

DUGSNyt

2. årgang nr. 2, 2008



DUGS AFHOLDER ÅRSMØDE PÅ HERLEV SYGEHUS 9. JANUAR 2009

LÆS PROGRAMMET SIDE 12

Leder	3
Rejsebrev	4
Kommende møder og Kongresser	6
Highlights	9
Urogynækologisk Klinik	10
Årsmøde	12
Generalforsamling	14
Bulking	16
DUGS Kurser	17
Deadline for næste nr.	17
DUGS info	18
Abstract	19
NUGA	23



DUGSNyt

2. årgang, nr. 2 – 2008

Udgiver

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)
v/ 1. reservelæge, ph.d. Mette Hornum Bing
Gynækologisk/obstetrisk afdeling
Hvidovre Hospital
Kettegaards Allé 30
2650 Hvidovre
mbing@dadlnet.dk

Ansvarshavende redaktør

Torsten Sørensen
torsten.soerensen@dadlnet.dk

Layout og produktion

InPrint A/S, Kolding
info@inprint.dk

Oplag

200

ISSN 1903-3168



Besparelser og ophør af ventetidsgarantien eller Hvad koster livskvalitet, og kan det spares væk?

400 millioner skal der spares i Region Midt. 350 millioner skal der spares i Region Hovedstaden.

Ventetidsgarantien med mulighed for at få anvist et alternativt behandlingssted med kortere ventetid på det offentlige regning ophører ultimo oktober 2008.

Hidtil har urogynækologi været en rentabel virksomhed for hospitalejerne. Produktionen har været høj, der er gråzonetakst for en lang række indgreb, så patienterne har kunnet opereres ambulantly med besparelser på sengedage til følge. Da vi var takststyret var urogynækologi en rigtig god forretning. Nu er det danske hospitalsvæsen nærmest over natten blevet ramt af styret. Nu kan vi ikke producere os ud af et underskud længere. Der er prestige i cancer og hjertes, men bestemt ikke i urogynækologi.

I forbindelse med besparelserne stiger ventelisterne. Muligheden for at komme på en afdeling med kortere ventetid eller et privathospital er forsvundet med ventetidsgarantien. Da urogynækologiske patienter for størstepartens vedkommende er ældre kvinder og derfor ikke har sundhedsforsikring, har de heller ikke mulighed for at benytte det alternativ, som vores regering mener, skal redde en del af økonomien i det danske sundhedsvæsen, nemlig de private sygeforsikringer. Med andre ord er urogynækologiske patienter taget som gidsler i besparelser, ophør af ventetidsgaranti og ramkestyring.

Nu dør man jo ikke af at være inkontinent eller have prolaps. Det argument kan og vil blive fremført. Det drejer sig om livskvalitet. Hvad koster livskvalitet og kan det spares væk?

En urogynækologisk patient sælger ikke forsider. Som behandlere kan vi ikke vække mediernes interesse ved at vise billeder af og høre historier fra inkontinente patienter eller patienter med prolaps. Og patienterne ønsker heller ikke at stille op. Det er fortsat et tabubelagt område. I dagens Danmark er eneste vej i det politiske og penge-bevilgende system en patient-case i medierne, som alle kan identificere sig med og få ondt af. Den udvej har vore patienter heller ikke.

For de patientkategorier, hvor patienterne af forskellige grunde ikke kan kæmpe deres egen sag, foreslår vi, at politikerne i både regioner og Folketing lytter til dem, der behandler patienterne. I dette tilfælde danske urogynækologiske teams. Det er på tide, at livskvalitet bringes ind i debatten.

Rejsebrev fra ICS-kongressen i Cairo

Trods den politiske uro i organisationen de seneste par år var der en flot tilslutning til den 38. kongres i International Continence Society (ICS), der blev afholdt 20. - 24. oktober i Cairo. Over to tusinde deltagere havde meldt sig til kongressen, og ved den flotte gallamiddag for foden af pyramiderne - med sfinxen som vogter - blev der nikket blandt deltagerne da Dirk de Ridder på vegne af ICS bestyrelsen udtrykte sin glæde over vitaliteten i ICS, imens han konstaterede at revolutionen i organisationen nok havde været et nødvendigt forfriskende pust.

På generalforsamlingen blev den franskcandadiake urolog Jacques Corcos fra Montreal valgt som ny generalsekretær, og det bliver spændende at følge organisationen i de kommende år under hans ledelse.

Antallet af indsendte abstrakt rundede de tusinde og var dermed højere end nogensinde. Grundet de ret strikse udvælgelsesprocedurer, som anvendes af ICS' Scientific Committee var det desværre langtfra al den gode videnskab, der havde fundet vej til podiet ved dette års kongres. Blandt de orale præsentationer gjorde følgende stærkest indtryk på mig:

Karen Guerrero fra Swanses NHS Trust, UK præsenterede 1-års data fra et randomiseret studie af forskellige midturrethrale retropubiske slynger til behandling af stress urininkontinens hos kvinder. De havde randomiseret i alt 201 kvinder til slynger af 3 forskellige materialer: polypropylen (TVT™), grisehud (Pelvicol™) eller autolog rectus fascie.

Den operative teknik var meget lig i de 3 arme, og der var ingen forskel i komplikati-

onsrater. Ved 3-måneders kontrollerne var der ingen forskel i effekt mellem de 3 slyngetyper, men ved 6-måneders og 1-års kontrollerne viste Pelvicol-slyngen sig at være klart dårligst. Ved 1-års kontrollen var kun 22% blevet subjektivt kontinente, og kun 61% forbedrede, mod omkring 50% og 90% i TVT og rectus fascie armen.

Hver femte patient i Pelvicol-armen var blevet reopereret. Konklusionen må være at der ikke synes at være meget anvendelighed for Pelvicol-slyngen i den daglige klinik; såfremt man finder kontraindikationer mod anvendelse af syntetisk polypropylen slynge (f.eks. fistuleret eller stråleskaded væv) må autolog fascie (rectus eller fascia lata) være valget.

Roderick Teo fra Leicester NHS Trust, UK gav en flot og overbevisende præsentation af 6-måneders data fra et randomiseret multicenterstudie der havde sammenlignet to forskellige midturrethrale polypropylen-slynger til behandling af stress urin inkontinens hos kvinder: en 'downside-up' retropubisk (TVT™) og en 'inside-out' transoburator (TVT-O™). Et hundrede og syv og tyve kvinder blev randomiseret, hvoraf 6-måneders data var tilgængelige for 112 (88%). Der var ingen væsentlig forskel mellem de to grupper i umiddelbare peroperative komplikationer så som blødning, blæreperforation eller tømningsbesvær, og der var heller ingen forskel i operationstid.

Ved 6-måneders opfølgningen var der ingen forskel i objektiv helbredelse defineret som blestest < 5 g (78% vs. 83% for TVT hhv. TVT-O) eller subjektiv tilfredshed, defineret som 'very

much better' (81% vs. 77%). Der var heller ingen forskel i nyopstået eller forværret urgency, men overraskende havde 26% (14 patienter) i TVT-O gruppen fortsat smerter i benet ½ år efter operationen, mod kun 1 patient i TVT-gruppen. Den høje forekomst af kroniske lårsmerter, som i øvrigt også er fundet i andre studier, er foruroligende og gør det svært at forsvare den udbredte anvendelse af TVT-O i stedet for klassisk TVT. TVT-O-kittet er i øvrigt også væsentligt dyrere end klassisk TVT!

Ellen Borstad fra Ullevål i Oslo præsenterede resultaterne af deres interessante norske multicenterstudie, hvor de havde randomiseret 194 kvinder med symptomgivende urogenitalprolaps og samtidig stress urininkontinens til enten prolapsoperation (alle typer) alene, eller prolapsoperation samt TVT-slyngplastik.

Ved 3-måneders kontrollen var data fra 181

patienter (93%) tilgængelig. I gruppen af kvinder, der havde fået en TVT primært, var 95% kureret. I gruppen, der blot havde fået prolapsoperation, var 27 patienter blevet kontinente, 14 havde kun minimal inkontinens, og ønskede ikke en TVT, og af de resterende 53 patienter, der fik en TVT, blev 47 patienter kontinente. Man undgik således $(99-53)/99=46\%$ unødvendige TVT'er i gruppen, der kun fik foretaget prolapsoperation. Et meget relevant fund, vi kan bruge i den daglige rådgivning af vores patienter!

BULKAMID®

Det europæiske Bulkamid® multicenter studie er tilendebragt. Resultaterne på efficacy og safety efter 12 måneder er som forventede ligeså gode og for nogle parametre endog bedre end efter de første 6 måneder. Artikel forventes publiceret i løbet af 2009.

Johnson + Johnson
Nordic

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

KOMMENDE MØDER OG KONGRESSER

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS)

Årsmøde og generalforsamling
Store auditorium, Herlev Sygehus
9. januar 2009
www.dugs.dk

Dansk Urologisk Selskab

Forårsmøde
Marts 2009
www.urologi.dk

24th. Annual EAU Congress

Stockholm, Sverige
17.-21. marts 2009
www.eaustockholm2009.org

Nordic Urogynecological Association (NUGA)

Reykjavik, Island
14. – 16. maj 2009
www.nuga-info.org

Scandinavian Association of Urology & Urological Nurses

27th Congress
Reykjavik, Island
10.- 13. juni 2009
www.nuf2009.is

International Urogynecological Association (IUGA)

Lago di Como, Italien
17.-19. juni 2009
www.iuga.org

Workshops in Pelvic Surgery

London, UK
22.-26. juni 2009
www.wips-intl.com

International Continence Society (ICS)

San Francisco, USA
30. september - 4. oktober 2009
www.icsoffice.org

25th Annual EAU Congress

Barcelona, Spanien
16.-20. april 2010
www.eaubarcelona2010.org

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

Toronto, Canada
23.-27. august 2010

Nyt til
overaktiv
blære⁽¹⁾



 **Toviaz[®]**
Fesoterodin

LEV LIVET

Pfizer

Se produktinformation på side xx

Forkortet produktinformation for Toviaz® (fesoterodin)

Depottabletter 4 mg og 8 mg.

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

Interaktioner*: Farmakologiske interaktioner: Forsigtighed ved samtidig administration af fesoterodin og andre lægemidler, som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaber. Fesoterodin kan nedsætte virkningen af lægemidler, der stimulerer motiliteten af mavetarmkanalen. Farmakokinetiske interaktioner: Potente, og til dels moderate, CYP3A4-hæmmere øger koncentrationen af fesoterodin. Derfor bør maksimaldosis ved samtidig behandling være 4 mg dagligt. Samtidig brug af CYP3A4-induktorer frarådes. Dosisreduktion til 4 mg kan være nødvendig ved samtidig brug af CYP2D6-hæmmere. Der er ikke set ændringer i fesoterodins farmakokinetik ved samtidig behandling

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

Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 3. november 2008

Vnr.	Lægemiddelform, styrke og pakning	Pris
116705	Depottabletter 4 mg, 28 stk	499,45
116694	Depottabletter 4 mg, 84 stk	1.498,40
116716	Depottabletter 8 mg, 28 stk	499,45
116727	Depottabletter 8 mg, 84 stk	1.498,40

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk
Udlevering: B Tilskud: Ja.

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret maj 2008. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00.

(TOVI 007 ASmPC V2.0 10Jun2008.doc)
Tov-08-01-24, juni 2008.

1. Toviaz® (fesoterodin) SmPC.

Highlights fra IUGA kongressen 2008, Taipei, Taiwan

Inkontinenskirurgi har siden lanceringen af TVT i 1996, TOT i 2001 og TVT-O i 2003 været emnet for adskillige studier både retrospektive, prospektive og randomiserede. I 2006 blev TVT-secure og i tiden herefter flere teknisk lignende slynger lanceret.

På IUGA kongressen i Taipei, Taiwan 2008 handlede 7 orale præsentationer og 17 poster om TVT-secure. En forholdsvis stor andel i betragtning af indgrebets unge alder.

Antallet af patienter, der indgik i de præsenterede studier, var $n = 20 - 150$. Follow-up tiden var 6 uger – 9 måneder.

Curerate var (efter en learning curve på 20 operationer, indenfor hvilke curerate var betydeligt reduceret) subjektivt 69 – 86 %, objektivt 62 – 88%. TVT-secure kan både isættes som U og Hammock.

I de studier, hvor man sammenlignede TVT, TVT-O og TVT-secure rapporteredes 10 % lavere curerate for TVT-secure med den samme follow-up tid. De fleste studier havde meget kort follow-up tid.

Komplikationer blev beskrevet i form af blødning/ hæmatom, urinretention, blæreperforation og erosion af tapen.

Den generelle konklusion af studier vedr. TVT-secure er, at proceduren er nem at udføre, men at man vil afvente flere langtidsresultater. Det foruroligende er, at konklusionerne er ukritiske overfor det faktum, at komplikationsraten er høj og effekten betragteligt dårligere end for de velkendte inkontinensoperationstyper.

Da kongressen foregik i et kinesisk land var

der også indlæg om traditionel kinesisk medicin. I dette system betragtes mennesker som små økosystemer til forskel fra den vestlige opfattelse, hvor man betragter de enkelte organer som et system (hjerte, lunger, bækken osv.). Ying/Yang er det centrale koncept. Ved balance er mennesket sundt.

Litteraturmæssigt er der ikke mange studier indenfor urogynækologi: 2 studier vedr. akupunktur, 2 studier i kinesisk sprogede tidsskrifter vedr. kinesisk medicin. Alligevel anvendes kinesisk medicin i vid udstrækning i den asiatiske verden. Safety ser ud til at være i orden, men effekt er dårligt belyst.



Fra rullebord til Urogynækologisk klinik

For 10 år siden startede et mindre team af læger, kontinenssygeplejersker og fysioterapeuter fra Gynækologisk og Urologisk afdeling et målrettet samarbejde indenfor Urogynækologien på Århus Universitetshospital, Skejby.

Som nogle af de første i Danmark kunne vi tilbyde inkontinente kvinder at gennemgå udredning og behandling i et tværfagligt team med høj faglig ekspertise.

Fra småt til stort

Lokalemæssigt startede vi i det små. På fredage kørte to kontinenssygeplejersker fra Gynækologisk afdeling et rullebord over til Urologisk afdeling, pakket til bristepunktet med de diverse pjecer, journaler, specialudstyr og alt hvad vi ellers kunne få brug for. Vi havde en mindre undersøgelsesstue, hvor også vores ultralydsscanner havde fundet sin plads. Det fungerede alt sammen fint.

Det urogynækologiske område var i hurtig udvikling, så pladsen blev for trang. Vi måtte udvide både personale og lokalemæssigt for at imødekomme de flere henviste patienter.

I august 2007 kunne Urogynækologisk Klinik derfor åbne med nyindrettede undersøgelsesstuer, konferencelokale, sekretærarbejdsplads og samtale-undervisningslokale. Klinikens tværfaglige team består i dag af 4 kontinenssygeplejersker, 5 læger, 2 sekretærer og 4 fysioterapeuter. Derudover deltager det urologiske team en dag om måneden i ambulatoriet, hvor vi har fælles urogynækologiske patienter til udredning og behandling.

Patienterne i klinikken er kvinder i alle aldre. Vi ser kvinder med forskellige komplikationer efter fødsler, bl.a. blæretømningsproblemer og følger efter bristninger. Senfølger efter de mest komplicerede bristninger behandles i tæt samarbejde med Analfysiologisk Laboratorium og kirurgerne på Århus Sygehus. De fleste kvinder bliver dog henvist med simpel og avanceret vaginal prolaps og inkontinens.

Teamet ser 100 patienter om ugen fordelt i 9 faste lægeambulatorier og varetager behandlingen dels som hovedfunktion og dels som regions- og højt specialiseret funktion af de komplekse tilstande. Hver uge opererer vi ca. 25 patienter enten på stationær OP eller i Dagkirurgisk Afsnit. Endelig har vi 4 faste ugentlige sygeplejeambulatoriedage samt en ugentlig telefonkonsultationsdag for læger og sygeplejersker.

Gruppeinformation

Som et nyt tiltag afholder sygeplejerskerne gruppeinformationsmøde for de inkontinente kvinder ca. 2-3 uger forud for det 2. ambulante og kliniske besøg med læge og sygeplejerske. I grupper på 5-8 kvinder gives en times fælles information af sygeplejerske og fysioterapeut om baggrunden for inkontinens samt om principperne for udredning og behandling. Kvinderne skal bl.a. afprøve forskellige hjælpemidler, sætte fokus på bedre drikke/vandladningsvaner og lave en brugbar 2-dages bindvejningstest i ventetiden op til det 2. besøg. Vi tilstræber, at kvinderne "matcher" aldersmæssigt i gruppen,

da det giver et bedre udbytte for den enkelte.

Inspirationen til denne "inkontinensskole" har vi fået fra lignende skoler for hoftede og nyrepatienter. Vi har dog været noget spændte på, om patienter med et så tabubelagt problem som inkontinens kunne undervises på denne måde uden at føle sig udleverede og flove. Det har imidlertid vist sig at være en stor succes. Patienterne har været glade for undervisningen – på en skala fra 1-10 er middeltilfredsheden 9. Som personale har det været spændende og udfordrende at arbejde på denne måde. Specielt har det været inspirerende at opleve, hvordan deltagerne i gruppen åbner sig for hinanden og kan drage nytte af hinandens spørgsmål og erfaringer. Patienter med problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes selvfølgelig fortsat en individuel sygeplejesamtale.

Stordrift

Da patienttilfredsheden har været så stor med gruppeundervisningen er vi nu gået videre og informerer også kvinder med nedsyning i grupper, ligeledes med stor patienttilfredshed. For at afkorte ventetiden for patienterne tilbyder vi disse kvinder gruppeundervisning og individuel lægeundersøgelse samme dag. På disse "stordriftsdage" har vi indkaldt 36 kvinder fordelt i 4 grupper i løbet af en dag.

Efter gruppeundervisningen bliver kvinden undersøgt af lægen og evt. henvist til ope-

ration. Langt de fleste opereres i ambulanseregion. 94% synes, de har fået brugbar viden og det svarer godt til både teamets oplevelser med konceptet. Patienterne er mere mentalt parate ved lægeundersøgelsen, der typisk tager kortere tid, fordi megen information allerede er givet.

Der er minimal ventetid for patienterne på disse dage og 97% har også været tilfredse med formen. Så ikke alene har vi kunnet indkalde patienterne hurtigere, vi har også kunnet tilbyde dem en mere effektiv forundersøgelse.

Som en sidegevinst har vi på andre dage fået frigjort tid til bl.a. udarbejdelse af patientinformationer, planlægning af nye forskningsprojekter og kvalitetsopgørelser af vores behandlinger osv.

Urogynækologisk Klinik, der startede på et rullebord, har nu udviklet sig til en klinik med et spændende tværfagligt samarbejde i fortsat udvikling. Gruppeundervisning, "stordrift" samt omlægning til endnu flere ambulante operationer, er alle nye tiltag, vi har haft mulighed for at indføre, fordi vi har mange henviste patienter. Det er et dynamisk og inspirerende sted at arbejde med mulighed for at ændre metoderne, når vi oplever, at det er nødvendigt.



Dansk Urogynækologisk Selskab indbyder til årsmøde d. 9. januar, 2009 i Store Auditorium på Herlev Sygehus, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev

Program (foreløbigt)

- 08.30-09.30 Ankomst, morgenkaffe
- 09.30-09.35 Velkomst: Gunnar Lose
- 09.35-10.05 Pelvic Floor Ultrasound
Anneke Steensma, The Netherlands: Ultrasound imaging of the pelvic floor;
Linking clinical symptoms with anatomic findings.
- 10.05-10.15 Diskussion
- 10.15-10.35 Kønsforskelle i reguleringen af urinproduktionen med speciel fokus på østrogens betydning (Charlotte Gravgaard (ph.d.))
- 10.35-10.40 Diskussion
- 10.40-11.20 Kaffepause
- 11.20-11.40 MTV af Shared Care ved skift af permanent blærekateter (Charlotte Englund, Udviklingssygeplejerske)
- 11.40-11.45 Diskussion
- 11.45-12.00 DSAM's Klinisk Vejledning i Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer - hos mænd og kvinder i almen praksis (Søren McNair, speciallæge i almen medicin)
- 12.00-13.00 Frokost
- 13.00-13.10 Frit foredrag
- 13.10-13.15 Diskussion
- 13.15-13.35 Hvordan mestrer kvinder, der har et urininkontinensproblem hverdagslivets grundlæggende betingelser og dets daglige aktiviteter, belyst ud fra en fænomenologisk hverdagssociologisk teori. (Sygeplejerske Kirsten Basse) (masterafhandling)



- 13.35-13.40 Diskussion
- 13.40-14.00 Lower Urinary Tract Symptoms in Stroke Patients: A clinical study of prevalence, impact and effect of training
(Fysioterapeut Sigrid Tibæk) (ph.d).
- 14.00-14.30 Kaffepause
- 14.30-14.50 DUGA-basen (læge Ulrik Kesmodel)
- 14.50-14.55 Diskussion
- 14.55-15.10 Spørgeskemagruppen (overlæge Martin Rudnicki)
- 15.15-15.30 Highlights fra IUGA (overlæge Susanne Axelsen)
- 15.30-15.45 Highlights fra ICS (overlæge Søren Brostrøm)
- 15.45-15.50 Uddeling af priser
- 15.50-16.00 Afslutning: Gunnar Lose

Tilmelding til årsmødet sker elektronisk til selskabets sekretær Mette Hornum Bing på E-post-adres-
sen: mhbi@regionsjaelland.dk – **senest 1. januar 2009.**

Samtidig indbetales afgiften på 500 kr. til selskabets bankkonto i Lægernes Pensions Bank, reg.
nr. 6771, konto nr. 61 454 413. **Tilmeldingen er først gældende, når indbetalingen er
registreret!**

GENERALFORSAMLING

Dansk Urogynækologisk Selskab afholder ordinær generalforsamling **fredag den 9. januar 2009 kl. 16.15** i Store Auditorium på Herlev Sygehus efter årsmødet

Dagsorden i henhold til vedtægterne:

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Beretning fra udvalg
4. Kassereren fremlægger det reviderede regnskab til godkendelse
5. Kassereren fremlægger forslag til budget og kontingent for det følgende år
6. Valg af formand
7. Valg til bestyrelsen
8. Valg til udvalg
9. Valg af revisor og revisorsuppleant
10. DUGS og Dansk Medicinsk Selskab
11. Indkomne forslag
12. Eventuelt

Forslag, der ønskes behandlet på generalforsamlingen, skal være formanden i hænde senest en uge inden generalforsamlingen.

Bliv medlem af Dansk Urogynækologisk Selskab

Som medlem modtager man to årlige medlemsblade. Desuden inkluderer kontingentet deltagelse i årsmødet og tilbud om andre arrangementer og aktiviteter i DUGS.

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

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

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

Bankkonto:

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

Vagifem® (estradiol) – den eneste vaginaltablet til behandling af vaginal atrofi

Østrogenmangel kan
påvirke sexliv
og generel
livskvalitet¹

- smerter ved samleje
- tørhed, kløe og svie i underlivet
- gentagne blærebetændelser
- besvær med at holde på vandet

1) Genazzani R et al. Menopause and aging, quality of life and sexuality. Climacteric 2007;10:88-96



Novo Nordisk Scandinavia AB
Arne Jacobsens Allé 15,
2300 København S
Tel +45 4588 0800 • Fax +45 3246 3298
scandinavia@novonordisk.com

Vagifem®
/ estradiol

De første behandlinger af urininkontinens ved hjælp af injektion (bulking)

Selv om injektion af paraffin for at komprimere urethra og dermed helbrede urininkontinens allerede blev foreslået i slutningen af 1800-tallet i Wien af lægen Ernst Gersuny, var det en dansker, der udførte behandlingen første gang. Oven i købet længe før alle andre!

På et møde den 2. november 1904 i Foreningen for Gynækologi og Obstetrik i København - det senere DSOG - meddelte professor Leopold Meyer to tilfælde af incontinentia urinae, som var blevet helbredt ved hjælp af paraffininjektioner.

I det ene tilfælde var lidelsen opstået efter, at patienten havde fået foretaget en såkaldt symfyseotomi, dvs. gennemskæring af symfyse, fordi hun havde et fladt, rakitisk bækken og dermed havde vanskeligt ved at føde. Tæt ved urethra havde der dannet sig et lille knoglestykke, som blev kvitteret gennem urinrøret.

Injektionen af paraffinen blev foretaget i en ny graviditet; der blev først injiceret én ml paraffinvaseline på den ene side af urethra. Men da det var uden virkning, blev der fire dage senere indsprøjet 12 ml på den anden side af urethra. Og det hjalp! Tilstanden blev betydeligt bedre, og patienten fødte senere uden vanskeligheder et barn på 3.000 gram.

Fødslen havde ingen skadelig indflydelse på virkningen af paraffininjektionerne. Og det betød tilsyneladende heller ikke noget, at patienten i mellemtiden havde fået syfilis.

Den anden patient var en 82-årig kvinde med inkontinens pga. et cystocele og nedsyning af uterus. Hun fik injiceret en halv ml paraffinvaseline



Professor Leopold Meyer omkring 1895

line på hver side af urethra og blev kontinent på denne behandling.

I den efterfølgende diskussion af resultaterne, som de tilstedeværende 27 professorer og andre medlemmer af foreningen fandt meget opmuntrende, var man inde på både operationsteknikken og de farer for embolier, som var blevet fremhævet fra forskellige sider i udlandet.

Ganske vist var Leopold Meyer først og fremmest obstetrikere. Men for de tilstedeværende var der intet unaturligt i, at det netop var ham, der havde udført behandlingen første gang. Også selv om Leopold havde en næsten total mangel på operative evner. Ikke mindst pga. hans meget store hænder med to særdeles veludviklede tommelfingre. Men Leopold Meyer

fulgte levende med i, hvad der rørte sig uden for Danmark. Han havde været udenlands i et års tid og havde besøgt tidens kendteste læger i Europa. Og han var utrættelig med at bringe meddelelser fra den store verden, når Foreningen for Gynækologi og Obstetrik holdt møde.

Desværre er det ikke lykkedes at finde yderligere meddelelser om injektionsbehandlingen i Danmark fra den tid. Men det forekommer usandsynligt, at behandlingen ikke er blevet brugt i andre tilfælde.

Kilder:

1. Incontinence - Basics & Evaluation.
Editors: Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury & Alan Vein. ICS, 2005
2. Foreningen for gynækologi og obstetrik i København. 36te møde. Ugeskrift for læger 1905; 67 (9): 211-15.
3. Torsten Sørensen. Dansk selskab for obstetrik og gynækologi 1898-1998. København: DSOG 1998.
4. W. Stoeckel. Über die Verwendung der Musculi pyramidalis bei der operativen Behandlung der Incontinentia Urinae. Zentralblatt für Gynäkologie 1917;41:11-19
5. Howard A. Kelly & William M. Dumm. Urinary incontinence in women, without manifest injuri to the bladder. Surgery. Gynecology and obstetrics. 1914;18:444-450.
6. Dirk Schultheiss, Klaus Höfner, Matthias Gelke, Voker Grünewals, Udp Jonas. Historical Aspects of the Treatment of Urinary Incontinence. European Urology 2000; 38: 352-62

Nyt fra DUGS- Kursusudvalg

I 2009 arrangerer kursusudvalget følgende kursusaktiviteter:

Fredag d. 27. februar i København:
Heldagsmøde for kontinenssygeplejersker og andre
Tema: Teamarbejde i urogynækologien

Fredag d. 24. april i Odense:
Heldagsmøde for alle DUGS medlemmer
Tema: Prolapskirurgi

Se mere om program og tilmelding på
www.dugs.dk

Næste nummer

af DUGSNyt udkommer

medio juni 2009

Manuskripter indsendes til:

torsten.soerensen@dadlnet.dk

senest 15. maj 2009

Bestyrelsen for DUGS

FORMAND

Professor, overlæge dr. med.

Gunnar Lose

Gynækologisk/obstetrisk afdeling G

Glostrup Sygehus

Ndr. Ringvej

2600 Glostrup

lbon@glo.regionh.dk

NÆSTFORMAND

Overlæge, ph.d. **Susanne Axelsen**

Gynækologisk/obstetrisk afdeling Y

Skejby Sygehus

8200 Aarhus N

susanne.axelsen@dadlnet.dk

KASSERER

Professor, overlæge dr. med.

Steen Walter

Urologisk afdeling L

Odense Universitetshospital

5000 Odense C

steenwalter@dadlnet.dk

SEKRETÆR

1. reservelæge, ph.d.

Mette Hornum Bing

Gynækologisk/obstetrisk afdeling

Hvidovre Hospital

Kettegaard Allé 30

2650 Hvidovre

mbing@dadlnet.dk

KONTINENS SYGEPLEJERSKE

Bente Thoft

Fortevej 100

8240 Risskov

thoft@c.dk

REDAKTØR AF DUGSNYT

Overlæge **Torsten Sørensen**

Vangen 24, Tved

6000 Kolding

torsten.soerensen@dadlnet.dk



Johnson & Johnson
Nordic

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

Ved deadline 15. november var følgende abstract modtaget til årsmødet:

Vibrationsbehandling som behandling af urininkontinens – opgørelse af de første behandlingsforløb

Formål: Vibrationsbehandling (VB) er en ny behandlingsmåde til patienter med urininkontinens. I december 2006 begyndte den første kvinde med urininkontinens et behandlingsforløb, og ind til oktober 2008 har i alt 38 kvinder afsluttet behandlingen. Denne undersøgelse er en opgørelse af virkningen af disse forløb.

Metode: Journalerne blev gennemgået, og patienternes angivelse af effekten af VB blev gjort op sammen med alder, antal behandlinger, blærekapacitet, antal daglige vandladninger og antallet af lækager.

Resultater: Af de 38 kvinder havde 19 effekt og 19 havde ikke. I gruppen med effekt havde 8 kvinder stressinkontinens, 3 slap bækkenbund, 2 urgeinkontinens, 4 blandingsinkontinens, 1 flatus inkontinens og 1 manglende blæretømning.

I gruppen uden effekt havde 10 kvinder stressinkontinens, 1 slap bækkenbund, 1 urgeinkontinens, 4 blandingsinkontinens, 2 analinkontinens og 1 enuresis nocturna.

Kvindernes aldersfordeling var 21-81 år (gennemsnit 52 år), antal behandlinger 3-12 (gennemsnit 6), blærekapacitet 150-900 ml (gennemsnit: 515 ml), antal daglige vandladninger 5-14 (gennemsnit: 8), antal daglige lækager 0-10 (gennemsnit: 3).

Ved underopdeling i grupper med og uden effekt var eneste forskel, at patienter med effekt havde en lavere blærekapacitet 150-750

ml (gennemsnit: 437 ml) mod 300 – 900 ml (gennemsnit: 586 ml) i gruppen uden effekt.

Konklusion: Selv om halvdelen af patienterne havde effekt af behandlingen, er mere forskning påkrævet, inden man kan udtale sig entydigt om effekten af VB. Det er således nødvendigt med en mere entydig udvælgelse af kvinderne til behandlingen og nødvendigt med supplerende oplysninger og undersøgelser før og efter VB.

Ny deadline for Abstract til årsmødet

10. december 2008

Abstracts indsendes til

Mette Hornum Bing

på E-post-adressen:

mhbi@regionsjaelland.dk

Fortsætter patienterne med at tage antimuskarin medicin for overaktiv blære?

Formål

Brugen af antimuskarinika til overaktiv blære syndrom (OAB) understøttes af evidens fra industri-financierede 12-ugers registreringsstudier, der har vist statistisk signifikante symptomforbedringer, som dog kun synes ledsaget af en moderat forbedret livskvalitet. Der har været få frafald i de randomiserede registreringsstudier, og flertallet af patienter i åbne forlængelsesstudier har færdiggjort behandlingen. Disse fund står imidlertid i skærende kontrast til studier af receptfornyelse i selekterede nordamerikanske populationer, der har vist at kun 1 ud af 10 patienter fortsætter deres behandling 1 år efter første receptudstedelse. Vi ønskede at undersøge om noget tilsvarende gør sig gældende i en dansk population, og vi ønskede at forlænge studieperioden udover de 6 eller 12 måneder, der er anvendt i de amerikanske studier, samtidig med en sammenligning af ældre og nyere præparater på markedet.

Metoder

Vi anvendte Odense University Pharmacoepidemiological Database, som registrerer alle tilskuds-dækkede receptindløsninger på Fyn. Studiet var retrospektivt. Vi udtrak data på alle recepter indenfor ATC-gruppe G04BD for perioden 1999 til og med 2006. Vi udregnede den terapeutiske intensitet dvs. mængde målt i DDD per 1000 indbyggere per dag, incidensrater, samt alders- og kønsfordelinger blandt brugere. Længden af behandlingsepisoder blev sat til in-

tervallet mellem den første og den sidste recept i den pågældende episode, tillagt en periode tilskrevet den sidste recept. Vi genererede Kaplan-Meyer kurver for alle præparater, og analyserede determinanter for behandlingsophør; uafhængige variabler var alder, køn, tidligere anvendelse af antimuskarinika, brug af antidiabetika, dosis og præparatvalg.

Resultater

Data fra år 2006 inkluderede 11.081 recepter indløst af 2.477 personer, af hvilke 1.641 var kvinder (66,2%) og 836 mænd (33,8%). Den gennemsnitlige alder var 69,0 for mænd og 68,0 for kvinder. Med undtagelse af trospium chlorid, havde alle præparater mindre end 50% fortsættelsesrater efter 6 måneder, mindre end 25% efter 1 år og mindre end 10% efter 2 år. Trospium chlorid havde derimod fortsættelsesrater omkring 50% efter 6 måneder, omkring 35% efter 1 år, omkring 20% efter 2 år og omkring 15% efter 3 år.

Konklusioner

Overraskende fandt vi meget højere persistensrater end tidligere rapporteret (1-3). Flere faktorer kan forklare dette: Det danske sundhedssystem med omfattende medicin tilskud er en oplagt mulig forklaring. Det er opsigtsvækkende at en af de ældre, og billigere, præparater på markedet havde højere persistens. Tolterodin, darifenacin, solifenacin og oxybutynin undergår alle ekstensivt hepatisk metabolisme. Det

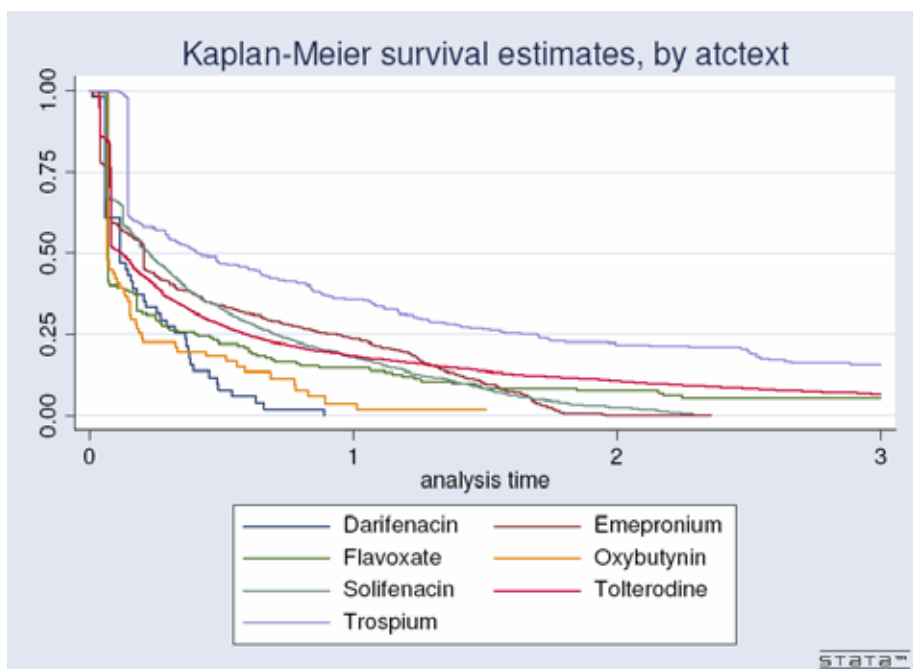
gør trospium ikke, og præparatet har derfor en minimal interaktionsrisiko. Samtidigt bevirker præparatets hydrofilicitet at potentialet for CNS bivirkninger er minimalt.

Referencer

- 1/ Value Health. 2005; 8: 495-505.
- 2/ Value in Health 2001; 4: 161.
- 3/ Am J Manag Care 2005; 11: S121-9.

Figure 1

Kaplan-Meyer graphs of persistence with anti-muscarinic drugs for overactive bladder. Data from Funen County, Denmark 1999-2006.



Produktinformation: Vagifem® (estradiol), vaginaltabletter Vagifem® indeholder 25 mikrogram estradiol hemihydrat i en vaginaltablett indsat i en engangsappikator. **Indikation:** Behandling af atrofisk vaginitis forårsaget af østrogenmangel. Erfaring med behandling af kvinder over 65 år er begrænset. Doserings: Vagifem administreres intravaginalt ved hjælp af en appikator. **Initialdosis:** 1 vaginaltablett daglig i 2 uger. **Vedligeholdelsesdosis:** 1 vaginaltablett 2 gange om ugen. Behandlingen kan starte en hvilken som helst dag. Hvis en dosis glemmes, bør den tages, så snart patienten husker det. Dobbelt-dosis bør undgås. Vagifem kan bruges af kvinder med eller uden intakt uterus. Ved behandlingen kan der specielt i de første 2 uger observeres en minimal absorption. Det er ikke anbefalet at give et tilskud af gestagen, eftersom plasmaestradiol niveauerne efter de første 2 uger sædvanligvis ikke overstiger de postmenopausale niveauer. **Kontraindikationer:** Graviditet. Amning. Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte eller mistænkte, østrogenafhængige, maligne tumorer, f.eks. endometriecancer. Udiagnosticeret genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller aktuel venøs tromboembolisme. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et eller flere af de øvrige indholdsstoffer. Porfyri. **Forsigtighedsregler:** Før hormonsubstitutionsbehandling startes eller genoptages bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familiær disposition. I henhold hertil bør der foretages en objektiv undersøgelse (inklusive gynækologisk- og brystundersøgelse), og resultatet sammenholdes med kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales under behandlingen; hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres til

en læge eller sygeplejerske. Undersøgelser inklusiv mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet herfor hos den enkelte kvinde. I alle tilfælde bør der foretages en nøje vurdering af fordele og risici mindst én gang om året. Behandlingen bør seponeres i tilfælde af, at en kontraindikation konstateres, og i de følgende situationer: Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. Generelt bør østrogensubstitutionsbehandling ikke gives mere end 1 år, uden at der foretages en opfølgende gynækologisk undersøgelse. Østrogen kan forårsage væskeophobning, og patienter med kardial eller renal dysfunktion bør derfor overvåges nøje. Patienter med terminal nyreinsufficiens skal ligeledes overvåges nøje, idet det må forventes, at plasmakoncentrationen af de aktive komponenter af Vagifem øges. **Bivirkninger:** Vaginalt udflåd og vaginalt ubehag. Østrogen-relaterede bivirkninger såsom brystmerter, perifere ødemer og postmenopausale blødninger er fortrinsvist tilstede i begyndelsen af Vagifem behandlingen. **Farmakologisk oplysning:** Østrogen holder pH i vagina på ca. 4,5, hvilket forøger den normale bakterielle flora med *Lactobacillus Döderlein* som den dominerende. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 15 vagitorier i appikator enkeltvis indpakket i blisterpakning kr. 166,60 november 2008. Se evt. www.medicinpriser.dk for aktuel dagspris. **Udlevering B:** Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget.

Produktresumeeet er forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte. Komplet produktresume og yderligere information kan rekvireres vederlagsfrit ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Kundeservice tlf.: 80200240

Nordisk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (NUGA)

NUGA's 25. jubilæumsmøde afholdes i Reykjavik, Island, fra d. 14.-16. maj 2009.

Tilmelding kan ske fra den 1. februar 2009

Deadline for reduceret kongresafgift: 14. marts 2009

Deadline for fremsendelse af abstracts: 14. marts 2009

Deadline for ansøgning om "NUGA Grant": 14. marts

Sæt kryds i kalenderen!

Yderligere oplysninger, foreløbigt program, guidelines for abstracts mv. kan ses på

www.nuga-info.org

Nordic research scholarship in urogynecology 2009

NUGA will award a scientific scholarship for basic or clinical research in the field of urogynecology. For further information on how to apply, please visit

www.nuga-info.org or contact soren@brostrom.dk or +45-42454245.





VEF-0350 WWW.RELEVANS.NET

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



POST

B

PP

DANMARK

Utryk ved situationen?

For mange mennesker er en så enkel ting som at gå i biografen et stort problem. Tænk hvis man ikke kan nå på toilettet i tide. Vesicare (solifenacin) hjælper mod urge ved overaktiv blære.



ASTELLAS PHARMA A/S, NAVERLAND 4, DK-2600 GLOSTRUP. TLF: 43 43 03 55.
FAX: 43 43 22 24. E-MAIL: KONTAKT@DK.ASTELLAS.COM, WWW.ASTELLAS.DK