selskab for Vulvalidelser (DSVL)

Medlemsmøde

19. november 2014

tid og sted annonceres senere og vil fremgå af hjemmesiden

www.dsvl.dk

DUGS Årsmøde

10 års jubilæum

Odense

9. januar 2015

www.dugs.dk

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

29. Bi-Annual meeting

Stockholm, Sverige

29.-31. januar 2015

www.nuga-info.org

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

SÆT ALLEREDE NU X I KALENDEREN

så du kan være med til at fejre DUGS 10 års jubilæum!

Næste DUGS Årsmøde afholdes fredag d. 9. januar 2015 i Odense med efterfølgende jubilæumsmiddag. Program følger senere.

Bemærk desuden at **deadline for indsendelse af abstrakt** til frie foredrag d. 1. november 2014.

Abstraktet skal være struktureret med: Formål, Metoder, Resultater, Diskussion. Max 200 ord. Der uddeles DUGS-pris på 1.000 kr. til bedste frie foredrag. Sendes til sekretær Rikke Guldborg:

Rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk

SELEXID® PIVMECILLINAM

BRYD VANEN: BRUG 400 mg STYRKE

- Lettere for patienten end 2 x 200 mg
- Samme dagspris som 200 mg til behandling af akut UVI

Urinvejsinfektion (UVI)

	Doserings- forslag	Behandlings- varighed
Akut ukompliceret cystitis:		
UVI hos ikke-gravide kvinder i fertil alder	400 mg x 3	3 dage
Kompliceret UVI:		
UVI hos gravide	400 mg x 3	7 dage
UVI hos postmenopausale kvinder	400 mg x 3	7-10 dage
UVI hos mænd	400 mg x 3	7-10 dage
UVI hos ældre	400 mg x 3	7-10 dage
Recidiverende UVI	400 mg x 3	10-14 dage
Akut pyelonefrit	400 mg x 3	14 dage

LEO®

LEO Pharma A/S
Industriparken 55
DK - 2750 Ballerup
www.leo-pharma.com



SX-2013-01-17

Forkortet produktresumé, det fuldstændige produktresumé (5. april 2013) kan rekvireres hos LEO Pharma.

Selexid®. Indikationer: **Selexid® pivmecillinam, tabletter:** Urinvejsinfektioner og salmonellose forårsaget af mecillinamfølsomme bakterier. **Selexid® mecillinam, 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/døgn fordelt på 3 doser. Tabletterne skal indtages sammen med mindst et halvt glas vand. **Selexid®** kan tages sammen med mad. **Injektionsvæske: Voksne:** 200 mg-1 g 3-4 gange daglig i.m. eller i.v. (indtil 60 mg/ kg/døgn). **Børn:** 20-40 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser i.m. eller i.v. **Ældre:** Dosisjustering er ikke nødvendig. **Nedsat nyrefunktion:** Der er ikke specifik klinisk erfaring i patienter med nedsat nyrefunktion, der giver anledning til at antage at ekstra forsigtighed eller dosisjustering er nødvendig. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof, andre penicilliner eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Oesophagusstriktur, da ulcerationer kan opstå ved forlænget kontakt med slimhinden. Patienter med genetiske metabolske anomalier, som carnitintransporterdefekt eller af typen organiske acidurier som metylmalonsyreuri og propionsyreæmi.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Lokale retningslinier vedrørende korrekt brug af antibiotika bør følges. Krydsallergi mellem penicilliner og cefalosporiner forekommer. Bør ikke anvendes af patienter der lider af porfyri, da pivmecillinam er blevet sat i forbindelse med akutte anfald af porfyri. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin som frigør pivalinsyre bør undgås. Diaré/pseudomembranøs colitis forårsaget af *Clostridium difficile* forekommer. Hvis der udvikles diaré, bør muligheden for pseudomembranøs colitis overvejes og passende forholdsregler tages. Langvarig behandling øger risikoen for carnitinmangel. På grund af risiko for oesophagus ulceration bør tabletterne tages med mindst et halvt glas vand. **Interaktioner:** Samtidig indgift af probenecid hæmmer den renale tubulære udskillelse og øger derved serumkoncentrationen af mecillinam. Methotrexat-clearance kan være nedsat ved samtidig behandling med penicilliner. Samtidig behandling med valproinsyre, valproat eller anden medicin, som frigør pivalinsyre, bør undgås pga. risiko for øget udskillelse af carnitin. Mecillinams baktericide virkning kan hæmmes ved samtidig indgift af bakteriostatisk virkende midler, f.eks. erythromycin og tetracykliner, men ikke sulfonamider. Mecillinam kan forstærke den baktericide virkning af samtidig indgift af andre beta-laktamantibiotika og aminoglykosider. Clearance af methotrexat fra kroppen kan reduceres ved samtidig brug af penicillin. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Kan anvendes. **Amning:** Kan anvendes. Som for andre penicilliner udskilles mecillinam kun i ringe grad i modermælken. I terapeutiske doser forventes ingen bivirkninger af mecillinam hos det ammede barn.

Virkninger på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner: Påvirker ikke eller kun i ringe grad. **Bivirkninger:** Baseret på data fra kliniske studier, der inkluderede 2.554 patienter, som modtog behandlingsforløb med Selexid tabletter af 3-7-dages varighed, forekom der bivirkninger hos ca.12 % af patienterne. De mest almindelige bivirkninger er gastrointestinale symptomer og forskellige hudreaktioner. Øvre gastrointestinale reaktioner forekom hos 5 %, diaré hos 2 % og udslæt hos 1 % af patienterne. Anafylaktiske reaktioner, nedsat antal af blodplader, granulocytter og hvide blodlegemer, et øget antal eosinofile hvide blodlegemer og leverfunktionsnedsættelse er blevet rapporteret i enkeltstående tilfælde. Behandling blev i mindre end 1 % tilfælde seponeret på grund af bivirkninger. De hyppigst rapporterede bivirkninger var: Blod og lymfesystem: *Ikke kendt:* Trombocytopeni, granulocytopeni, leukopeni, eosinofili. Immunsystemet: *Ikke kendt:* Anafylaktisk reaktion. Nervesystemet: *Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100):* Hovedpine og svimmelhed, herunder vertigo. Mave-tarm-kanalen: *Almindelig (≥1/100 til <1/10):* Diaré, opkastning, maveproblemer, kvalme, mavesmerter. *Ikke kendt:* Oesophagus ulceration, oral ulceration, colitis forårsaget af antibiotika, oesophagitis. Lever- og galdeveje: *Ikke kendt:* Nedsat leverfunktion, let reversibel stigning i aspartat-aminotransferase (ASAT), alanin-aminotransferase (ALAT), alkalisk fosfatase og bilirubin. Hud og subkutane væv: *Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100):* Udslæt. *Ikke kendt:* Urticaria. angioneurotisk ødem, pruritus. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: *Ikke almindelig (>1/1000 til <1/100):* Træthed. Undersøgelser: *Ikke kendt:* Carnitinmangel. **Overdosering:** Der er ikke indberettet tilfælde af overdosering. Dog kan overdrevet brug af Selexid® inducere kvalme, opkastning og gastritis. Behandling: Symptomatisk behandling samt genoprettelse af væskebalance. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, 2750 Ballerup. **Pakninger og priser pr. 29. april 2014:** Tabletter 200 mg. 20 stk. 89,70 kr., 30 stk. 131,10 kr., 40 stk. 227,90 kr. 100 stk. 473,80 kr. Tabletter 400 mg. 10 stk. 109,30 kr., 15 stk. 159,95 kr., 20 stk. 227,90 kr. Injektionsvæske 1 g pulver 184,95 kr. **Generelt tilskud.** **Udlevering:** B. Dagsaktuelle priser: se www.medicinpriser.dk

▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger. **Betmiga® (Mirabegron) 50 mg og 25 mg** depottabletter.

Lægemiddelform: Depottablet. **Indikationer:** Symptomatisk behandling af imperiøs vandladning, øget vandladningshyppighed og/eller urge-inkontinens, som kan forekomme hos voksne patienter med overaktiv blære-syndrom (OAB-syndrom). ***Dosering og**

indgivelsesmåde: *Voksne, inklusive ældre* 50 mg én gang dagligt med eller uden mad.

Administration: Tabletten skal tages én gang dagligt med væske, synkes hel og må ikke tygges, deles eller knuses. *Ved nedsat nyre- eller leverfunktion;* Dosis bør reduceres til 25 mg dgl. hos patienter med nyreinsufficiens (GFR 15-29 ml/min) eller moderat leverinsufficiens (Child-Pugh-klasse B). Erfaring savnes vedr. patienter med svær nyreinsufficiens (GFR < 15 ml/min) eller svær leverinsufficiens (Child-Pugh-klasse C). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

*** Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen :** Nedsat nyre- eller leverfunktion., Hypertension (systolisk ≥ 160 mmHg eller diastolisk blodtryk ≥ 100 mmHg), Patienter med medfødt eller erhvervet QT-forlængelse, Patienter med blæreudgangsobstruktion og patienter i behandling med antimuskarine lægemidler af OAB. *** Graviditet og amning:** *Graviditet* Betmiga bør ikke anvendes under graviditeten og til kvinder i den fertile alder, som ikke anvender sikker kontraception. *Amning* Mirabegron må ikke anvendes under amning. *****

Bivirkninger: De mest almindelige bivirkninger indberettet for patienter behandlet med mirabegron 50 mg er takykardi og urinvejsinfektioner. Frekvensen af takykardi var 1,2 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Frekvensen af urinvejsinfektioner var 2,9 % hos patienter, som fik mirabegron 50 mg. Alvorlige bivirkninger omfattede atrieflimren (0,2 %). **ATC-kode:** G04BD12, Urologica, urologiske antispasmodica. **Udlevering:** B. **Tilskud:**

Tilskudsberettiget (pr. 18. februar 2013). **Pakninger og priser (AUP incl. recepturgebyr pr. 26.05.2014):** 25 mg, 30 stk: 489,05 kr. 25 mg, 90 stk: 1397,20 kr. 50 mg, 30 stk: 489,05 kr. 50 mg, 90 stk: 1397,20 kr. Dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk

Registreringsindehaver: Astellas Pharma Europe B.V., Holland.

*Afsnittet er forkortet/omskrevet.

Baseret på produktresumé dateret 04-2014.

Det fulde produktresumé kan rekvireres hos Astellas Pharma a/s, Kajakvej 2, 2770 Kastrup Revideret 23-05-2014



EN ANDEN MÅDE AT BEHANDLE OVERAKTIV BLÆRE

Den første β_3 -agonist mod overaktiv blære^{1,2}

Effekt på alle grundlæggende OAB-symptomer^{1,2}

Mundtørhed på placeboniveau^{1,2}



**Betmiga® 50 mg ▼
mirabegron**



Referencer: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. ▼ Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger.

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



Afsender: Dansk Urogynækologisk Selskab · v/ Rikke Guldberg Sørensen, Gynækologisk/obstetrisk afd. Kolding - Sygehus Lillebælt